

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE DIREITO
CURSO DE DIREITO

Mônica Steffens

PARTO HUMANIZADO: UMA ANÁLISE CRÍTICO-
JURÍDICA DE SUA PRÁTICA NO BRASIL

Passo Fundo

2018

Mônica Steffens

**PARTO HUMANIZADO: UMA ANÁLISE CRÍTICO-
JURÍDICA DE SUA PRÁTICA NO BRASIL**

Monografia apresentada ao curso de Ciências Jurídicas e Sociais, da Faculdade de Direito da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais, sob orientação do Professor Doutor Felipe Cittolin Abal.

Passo Fundo

2018

Mônica Steffens

Parto Humanizado: Uma análise crítico-jurídica de sua prática no Brasil

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Ciências Jurídicas e Sociais, da Faculdade de Direito da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais, sob orientação do Professor Doutor Felipe Cittolin Abal.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Felipe Cittolin Abal - UPF

Professor _____ - UPF

Professor _____ - UPF

Dedico este trabalho a todas as mulheres que lutaram para conquistar o espaço feminino e para que houvesse a oportunidade de eu estar escrevendo sobre isso, a minha mãe, avós, tias, amigas, parteiras, curandeiras e feministas, enfim, às bruxas que foram e que são até hoje resistência.

Agradeço, a Deus, pela energia e luz que me concedeu para concluir o presente trabalho e a graduação e por me permitir percebê-lo como realmente é, sentindo diariamente sua graça.

Agradeço aos meus pais, Leomar e Zeni, que batalham diariamente por uma educação e formação de qualidade para o meu irmão e eu, e, acima de tudo, agradeço por me ensinarem não somente por palavras, mas pelo exemplo, que me cativa. Obrigada por cuidarem de mim, obrigada pela criação, obrigada pelo colo.

Ao meu irmãozinho, Péricles, que sempre foi motivo de alegria e orgulho para mim, obrigada por ser essencial em minha formação como ser humano e sempre buscar o meu bem.

À minha nonna, Adelaide, um exemplo de mulher, um ser humano espiritualizado. Obrigada pelo carinho e por me ensinar a ouvir mais do que falar, embora eu ainda esteja aprendendo.

Agradeço aos meus amigos Jaguaras pelo apoio e pelas alegrias por quase uma década, obrigada pelo incentivo, por me aceitarem como sou e por serem os melhores amigos que alguém poderia ter.

Ao meu querido amigo e companheiro da vida, Ronaldo, que foi essencial na minha graduação, no meu aprendizado emocional e sobre a vida e que também foi motivo de muito amor e alegrias para mim.

Ao meu orientador Dr. Felipe Cittolin Abal, pela paciência, compreensão e dedicação como mestre, obrigada pelas aulas divertidas de

História do Direito e por ter me orientado com tanto conhecimento e suavidade.

Agradeço à professora Joice Moreira Schmalfluss pelos materiais enviados, pelos ensinamentos e pelo exemplo na lida diária do parto humanizado.

Aos amigos que fiz durante a graduação em direito, incluindo professores, obrigada pelo apoio, pelas horas de conversa, pelo incentivo e pelo exemplo que vocês são para mim, sendo meu especial agradecimento para Karline pelo companheirismo, por segurar a barra no SAJUR e por adequar meu Inglês. Agradeço também aos professores da Faculdade de Direito de Passo Fundo que me ensinaram com muita dedicação e afeto.

Por fim, agradeço aos demais que não citei, mas que sabem que eu considero e que estão no meu pensamento.

RESUMO

O presente estudo visa contribuir com o debate sobre as políticas públicas e criação de leis específicas que envolvem a humanização do parto e a desconstrução do sistema de hospitalização da saúde, garantindo, assim, a efetiva manutenção dos Direitos Reprodutivos Femininos. Ainda, possui como objetivo o reconhecimento do parto humanizado pelo Estado, através de medidas legislativas e governamentais que busquem solucionar a problemática. O método utilizado é a revisão bibliográfica narrativa, sendo que os objetos de pesquisa foram livros, artigos publicados em banco de dados bibliográficos, bibliotecas e jornais digitais. Foi realizada análise do parto humanizado sob a ótica dos Direitos Humanos, do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e dos Direitos Reprodutivos. Posteriormente, verificou-se o sintoma da hospitalização do parto e sua implicância na ocorrência da violência obstétrica e ainda, buscou-se as soluções através das políticas públicas, da criação de leis específicas e do Direito Comparado. Por fim, concluiu-se que o parto humanizado só será concedido gratuitamente e para todos, no Brasil, quando políticas públicas forem criadas para a reestruturação do sistema de saúde e quando as leis começarem a ser criadas para regularizar a situação do parto humanizado, tornando obrigatório para o Estado fornecê-lo e tipificar a violência obstétrica como uma atitude punível.

Palavras-chave: Direitos Humanos; Parto Humanizado; Políticas Públicas.

ABSTRACT

The present study aims to contribute on the debate about public policies and the creation of specific laws that involve the childbirth's humanization and the deconstruction of the health hospitalization system, thus guaranteeing the effective maintenance of the Feminine Reproductive Rights. It also aims to recognize the humanized childbirth by the State, through legislative and government measures seeking to solve the problem. The method used is the narrative bibliographic review, and the research's objects were books, articles published in bibliographic databases, digital libraries and digital newspapers. Humanized childbirth analysis was carried out from the Human Rights, the Principle of the Human Person's Dignity and the Reproductive Rights' point of view. Subsequently, it was analyzed the symptom of the hospitalization of childbirth and its implication in the obstetric violence's occurrence, and solutions were sought through public policies, the creation of specific laws and Comparative Law. Finally, it was concluded that humanized childbirth will only be granted free of charge and for all, in Brazil, when public policies are created for the restructuring of the health system and when the laws start being created to regularize the situation of humanized childbirth, making it mandatory for the State to provide it and typify obstetric violence as a punishable attitude.

Keywords: Humanized Childbirth; Human rights; Public policy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 DIREITOS HUMANOS E O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO FATORES FUNDAMENTAIS PARA MANUTENÇÃO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS FEMININOS.....	13
2.1 O surgimento dos direitos humanos através de fatores históricos e sua positivação no ordenamento jurídico brasileiro.....	13
2.2 Princípio da dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais em espécie essenciais para promoção do direito à saúde.....	19
2.3 Os direitos reprodutivos femininos: surgimento, aspectos gerais de seu desenvolvimento e enfrentamento da desigualdade	23
3 A HOSPITALIZAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E SUA IMPLICAÇÃO NA RECORRENTE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PARTO HUMANIZADO COMO SOLUÇÃO	28
3.1 Institucionalização e hospitalização da saúde e do parto	28
3.2 Violência obstétrica: casos práticos e relação de poder.....	33
3.3 A recuperação dos costumes e da cultura do parto através da humanização.....	37
4 MEDIDAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO: EVOLUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E CRIAÇÃO DE LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA COM BASE NO DIREITO COMPARADO.....	41
4.1 O desenvolvimento do parto sem dor no Brasil, Argentina e Uruguai: legislações e políticas públicas adotadas em prol do parto humanizado	41
4.2 Políticas públicas, diretrizes e legislações específicas sobre o parto humanizado no exterior	46
4.3 A necessidade de reformulação de políticas públicas sobre saúde no Brasil e criação de leis específicas	50
5 CONCLUSÃO	54
6 REFERÊNCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

No presente trabalho o assunto que se abordará é o Parto Humanizado, mais especificamente no que tange à sua relação com os Direitos Humanos e de que forma as legislações e políticas públicas podem auxiliar na sua implementação, na redução do uso de cesáreas e dos índices de violência obstétrica.

De todos os tipos de parto, o primeiro que se tem conhecimento é o parto normal e apenas posteriormente, por conta da hospitalização e da institucionalização da saúde que a cesárea se tornou a forma mais comum de trazer um neonato ao mundo.

O método de pesquisa utilizado será o de revisão bibliográfica narrativa, através do uso de livros, artigos publicados em banco de dados bibliográficos e bibliotecas digitais e artigos de revistas e jornais digitais.

O presente trabalho questionará, primordialmente, por que foi condicionado no imaginário feminino que a cesárea seria a forma mais adequada de dar à luz e, qual o motivo da não implementação do parto humanizado apesar das orientações da Organização Mundial da Saúde e das diretrizes do próprio governo brasileiro orientarem nesse sentido.

Em outras palavras, o problema de pesquisa circunda o questionamento de quais seriam os motivos que ocasionam no descrédito do parto humanizado e de que forma o direito pode auxiliar a consolidação de sua prática.

Ademais, o objetivo a ser alcançado é o devido reconhecimento do parto humanizado pelos legisladores, governantes e membros da academia que através do interesse gerado por esse trabalho possam elaborar projetos que auxiliem na sua implementação no país.

Como hipóteses, será apresentado o Direito Comparado como fonte de observação e exemplo para o legislativo brasileiro, no sentido de criação de leis que regulem o parto humanizado e punam a violência obstétrica, já que é tratada sempre com muito descaso, por haver uma proteção em relação à classe médica, afinal, no Brasil existem apenas leis estaduais e um projeto de lei federal.

Ainda, acerca das hipóteses, será apontada a criação de políticas públicas efetivas e o real investimento governamental, para a valorização da obstetrix, capacitação dos profissionais para a humanização e assistência ao planejamento de

realização do parto, assim como a efetiva reforma no sistema que se encontra todo estruturado sobre a hospitalização da saúde.

Assim, para melhor situar o leitor, necessária uma breve explanação acerca de cada capítulo e o que será abordado de forma primordial.

No item “2” o assunto que será abordado é o surgimento dos Direitos Humanos e sua positivação no ordenamento jurídico brasileiro; a dignidade da pessoa humana e outros Direitos Fundamentais para a promoção do Direito à Saúde; e os Direitos Reprodutivos Femininos.

Mais especificamente, no item “2.1” haverá uma breve explanação acerca do surgimento dos Direitos Humanos, como eles foram conquistados a duras penas pelas classes sociais mais marginalizadas da sociedade, como mulheres, negros e deficientes. Ainda, a Declaração Universal dos Direitos Humanos será descrita como o documento principal que universalizou esses direitos. Nesse mesmo item, apenas para fins de utilização da nomenclatura correta, será feita a distinção entre Direitos Humanos e Fundamentais e também a análise da Distribuição dos Direitos Fundamentais na Constituição da República Federativa de 1988.

No item “2.2” observar-se-á o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana como princípio absoluto e aliado aos Direitos à Liberdade e Igualdade, são basilares para a construção do Direito à Saúde, já que, de acordo com o princípio referido todos os seres humanos tem direito de ter condições mínimas existenciais e isso inclui o Direito à Saúde de qualidade e para todos.

No item “2.3” ainda sob a luz do Princípio da Dignidade, serão observados os Direitos Reprodutivos Femininos, seu surgimento através das lutas femininas e a construção social acerca do corpo da mulher. Ou seja, os Direitos Reprodutivos Femininos surgiram para conceder liberdade para a mulher dispor de seu corpo da forma que bem entender, desde que não atinja terceiros, principalmente no que tange à sua sexualidade e forma de reprodução e parto.

O item “3” verificará a hospitalização e institucionalização do parto e sua interferência direta na ocorrência da violência obstétrica e a posterior apresentação do Parto Humanizado como solução para a diminuição da violência obstétrica.

O item “3.1” abordará o contexto histórico de hospitalização da saúde, ou seja, o momento em que a classe médica conseguiu trazer as pessoas para tratamentos medicalizados até mesmo de doenças simples, que antes eram curadas de formas alternativas, e a implicação disso na transformação da consciência coletiva de que

cesárea seria mais adequada e higiênica do que o parto normal realizado em casa, mesmo inexistindo provas que sustentassem essa tese.

O item “3.2” explanará os resultados da hospitalização do parto, principalmente sobre a ocorrência de violência obstétrica no Brasil e a real motivação para sua ocorrência. Ainda, será observada a necessidade de formação mais humanitária dos profissionais de saúde, já que de acordo com as pesquisas apresentadas existe uma relação clara de poder entre profissional e paciente.

O item “3.3” demonstrará que há um movimento contrário à hospitalização do parto, visando a implementação do parto humanizado, parto natural, ou sem dor, a fim de demonstrar para a sociedade e para o Estado que além de mais benéfico para a saúde materna e do neonato, o custo benefício é maior em relação às cesáreas.

No item “4” serão abordadas medidas para implementação do parto humanizado, ou seja, de que forma a sociedade e o Estado podem promover e incentivar o parto humanizado, através de leis específicas, observação do Direito Comparado e reestruturação de políticas públicas.

No item “4.1” apresentar-se-á o precursor do parto humanizado, qual seja, o parto sem dor que foi trazido por um Francês, diretamente dos ensinamentos dos médicos da antiga União Soviética, para o Brasil, Argentina e Uruguai na mesma época e verificou-se de que forma os Estados receberam a ideia inovadora para a época e se sua implementação foi estrutural-financeira ou política.

No item “4.2” será sugerido como solução prática para o Brasil a reformulação das políticas públicas já existentes em prol da humanização do parto, para instituição de metas mais específicas e consequente investimento governamental nelas, bem como, a necessidade de criação de leis específicas federais que punam a violência obstétrica e que o executivo seja obrigado a oferecer também, além dos outros métodos que já fornece, o parto humanizado através do sistema público de saúde.

Por fim, o presente trabalho possui importância e relevância para suscitar o debate acerca de políticas públicas envolvendo a redução dos sintomas da hospitalização dos procedimentos de parto do país. Assim, se de um lado houve a construção histórica de hospitalizar os partos, hoje há a necessidade de adoção de medidas, leis específicas e políticas públicas que desestimulem essa prática para o fim de garantir ainda mais os Direitos Reprodutivos das Mulheres.

2 DIREITOS HUMANOS E O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO FATORES FUNDAMENTAIS PARA MANUTENÇÃO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS FEMININOS

No presente capítulo objetiva-se realizar a conexão entre Direitos Reprodutivos Femininos, Direito à Saúde e o princípio da Dignidade da Pessoa Humana, entretanto, necessário primordialmente, estabelecer de que forma foram criados os Direitos Humanos e como através deles surgiu o Direito à Saúde. Ainda, demonstra-se como os Direitos Reprodutivos Femininos foram recepcionados socialmente e se estão associados ao Direito à Saúde, aos Direitos Humanos e à Dignidade da Pessoa Humana.

2.1 O surgimento dos Direitos Humanos através de fatores históricos e sua posituação no ordenamento jurídico brasileiro

Existem diversas interpretações e opiniões acerca do surgimento dos Direitos Humanos, todavia, há de se considerar a ideia de que seu nascimento efetivo não ocorreu desde os primórdios da humanidade ou através da boa vontade do Estado em concedê-los, conforme dispõe Lynn Hunt em seu livro “A invenção dos Direitos Humanos” (2009).

Destaca-se que os Direitos Humanos necessitam que a qualidade empatia esteja presente no ser humano, ou seja, na hipótese de ocorrência de alguma violação, deve haver revolta, e assim, além de gerar sentimento interior deverá criar comoção geral, concebendo uma consciência coletiva de mudança de comportamento (DIDEROT, 1755, apud HUNT, 2009, p. 25).

De outro viés, os romances foram vistos como fatores iniciais para a criação desses direitos, pois através deles os leitores puderam estimular a capacidade de colocar-se no lugar do outro, agindo em defesa dos personagens que sofriam injustiças nos livros, haja vista que o que cria o laço com o leitor é o desenrolar da história e não “discursos moralizadores explícitos” (HUNT, 2009, p. 55-56).

Destarte, os romances do século XVIII, bem como o contexto do Iluminismo, provocou aspiração de autonomia e desafio ao patriarcado, assim, a Assembleia Nacional da França aboliu os direitos especiais que concediam aos primogênitos a maior parte da herança, e com efeito:

Em abril de 1791, a Assembleia decretou que todas as crianças, meninos e meninas, deviam herdar igualmente. Depois, em agosto e setembro de 1792, os deputados diminuíram a idade da maioria de 25 para 21 anos, declararam que os adultos já não podiam estar sujeitos à autoridade paterna e instituíram o divórcio pela primeira vez na história francesa, tornando-se acessível tanto para os homens como para as mulheres pelos mesmos motivos legais. Em suma, os revolucionários fizeram de tudo o que foi possível para expandir as fronteiras da autonomia pessoal (HUNT, 2009, p. 62).

Foi através dos movimentos revolucionários que a autonomia pessoal dos sujeitos segregados da sociedade veio à tona, sendo que agora os direitos de herança não eram mais sujeitos apenas à vontade do patriarca da família.

Ademais, os romances podem ser encarados como primeiros passos para o advento dos ideais de igualdade entre homens e mulheres, tendo em conta que aqueles que possuíam empatia com as heroínas vislumbravam que inclusive as mulheres “aspiravam a uma maior autonomia, e experimentavam imaginativamente o esforço psicológico que a luta acarretava”, embora não sejam fatores determinantes. (HUNT, 2009, p. 60).

Fator histórico importante para o surgimento desses direitos foi a transformação do Estado Absolutista para o Estado Liberal, pois instaurando-se limites para os excessos do monarca, criou-se uma ideia de respeito à legalidade e liberdade. Conquanto, nesse período pós iluminista não houve criação de Direitos Humanos da maneira que são conhecidos na atualidade, tampouco a ideia de direitos sociais e culturais (PIOVESAN, 2010, p. 240).

Atitudes de agressividade e instabilidade de humor tornaram-se padrões comportamentais menos aceitáveis nos momentos de interação social e isso se deve também às retratações musicais e teatrais que geraram certa sensibilidade, além da empatia anteriormente mencionada (HUNT, 2009, p. 83).

Considerando essa mudança comportamental da sociedade, houve a necessidade de serem apresentados os novos ideais e padrão de comportamento através de declarações, tendo em vista que “as campanhas para abolir a tortura e o castigo cruel apontam para uma resposta: uma afirmação formal e pública confirma as mudanças que ocorreram nas atitudes subjacentes” (HUNT, 2009, p. 113).

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 é considerada um marco para os Direitos Humanos, no entanto:

Nenhum dos artigos da declaração especificava os direitos de grupos particulares. “Os homens”, “o homem”, “cada homem”, “todos os cidadãos”, “cada cidadão”, “a sociedade”, “qualquer sociedade” eram contrastados com “ninguém”, “nenhum indivíduo”, “nenhum homem”. Era literalmente tudo ou nada. As classes, as religiões e os sexos não apareciam na declaração (HUNT, 2009, p. 132).

Em outras palavras, o próprio documento que visava a promoção de direitos igualitários, tratava os cidadãos e sujeitos de direito como “homem” e assim era efetivamente, pois na prática, as mulheres não conseguiam exercer os mesmos atos da vida civil que os homens.

Assim, diversos documentos tidos como fontes dos Direitos Humanos, como a *Bill of Rights* Britânica de 1689, não podem ser considerados precursores deles, já que, nesse caso, a declaração proibia castigo que utilizasse meio cruel, mas não protegia todos igualmente, tendo em vista que os escravos eram açoitados, desmembrados e as mulheres esquartejadas e mortas na fogueira (HUNT, 2009, p. 77-78).

As mulheres conquistaram direitos iguais muito tardiamente, exemplificando, apenas em 1792 o divórcio foi permitido para as mulheres na França pelas razões idênticas aos homens, somente no final do século XIX as mulheres tiveram direito de voto em eleições nacionais, considerando, que esses direitos nem ao menos eram pautas políticas da época (HUNT, 2009, p. 168-169).

Assim, no período de 1791 a 1793 clubes de debates políticos foram formados por mulheres em cidades de grande porte com objetivo de pôr em pauta a questão, todavia, em 1793 deputados da época agiram contra os clubes, através de Convenção “sob pretexto de que tais clubes só as desviavam de seus apropriados deveres domésticos” (HUNT, 2009, p. 172-173).

Outrossim, consoante crítica formulada por Constance Pipelet em um artigo do ano de 1800, o desinteresse acerca dos direitos das mulheres ocorre, pois, as “massas masculinas acreditavam que limitar ou até aniquilar o poder das mulheres aumentaria o poder dos homens” e conforme adquiriam educação, comprovavam seus talentos e capacidade (PIPELET, 1800 apud HUNT, 2009, p. 175).

Dessa forma, relativamente ao despontar dos direitos das mulheres em sua amplitude e dimensão de igualdade:

Não é fácil determinar a hora exata nem mesmo a natureza dessa mudança no pensamento sobre as mulheres, mas o período da Revolução Francesa

parece ser crítico. Os revolucionários franceses tinham invocado argumentos em grande parte tradicionais para a diferença das mulheres em 1793, quando proibiram de se reunir em clubes políticos. 'Em geral, as mulheres não são capazes de pensamentos elevados e meditações sérias', proclamava o porta-voz do governo (HUNT, 2009, p. 189).

No imaginário leigo existe a ideia de que na época da Revolução Francesa todos as perspectivas abriram os horizontes, entretanto, ainda existiam atitudes segregadoras e por isso, não podem ser encarados os Direitos concedidos na época como Direitos Humanos, sendo que se tratavam mais especificamente de migalhas de Direitos essenciais.

No dia 10 de dezembro de 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) e através dela que efetivamente houve formalização dos Direitos Humanos como se conhece atualmente, como a liberdade, direito de participação do governo, direito ao voto, proibição de escravidão e pagamento de salários igualitário (HUNT, 2009, p. 205-206).

Destarte, os direitos que antes eram exclusivos da elite branca, masculina e com posses, foram conquistados pela mulher, pelo deficiente, pelo negro e pelas crianças, com respaldo internacional através de tratados firmados por vários Estados que garantem proteção a esses grupos, considerando sua vulnerabilidade, ressalvados obviamente, alguns Estados não signatários que não promovem igualdade e liberdade (PIOVESAN, 2010, p. 241-242).

De mesma importância, a Declaração Universal de Direitos Humanos é o documento basilar desses direitos e quase universal, pois contou com a assinatura de 48 países, tendo sido inclusive determinado quais os valores primordiais a serem seguidos pelos Estados, haja vista que "a Declaração consolida a afirmação de uma ética universal" (ANTUNES, 1972 apud PIOVESAN, 2008, p. 21).

Inclusive, acrescenta-se que a Declaração de 1948 foi um documento basilar para as Constituintes da maioria dos países, nesse sentido:

Reconhecer a diferença, contudo, não significa desconsiderar a íntima relação entre os direitos humanos e os Direitos Fundamentais, uma vez que a maior parte das constituições do segundo pós-guerra se inspirou tanto na Declaração Universal de 1948 quanto nos diversos documentos internacionais e regionais que a sucederam, de tal sorte que – no que diz com o conteúdo das declarações internacionais e dos textos constitucionais – está ocorrendo um processo de aproximação e harmonização, rumo ao que já está sendo denominado (não exclusivamente – embora principalmente – no

campo dos direitos humanos e fundamentais) um direito constitucional internacional (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2017, p. 333).

Apenas com a Declaração Universal de Direitos Humanos em 1948 que pode se observar Direitos concretos sendo concedidos aos grupos minoritários.

Além disso, a já referida Declaração assegurou aos Direitos Humanos as características de universalidade - pois a única exigência para ser um titular desses direitos é ser uma pessoa humana, independentemente de sua individualidade - e indivisibilidade, uma vez que a quem é garantido um direito, garantem-se todos (PIOVESAN, 2008, p. 21).

Outrossim, há ainda uma questão terminológica que circunda as garantias da pessoa humana, ou seja, não está consolidado o entendimento de em qual momento aplicam-se os termos Direitos Humanos e Direitos Fundamentais. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 faz uso da nomenclatura Direitos e Garantias Fundamentais e a trata como gênero da qual são espécies os direitos individuais, coletivos, sociais, políticos e de nacionalidade (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2014, p. 262).

Ainda sobre a diferenciação terminológica, os Direitos Fundamentais sempre serão direitos humanos, mas o inverso não é verdadeiro:

[...] no sentido de que seu titular sempre será o ser humano, ainda que representado por entes coletivos (grupos, povos, nações, Estado), também é certo que não é esse o motivo pelo qual a distinção se faz necessária, ainda mais no contexto do direito constitucional positivo. De acordo com o critério aqui adotado, o termo “Direitos Fundamentais” se aplica àqueles direitos (em geral atribuídos à pessoa humana) reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado,⁸¹⁰ ao passo que a expressão “direitos humanos” guarda relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àqueles posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e em todos os lugares, de tal sorte que revelam um caráter supranacional (internacional) e universal (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2017, p. 332).

Importante a distinção entre Direitos Humanos e Direitos Fundamentais, para que esteja claro quando o que se está abordando são os Direitos em âmbito internacional, universal, ou àqueles que são concedidos pela Carta Magna brasileira.

No Brasil, apenas com a Constituinte de 1988 que se fixou o princípio da prevalência dos Direitos Fundamentais e através dele, o Estado iniciou uma fase de intensa ratificação de tratados internacionais fundamentais e relevantes para o

objetivo principal da nova carta magna, qual seja, a democratização do país (PIOVESAN, 2008, p. 24-25).

Assim, visto como os Direitos Humanos chegaram às Constituições, necessário mencionar que no ordenamento jurídico brasileiro, os Direitos Fundamentais estão previstos no Título II da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e dividem-se em: direitos e deveres individuais e coletivos no artigo 5º, direitos sociais nos artigos 6º ao 11, da nacionalidade nos artigos 12 e 13, direitos políticos nos artigos 14 ao 16 e dos partidos políticos no art. 17 (BRASIL, 1988).

Entretanto, não é apenas pelo fato de estarem previstos no Título II que os direitos são fundamentais, inclusive porque eles também podem estar dispersos no texto constitucional. Neste sentido, é evidente que:

[...] a nota da fundamentalidade está vinculada ao conteúdo, em outras palavras, ao grau de relevância do bem jurídico tutelado, de tal sorte que Direitos Fundamentais seriam (independentemente de sua previsão textual) apenas posições materialmente fundamentais, como, no caso dos direitos sociais (aqui em caráter apenas exemplificativo), aqueles direitos diretamente relacionados ao mínimo existencial (SARLET; MITIDIERO; MARINONI, 2014, p. 292).

Como supramencionado, os Direitos Fundamentais estão previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, todavia, podem ser implícitos, por consequência dos princípios constitucionais que neles refletem, ou referidos nos tratados internacionais assinados pelo Brasil (PIOVESAN, 2008, p. 25).

Já em relação aos princípios ligados aos Direitos Fundamentais, salienta-se o da Dignidade da Pessoa Humana, previsto no art. 1º, inciso III, da Constituição da República Federativa do Brasil, pois seu peso “atrai a realização dos Direitos Fundamentais”, principalmente num contexto democrático, que garante a “efetividade desses direitos” (SILVA, 1998, p. 94).

Portanto, atribui-se o nascimento dos Direitos Humanos a fatores históricos e sociais, pois modificaram a forma da humanidade pensar e se relacionar, assim, apenas com a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que se observou os direitos efetivamente sendo garantidos, considerando que as declarações anteriores garantiam direitos a apenas uma parte elitizada da sociedade. No que se refere à positivação desses Direitos Humanos, a Constituinte Brasileira adotou o termo Direitos Fundamentais, sendo, inclusive, baseados nos Direitos da Declaração de 1948.

2.2 Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais em espécie essenciais para promoção do Direito à Saúde

O Direito à saúde possui com base o princípio da Dignidade da Pessoa Humana e os Direitos Fundamentais existentes na Constituição da República Federativa do Brasil, entretanto, indaga-se se há seu efetivo cumprimento e a forma como isso ocorre.

A Constituição de 1988 outorgou aos princípios fundamentais qualidade estruturadora e informativa de todo o ordenamento constitucional, inclusive no que tange aos Direitos Fundamentais, em outras palavras, seriam os dispositivos constitucionais submetidos ao entendimento principiológico constitucional da dignidade da pessoa humana, da soberania estatal, da cidadania, entre outros (SARLET, 2015, p. 73).

Ainda, o reconhecimento da dignidade da pessoa humana como princípio constitucional, garantiu abertura, diálogo e confiança no princípio, que se tornou tanto para os especialistas como para os cidadãos o princípio basilar, fundamentador e elo de ligação de todos os demais direitos (SARLET, 2015, p. 77-78).

Nessa ótica, é justificada a existência do Estado com base na existência e necessidade de amparo do ser humano e quando a dignidade da pessoa humana possui “condição de princípio constitucional estruturante e fundamento do Estado Democrático de Direito” é que o Estado efetivamente “passa a servir como instrumento para a garantia e promoção da dignidade das pessoas individual e coletivamente consideradas” (SARLET, 2015, p. 78)

O princípio da dignidade da pessoa humana, atua como limitador das relações particulares, mas também como limitador do Estado e:

Nesse contexto, não restam dúvidas de que todos os órgãos, funções, e atividades estatais encontram-se vinculados ao princípio da dignidade da pessoa humana, impondo-se-lhes um dever de respeito e proteção, que se exprime tanto na obrigação por parte do Estado de abster-se de ingerências na esfera individual que sejam contrárias à dignidade pessoal, quanto no dever de protegê-la (a dignidade pessoal de todos os indivíduos) contra agressões oriundas de terceiros, seja qual for a procedência, vale dizer, inclusive, contra agressões oriundas de outros particulares, especialmente – mas não exclusivamente – dos assim denominados poderes sociais (ou poderes privados) (SARLET, 2015, p. 89-90).

Tanto o Estado como os particulares devem respeitar os preceitos da Dignidade da Pessoa Humana, dado que todos os demais direitos estão vinculados ao princípio, que é norteador e serve como controle para qualquer situação de injustiça.

Aliás, o princípio em tela tem caráter identificador de direitos implícitos, isto é, todos os Direitos Fundamentais espalhados na Constituição da República Federativa do Brasil são diferenciados quando observados à luz do princípio da dignidade, pois verifica-se que, em regra, eles possuem caráter de proteção e de defesa do cidadão (SARLET, 2015, p. 115).

Não é critério exclusivo de identificação de direitos implícitos, pois ainda existem direitos capazes de auxiliar no reconhecimento desses outros direitos implícitos, como é o caso do direito à vida e a saúde que pressupõem o dever e direito de preservação do meio ambiente (SARLET, 2015, p. 116).

Relativamente ao direito à liberdade, todo cidadão deve ter independência para organizar e definir rumos para sua vida, salvo casos de incapacidade, e por óbvio, a liberdade reflete a dignidade, porquanto sobre ela circunda a noção de que o ser humano para ter uma vida digna, necessita ter autonomia (SARLET, 2015, 126).

A dignidade é desenvolvida na ideia de autonomia, tendo inclusive reprodução no direito à liberdade, mas procede também:

[...] como limite ao exercício das liberdades fundamentais, o que, de resto, encontra ressonância também na esfera jurisprudencial, como é o caso dos limites da liberdade de expressão, mas também diz respeito ao problema dos limites da livre disposição dos direitos fundamentais por seu titular. Nesse contexto, cabe sublinhar que mesmo que uma renúncia à dignidade e ao conteúdo em dignidade dos direitos seja, em princípio vedada pela ordem jurídica, não há como deixar de reconhecer a possibilidade de uma série de situações concretas onde se verifica pelo menos uma autolimitação de determinados direitos (ou, pelo menos, dimensões dos direitos) inerentes à personalidade (SARLET, 2015, p. 127).

Mesmo que a dignidade da pessoa humana seja direito indisponível, ou seja, que a parte detentora não pode renunciar a ele, existem certas situações na sociedade, em que as pessoas abstém de certos direitos.

No que tange ao direito à igualdade, consiste em requisito essencial para preservação da dignidade da pessoa humana “a garantia da isonomia entre todos os seres humanos, que, portanto, não podem ser submetidos a tratamento discriminatório e arbitrário” no aspecto formal e material da igualdade (SARLET, 2015, p. 132).

Dentre os Direitos Fundamentais constitucionais em espécie, o direito à saúde está previsto ao longo do capítulo II da Constituição da República Federativa do Brasil, sendo que é intrinsecamente ligado ao fundamento da dignidade da pessoa humana (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 03-05).

Por este ângulo, o ordenamento jurídico que “protege os direitos à vida, à integridade física e corporal e ao meio ambiente sadio e equilibrado evidentemente deve salvaguardar a saúde, sob pena de esvaziamento (substancial) daqueles direitos” (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 22).

O Direito internacional possui papel importante no que tange ao Direito à Saúde, pois já na Declaração dos Direitos Humanos de 1948, nos seus artigos 22 e 25 restou estabelecido que as pessoas têm direito a um padrão de vida que permita o acesso à saúde e à manutenção do bem-estar (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 02).

Assim, através da Constituição de 1988 do Brasil:

[...] as intensas reivindicações de uma pluralidade de grupos sociais e políticos, a saúde foi alçada à categoria de direito fundamental, cujo imperativo é a prestação positiva do Estado no sentido de concretizá-la em amplía-la a todos os cidadãos. A universalização da saúde foi acompanhada de sua institucionalização normativa, o que possibilitou a cristalização de princípios, normas e diretrizes que seriam desenvolvidos nos anos seguintes. Em seu art. 196, observa-se que a saúde é um ‘direito de todos e dever do Estado’ (Brasil, 1988), o que denota uma dupla dimensão (direito-dever) em sua natureza (ASENSI, 2012, p. 02).

No Brasil a partir da década de 1970 houve crescimento do movimento da Reforma Sanitária, que constituía “na defesa da saúde como um direito de todos” sendo responsável pela universalização do direito e propagando “que as ações em saúde deveriam ser formuladas não somente pelo Estado, mas em conjunto com espaços públicos de participação social”, tendo em vista que a sociedade é quem sabe as dificuldades e progressos daquele âmbito social (ASENSI, 2012, p. 02).

No que se refere ao acesso universal e igualitário à saúde, disposto no artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil é garantia especialmente buscada por países com contextos de desigualdade social, com presença do binômio necessidade possibilidade, o que torna questionável inclusive “as noções de universalidade e gratuidade de atendimento e tratamento” (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 16).

Para a garantia do acesso à saúde de qualidade, que é considerado objetivo fundamental da República, consoante artigo 3º da Constituição Federal de 1988,

necessária uma avaliação por parte do Estado que verifique a divisão dos recursos de saúde como medicamentos e materiais, bem como a salvaguarda de que todos os cidadãos abarcados pelo mesmo ordenamento jurídico possuam as mesmas condições de acesso à saúde (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 17).

O Direito à saúde é garantido a todos os cidadãos e é dever do Estado, no entanto verifica-se:

[...] uma dimensão defensiva, no dever de proteção da saúde, que se revela, por exemplo, pelas normas penais de proteção à vida, à integridade física, ao meio ambiente, à saúde pública, bem como em diversas normas administrativas no campo da vigilância sanitária, que regulam desde a produção e a comercialização de diversos tipos de insumos e produtos até o controle sanitário de fronteiras; e uma dimensão prestacional lato sensu, no dever de promoção à saúde, concretizada pelas normas e políticas públicas de regulamentação e organização do SUS, especialmente no que concerne ao acesso ao sistema, à participação da sociedade na tomada de decisões e no controle das ações de saúde e ao incentivo à adesão aos programas de saúde pública (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 04).

Ainda, a Constituição de 1988 foi responsável pela regulamentação do SUS (Sistema Único de Saúde) e promover “as novas condições para a organização das ações de saúde no Brasil”, considerando que posteriormente houve a regulamentação através de legislação ordinária, no caso, através das Leis 8.080/90 e 8.142/90. Através do Sistema Único de Saúde que a saúde foi vislumbrada como Direito Social de forma prática, pois permite o acesso gratuito a todos os cidadãos (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 08).

A luta social alcançou “a ampliação da ação pública na prestação de serviços sociais”, mas a instabilidade que é provocada pelos “interesses imediatos do capital” dificulta a implementação real do Sistema Único de Saúde, não sendo possível promover o provimento mínimo e o básico do direito à saúde considerando os valores disponibilizados para tanto pelo poder público. Portanto, “a ética do direito à saúde abrangente e radical é, no seu âmago, antagônica à lógica social de funcionamento do sistema capitalista” (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 08-09)

Dessa forma, o Direito à Saúde está intrinsecamente ligado ao princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana e os Direitos à liberdade e igualdade. Assim, todos devem ter acesso à saúde, medicamentos e ao atendimento de qualidade, no entanto, sabe-se que na prática, promover a saúde vai de encontro à lógica do sistema político, o que prejudica a sua prestação adequada de acordo com os Direitos Humanos.

2.3 Os Direitos Reprodutivos Femininos: surgimento, aspectos gerais de seu desenvolvimento e enfrentamento da desigualdade

Compreende-se que os Direitos Humanos são essenciais e devem ser preservados, busca-se entender a relação entre eles e os Direitos Reprodutivos Femininos, em que contexto surgiram e de que forma são encarados pela sociedade e pelo poder público.

Após a promulgação da Declaração de 1948 que os Direitos Humanos começaram a ser abarcados pelos ordenamentos jurídicos através de assinatura de tratados internacionais, tornando-os universais, criando também um sistema de proteção desses direitos na Organização das Nações Unidas (PIOVESAN, 2010, p. 263).

O sistema normativo internacional utiliza o instrumento geral e o especial para a proteção dos Direitos Humanos, sendo que o primeiro é destinado às pessoas de forma genérica e o segundo é destinado aos grupos vulneráveis, salientando sempre que o direito é efetivo apenas para as pessoas cujo o Estado em que vivem adotou o tratado internacional. Dessa forma, ainda hoje não é possível alegar que todos os seres humanos possuem o mesmo tratamento (PIOVESAN, 2010, p. 264).

Acerca do sistema especial de proteção dos Direitos Humanos, não há que se falar em tratamento genérico dos indivíduos:

Torna-se necessária a especificação do sujeito de direito, que passa a ser visto em suas peculiaridades e particularidades. Nessa ótica, determinados sujeitos de direito ou determinadas violações de direitos, exigem uma resposta específica, diferenciada. Nesse sentido, as mulheres devem ser vistas nas especificidades e peculiaridades de sua condição social. Importa o respeito à diferença e à diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial (PIOVESAN, 2010, p. 264).

Não há que se falar em desigualdade quando se trata de tratamento diferenciado para as mulheres, considerando o preceito do direito que dispõe que os desiguais, devem ser tratados de forma desigual e a isso se denomina igualdade material.

Assim, em 1984 o Brasil ratificou a Convenção sobre Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher das Nações Unidas que vedava qualquer

tipo de discriminação e pautava-se na igualdade e liberdade da mulher em todos os âmbitos, financeiro, social ou político (PIOVESAN, 2010, p. 264-265).

Um dos instrumentos específicos para a proteção dos Direitos Humanos foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher que foi ratificada pelo Brasil em 1995. Definiu que a violência contra a mulher provoca danos físicos, psicológicos e sexuais e “a violação destes direitos não se reduz à esfera pública, mas também alcança o domínio privado” (PIOVESAN, 2010, p. 270-271).

Ainda, a Convenção supracitada antevê que “os direitos reprodutivos das mulheres devem estar sob o controle delas próprias” devendo o Estado garantir que “as escolhas das mulheres não sejam feitas sob coerção e não sejam a elas prejudiciais” (PIOVESAN, 2010, p. 265).

Nesse aspecto, os direitos reprodutivos referem-se à liberdade que a mulher tem de dispor sobre seu corpo, sua sexualidade e reprodução, no que concerne ao aborto, contraceptivos, sexualidade em geral, possibilidade de optar por ter filhos e a forma que isso se dará, desde que não atinja direitos alheios ou indisponíveis, portanto, como tratado no subtítulo anterior, plenamente ligados ao Direito à Saúde e conseqüentemente à Dignidade da Pessoa Humana (PIOVESAN, 2010, p. 306).

Outra forma de encarar os Direitos Reprodutivos é através do entendimento da Constituição da Organização Mundial da Saúde que os trata:

[...] como sendo o ‘estado pleno de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade’. A saúde reprodutiva, no contexto desta definição positiva, seria formada por uma série de elementos fundamentais. Pressuporia a possibilidade de as pessoas reproduzirem e regularem sua fecundidade; pressuporia também que as mulheres tenham uma gestação e parto seguros; e que aquele processo reprodutivo resultasse em bebês e crianças com expectativa de sobrevivência e bem-estar. A isso se poderia acrescentar a possibilidade de as pessoas manterem relações sexuais seguras e prazerosas (FATHALLA, 1988 apud COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 11).

Existem procedimentos internacionais que permitem que qualquer um do povo realize petições com teor de denúncia sobre eventuais violações aos direitos garantidos em tratados e convenções e a denúncia deve ser realizada perante a Comissão Interamericana, que poderá condenar o Estado pelos direitos das mulheres que foram violados (PIOVESAN, 2010, p. 273).

Nessa ótica, mas no âmbito nacional, as mulheres conquistaram diversos direitos que foram acrescentados na Constituinte de 1988, havendo ciência de um movimento feminista que gerou a elaboração da Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, na qual objetivavam igualdade de direitos e liberdade (PIOVESAN, 2010, p. 278).

Paralelamente às conquistas dos direitos femininos pelas mulheres internacionalmente, os movimentos feministas nacionais ampliaram o campo de visão de direitos que poderiam ser obtidos, dado que “a agenda dos direitos humanos das mulheres influenciou o discurso político no Brasil e desencadeou políticas públicas, em particular nos campos da saúde sexual e reprodutiva”, e no que tange à “violência de gênero” (PIOVESAN, 2010, p. 280).

Apesar do Brasil ter assinado todos os tratados e convenções e reconhecer a necessidade de proteção aos direitos femininos, bem como, possuir em suas leis e ordenamento jurídico, mecanismos de proteção aos Direitos das Mulheres “ainda persiste na cultura brasileira uma ótica sexista e discriminatória com relação às mulheres, que as impede de exercer, com plena autonomia e dignidade, seus direitos mais fundamentais” (PIOVESAN, 2010, p. 282).

O processo histórico de luta das mulheres objetivava o “controle do próprio corpo, da fecundidade e saúde”, mas com o passar dos anos, denotou-se que os objetivos eram primários e fatores como a “concepção, o parto, a contracepção e o aborto como elementos interligados” teriam maior amplitude se significação e “a impossibilidade de acesso a qualquer um deles remete a mulher para um lugar de submissão” (PIOVESAN, 2010, p. 307).

Em 1994 na Conferência do Cairo, 184 Estados recepcionaram os direitos reprodutivos femininos como Direitos Humanos, tendo inclusive dispositivos com garantia para que as mulheres tivessem controle acerca de sua fecundidade e poder de decisão sobre a forma de exercer a maternidade (PIOVESAN, 2010, p. 309).

A saúde reprodutiva e sexual deve ser considerada como uma meta pelo Estado, mas esse entendimento é recente, já que:

A primeira definição internacional de saúde reprodutiva data de 1994, elaborada durante a Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo. [...] a saúde reprodutiva e sexual é um tema, não apenas legítimo, mas que merece a atenção imediata de profissionais de saúde e de aliados de outros campos comprometidos com a conquista da saúde individual e coletiva em sociedades justas e humanas (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 04).

Durante muito tempo os Direitos Femininos, principalmente os Reprodutivos, foram tratados como tabu pela sociedade, mas a partir do século XX, iniciou-se uma modificação nesse pensamento.

Na medicina, as questões de saúde, direitos reprodutivos e sexuais são ligados à ginecologia e a obstetrícia, não que não haja importância no direito reprodutivo e sexual masculino, mas entende-se que as mulheres através das construções sociais e culturais é sujeito de maior relevância no aspecto reprodutivo, bem como é o sujeito que mais sofre com a desigualdade nesse âmbito (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 07).

Outrossim, o direito e as leis estão intrinsecamente ligados com esses fatores, pois as “leis relacionadas à saúde reprodutiva foram com frequência elaboradas com base em posições ideológicas, que não levam em conta seus efeitos obstrutivos sobre os cuidados clínicos necessários para os pacientes” e para a manutenção da saúde e redução de desigualdade (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 03).

O descaso com a saúde reprodutiva feminina gera números alarmantes acerca da gravidez e do parto, afinal, “a cada ano morrem no mundo aproximadamente 515.000 mulheres de complicações durante a gravidez e o parto” e nos casos dos países em desenvolvimento “a maternidade é listada como sendo a primeira causa de problemas de saúde entre mulheres jovens adultas (com idade entre 15 e 44 anos) representando 18% do total de doenças neste grupo”, portanto, a mortalidade de gestantes é variável mais conturbada entre os países “do que qualquer outro indicador de saúde pública” (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 10).

A evolução desses direitos pode ser vislumbrada no decorrer da história, contudo:

[...] ainda existem preocupações e deficiências importantes, como por exemplo, a falta de fontes de recursos. Uma das áreas de maior preocupação é a permanente violação dos direitos humanos das mulheres, incluindo os seus direitos sexuais e reprodutivos. O principal desafio com que nos defrontamos e que deve pesar em nossa consciência social é a tragédia negligenciada da mortalidade materna. Frequentemente [sic], o comprometimento da saúde reprodutiva não está na falta de conhecimento médico, mas sim nas transgressões aos direitos humanos das mulheres. A falta de poder das mulheres é um sério risco à saúde (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 11).

Dentre todos os Direitos abordados nos capítulos anteriores, busca-se o enfoque nos direitos reprodutivos femininos, na quantidade de morte exacerbada que ocorre entre gestantes e parturientes.

A área que abrange a saúde reprodutiva compreende desde às técnicas até a forma em que é realizada a prevenção e resolução de problemas de saúde relacionados à reprodução e, como dito anteriormente, os Direitos Reprodutivos possuem conexão com o Direito à Saúde, porque saúde reprodutiva abrange o aspecto sexual, relacionado às doenças sexualmente transmissíveis, mas também à gravidez e o parto (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 12-13).

As leis e os políticos definem os recursos que são enviados para a saúde e sua aplicação em cada âmbito, inclusive no que tange à saúde da mulher, assim, pode-se dizer que a saúde é determinada por fatores sociais e econômicos da sociedade em que se observa, ou seja, a política e as leis são responsáveis pela garantia da saúde da mulher (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 18-19).

A Igualdade é fundamental para a construção dos Direitos Reprodutivos Femininos primeiramente considerando a forma diferenciada que é encarada a sexualidade masculina e feminina e, por outro lado, entre as mulheres de diferentes classes, afinal:

Para que os governos e organizações internacionais promovam os direitos sexuais e reprodutivos de forma a respeitar a igualdade entre mulheres, é preciso que sejam solucionadas ao menos, as mais gritantes diferenças em poder e recursos que dividem as mulheres dentro de seus países e internacionalmente. No caso dos métodos seguros e eficientes de contracepção, as leis que garantem a "liberdade" para todas as mulheres de escolherem o método que desejam são inúteis quando as mulheres não têm acesso aos serviços de saúde, quando a qualidade dos mesmos é precária, ou nas situações em que faltam os insumos e financiamento adequado para o sistema de saúde pública. As mudanças econômicas e políticas necessárias para que se criem tais condições são um problema não somente de desenvolvimento, mas de direitos (sociais); de fato, este é um bom exemplo de por que o desenvolvimento é um direito humano e por que os direitos reprodutivos das mulheres são inseparáveis dessa equação (CORRÊA; PETCHESKY, 1994, p. 167).

A carência de atenção na área da saúde para as questões reprodutivas e sexuais não são solucionáveis através de seus profissionais apenas, mas no progresso através dos setores e ações públicas, bem como, por meio da modificação no pensamento da sociedade, considerando que apesar da mulher ser elemento trivial para a reprodução em todas as suas fases ainda são alvos de discriminação e

subordinação ao invés de serem protegidas e amparadas principalmente nesse aspecto (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 34).

Dessa forma, os Direitos Reprodutivos Femininos surgiram por meio da luta das mulheres através dos movimentos femininos e buscaram a promoção da igualdade de gênero no que tange a um dos maiores tabus concernentes às mulheres, qual seja, reprodução e sexualidade. O desenvolvimento dos Direitos Reprodutivos só ocorrerá quando o poder público investir em capacitação de profissionais, políticas públicas em geral que protejam o público feminino e criação de leis que penalizem a violência obstétrica.

3 A HOSPITALIZAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E SUA IMPLICAÇÃO NA RECORRENTE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PARTO HUMANIZADO COMO SOLUÇÃO

Parir e o partejar sempre foi reconhecido pelos grupos sociais e em diferentes épocas como pertencente à classe feminina, entretanto, em determinado momento da história o que era exclusivo das mulheres e do âmbito do lar, tornou-se hospitalizado, institucionalizado. Questiona-se em qual momento isso ocorreu e o que motivou, afinal, atualmente órgãos estatais e internacionais como a Organização Mundial da Saúde definem o parto normal como o ideal para a mulher e para o neonato.

Ainda, o objetivo é compreender porque o parto hospitalizado é mais prejudicial para a parturiente do que o parto normal humanizado, considerando o principal fator denominado violência obstétrica. Por fim, o que se busca é entender acerca do parto humanizado e quais seus benefícios diante do parto regular hospitalar.

3.1 Institucionalização e hospitalização da saúde e do parto

Para compreender o parto humanizado, significativo observar de que forma e em que momento histórico a sociedade alterou as suas escolhas de parto domiciliar para hospitalar e o que esse fator ocasionou.

O parto normal faz parte da história da identidade feminina, pois é a forma natural pela qual todos os seres humanos nascem, destarte, desde sempre foi percebido como uma prática que ocorre entre mulheres, ou seja, em regra, quem

auxilia as parturientes no momento do parto são as parteiras (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 141).

Inicialmente, conceber era tratado como “evento fisiológico”, no qual não possuía relação com a medicina ou com a figura masculina, pois os homens interviam nos partos apenas nas hipóteses de suturas e drenagens, afinal, a “presença masculina no parto era vivida com inquietude pelos presentes, pois significava que algo ia muito mal” (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 141).

Assim, o que ocorreu foi uma apropriação do parto pelos profissionais da medicina, haja vista que:

Ocorre uma história de submissão feminina desde a infância, perpassando a vida adulta, além da história da formação de parteiras e enfermeiras obstétricas, que possuíam conhecimento próprio e domínio feminino desse saber, do qual a medicina se apropriou e transformou em saber-poder masculino (Vasconcelos, 2001). Souza (2000) faz uma reflexão sobre o processo de cuidar/assistir à mulher, em que a reconhece em situação de desigualdade em relação aos homens. Isso porque discutir avanços do modelo assistencial da obstetrícia significa pensar em cidadania feminina, o que exige uma reflexão sobre os papéis adotados nas relações entre homens e mulheres, as chamadas relações de gênero. Assim, as diferenças que existem entre homens e mulheres (que não são desigualdades) são menos resultantes da biologia e mais da cultura construída através dos séculos (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 141-142)

Ademais, as mulheres “resgatavam sua individualidade e exercitavam suas alianças de gênero” através da cultura feminina do parto, afinal, ultrapassava o entendimento das dores físicas e saberes biológicos sobre o corpo, a prática do partejar “caminhava paralela ao olhar da medicina” e circundava em torno dos sentidos e sentimentos femininos e os homens participavam documentando, ao menos até a medicalização do parto (DEL PRIORE, 1995).

Em outras palavras, a forma como funcionava o parto foi construída nos saberes populares femininos, de intuição e experiência e na ocasião da institucionalização do parto a prática que era tipicamente feminina, tornou-se obrigatoriamente masculina, através de fatores estatais e institucionais e não por escolha das mulheres (PROGIANTI, 2001 apud WOLFF; WALDOW, 2008, p. 142).

Anteriormente, a presença da medicina nos partos era considerada a própria humanização, pois acreditava-se que com o conhecimento dos médicos a parturiente viria a sentir menos dores e sofrer menos violações, no entanto, o clima configurado nos partos hospitalares caracterizou-se pela dominação e violência, principalmente de gênero (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 142).

Em todos os aspectos da sociedade os homens eram detentores das profissões, principalmente as elitizadas, vez que para as mulheres:

[...] a luta também foi política pelo fato de fazer parte da luta de classes. As curandeiras eram as médicas da comunidade, sua ciência fazia parte da subcultura popular. A prática médica destas mulheres tem continuado prosperando até nossos dias no seio dos movimentos de rebelião das classes mais pobres contra as autoridades estabelecidas. Os profissionais homens ao contrário, sempre têm estado a serviço das classes dominantes, tanto no aspecto médico como no político. Eles têm contado com o apoio das universidades, das fundações filantrópicas e das leis. Sua vitória não é tanto produto de seus esforços, mas sobretudo o resultado da intervenção direta da classe dominante a que serviam (EHRENREICH; ENGLISH, 2003, p. 7-8).

Além da ocorrência da hospitalização da saúde e do parto, houve uma mudança de figuras que antes eram predominantemente femininas durante o parto, atividade empática e realizada entre mulheres, e atualmente é, em regra, uma atividade realizada por homens, que não possuem total dimensionamento do que é um parto.

A partir desse ponto de vista, as universidades medievais excluía completamente as mulheres e por isso a formação médica estava longe do alcance das parteiras, inclusive porque, os homens profissionais da medicina sempre foram patrocinados pelas classes que dominavam a sociedade da época e as parteiras não tinham possibilidade de especialização ou capacitação (EHRENREICH; ENGLISH, 2003, p. 21).

Entretanto, existiam “exceções a nível mundial”, como é o caso das parteiras na Alemanha em que “o primeiro contrato profissional entre uma parteira e uma autoridade municipal data de 1381, quando a cidade de Nuremberg estabeleceu um salário, benefícios de alojamento e fiscais para as parteiras” desde que auxiliassem a população pobre, tendo inclusive, um código profissional das parteiras, que as protegiam como profissionais, datado de 1452 (CLAP/SMR, 2014, p. 28-29).

No Brasil, o fator da hospitalização do parto ocorreu mais tardiamente, pois antes do século XVII:

[...] os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domicilia mente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém- -nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio (BRENES, 1991, p. 135).

Entre os séculos XVII e XVIII na Europa os partos foram abarcados pelos médicos na categoria médica obstétrica, então, no mesmo período, mais precisamente em 1808, no Brasil, as primeiras Escolas de Medicina estavam sendo criadas nos estados do Rio de Janeiro e da Bahia (BRENES, 1991, p. 135).

O movimento de hospitalização do parto chegou em terras brasileiras muito posteriormente, pois ainda no século XIX o parto era realizado pelas parteiras e no domicílio das parturientes, por conseguinte, partejar ainda era prática feminina, com “ritos e saberes próprios” e a “presença masculina no parto era desconfortável”, com ausência de médicos, inclusive por “mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes”, faltando qualquer condição de receptividade aos homens (DEL PRIORE, 1995, p. 263).

Entretanto, por mais que o parto natural no século XIX fosse primordial, iniciou-se uma reforma no sistema de saúde do país e nesse seguimento, criou-se o curso de obstetrícia na Faculdade de Medicina da Bahia, no ano de 1818 e apesar de ter enfermaria e serviço para mulheres grávidas, a população não aderiu, pois o corpo discente era composto majoritariamente por homens e porque na época chocava a ideia de expor um momento tão íntimo em prol do aprendizado dos acadêmicos (BRENES, 1991, p. 138).

Outrossim, o corpo acadêmico e médico buscou criar no imaginário da sociedade a ideia de que o parto realizado no âmbito hospitalar era mais higiênico e saudável, buscando “construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população”, todavia, a população feminina só utilizava os serviços em caso de extrema necessidade (BRENES, 1991, p. 145-146).

No período da República o governo brasileiro passou a adotar um posicionamento em relação ao combate ao “charlatanismo e sua versão feminina” que se tratava basicamente das benzedadeiras e parteiras, assim, atuaram firmemente, juntamente com os grupos higienistas, para estigmatizar as parteiras que por medo da represália e eventuais punições começaram a evitar a prática de partejar, por mais que as pessoas fossem em busca de seus serviços (TORNQUIST, 2004, p. 86-90).

Destarte, após inúmeras tentativas, o parto hospitalar consolidou-se como principal escolha no Brasil no século XX e essa:

[...] mudança criou condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, a exemplo da episiotomia e do fórceps profilático. O ato de dar à luz, antes

uma experiência profundamente subjetiva, de vivência no ambiente domiciliar para a mulher e sua família, transformou-se em experiência no âmbito hospitalar: um momento privilegiado para o treinamento de acadêmicos e residentes de medicina e obstetras. A prática da assistência ao parto, mesmo tendo as parteiras à frente desse cuidado, passou a ser vista como ato privativo do médico (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 142)

No ambiente familiar e exclusivo de mulheres, havia certa cumplicidade e compreensão acerca da intimidade e particularidade da parturiente, o que foi deixado de lado quando o corpo feminino começou a ser utilizado como objeto de estudo.

Apenas para fins de esclarecimento, a episiotomia está entre os procedimentos cirúrgicos que são realizados no momento do parto, que são invasivos ao corpo feminino e na maioria das vezes desnecessários e consiste em um corte realizado no períneo da mulher, ou seja, a base do púbis (SANTOS, 2006, p. 552).

Nesse mesmo sentido, o fórceps é o instrumento utilizado para puxar o feto de dentro do útero pela cabeça, visto que, o fórceps profilático, como a própria etimologia diz, é o uso desnecessário desse instrumento, ou seja, quando a cabeça já está aparente e ele é usado apenas para evitar esforço de empurrar o feto o que é extremamente antinatural e gera danos ao feto (CARNEIRO, 1963, p. 36).

Dessa forma, o parto foi descrito e incutido na mente humana como prática abominável e insustentável diante da dor e a classe médica elitizada, os governantes e os acadêmicos ofereceram em troca o esquecimento da experiência traumática através de injeções de morfina, doses de amnésico (mais precisamente escopolamina), indução do parto através ocitócitos, dilatação do colo, anestésias e retirada do neonato com o fórceps (DINIZ, 2005, p. 628).

O parto domiciliar apresentado como algo doloroso e difícil de lidar em contraponto com as técnicas fornecidas nos hospitais, também modificou o pensamento da sociedade, em razão de que:

Na área obstétrica, a criação de ferramentas e anestésicos consolida a ideia de parto como um evento patológico e perigoso. A maior formação e inserção de médicos obstetras, a utilização de tecnologias chamadas pro- láticas para o parto, mudança do local de parto para o hospital, a busca por partos com anestesia e o advento da cirurgia cesariana, foram moldando um novo modelo e paradigma de assistência (chegamos ao ponto absurdo onde o médico é que faz o parto através de uma intervenção cirúrgica; as obstetras parteiras auxiliam a mulher a dar à luz). Como consequência, na Europa, nos EUA ou no Brasil, o que aconteceu foi a exclusão de parteiras, obstetras e enfermeiras obstétricas da assistência ao parto, pois não se encaixavam nesse modelo intervencionista (EHRENREICH; ENGLISH, 2003, p. 59)

Ocorreu dessa maneira a institucionalização, hospitalização ou medicalização do parto, sendo que a partir do século XX “estava instalado em muitos países, mesmo sem que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto”, sendo que apenas com muita resistência das parteiras que se evitou a proibição completa do parto domiciliar (DINIZ, 2005, p. 628-629).

Isto posto, demonstrado como foi inculcada na sociedade a ideia de que o parto hospitalar é mais adequado do que o domiciliar e verificando como se deu a institucionalização do partear é necessário demonstrar os danos causados pelo parto hospitalar que inclui cesáreas e parto normal regular.

3.2 Violência obstétrica: casos práticos e relação de poder

Após o fenômeno da hospitalização do parto, conseqüentemente aumentou a frequência de intervenções cirúrgicas desnecessárias e além disso, indaga-se qual foi o reflexo da hospitalização do parto e o que ocasionou a mudança do poder de realizar o parto das mãos da parteira para as mãos médicas.

O parto por si só é uma experiência muito significativa para os envolvidos, pois é considerado um evento fisiológico, ou seja, que não necessita auxílio médico-hospitalar, mas sim, valores humanitários de cuidado e experiência, todavia, não é o que ocorre atualmente, pois com a hospitalização do parto que promete a inexistência de dor e dificuldades, veio o encargo da violência institucional (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011, p. 80).

Assim, os maiores índices de violência institucional ocorrem em maternidades públicas e essa violência se dá quase que exclusivamente por questões de gênero, baixa escolaridade e fator econômico e nesse contexto, a parturiente “é tratada como um objeto de intervenção profissional, e não um sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece” (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011, p. 80).

O poder existe entre os seres humanos e surge a partir de ações e palavras e é considerado um fim em si mesmo, não se tratando de atributo, e por isso, a violência não pode ser considerada apenas um exagero de poder, apesar de estarem relacionados, considerando que a violência sim é meio para obter o fim que geralmente é o poder (ARENDRT, 1994, p. 92-94).

Outrossim, o poder é realizado através de relações de governabilidade, ou seja, governar a ação daqueles que se submetem, afinal, na medicina não ocorre de forma diferente, pois o paciente submete-se voluntariamente às condutas e ações dos profissionais da saúde, salientando-se sempre que o sujeito que se submete deve ser livre, pois se não for, não se trata de poder, mas sim de coação (FOUCAULT, 1978, p. 110).

Assim, conforme os conceitos de Foucault e Arendt de poder:

No caso dos profissionais de saúde - e, no topo desta hierarquia, o médico -, o poder exercido se baseia na autoridade cultural e moral que a profissão médica atingiu em nossa sociedade. Essa autoridade está pautada não só em determinados conhecimentos científicos e em tecnologias, como, também, em certos valores e crenças culturais que são compartilhados como verdadeiros socialmente, além de exercerem determinado domínio sobre a conduta moral dos sujeitos. Por essa razão, a autoridade médica tem, como pilares, a legitimidade científica - como dito anteriormente - e a dependência dos sujeitos ao conhecimento que o médico detém, pelo receio de que venham a sofrer consequências desagradáveis caso esta autoridade não seja obedecida (STARR, 1991 apud AGUIAR; OLIVEIRA, 2011, p. 82).

Para exemplificar, apresentam-se alguns estudos, entre eles o realizado por Wolff em 2004 denominado “Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto” em que o cenário foi o Centro Obstétrico de um hospital-escola de uma cidade do sul do país, que é um hospital público e de grande porte e atende exclusivamente pelo SUS (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 144).

Nesse estudo, verificou-se o depoimento de uma primípara - que pariu pela primeira vez - com dezesseis anos que se posicionou acerca do que considera assistência adequada:

[...] Assistência humanizada é dar toda aquela assistência que precisa, mas não precisam ser tão estúpidos, tratar a gente pelo menos bem [...] mas se tratam a gente mal, tem que reclamar, por mais que não esteja pagando é um direito que a gente tem de dar a nossa opinião [...] uma hora quando eu senti uma dor muito forte uma [profissional] alterou a voz comigo, disse que qualquer coisa não era para eu gritar, era para eu ficar quieta Daí ela disse 'na hora foi bom, tu não sentiu dor, porque agora tu tem que sentir' Daí então eu me isolei e não falei nada [...] (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 143).

Ademais, realizou-se uma entrevista com 21 mulheres entre 16 e 42 anos que tiveram filhos em maternidades públicas localizadas na cidade de São Paulo/SP, três meses após o parto, considerando que a metade dessas mulheres se declararam afrodescendentes e a maioria se encontrava em com cônjuge estável, bem como, cinco das entrevistadas possuíam renda familiar menor que seiscentos reais e todas

contavam com contribuição de rede social de apoio financeiro (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011, p. 82-83).

Durante as entrevistas as genitoras mencionaram a importância de uma relação de respeito e atenção dos profissionais, bem como uma boa comunicação e que o profissional busque saber das necessidades e vontades da parturiente, ademais, salientam que o atendimento não é pessoal e individualizado (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011, p. 84).

Percebe-se através dos depoimentos que as profissionais mulheres possuem maior trato, exemplificando a paciente Dina que declarou “Aí foram fazer o exame do toque, maldito exame do toque. Porque ele foi com toda vontade. Nossa, acho que doeu mais do que na hora do parto. Por isso que eu não gostei dele [médico]” e posteriormente “veio uma médica, tão boazinha, acho que ela tinha uns 40 anos, mais ou menos, tão boazinha ela era. Ela estourou minha bolsa, fez o exame de toque e eu não senti tanta dor quanto a do homem” (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011, p. 83).

Tanto na cesárea como no parto normal as reclamações circundam a falta de “manejo da dor”, pois ocorrem complicações mesmo após a alta médica, o que é entendido pelas mulheres como negligência ou imperícia, tendo inclusive vários relatos de realização de procedimentos e exames sem consentimento, com falta de respeito, indiferença e repletos de falas “de cunho moralista”, sendo que algumas entrevistadas conhecem outras mulheres que também passaram por isso (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011, p. 84).

Outros estudos realizados em cidades de médio e grande porte do Brasil:

[...] têm denunciado a medicalização excessiva na assistência obstétrica em partos vaginais, como a prática rotineira da episiotomia, o uso indiscriminado de ocitocina no parto e outros procedimentos não recomendados. Ao mesmo tempo, há baixo uso de práticas de monitoramento contínuo do trabalho de parto, tais como o uso do partograma, aferição da pressão arterial, dos batimentos cardíacos fetais e medidas não farmacológicas de alívio da dor. Esses autores acrescentam ainda que, apesar de 98% dos nascimentos no país ocorrerem em hospitais, convive-se com dificuldades de acesso, além da fragmentação da atenção entre os cuidados primários (pré-natal e pós-parto) com o cuidado hospitalar (nascimento). Diante desse cenário, há alguns anos o Brasil vem tentando implantar e implementar ações na tentativa de reduzir a mortalidade e morbidade maternas e melhorar as condições de saúde e de atenção à mulher. (LEAL, 2012 apud CLAP/SMR, 2014, p. 281-282).

Na maioria das vezes as intervenções cirúrgicas não são necessárias e os medicamentos analgésicos e anestésicos também não, e algumas vezes, são técnicas ministradas sem o consentimento da gestante.

Foi realizada pesquisa também entre enfermeiras obstetras da Unidade Básica de Saúde que engloba hospitais privados e públicos e das Organizações Sociais de Saúde do Município de São Paulo/SP que possuem entre 5 e 36 anos de atuação técnica e apurou-se 21 diferentes frases típicas e violentas ditas por profissionais da saúde, bem como verificou-se 39 procedimentos desnecessários e realizados com frequência (SILVA et al., 2014, p. 723).

Dentre as frases violentas algumas são “na hora de fazer não gritou”, “é melhor seu marido não assistir o parto, senão ele ficará com nojo de você” e “é melhor fazermos cesariana, pois o parto normal esgarça a vagina e assim você pode preservar suas relações sexuais e dar mais prazer ao seu marido”, sendo a maioria das frases atreladas a relação de poder entre os gêneros (SILVA et al., 2014, p. 723).

No que tange aos procedimentos desnecessários, cita-se a episiotomia, o fórceps profilático, mentir sobre a dilatação para indicar cesariana devido viagens e compromissos do profissional, amarrar as pernas da parturiente, exames físicos sem aviso ou explicação do procedimento, toques vaginais coletivos para formação técnica, uso de hormônios sintéticos para acelerar o parto, proibição da escolha da paciente pela posição do parto, dentre outros, o que demonstra a insensibilidade dos profissionais (SILVA et al., 2014, p. 723).

Outro fator a se destacar é que quanto mais rápido for o parto, mais grave a lesão, por isso é desaconselhado o uso do fórceps, considerando que o instrumento impede o esforço e o trauma de expulsão, mas é desnecessário, pois é a ação natural do corpo feminino (CARNEIRO, 1963, p. 35-36).

A violência obstétrica se manifesta de diversas formas, por palavras ou ações e desse modo:

[...] o processo de institucionalização do parto no Brasil continua interferindo na medicalização do parto e no incremento dos índices de cesariana, reforçando a medicalização do corpo feminino e o seu impedimento de ser sujeito pleno de sua história, perpetuando a violência obstétrica. Ressalta-se que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem se calar, sendo necessário abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natais, onde tem-se a oportunidade de abordar os variados assuntos e, instrumentaliza-la para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito (ANDRADE; AGGIO, 2014, p. 06).

Nas avaliações de satisfação materna individuais acerca das informações recebidas, auxílio e preparação do parto, poder de escolha do método de alívio e da

posição para parir verificou-se que a satisfação é superior quando as parturientes são atendidas por parteiras, tanto pelo tratamento quanto por serem evitados métodos médicos de analgesia desnecessária, episiotomia, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE E POLÍTICA SOCIAL, 2010, p. 47).

Portanto, nos modelos em que é realizado o parto hospitalar verificou-se maior incidência de violência obstétrica, pelo que se entende como intervenções desnecessárias, falas grosseiras direcionadas à parturiente e utilização de medicamentos de forma exacerbada e, desse modo, o parto humanizado demonstra-se mais benéfico para a gestante e para o nascituro, sendo que é o assunto a ser abordado no próximo item.

3.3 A recuperação dos costumes e da cultura do parto através da humanização

Compreendida a questão acerca da hospitalização do parto e a frequente incidência da violência obstétrica como sua consequência natural, busca-se um mecanismo para retomar os preceitos naturais e mais saudáveis do parto através do parto humanizado.

O modelo de parto hospitalar no qual incidem as diversas formas de violência obstétrica e uso desnecessário de tecnologias e medicamentos é um paradoxo, pois foi criado para reduzir danos e a morbimortalidade materna e perinatal, mas o que ocorreu foi o aumento dessas causas (DINIZ, 2005, p. 629).

Nesse sentido, considerando que o parto hospitalar causou mais danos do que benefícios e desenvolvimento, há aproximadamente 25 anos iniciou-se um movimento internacional que visa o uso da tecnologia no parto de forma apropriada, interação respeitosa entre profissional e paciente e redução do uso de intervenções desnecessárias, sendo que esse movimento é conhecido como humanização do parto (DINIZ, 2005, p. 629).

Pensar nesse modelo como inovador é:

Acreditar na filosofia do parto humanizado, natural e sem intervenção independente do profissional que atue junto à parturiente, deve dar à mulher a oportunidade de fazer escolhas, de ser o objeto central do cuidado, é, sobretudo, acreditar que a mulher é capaz de se conduzir durante o seu processo de parto (MOREIRA. et al. 2009, p. 726).

É através do desenvolvimento de atitudes e características próprias do ser humano como o respeito e a solidariedade que a humanização da assistência ao parto

é realizada, e inclusive, os destinatários principais da revitalização na forma de pensar são os profissionais da saúde, no que tange à postura respeitosa e o trato do profissional com o paciente, mas para isso, além da humanização institucional, necessária a conscientização pessoal dos profissionais (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 148).

Quando ocorre violência, não há humanidade, pois como tratado anteriormente, a violência é pura imposição de vontade e manifestação de poder, considerando o outro como objeto. Humanizar é tornar-se humano e exige reiterada aprendizagem e atualização das relações, ou seja, o que antigamente era tratado com normalidade, atualmente pode ser extremamente desrespeitoso e violento e o sujeito que busca humanizar-se, necessita abrir mão de velhos costumes (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 149).

Atualmente, a humanização é fator que se busca implementar na saúde, não apenas no que se refere ao parto, mas também em relação aos demais pacientes. Assim, outro sujeito retornou à pauta quando se fala de humanização do parto, é a parteira, que é referência:

[...] antiga na história, surgiu da experiência de “estar com a mulher” no parto, simplesmente como um ato de cuidado e compaixão, caracterizando a maneira de ser feminina, independentemente da cultura ou do momento histórico. Posteriormente, em muitos países surgiu um papel mais estruturado, refletindo o desenvolvimento do conceito de associação, com aprendizes que se capacitavam para uma determinada função e condição de trabalho. O papel da parteira e sua função foram progredindo até os dias atuais, chegando assim a ser uma profissão reconhecida e respeitada no âmbito internacional. As responsabilidades tradicionais das parteiras foram se ampliando, abrangendo o contexto mais amplo da saúde reprodutiva, aconselhamento e educação. A parteira também tem se transformado, em diferentes momentos e lugares, segundo a necessidade, em gestora, pesquisadora, educadora e defensora de direitos. Seu campo de ação agora se ampliou, cobrindo além da gravidez e do parto, temas tais como a saúde reprodutiva da adolescente, planejamento familiar e atendimento da mulher na menopausa. As parteiras também oferecem cuidados essenciais ao recém-nascido e cuidam da saúde das comunidades onde vivem e às quais atendem (CLAP/SMR, 2014, p. 27).

Como instrumento para denunciar a violência obstétrica, promover o parto humanizado e oferecer assistência nos casos de condições degradantes que passam as mulheres e seus filhos, fundou-se a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) em 1993 (TORNQUIST, 2004, p. 632).

A cesárea muitas vezes é vista pela mulher como a alternativa mais agradável do que o parto natural, tanto pela influência que os profissionais obstetras exercem, como pelo preconceito cultural, pois essa falta de informação também vai de encontro

com os preceitos da humanização do parto, mais um fator que a REHUNA visa combater (TORNQUIST, 2004, p. 632).

A primeira maternidade pública humanizada do Brasil foi a maternidade Leila Diniz, criada em 1994 e constituiu-se posteriormente um projeto de casas de parto pelo Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, bem como o Programa de Humanização dos Hospitais, mas encontrou limites materiais de desenvolvimento, pois houve resistência principalmente da classe médica (DINIZ, 2005, p. 632).

Nenhum dos programas anteriormente citados se deu de forma satisfatória, considerando que exigiam um “padrão mínimo na assistência (número de consultas, imunizações, etc.)”, mas não foram capazes de incorporar “os questionamentos feitos pelo movimento de humanização à técnica desumanizada e sem base na evidência”, o que ocorreu, foi uma nova conceituação do que é parto humanizado e propostas que não auxiliaram, efetivamente, as mulheres (DINIZ, 2005, p. 632).

O movimento de humanização do parto legitima-se através das reivindicações de seu discurso, com o diálogo que busca estabelecer e o espaço político que visa ocupar, assim, Diniz apresenta as seguintes reivindicações:

a) Humanização como a legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência [...] **b)** Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento [...] **c)** Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população. Além dos melhores resultados nos indivíduos de uma assistência apropriada, esse resultado é visto em sua dimensão coletiva [...] **d)** Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião-obstetra para a enfermeira obstetrix – legitimado pelo pagamento desse procedimento pelo Ministério da Saúde [...] **e)** Humanização referida à legitimidade financeira (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos [...] **f)** Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto) [...] **g)** Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, antes restritos às pacientes privadas [...] (DINIZ, 2005, p. 635).

No que tange a humanização da assistência ao parto, além dos aspectos fisiológicos, existem os aspectos sociais que são o suporte emocional e informacional à gestante e a autonomia a ser dada a ela sobre o processo do parto, qual a melhor posição, métodos de alívio e escolha de acompanhante, todavia, são exigências que

não são acatadas na prática, pois o modelo tradicional funciona de uma forma mais prática para os profissionais médicos, que adequam o nascimento aos seus horários, instalações e vontades (DIAS; DOMINGUES, 2005, p. 700).

Para auxiliar o movimento, a formação dos profissionais responsáveis pelo parto, principalmente no que se refere ao enfermeiro obstetra, está sendo tratada com uma abordagem diferente, desde 1994, com ênfase nas questões fisiológicas, sociais e emocionais, tornando a mulher o objetivo principal no momento do parto e isso ocorre na tentativa de tornar os profissionais mais humanizados (DIAS; DOMINGUES, 2005, p. 701).

Apenas em 1998 o Ministério da Saúde reconheceu o enfermeiro obstetra como assistente de parto nos hospitais amparados pelo Sistema Único de Saúde e concedeu a remuneração adequada e ainda, em 1999 criou os Centros de Parto Normal que são unidades de assistência aos partos de baixo risco a serem realizados fora dos hospitais, apenas com os profissionais enfermeiros obstetras, entretanto, sabe-se que a humanização não consiste em apenas substituir os médicos por enfermeiros (DIAS; DOMINGUES, 2005, p. 701).

No entanto, resultados demonstra que é um passo importante para a humanização, posto que as parteiras e:

[...] as enfermeiras entendem o processo de humanização pertencente à equipe de saúde e não somente ao profissional enfermeiro, além de compreenderem que o parto é, sobretudo, um acontecimento afetivo pessoal e familiar. Humanizar implica prioritariamente respeitar o tempo da mulher no processo de parturição; evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecer os aspectos culturais próprios da mulher, dentro de seu contexto de vida. As instituições hospitalares devem ter como prioridade a melhoria dos recursos materiais e de infra-estrutura [sic] e capacitação dos recursos humanos voltados a uma perspectiva mais humanística de cuidado, centradas nas necessidades da parturiente (MOREIRA. et al. 2009, p. 727).

O trabalho em equipe quando estruturado e fortalecido é fundamental para a assistência humanizada, com menos intervenções e de melhor qualidade para a parturiente, ou seja, “uma assistência multiprofissional e coesa, para proporcionar um nascimento saudável, tendo sempre como foco principal o bem-estar do binômio mãe e filho” (MOREIRA. et al. 2009, p. 727).

Por mais que se tenham conquistados alguns avanços em relação à humanização do parto são muitos os relatos de negligência e imperícia dos

profissionais obstétricos, com frases e ações repletas de violência e falta de sensibilidade para com as parturientes (SILVA et al., 2014, p. 725).

A estrutura hospitalar brasileira encontra-se precária e inapropriada para a assistência humanizada, visto que às mulheres deveria ser fornecida assistência para o parto na proteção e acolhimento de seus lares ou no silêncio e conforto de uma casa de parto humanizado, pois um ambiente calmo é mais favorável para a assistência adequada e à atuação holística, qual seja, de percepção de eventuais problemas (SILVA et al., 2014, p. 725).

Assim sendo, o combate à violência obstétrica e à hospitalização do parto, bem como a estimulação e a reinserção da prática do parto humanizado na sociedade, têm sua importância comprovada e são fatores intrinsecamente ligados ao direito, mais precisamente à Dignidade da Pessoa Humana e o Direito à Liberdade. No entanto, verifica-se que o sistema de saúde por si só não alcança o objetivo de humanizar a assistência ao parto, o que poderia ser auxiliado através de implementação de políticas públicas e por meio da observação do direito comparado.

4 MEDIDAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO: EVOLUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E CRIAÇÃO DE LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA COM BASE NO DIREITO COMPARADO

Através de explicação do contexto histórico que auxiliou na deturpação da visão societária acerca do parto humanizado, verificou-se as distinções entre os posicionamentos dos governos do Brasil, Argentina e Uruguai diante da apresentação do parto sem dor. Com base nisso, elencou-se propostas que podem ser adotadas pelo Estado para a concessão do parto humanizado gratuito, quais sejam, a renovação de políticas públicas ultrapassadas existentes no país e elaboração de leis específicas para punir a violência obstétrica e instituir o parto humanizado.

4.1 O desenvolvimento do parto sem dor no Brasil, Argentina e Uruguai: legislações e políticas públicas adotadas em prol do parto humanizado

O parto humanizado parece, aos olhos da sociedade, uma técnica inovadora, no entanto, verificou-se que em alguns países da América Latina ele já havia sido

apresentado, entretanto, por questões políticas e financeiras, sua implementação foi obstaculizada.

O parto sem dor foi criado pelo obstetra francês Fernand Lamaze em 1951, durante a Guerra Fria, quando viajou para conhecer alguns experimentos realizados pela antiga União Soviética, mais precisamente a teoria de reflexos condicionados criada pelo fisiologista russo Ivan Pavlov, vez que o parto sem dor foi o precursor do parto humanizado, pois ambos tinham o objetivo de realizar o parto com ausência de sofrimento e intervenções medicamentosas (TORNQUIST; SPINELLI, 2010, p. 129-134).

Assim, com avanço nas pesquisas o Partido Comunista Francês da época adotou o parto sem dor como uma pauta de seu movimento, elaborando inclusive, projetos para a cidade de Paris no qual todas as parturientes teriam acesso ao parto sem dor (TORNQUIST; SPINELLI, 2010, p. 129-134).

Diversos setores buscaram divulgar o parto sem dor, inclusive alguns católicos progressistas, todavia, a categoria médica, os partidos conservadores americanistas e a parte mais conservadora da igreja se opuseram à prática, dado que os religiosos conservadores acreditavam que facilitar o processo tornaria o parto menos digno, pois o sofrimento seria necessário (TORNQUIST; SPINELLI, 2010, p. 129-136).

Em 1952 Lamaze com o objetivo de divulgar as ideias do parto sem dor participou de congressos no Brasil e na Argentina e, considerando que fazem parte da mesma região e têm elementos culturais em comum não foi dificultosa a inserção também no Uruguai (TORNQUIST; SPINELLI, 2010, p. 139-143).

Entretanto, contrariamente à Argentina e ao Uruguai, o Brasil recebeu mal o novo método, pois possuía políticas estatais de controle demográfico que visava a esterilização feminina e abuso do parto cirúrgico, sendo que essas medidas se davam mais incisivamente na população mais pobre (BERQUÓ, 1993, p. 375-476).

Na década de 1950 o médico Ricardo Gavensky com base em seus estudos no exterior “começou a espalhar psico-profilaxia obstétrica” na cidade de Buenos Aires na Argentina, esse método visa regular as alterações psicológicas ocasionadas pelo parto, ou seja, a Argentina já possuía um prévio conhecimento acerca de métodos alternativos para tornar o parto mais humanizado (GAVENSKY, 1961, p.18).

No estado do Rio Grande do Sul, o parto sem dor foi melhor recebido, pois em Porto Alegre, mais precisamente nas faculdades de medicina, os psicanalistas abordavam que o parto só era doloroso e sofrido por uma espécie de imposição social

e medo prévio, sendo ideias com resquícios da psicoprofilaxia de Gavensky (TORNQUIST; SPINELLI, 2010, p. 145).

Ou seja, o estado do Rio Grande do Sul possui conexão com o Uruguai porque:

a proximidade geográfica facilitou o acesso às informações na época, através de rádios, jornais e livros, inclusive especializados, que muitas vezes eram mais facilmente adquiridos nos países vizinhos do que em outros centros do país, além da familiaridade com que grande parte da população desse estado tem com o castelhano em função do próprio processo histórico que configurou a região pampeana e suas imediações (TORNQUIST; SPINELLI, 2010, p. 146).

Já a Argentina e o Uruguai possuíam políticas demográficas similares, com o objetivo de povoar o território, pois haviam passado por uma diminuição da natalidade e “as formas de assistência ao parto e preocupações políticas com temas como mortalidade materna e infantil tinham especial relevo” (TORNQUIST; SPINELLI, 2010, p. 144).

Observando esses dados, questiona-se a efetividade das políticas públicas adotadas pela Argentina e pelo Uruguai, considerando que não diminuiu consideravelmente as taxas de cesáreas do país, porém, isso atribui-se ao período ditatorial militar que ocorreu nesses países, em que um dos objetivos principais era erradicar qualquer vestígio de comunismo existente e como explanado acima, o parto humanizado, ou sem dor, nasceu e foi financiado por setores estrangeiros comunistas (TORNQUIST; SPINELLI, 2010, p. 153).

De todos os tipos de parto, a cesárea ainda é o mais utilizado no mundo, e a gestante geralmente solicita a cesárea por acreditar que o parto domiciliar é pouco higiênico e que os médicos possuem mais instrução, assim, cada país possui um modelo diferente de atendimento ao parto, em razão de que é adaptado conforme os fatores sociais, culturais, econômicos, geográficos e educacionais (PATAH; MALIK, 2011, p. 186).

Em 1985 realizou-se sob coordenação da Organização Mundial da Saúde a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, vez que foi considerado um marco internacional para o direito à saúde e para os direitos reprodutivos femininos (DINIZ, 2005).

Entretanto, em 1999 o Comitê para Aspectos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia declarou

que a cesárea só deve ser realizada por razões médicas e contrapondo esse posicionamento:

o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) declarou que, devido à ausência de evidências significativas sobre os riscos e benefícios do parto cesáreo, o médico daquele país estaria eticamente justificado a realizar a cesariana se concluísse que esse tipo de parto promoveria maior saúde e bem-estar à mulher e ao feto do que o parto vaginal. Além disso, esse órgão recomendou aos médicos norte-americanos que não realizassem o procedimento cirúrgico caso não concordassem com a solicitação das pacientes e não conseguissem convencê-las do contrário, encaminhando-as a outro profissional. Mais recentemente, o ACOG reforçou essa declaração ao emitir nova recomendação aprovando eticamente a realização de cesárea a pedido materno (PATAH; MALIK, 2011, p. 187).

Ou seja, a comunidade médica diverge quando a realização da cesárea, e apesar da recomendação ser a sua utilização o menos possível, em certas situações por conveniência do profissional e facilitação, a cesárea é realizada.

Assim, considerando os fatores próprios de cada um desses países, associado às divergências de posicionamentos de órgãos médicos e estatais que esses países com histórico de acolhimento do parto humanizado possuem dificuldade de implementá-lo.

Ainda assim, nos dias atuais, nesses três países que a duras penas preservam um resquício de credulidade no parto humanizado, denota-se a existência de órgãos responsáveis por políticas de igualdade de gênero e violência contra a mulher, que abrange a violência obstétrica, inclusive, sendo na Argentina o *Consejo Nacional de las Mujeres*, no Uruguai *Instituto Nacional de las Mujeres* e no Brasil a Secretaria Especial de política para as mulheres (MASTROPAOLO, 2017, p. 08).

Todavia, hoje em dia, na Argentina e no Uruguai as taxas de cesárea permanecem consideravelmente altas, em torno de 30% (COPPOLA, 2015; CARBAJAL, 2001 apud MASTROPAOLO, 2017, p. 03). Realmente, a Argentina e o Uruguai possuem modelos que não são ideais, porém mais acessíveis de se espelhar do que os países da Europa, sendo que possuem taxa de cesáreas inferior, pois o Estado investe em políticas públicas e legislações específicas, contrariamente ao que ocorre no Brasil (TORNQUIST; SPINELLI, 2010, p. 149).

Em termos de criação de lei específica, a Argentina conta com a Lei 25.929/04 que versa sobre o nascimento humanizado que reconhece os direitos dos bebês e dos pais e filhos durante o processo de nascimento, mas a aplicação ainda é reduzida

se for considerar o teor da lei, pois na prática, há falha na prestação (FELITTI, 2011, p. 126).

Ademais, quando do “descumprimento dos preceitos normativos da Ley 25.929 acarretam em falta grave, podendo ensejar também a responsabilização civil e penal do indivíduo que violar os direitos assegurados a mulher no momento do parto” (PIRES, et al, 2016).

Porém, é uma normativa de alcance nacional aplicável às práticas que ocorrem nas instituições públicas e privadas, visto que essa lei em específico não define o que é violência obstétrica, mas lista situações que não podem ocorrer ou que devem ser prevenidas (MASTROPAOLO, 2017, p. 09)

Através da Lei Argentina 26.485/09 que versa sobre proteção integral, prevenção e erradicação da violência contra as mulheres que se definiu o que é violência obstétrica:

Aquela que exerce o profissional da saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressada no trato desumanizado, abuso de medicação e patologização dos processos naturais (MASTROPAOLO, 2017, p. 09, tradução nossa).¹

No Uruguai, desde 2001 existe a Lei 17.386 que garante a presença de acompanhante da escolha da gestante do trabalho de parto ao puerpério e que suspende a aplicação de penalidade na prática do aborto, nos casos em que se aplique (MASTROPAOLO, 2017, p. 10).

No Brasil, a única lei federal que recebe os ideais do parto humanizado é a lei 11.108/05 que prevê a possibilidade da mulher estar acompanhada de uma pessoa de sua escolha durante o trabalho de parto e o pós-parto (MASTROPAOLO, 2017, p. 10).

As outras 11 leis em vigência que dispõem sobre o parto humanizado, violência obstétrica e o direito a ter uma doula (assistente de parto) durante todo o processo, todas são de ingerência estadual e municipal, tendo como federal apenas o projeto de lei 7.633/14 (MASTROPAOLO, 2017, p. 10).

A América Latina é marcada por ser uma região em que o parto humanizado ainda é uma forma alternativa, sendo que a regra é a cesárea, todavia, os países da

¹ [...] aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en el trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (MASTROPAOLO, 2017, p. 09).

Argentina e Uruguai que em alguns pontos se assemelham ao Brasil e em outros não, através de seus governantes já possuem algumas medidas e legislações federais para promoção do que denominam como parto sem dor. Os sistemas da Argentina e do Uruguai foram analisados conjuntamente com o Brasil por possuírem histórico e evolução semelhante. Portanto, para a busca de outros modelos, agora plenamente efetivos, busca-se a existência de estratégias, diretrizes, orientações e políticas públicas de diferentes países, bem como o direito comparado.

4.2 Políticas públicas, diretrizes e legislações específicas sobre o parto humanizado no exterior

Assim, considerando que o Brasil não possui aparato legal e político suficiente para a implementação do parto humanizado, busca-se através do Direito Comparado e das políticas públicas exteriores modelos que poderiam ser seguidos no Brasil.

Os modelos de assistência ao parto foram divididos por Wagner em três categorias: o modelo altamente medicalizado, aplicado nos Estados Unidos da América, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil; o modelo pouco medicalizado, encontrado Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; e modelo intermediário acolhido pela Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha e Austrália (WAGNER, 2001, p. 26-27).

Ainda, no que diz respeito aos países em desenvolvimento:

[...] geralmente possuem serviços de maternidade medicalizados, nas grandes cidades, enquanto nas áreas rurais serviços médicos ainda não ingressaram e os serviços humanizados permanecem. Opinião médica prevalente é que isso é "moderno", ou seja, que os cuidados de maternidade obstétricos intensivos ocidentais salvam vidas e isso é parte do desenvolvimento e tentativas de controlar os excessos do cuidado da maternidade são retrógradas. A situação atual em países em desenvolvimento reforça a ideia de que a única razão fora do hospital, para que a parteira intensiva ainda exista em alguns lugares é porque a prática médica moderna ainda não está disponível (WAGNER, 2001, p. 27, tradução nossa).²

² Today in developing countries there are usually medicalized maternity services in the big cities while in the rural areas medicalized services have not yet penetrated and humanized services remain. Prevalent medical opinion is that 'modern', i.e. Western obstetric-intensive maternity care saves lives and is part of development and attempts to bring maternity care excesses under control are retrogressive. The present situation in developing countries reinforces the idea that the only reason out-of-hospital, midwife intensive birth still exists in places is because modern medical practice is not yet available (WAGNER, 2001, p. 27).

No Brasil, as taxas de cesárea estão aumentando, sendo que em 2000 estava à 38,9%, em 2007 beirou os 46,5% e em 2008 aumentou para 48,4%, isto é, muito elevadas em relação às proporções de 10% a 15% recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (PATAH; MALIK, 2011, p. 187-189). Em 2017 as taxas elevaram no Brasil para 56% na esfera pública e 80% na esfera privada (COPPOLA, 2015; CARBAJAL, 2001, apud MASTROPAOLO, 2017, p. 03).

Na Bélgica, os profissionais recebem incentivo financeiro, por parto normal que realizam, como forma de incentivo e por mais que as parteiras sejam oficialmente habilitadas, “94% dos partos são executados ou supervisionados por médicos obstetras”, mas ainda assim, a taxa de cesáreas nesse país elevou “progressivamente até 17,8% em 2004” (PATAH; MALIK, 2011, p. 189).

A assistência oferecida pelo Canadá é composta por parteiras e médicos generalistas, mas evitando o parto domiciliar e também:

apresenta um sistema de saúde público que assiste a toda a população. Os partos são realizados por médicos e parteiras e financiados pelo governo. Em 1995, realizaram-se nesse país 17,5% de cesáreas, passando para 20,9% em 2000 e 23,4% em 2002.³⁸ Preocupado com essa elevação, em 2000, o Conselho de Saúde da Mulher de Ontário organizou Grupo de Trabalho de Cesárea, identificando 12 fatores críticos para reduzir essas taxas, entre os quais questões relacionadas à mudança de cultura (reforçando a idéia [sic] de o parto normal ser fisiológico), ao trabalho em equipe multidisciplinar e à mudança das práticas obstétricas (PATAH; MALIK, 2011, p. 190).

Ademais, o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica é um órgão público do Reino Unido que publica diretrizes em algumas áreas e dentre elas no que tange ao cuidado de mulheres saudáveis e seus bebês, sendo consideradas saudáveis as que concebem entre 37 e 42 semanas de gestação (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014).

A Diretriz para as gestantes foi criada em 2014 e atualizada pela última vez em fevereiro de 2017, destinada aos profissionais da saúde e as gestantes, visto que inclui recomendações no que se refere a escolha do local do nascimento, monitoramento durante o trabalho de parto, cuidado do bebê e da parturiente após o nascimento, dentre outros (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014).

Assim, quanto ao local do nascimento, o referido órgão público dispõe que as mulheres saudáveis podem escolher qualquer ambiente de parto, seja unidade

obstétrica hospitalar, domiciliar ou independente, sempre destacando que o posicionamento governamental é pela preferência do parto humanizado em casa, dispondo, inclusive, de profissionais para a gestante (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014).

Nesse mesmo sentido, quanto aos cuidados que o profissional deve despender à gestante, deve-se:

Tratar todas as mulheres em trabalho de parto com respeito. Assegure-se de que a mulher esteja no controle e envolvida no que está acontecendo com ela, e reconheça que a maneira pela qual o cuidado é dado é fundamental para isso. Para facilitar isso, estabeleça um relacionamento com a mulher, pergunte a ela sobre seus desejos e expectativas em relação ao trabalho de parto, e esteja ciente da importância do tom e comportamento, e das próprias palavras usadas. Use essas informações para apoiá-la e orientá-la por meio de seu trabalho (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014, tradução nossa).³

No Reino Unido, Holanda, Suécia, Alemanha, França e Japão o sistema permite e incentiva que a parturiente escolha um acompanhante, a posição mais confortável para ter o bebê e nesse sistema a profissional que sempre acompanha “é a parteira (*midwife, sage-femme, hebamme*), responsável tanto pelo acompanhamento do processo de trabalho de parto como pela detecção precoce de problemas” (RATTNER, 2009a, p. 600).

As diretrizes do Reino Unido, anteriormente citadas, visam erradicar a hospitalização do parto e a primazia do parto domiciliar a fim de que sejam reduzidas as infecções hospitalares e as intervenções desnecessárias, pautando-se, inclusive, pelo modelo holístico que basicamente é pautado na personalização do serviço, no sentido de tornar o parto algo pessoal (RATTNER, 2009a, p. 600).

Além dos países citados no item anterior, a América Latina em termos de legislação conta com a Venezuela, também, que foi o primeiro país da América a conceituar a violência obstétrica e trata-la como delito, mais precisamente, trata-se da Lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, de abril de 2007 (PIRES, et al, 2016).

³ Treat all women in labour with respect. Ensure that the woman is in control of and involved in what is happening to her, and recognise that the way in which care is given is key to this. To facilitate this, establish a rapport with the woman, ask her about her wants and expectations for labour, and be aware of the importance of tone and demeanour, and of the actual words used. Use this information to support and guide her through her labour (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014).

O artigo 1º da referida lei estabelece:

A presente lei tem como objetivo garantir e promover o direito das mulheres a uma vida livre de violência, criando condições para prevenir, atender, punir e erradicar a violência contra as mulheres em qualquer de suas formas e âmbitos, motivando mudanças nos padrões socioculturais que sustentam a desigualdade de gênero e as relações de poder sobre as mulheres, para favorecer a construção de uma sociedade justa, democrática, participativa, paritária e protagonista (VENEZUELA, 2007)⁴.

A Venezuela não pode ser considerado o maior exemplo de Estado que aplica o Parto Humanizado, mas, possui Lei específica que promove o parto sem violência obstétrica, contrariamente do Brasil, que não possui lei específica.

Ainda, dentre os melhores sistemas de saúde está o da Holanda, onde é garantido a todos, por lei, a assistência à saúde, inclusive para pessoas desempregadas e sem seguro de saúde, sendo que esse sistema é financiado pela arrecadação de taxas e impostos associada ao seguro privado quando o detentor do direito tiver proventos e salários (VILLA et al., 1999).

Cada distrito do país é gerenciado por um profissional de saúde que obrigatoriamente necessita de formação acadêmica em relações públicas e precisa organizar de forma a integrar instituições, ou seja, hospitais e centros de saúde, atendimentos domiciliares, bem como as obstetrizes, visto que, essas possuem valoração especial dentro do sistema (VILLA et al., 1999).

Em relação à visão sobre o parto, na Holanda:

Há um estímulo a alta precoce hospitalar, seja para o parto que dura de 2h a 6h de internação, seja para o preparo da alta de pacientes pós-cirúrgicos ou em fase terminal. A enfermeira do Distrito (Family nurse) vai até o hospital e aprende os cuidados necessários para dar continuidade no domicílio do paciente após a alta (VILLA et al., 1999).

Foi realizada uma pesquisa em um dos distritos do país e constatou-se que de 400 partos realizados por ano, 300 são feitos por uma obstetriz e desses, 60% são no domicílio da parturiente, sendo que à gestante é oferecida a assistência à maternidade

⁴ La presente Ley tiene por objeto garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica (VENEZUELA, 2007).

tanto para cesáreas como para parto normal e podem optar, ainda, se será realizado por médico ou por obstetriz (VILLA et al., 1999).

Outrossim, o sistema oferece atenção no pós-parto em que a mulher tem direito a uma acompanhante enfermeira, por uma semana, com no máximo 8 horas diárias, para realizar afazeres domésticos, cuidados à mulher e fornecer instruções (VILLA et al., 1999).

Na hipótese de necessidade de acompanhamento pelo médico no hospital “para fazer o pré-natal, há uma solicitação de exames de ultrassonografia com frequência [sic] com tendência à medicalização da assistência ao parto, contudo, o período de hospitalização varia de 2 a 6 horas”, ainda assim, o médico busca realizar o parto ou cesárea da forma mais humanizada possível, sendo inclusive, acompanhado por obstetriz (VILLA et al., 1999).

Portanto, o Brasil é um país que possui diretrizes, estratégias, políticas públicas e algumas legislações estaduais para promoção do parto humanizado, todavia, a forma como ele funciona no país, assim como o sistema de saúde em geral, é extremamente deficitário em comparação a outros sistemas pelo mundo. O Brasil deve basear-se na estruturação e organização das políticas públicas de países estrangeiros que são promissores quanto ao parto humanizado. Dessa forma, necessária a criação de legislação que preveja real punição por violência obstétrica a exemplo da Venezuela e sejam reformuladas as políticas públicas brasileiras, o que será debatido no próximo item.

4.3 A necessidade de reformulação de políticas públicas sobre saúde no Brasil e criação de leis específicas

Assim, constatado que a implementação do parto humanizado é uma questão muito mais política e institucional, de modificação do pensamento dos profissionais do ramo médico do que financeiro, demonstra-se a necessidade de reformulação de políticas públicas sobre saúde no Brasil e a criação de leis em âmbito federal, a exemplo das leis estaduais que o Brasil já possui.

Para que avanços ocorram na área da saúde reprodutiva, é necessário o auxílio dos “responsáveis pela elaboração de políticas públicas para a área da saúde, de legisladores, advogados, ativistas de direitos humanos, grupos de mulheres e da sociedade como um todo” (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 03).

Então, políticas públicas e legislações surtam efeitos práticos, é necessário que o legislativo e executivo ouçam os especialistas em direitos reprodutivos femininos e parto humanizado, tendo em vista que o legislativo e executivo que propõem políticas públicas para a área da saúde e especialistas em direitos humanos e reprodutivos observam a saúde de forma diferenciada (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 03).

Considerado o primeiro aspecto, salienta-se também que:

As leis e as políticas públicas podem facilitar ou inibir o acesso das mulheres a cuidados com a saúde reprodutiva. Diversos sistemas são guiados por princípios fundamentais da legislação médica, que protegem o direito dos pacientes de tomarem decisões livres e esclarecidas, a sua privacidade e confidencialidade, e a prestação competente dos serviços e a segurança e eficácia dos produtos. No entanto, os sistemas variam quanto à extensão da aplicação destes princípios nos serviços de saúde reprodutiva, incluindo os cuidados obstétricos. Além disso, o fortalecimento das leis que garantem às mulheres o acesso a serviços obstétricos, e que obrigam agências governamentais ou outras agências a prestá-los, e a se responsabilizarem por sua ausência, também variam de forma significativa entre fronteiras nacionais (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 51-52).

Em regra, as políticas públicas têm a função de desenvolver, na prática, os direitos e serviços previstos em lei, porém, com certa frequência, as leis dificultam a prestação de serviços pelos profissionais, pois sob o pretexto de proteger as mulheres, exigem nível de qualificação exacerbado dos profissionais, instalações desnecessárias, dentre outros fatores, o que torna o parto humanizado caro, mas na realidade não é (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 53).

Na Noruega, por exemplo, apenas 6% do total gasto com saúde são oriundos do setor privado e, contrariamente ao Brasil, o acesso à saúde de qualidade está disponível para todos os cidadãos, ou seja, denota-se que “os países mais pobres são os que mais dependem de recursos privados, com uma média de 59%”, enquanto os países desenvolvidos possuem uma média de 30% (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 57).

Ainda, Benevides e Passos relatam a experiência que tiveram quando integrantes da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde quanto à proposta de humanização como política de saúde, porém:

Havia escolhas, de um lado, que visavam aos “focos e resultados dos programas” e, de outro, que problematizavam os processos de produção de saúde e de sujeitos, no plano mais amplo da alteração de modelos de atenção e de gestão. Neste contexto, apresentava-se para nós não só um desafio,

mas principalmente a urgência de reavaliar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas. Identificada a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas, a humanização era menosprezada por grande parte dos gestores, ridicularizada por trabalhadores e demandada pelos usuários (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 562).

Salientam que quando se trata de programas de humanização no Brasil, existiam diversos “projetos, atividades, propostas, mas em todos era evidente o caráter fragmentado e separado dessas iniciativas não só na relação de baixa horizontalidade que se verificava entre elas”, ou seja, da forma hierarquizada que funcionavam entre Ministério de Saúde e SUS, tendo como problemática, ainda, a banalização da humanização (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 562).

Acrescentam que é através de experiência coletiva e plano coletivo que são geradas as políticas públicas, afinal, o mesmo ocorreu com o Sistema Único de Saúde que foi criado quando o público começou a indicar os ideais coletivos, inclusive porque não deve haver um afastamento da base constitucional (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 567-569).

Além disso, em 2011 foi criada no Brasil a Rede Cegonha, sendo:

estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2017, p. 03).

Acerca da efetividade da estratégia, do Ministério da Saúde, Rede Cegonha, Fernandes e Vilela realizaram em 2014 uma pesquisa qualitativa que analisou a integração de práticas assistenciais e da vigilância sanitária pela diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil (FERNANDES; VILELA, 2014, p. 4457).

Restou concluído que apesar da região pesquisada “ser reconhecida como uma das regiões de saúde com maior avanço na implantação/implementação da Rede Cegonha” as práticas de vigilância sanitária e “assistência, continuam fragmentadas, com integrações pontuais”. (FERNANDES; VILELA, 2014, p. 4464).

Assim, essas estratégias e mecanismos como a Rede Cegonha possuem práticas desarticuladas de discussão e planejamento de ações a serem desenvolvidas

e isso se dá porque ainda ocorre um isolamento da vigilância sanitária, que é encarada como fiscalizadora e não como órgão de assistência à saúde coletiva que poderia ser inserida no contexto da Rede Cegonha. (FERNANDES; VILELA, 2014, p. 4464).

Dessa forma, o não uso da vigilância sanitária, que é um órgão que além de eliminar previne riscos à saúde, possui diversas ações de cunho preventivo, demonstra uma falha na atuação dos gestores no que se refere às mudanças na forma de agir e reformulando novas práticas em saúde. (FERNANDES; VILELA, 2014, p. 4459).

De outra banda, alguns avanços ocorreram no país, como a “audiência pública realizada pelo Ministério Público de São Paulo para debater a violência obstétrica” que contou com a presença da Organização não Governamental Artemis e membros da Defensoria Pública, do Executivo e do Legislativo e na audiência, foram definidos encaminhamentos importantes como o concurso para obstetriz, oferta do plano de parto e atenção às declarações antecipadas da gestante (PAES, 2015).

Concluindo, para que se concretize o projeto de atenção humanizada, Rattner propõe estratégias mais práticas, desafios considerando que:

há importantes desafios para a gestão do sistema. O primeiro é institucionalizar a atenção humanizada com base em evidências científicas no setor público e no suplementar. Para tal, é fundamental que gestores estaduais e municipais adotem essa política pública, a exemplo do Rio de Janeiro na década de 1990, e Belo Horizonte na atualidade. CONASS e CONASEMS têm papel fundamental na indução dessa adesão, além do MS e Agências (ANS e ANVISA). Para vencer resistências, também é fundamental a participação da sociedade civil, ou seja, profissionais, mulheres e suas organizações reivindicando direitos e propondo avanços, já que o acesso a atendimento humanizado e de qualidade é direito garantido na Constituição de 1988 e previsto nos princípios de universalidade e integralidade do SUS (RATTNER, 2009b, p. 765).

Além disso, outro ponto seria a formação de enfermeiras obstetras, capacitação de doulas comunitárias e implementação de centros de parto normal e igualmente o reconhecimento do trabalho da parteira tradicional com oferecimento de capacitação, promovendo sua integração novamente ao ambiente do parto (RATTNER, 2009b, p. 764).

Já na esfera da gestão clínica o desafio é apresentado através da personalização das relações entre profissional e paciente:

No âmbito da gestão clínica, também há desafios. É antológica a cena de Chaplin em Tempos Modernos, em que a mecanização o transforma em peça

da máquina, objetificando-o. Para escapar dessa 'coisificação' e como contraposição à linha de produção de partos, faz-se necessária a 'singularização' da atenção, a exemplo do plano de parto, identificando como proporcionar a cada parturiente (e seu filho) uma vivência legitimamente única. Mais do que trabalhar presos a rotinas e protocolos, profissionais poderão exercer sua expertise e criatividade, adaptando o cuidado a cada nova situação e demanda, num trabalho de equipe (RATTNER, 2009b, p. 764).

Acrescenta-se como exemplo, o "Programa Mãe Curitibana e a organização da rede assistencial em Belo Horizonte pela Comissão Perinatal" que são projetos exemplares de assistência humanizada ao parto com o respaldo da Lei Federal 11.634/07 que prevê o direito de a gestante conhecer e se vincular à maternidade onde terá assistência, vez que os programas de Curitiba e Belo Horizonte poderiam ser estendidos ao âmbito federal (RATTNER, 2009b, p. 764).

Depreende-se que a dificuldade de implementação do parto humanizado no Brasil através de políticas públicas, diretrizes e estratégias não é financeira, mas sim, estrutural e política. Por mais que existam órgãos estatais como o Ministério da Saúde, ONGs ou Associações que identificam as problemáticas e investem em pareceres técnicos, não há, aparentemente, interesse do Estado em preservar os direitos à saúde e direitos reprodutivos femininos.

5 CONCLUSÃO

No presente trabalho, verificou-se que o Parto Humanizado possui laços estreitos com os Direitos Humanos e a Dignidade da Pessoa Humana. Os Direitos Humanos foram conquistados a duras penas pelas pessoas mais marginalizadas ao longo da história como pobres, mulheres, negros, crianças e deficientes. Assim, entende-se que tudo o que tange os Direitos Reprodutivos e de sexualidade feminina, direito ao voto, divórcio, entre outros, são oriundos da luta das mulheres e é de certa forma desrespeitoso falar que os direitos foram concedidos pela elite branca, masculina e com posses, ou seja, o Estado da época.

Ainda, interessante salientar a forma em que foi positivado no ordenamento jurídico esses Direitos Humanos, através da Constituição da República Federativa de 1988 e dos Tratados Internacionais firmados pelo Brasil, sendo finalmente prevista na Carta Magna os direitos sociais, individuais e coletivos, de nacionalidade, entre outros.

O princípio da Dignidade da Pessoa Humana é limitador de relações particulares e estatais, pois exige que todos os seres humanos, sem distinção, tenham

condições básicas existenciais e sejam autônomos, ou seja, possam exercer suas escolhas sobre a vida.

Nesse sentido, os Direitos à Igualdade e à Liberdade, basicamente dispõem que todos os seres humanos devem ser tratados de forma igualitária e devem ser respeitadas suas liberdades de escolha e gerência sobre sua vida, desde que não prejudiquem a liberdade do outro e o disposto nas leis.

Assim, explana-se que os Direitos Humanos da Liberdade, Igualdade e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana estão intrinsecamente ligados à necessidade de a mulher dispor do Parto Humanizado, ter acesso ao serviço de forma gratuita e de qualidade. Isto é, faz parte do Direito à Liberdade, a mulher ter possibilidade de optar por uma cesárea, um parto normal convencional ou um parto humanizado e na mesma linha de pensamento, faz parte do Direito à Igualdade o fornecimento do serviço através do Sistema Único de Saúde, em razão de que hoje em dia, as mulheres que têm poder aquisitivo, são servidas do parto humanizado em clínicas particulares.

Outrossim, no que tange a Dignidade da Pessoa Humana, salienta-se que o tratamento dispensado às gestantes e parturientes é totalmente degradante, como visto nos casos reais do capítulo terceiro do presente trabalho, em que intervenções cirúrgicas são realizadas sem necessidade, sem autorização da parturiente e de forma bruta, medicamentos são ministrados sem consentimento e frases ofensivas e humilhantes são ditas durante o parto, entre outras formas de violência obstétrica.

Nenhum dos Direitos Fundamentais estão sendo resguardados nos casos das gestantes do Brasil que são servidas pelo Sistema de Saúde Público e é irônica a forma que os Direitos Fundamentais são tratados pelo próprio Estado, pois através da Carta Magna o Estado “concede” Direitos aos cidadãos e de outra banda não fornece os meios básicos e essenciais de subsistência e tratamento digno de saúde, realizando investimentos precários na saúde e acatando certas preferências de uma elite médica.

Foram as mulheres que conquistaram os Direitos Femininos de Reprodução no Brasil, através de movimentos feministas que pressionaram o governo a, por exemplo, ratificar a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher em 1995 e participar da Conferência do Cairo em 1994, ocasião em que os Direitos Reprodutivos Femininos foram enquadrados como Direitos Humanos.

Apesar de ainda haver descaso do poder público com a saúde reprodutiva feminina, considerando os números de mortalidade materna.

Além disso, o movimento de hospitalização do parto que ocorreu no início do século XX no Brasil, que instrumentalizou o corpo feminino como mero objeto de pesquisa, se consolidou no país como um costume, e por isso, hoje em dia no Brasil as cesáreas são mais utilizadas e optadas pelas mulheres.

A classe médica da época, com auxílio dos governantes, incutiu no pensamento das pessoas pouco instruídas e pobres, em sua maioria, que a forma mais higiênica de se realizar o parto seria no hospital. Com isso, os médicos das primeiras Universidades de Medicina do país puderam explorar o corpo feminino e estudar as nuances e dificuldades do parto. Todavia, a forma como as mulheres a partir de então foram tratadas no âmbito hospitalar é como mero objeto de estudo, ou como uma tarefa a ser realizada, a exemplo do caso prático no capítulo terceiro em que a parturiente informou que muitas pessoas realizaram nela o exame de toque repetidas vezes, de forma hostil e sem necessidade.

Assim, no contexto da época foi incutido no imaginário popular, por reflexo dos valores trazidos da Europa, que qualquer espécie de medicina alternativa, e isso incluía o parto realizado por parteiras, bem como, todos os profissionais alternativos como benzedeiros e curandeiras, foram lançadas ao mesmo grupo de charlatanismo.

Atualmente, ainda estão presentes os reflexos das políticas públicas da época, e, claramente, nas frases ditas pelos profissionais às parturientes, percebe-se o teor machista e retrógrado existente em relação à sexualidade feminina, como os casos exemplificados por Wolff e Waldow (2008).

É nesse sentido que se trata a humanização do parto, ou seja, tornar humano novamente, em razão de que através da hospitalização a atividade foi encarada como um afazer e a parturiente como instrumento, sendo a mulher privada de qualquer dignidade.

Humanizar o parto é devolver à gestante a sua dignidade, erradicando qualquer tipo de violência em relação a ela e possibilitando que a parturiente participe ativamente no processo do parto, escolhendo ainda no pré-natal a forma em que gostaria de ter realizado seu parto, sem interferências médicas desnecessárias e optando pelo uso ou não de medicamentos, cortes, entre outras intervenções.

Ainda, a proposta é que seja dado também, suporte emocional à gestante e autonomia sobre o procedimento do parto, bem como, a capacitação de obstetrias e uma formação de médicos mais humanitária.

Como proposta prática que vincula o Direito, apresenta-se a implementação do parto humanizado através da reformulação de políticas públicas e criação de leis específicas federais. As únicas leis federais no sentido de humanização do parto existentes são: Lei 11.108/15 que permite que parceiros acompanhem as gestantes durante o parto e Lei 11.634/07 que prevê o direito de a gestante conhecer e se vincular à maternidade onde terá assistência.

Ademais, existe o projeto de Lei 7.633/14, de autoria do Deputado Jean Wyllys, que prevê especificamente como direito da gestante a assistência humanizada do parto, o abortamento, dentre outras disposições relacionadas aos Direitos Reprodutivos da Mulher de dispor do seu próprio corpo como bem entender. Na mesma lei, está previsto o plano individual de parto, no qual a gestante dispõe todas as suas vontades em relação ao parto, que deverão ser mantidas pelos médicos, exceto no caso de complicações, no qual justificadamente o profissional deve esclarecer os motivos da realização do procedimento de forma diferente do registrado pela parturiente.

No mesmo Projeto de Lei, está disposto que todos os profissionais que incidirem no rol de práticas de violência obstétrica, responderão de forma administrativa, cível e penal por suas práticas abusivas.

Outrossim, como exemplo legislativo, constatou-se o estado de São Paulo, com a Lei nº 15.759/15, o estado do Rio de Janeiro com a Lei nº 7.191/16 e o Estado de Santa Catarina com a Lei nº 17.097/17 que asseguram o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde dos Estados e visam proteger a parturiente da violência obstétrica, todas nos mesmos moldes do projeto de lei federal, com exceção do abortamento.

Ainda como proposta viável, seria a reformulação de políticas públicas, como é o caso da Rede Cegonha que tem como objetivo implementar o direito ao planejamento do parto, a assistência humanizada, considerando que o projeto conta com doulas (acompanhantes especializadas), enfermeiros, parteiras, acadêmicos e médicos com formação humanitária. O projeto citado não funciona da forma como esperada, por uma questão falha na estruturação do sistema público de saúde e das funções de órgãos como a vigilância sanitária.

Outras políticas públicas exemplo, são os programas Mãe Curitibana e a Organização da Rede Assistencial de Belo Horizonte que oferecem assistência humanizada à parturiente, com direito à acesso prévio à maternidade, opção pelo parto domiciliar. A evolução dessas políticas, seria no sentido de obter esses programas em âmbito federal, com investimento do Sistema Único de Saúde.

Portanto, conclui-se que o parto no Brasil possui certo histórico e, por mais benéfico que seja à gestante, ao neonato e que seja um método mais barato que as cesáreas realizadas, não vem sendo implementado. As motivações desses fatores são a estruturação do sistema de saúde deficitária, o *lobby* médico (que visa impedir que as cesárias se percam, já que é de interesse que os partos sejam realizados no horário por eles agendados) e o descaso do poder público. Dessa forma, para instituir o parto humanizado no Brasil é preciso de leis específicas para garantir o parto humanizado e punir a violência obstétrica e a implementação de políticas públicas efetivas, reais, observados os problemas estruturais da saúde pública no Brasil.

6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, B.P; AGGIO, C. M. *Violência obstétrica: a dor que cala*. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018

ARENDDT, H. *Sobre a violência*. 1994. Relume Dumará. Disponível em: <<https://mega.nz/98724153-c70b-4623-b824-64389a098ce6>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

ASENSI, F. D; PINHEIRO, R. *Direito Sanitário*. Editora Elsevier. 2012. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=IJY4DwAAQBAJ&lpg=PT59&ots=1og7SmpQSL&dq=%22uma%20dimens%C3%A3o%20defensiva%2C%20no%20dever%20de%20prote%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%2C%20que%20se%20revela%22&hl=pt-BR&pg=PT31#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 11 nov. 2018

BENEVIDES, R; PASSOS, E. *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. Ciênc. saúde coletiva [online], vol.10, n.3, p.561-571, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BERQUÓ, E. *Brasil, um Caso Exemplar - anticoncepção e parto cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar*. Seminário a Situação da Mulher e o Desenvolvimento: Ministério das Relações Exteriores. Núcleo de Estudos Populacionais: Unicamp v. 1, n. 2, p. 366- 381, 1993. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16069/14601>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BRASIL, Ministério da saúde do. *Manual prático para implementação da rede cegonha*. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRENES, A. C., 1991. História da parturição no Brasil, Século XIX. Cadernos de Saúde Pública. v.7. n.2. p. 135-149, abr/jun. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1991000200002&script=sci_abstract>. Acesso em: 11 nov. 2018.

CARNEIRO, J. F. *Influência da tuberculose sobre a gravidez e sobre o funcionamento do genital feminino*. 1963, v. 23, p. 32-40. Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Porto Alegre. 1963. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/anaisfamed/article/view/78998/45731>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E SAÚDE DA MULHER E REPRODUTIVA. *Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia*. 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=434-conjunto-de-ferramentas-para-o-fortalecimento-da-parteria-nas-americas-3&Itemid=219&lang=es>. Acesso em: 11 nov. 2018.

COOK, R. J; DICKENS, B. M; FATHALLA, M. F. *Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito*. Oxford University Press. Tradução de Andrea Romani, Renata Perrone e equipe. Rio de Janeiro. CEPIA, 2004. Disponível em: <https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/media/portuguese-green-book.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

CORRÊA, S; PETCHESKY, R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista. Rio de Janeiro: Revista Saúde Coletiva, p. 147-177, 1996. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/240771217_Direitos_sexuais_e_reprodutivos_uma_perspectiva_feminista>. Acesso em: 11 nov. 2018.

DEL PRIORE, M. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. *Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto*. Revista Ciência e Saúde Coletiva. v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000300026&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018.

DINIZ, C. S. G. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. v. 10. n. 3, p. 627-637. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 11 nov. 2018.

EHRENREICH, B; ENGLISH, D. *Bruxas, Parteiras e Enfermeiras: Uma história das curandeiras*. 2003. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/49888398-Bruxas-partejas-e-enfermeiras-uma-historia-das-curandeiras.html>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

FELITTI, K. *Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, dez. 2011, p.113-129. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/07.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

FERNANDES, R. Z; VILELA, M. F. G. *Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha*. Ciênc. saúde coletiva [online], vol.19, n.11, p. 4457- 4466, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104457&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 1978. Organização e tradução de Roberto Machado. 2ª ed. 2015. Disponível em: <https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018

GAVENSKY, R. V. *Parto sin temor y parto sin dolor: educación de la embarazada para el parto sin dolor*. Buenos Aires: El Ateneo. 1.ed., 1955. 1961.

HUNT, L. *A invenção dos direitos humanos*. Editora Schwarcz: Companhia das Letras, 2009.

MASTROPAOLO, J. *Cesáreas eletivas ou partos violentos? Pesquisa comparada sobre violência obstétrica na Argentina, no Brasil e no Uruguai*. Seminário Internacional Fazendo Gênero. Anais... Florianópolis, 2017. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/86360544-Cesareas-eletivas-ou-partos-violentos-pesquisa-comparada-sobre-violencia-obstetrica-na-argentina-no-brasil-e-no-uruguai.html>>. Acesso em: 11 nov. 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE E POLÍTICA SOCIAL. *Guia de Prática Clínica Sobre Cuidados com o Parto Normal*. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/acervo-e-e>>

books/7574-guia-de-pratica-clinica-sobre-cuidados-com-o-parto-normal/file>. Acesso em: 11 nov. 2018

MOREIRA, K. A. P. *O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização*. Cogitare Enferm. 2009, p. 720-728. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/27467951-O-significado-do-cuidado-ao-parto-na-voz-de-quem-cuida-uma-perspectiva-a-luz-da-humanizacao.html>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Intrapartum care for healthy women and babies*. 2014. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

OLIVEIRA, A. F. P. L.; AGUIAR, J. M. *Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias*. Interface Comunicação, Saúde, Educação. v. 15, n. 36, p. 79-91, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119115004>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

PAES, F. D. R. *Estado tem o dever de prevenir e punir a violência obstétrica*. Consultor Jurídico, 2015. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-dez-07/mp-debate-estado-dever-dever-prevenir-punir-violencia-obstetrica#top>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. *Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países*. Revista Saúde Pública, v. 45, n.1, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021>. Acesso em: 11 nov. 2018.

PIOVESAN, F. *A Constituição Brasileira de 1988 e os Tratados Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos*. EOS. Revista Jurídica da Faculdade de Direito – Dom Bosco, v. 2, n.3, Ano II, 2008, p. 20-33. Curitiba: Dom Bosco, 2008. Disponível em: <http://jornada.dombosco.com.br/faculdade/revista_direito/3edicao.php>. Acesso em: 04 set. 2018.

PIOVESAN, F. *Temas de Direitos Humanos*. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

PIRES, K.S. *Violência obstétrica no Brasil: uma análise dos estatutos jurídicos de proteção à mulher gestante no país e no Direito Comparado*. 2016. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/54353/violencia-obstetrica-no-brasil-uma-analise-dos-estatutos-juridicos-de-protecao-a-mulher-gestante-no-pais-e-no-direito-comparado>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

PUCCINI, P.T; CECÍLIO L.C.O. *A humanização dos serviços e o direito à saúde*. Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1342-1353, 2004.

RATTNER, D. *Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico*. Revista Interface Comunicação Saúde Educação, v. 13, p. 595-602, 2009a. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/595-602/pt>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

RATTNER, D. *Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas*. Revista Interface Comunicação Saúde Educação, v. 13, p. 759-68, 2009b. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/759-768/pt>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SANTOS, R. S. *Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão*. Esc Anna Nery Rev Enferm.[periódico na internet]. v. 10. n. 03, p. 552- 559. Dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SARLET, I. W. *Dignidade (da Pessoa) Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 10 ed. ver. Atual. e ampl., 2015.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. *Notas sobre o Direito Fundamental à Proteção e Promoção da Saúde na Ordem Jurídico-Constitucional Brasileira*. In: ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. Direito Sanitário. Editora Elsevier. 2012. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=IJY4DwAAQBAJ&lpg=PT59&ots=1og7SmpQSL&dq=%22uma%20dimens%C3%A3o%20defensiva%2C%20no%20dever%20de%20prote%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%2C%20que%20se%20revela%22&hl=pt-BR&pg=PT31#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SARLET, I. W.; MITIDIERO, D; MARINONI, L. G. *Curso de direito constitucional*. 3. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. p. 261-358.

SARLET, I. W; MITIDIERO, D; MARINONI, L. G. *Curso de direito constitucional*. 6. ed. – São Paulo: Saraiva, 2017.

SILVA, J. A. *A Dignidade da Pessoa Humana como Valor Supremo da Democracia*. In: Revista de Direito Administrativo, v. 212, 1998, p. 89-94. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/47169>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SILVA, M, et al. *Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras*. São Paulo: Revista Rene UFC, p. 720-728, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/1121>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

TORNQUIST, C. S. PARTO E PODER: *O movimento pela humanização do parto no Brasil*. 2004. (Pós-graduação em Antropologia) Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/86639>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

TORNQUIST, C. S. SPINELLI, C. S. *Um jeito soviético de dar à luz: o parto sem dor no sul da América do Sul*. Revista História Oral, v. 12, n. 1-2, p. 129-156, 2010. Disponível em: <<http://revista.historiaoral.org.br/index.php?journal=rho&page=article&op=download&path%5B%5D=167&path%5B%5D=168>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

VENEZUELA. *Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Disponível em: <<http://www.derechos.org.ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

VILLA, T. C. S. et al. *A enfermagem no sistema local de saúde na Holanda*. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol. 7, n.5, Ribeirão Preto, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000500016>. Acesso em: 12 nov. 2018.

WAGNER, M. *Fish can't see water: The need to humanize birth*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, p. 25-37, 2001. Disponível em: <<http://www.wonderfulbirth.com/Services/ViewServices.asp?Ref=2312>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

WOLF, L. R; WALDOW, V. R. *Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto*. Saúde soc. [online]. 2008, v.17, n.3, p. 138-151, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018.