

## **PARECER FINAL DE TCC**

**ALUNAS: ANDREA CELINA DE FREITAS CABRAL; GISSELY SILVA OLIVEIRA;  
IVANESSA GOMES BEZERRA**

**TEMA:** A gestante e seus direitos fundamentais: uma reflexão a respeito do parto no Sistema Único de Saúde (SUS)

O presente artigo desenvolve uma relevante pesquisa acerca de um tema muito atual e complexo, qual seja a gestante e seus direitos fundamentais: uma reflexão a respeito do parto no Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho está adequado às regras formais da ABNT, bem escrito e reflete um trabalho sério e comprometido, assim como foram as orientandas em todo o período de orientação, mesmo em meio a uma pandemia sem precedentes.

Deste modo, encaminho o presente artigo para ser avaliado em banca e desde já opino pela sua aprovação.

Caruaru, 26 de Agosto de 2020.

Prof. Dr. Fernando Gomes de Andrade

**ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENSINO SUPERIOR  
CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA  
BACHARELADO EM DIREITO**

ANDREA CELINA DE FREITAS CABRAL  
GISSELY SILVA OLIVEIRA  
IVANESSA GOMES BEZERRA

**A GESTANTE E SEUS DIREITOS FUNDAMENTAIS:**  
uma reflexão a respeito do parto no Sistema Único de Saúde

CARUARU  
2020

ANDREA CELINA DE FREITAS CABRAL  
GISSELY SILVA OLIVEIRA  
IVANESSA GOMES BEZERRA

**A GESTANTE E SEUS DIREITOS FUNDAMENTAIS:**  
uma reflexão a respeito do parto no Sistema Único de Saúde

Projeto de Pesquisa apresentado à Disciplina de Metodologia Científica, do Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-Unita), em requisito parcial para a aquisição de grau de Bacharel em Direito.

Orientador (a): Dr. Fernando Andrade

CARUARU

2020

## RESUMO

A violação de direitos humanos relacionados a escolha do parto pode impactar na qualidade de vida e na saúde da gestante e do bebê. Assim, atentar para esta questão latente é de suma importância. Diante do exposto, tem-se o seguinte problema: a imposição do sistema único de saúde de priorizar, desconsiderando a escolha consciente da gestante, o parto normal em detrimento de outros procedimentos obstétricos, como por exemplo a cesariana, ofende a liberdade, autonomia, dignidade e saúde? A importância deste trabalho se respalda na necessidade alertar e atentar para as consequências do desrespeito ao direito de escolha, liberdade, autonomia e saúde. Ou seja, a sua dignidade humana. Tem-se como o objetivo geral discutir se a imposição do procedimento obstétrico, quando possível considerar o exercício de liberdade de escolha da gestante, pelo sistema único de saúde viola os direitos fundamentais de liberdade, autonomia, dignidade e saúde. Ainda como objetivos específicos propõe-se: Apresentar os direitos fundamentais de liberdade de escolha, consciente, autonomia, dignidade e saúde no ordenamento jurídico brasileiro. Analisar, diante das determinações do ministério da saúde e da Organização Mundial de Saúde, a política nacional que prioriza o parto normal no sistema único de saúde dentre os procedimentos obstétricos ofertados e da escolha consciente da gestante. Abordar grave violação a dignidade humana da gestante pela múltipla ofensa de direitos fundamentais, como liberdade, autonomia e saúde, diante da política pública do sistema único de saúde que prioriza procedimentos obstétricos sem considerar o direito de escolha consciente da gestante. O tipo de pesquisa é bibliográfico.

**Palavras-chave:** Gestante; Parto; Autonomia.

## ABSTRACT

The violation of human rights related to the choice of childbirth can impact the quality of life and health of the pregnant woman and the baby. Thus, paying attention to this latent issue is of paramount importance. Given the above, there is the following problem: the imposition of the single health system to prioritize, disregarding the pregnant woman's conscious choice, or normal part at the expense of other obstetric procedures, such as caesarean section, offends freedom, autonomy, dignity and health? The importance of work is supported by the need to alert and pay attention to the consequences of disrespecting the right to choose, freedom, autonomy and health. That is, their human dignity. The general objective is to discuss whether the imposition of the obstetric procedure, when possible to consider the exercise of freedom of choice of the pregnant woman, by the single health system violates the fundamental rights of freedom, autonomy, dignity and health. Still as objective objectives are: to achieve the fundamental rights of freedom of choice, conscience, autonomy, dignity and health in the Brazilian legal system. To analyze, in light of the determinations of the Ministry of Health and the World Health Organization, a national policy that prioritizes the normal in the single health system among the obstetric procedures offered and the conscious choice of the pregnant woman. Addressing a serious violation of the human dignity of the pregnant woman due to the multiple offense of fundamental rights, such as freedom, autonomy and health, in view of the public policy of the single health system that prioritizes obstetric procedures without considering the right of conscious choice of the pregnant woman. The type of research is bibliographic.

**Keywords:** Pregnant woman; Childbirth; Autonomy.

## BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Presidente: Prof. Dr. Fernando Andrade

---

Primeiro Avaliador: Prof.

---

Segundo Avaliador: Prof.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	6
<b>2 A GESTANTE E SEUS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO PARTO</b>	10
2.1 A gestante e seus direitos fundamentais: dignidade, vida, liberdade e saúde	10
2.2 Resolução nº 2.144 de 2016 do Conselho Federal de Medicina e o direito de escolha livre e consciente da gestante	12
<b>3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PLANEJAMENTO DE PARTO E SUAS DETERMINAÇÃO</b>	15
3.1 O parto no Sistema Único de Saúde	15
3.2 O planejamento de parto e a política impositiva do parto normal	18
<b>4 A (IN)EFICIENTE IMPOSIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONSEQUENTE GRAVE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DA GESTANTE</b>	19
4.1 A (in)eficiência e as consequências da política de imposição do parto normal no Sistema Único de Saúde	19
4.2 A violação de direitos humanos da gestante no Sistema Único de Saúde	22
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	25
<b>REFERENCIAS</b>	27

## 1 INTRODUÇÃO

Dos 3 milhões de partos realizados no Brasil, 55,5% foram cesáreas e 44,5% partos normais. Considerando apenas partos no Sistema Único de Saúde (SUS), a situação se inverte e o número de partos normais é maior, sendo 59,8% e 40,2% de cesarianas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Tal discrepância ocorre em virtude da política do Ministério da Saúde em criar o planejamento de parto no Sistema Único de Saúde, que condiciona de forma incisiva a realização do parto normal como principal procedimento obstétrico, desconsiderando o direito de livre escolha e autonomia gestante.

A violação de direitos humanos relacionados a escolha do parto pode impactar na qualidade de vida e na saúde da gestante e do bebê. Assim, atentar para esta questão latente é de suma importância.

Afinal, como preceitua o artigo 5º da Constituição Federal de 1988, o direito à vida é fundamental. Ele é essência de todos os direitos, pois na sua ausência, nenhum outro direito será fruído.

Vale lembrar que o direito fundamental a vida não se resume a sobrevivência, mas sim a dignidade humana. A existência material e espiritualmente digna. Por isto, é necessário observar os impactos de não se considerar a concepção trazida pela gestante no planejamento do parto.

Outro direito igualmente fundamental defendido em nossa Carta Maior é o direito à liberdade, que também possui aspecto amplo. Não se tratando apenas de uma garantia de locomoção física, mas de convicção. Como, por exemplo, o direito da gestante de escolher o procedimento obstétrico que deseja em seu parto.

Corroborando com este entendimento, afirma Gilmar Ferreira Mendes, que é necessário o desenvolvimento de políticas públicas adequadas para o concreto desenvolvimento dos direitos sociais. Estando também o Estado obrigado a atuar a fim de garantir o exercício concreto do direito de liberdade (FERNANDES, 2018).

Ademais, a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 5º, inciso II, traz que “ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, fundamentando o Princípio da Legalidade. Através deste, é assegurado a prescrição de condutas para o Estado e seus serviços, bem como atribui os deveres

da comunidade. Esse inciso busca conter a arbitrariedade do Estado, garantindo ao indivíduo o direito de praticar qualquer ato, desde que não seja proibido por lei. Por outro lado, limita a atuação do Estado para apenas o que está inserido no texto legal. (MACHADO; FERRAZ, 2018).

Assim, na medida em que o Estado somente poderá fazer o que a lei permite, prestação positiva, o particular poderá atuar sempre que lei não proibir, prestação negativa. Adequando ao caso abordado. O Estado não possui legislação que obrigue a realização de um único procedimento obstétrico no parto, nem poderia o fazer, pois prejudicaria o exercício da medicina e o melhor tratamento, mais adequado a gestante e o nascente. Por isto mesmo, vários procedimentos são ofertados. Igualmente não é defeso em lei a liberdade de escolha consciente da gestante. Fatos que fundamentam a possível escuta da gestante.

A questão se mais torna complexa, pois, nem Ministério da Saúde, nem o SUS dispõem de uma legislação que regule as modalidades de parto. Apenas o Projeto de Lei nº 6.567 de 2013, ainda em trâmite na Câmara dos Deputados.

As portarias nº 306, de 28 de março de 2016 e nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, do Ministério da Saúde, aprovam as Diretrizes de Atenção à Gestante para cirurgia cesariana e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, respectivamente, ambas disponíveis online no portal do Ministério da Saúde. As normativas buscam regulamentar as recomendações acerca das indicações e contraindicações para os partos normal e cesariano no Sistema Único de Saúde, visando o melhor atendimento para o binômio mãe e filho, tendo caráter nacional e devendo ser aplicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Apesar de tardia, a aprovação dessas portarias é de suma importância para o serviço de obstetrícia do Sistema Único de Saúde, e em redes particulares. Busca tanto evitar a realização inadequada de qualquer das duas modalidades de parto, bem como garantir que esses serviços sejam ofertados com qualidade. Contudo, não reforça a necessidade de atender as expectativas da gestante e o seu direito de escolha.

Diante do exposto, tem-se o seguinte problema: a imposição do sistema único de saúde de priorizar, desconsiderando a escolha consciente da gestante, o

parto normal em detrimento de outros procedimentos obstétricos, como por exemplo a cesariana, ofende a liberdade, autonomia, dignidade e saúde?

Sendo assim, trabalha-se com a hipótese de que o sistema único de saúde, ao priorizar o procedimento obstétrico do parto normal sem considerar a escolha consciente da gestante, viola os direitos fundamentais de liberdade de escolha, autonomia, dignidade e saúde. Podendo, tal feito, trazer graves implicações a dignidade humana.

É necessário dizer que não está em discussão nesta pesquisa os casos nos quais a imposição do procedimento obstétrico, tipo de parto, é feita para resguardar o direito a vida e integridade física da gestante e do nascente. Discute-se apenas as situações nas quais a gestante poderia exercer seu direito de escolha e o procedimento pudesse ser ofertado pelo sistema único de saúde, sem infração ao direito a vida.

A importância deste trabalho se respalda na necessidade alertar e atentar para as consequências do desrespeito ao direito de escolha, liberdade, autonomia e saúde. Ou seja, a sua dignidade humana.

O presente artigo tem como o objetivo geral discutir se a imposição do procedimento obstétrico, quando possível considerar o exercício de liberdade de escolha da gestante, pelo sistema único de saúde viola os direitos fundamentais de liberdade, autonomia, dignidade e saúde.

Ainda como objetivos específicos propõe-se: Apresentar os direitos fundamentais de liberdade de escolha, consciente, autonomia, dignidade e saúde no ordenamento jurídico brasileiro. Analisar, diante das determinações do ministério da saúde e da Organização Mundial de Saúde, a política nacional que prioriza o parto normal no sistema único de saúde dentre os procedimentos obstétricos ofertados e da escolha consciente da gestante. Abordar grave violação a dignidade humana da gestante pela múltipla ofensa de direitos fundamentais, como liberdade, autonomia e saúde, diante da política pública do sistema único de saúde que prioriza procedimentos obstétricos sem considerar o direito de escolha consciente da gestante.

O tipo de pesquisa utilizado é bibliográfico. Para tanto, fez-se uma revisão de literatura, desenvolvendo levantamentos por meio de buscas nas bases de dados

de diversos sites, como por exemplo Scielo. Constituíram-se vários artigos, dos quais foram selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade. Como inclusão, foram considerados: artigos publicados em língua portuguesa, disponíveis na íntegra, baseados em pesquisas realizadas no Brasil. Foram excluídos os artigos que não apresentavam enfoque no tema proposto e que surgiram em duplicidade na base de dados.

A análise dos artigos foi composta pelas seguintes etapas: a) leitura do título e observação da relação do mesmo com o tema, passando-se para a etapa seguinte; b) Foi realizada a leitura do resumo e novamente os temas foram correlacionados; c) realizada a leitura da íntegra dos artigos, a fim de se destacar os trechos mais importantes, cujas informações fossem indispensáveis para a construção da presente revisão de literatura. Para a coleta e análise posterior, foi feita uma síntese dos artigos que responderam aos critérios de inclusão.

A metodologia empregada foi a descritiva. Proporcionando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão da literatura executada, atingindo o objetivo deste método na apresentação dos resultados e a discussão dos dados obtidos.

O presente artigo será dividido em três partes. Na primeira pretende-se incorporar ao trabalho uma apresentação a respeito dos direitos fundamentais de liberdade de escolha, autonomia, dignidade e saúde no ordenamento jurídico brasileiro.

Depois, serão abordadas as determinações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde e sua utilização no Sistema Único de Saúde, com o intuito de compreender a política nacional que prioriza o parto normal dentre os procedimentos obstétricos ofertados sem considerara escolha consciente da gestante. Por último, será realizada uma análise das possíveis graves violações a dignidade humana da gestante pela múltipla ofensa de seus direitos fundamentais, como liberdade, autonomia, dignidade e saúde, diante desta política pública do sistema único de saúde que prioriza procedimentos obstétricos sem considerar o seu direito de escolha consciente.

## 2 A GESTANTE E SEUS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO PARTO

Como garantia fundamental ao direito a vida digna é imprescindível o respeito aos direitos de liberdade de escolha e saúde da gestante. Violar gravemente estas garantias poderá impactar negativamente no binômio mãe-bebê.

Por isto, é necessário observar, não apenas o direito objetivo, mas de um modo amplo, o subjetivo também. Somente em conjunto, estas garantias são capazes transformar o momento pré, durante e pós-parto verdadeiramente digno.

Além disso, a preocupação com a gestante é normativamente ampla, considerando desde a Constituição Federal de 1988, até as resoluções do Conselho Federal de Medicina.

### 2.1 A gestante e seus direitos fundamentais: dignidade, vida, liberdade e saúde

O direito de viver dignamente é complexo, composto por elementos objetivos e subjetivos. Quando se trata de gestantes o foco é o amparo no acesso à saúde, acompanhamento médico pré, durante e pós-parto, o respeito a suas decisões e seu bem-estar psicológico neste processo.

A Carta Maior assegura “Art. 1º A República Federativa do Brasil [...] tem como fundamentos: [...] III - a dignidade da pessoa humana” e reforça “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros [...] a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade” (BRASIL, 1988)

Dessa forma, o direito a dignidade e o direito à vida compõem o arcabouço jurídico brasileiro de um modo muito importante, ou seja, como direitos fundamentais. Trata-se de garantias elementares, básicas, que devem ser respeitadas.

Além disso, é necessário atentar para a importância do direito à saúde, bem como ao acesso a este direito. Apregoa a Constituição:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988)

Não é apenas um jogo de palavras. A Constituição assegura o direito de todos ao acesso a saúde e determina o dever do Estado de garantir igualmente.

Por isto, o Sistema Único de Saúde surgiu como um facilitador, uma via estatal de acesso à saúde para todos aqueles que precisarem. A criação dele permitiu o acesso universal ao sistema público de saúde, igualmente. A proposta é de atenção integral à saúde, não só na entrega de cuidados assistenciais, mas desde a gestação e por toda a vida dos usuários, mantendo a qualidade de vida destes, bem como, visando a prevenção e a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Na fase gestacional, a mulher pode fazer exames e ser acompanhada por um médico para seu pré-natal. O parto também será devidamente realizado. O que demonstra a efetividade da acessibilidade ao direito a saúde, ainda que exista mora por causa da superlotação do sistema.

Contudo, a alta demanda e a conseqüente impessoalidade na realização destes serviços acabam por violar direitos mais complexos, porém tão essenciais quanto o acesso ao serviço propriamente dito. É o caso do aspecto subjetivo do direito à vida, dignidade e liberdade.

Os locais disponibilizados para as mulheres vivenciarem o trabalho de parto são carregados de impessoalidade, de modo que aspectos como referências culturais e sociais acabam sendo mitigadas frente ao saber da medicina (PASCHE et al., 2014). Ademais, a essência do parto tem sido severamente marcada no país pela predominância do uso de tecnologias duras em substituição a estes valores éticos (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Pois, a gestante nem sempre conta com o devido amparo psicológico e médico, para garantir a sua saúde mental, nem a ciência de seus direitos. Muitos menos é dado a ela a liberdade de escolha consciente diante das possibilidades de procedimentos obstétricos admitidos em seu caso.

2.2 Resolução nº 2.144 de 2016 do Conselho Federal de Medicina e o direito de escolha livre e consciente da gestante

O direito à liberdade é fundamentalmente disposto na Constituição Federal de 1988. Já o direito de livre escolha consciente, inspirado na nossa Carta Maior é reafirmado por outros instrumentos normativos.

Um destes mecanismos é a Resolução nº 2.144 de 2016 do Conselho Federal de Medicina, que preceitua:

Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.  
Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

Então, a liberdade de escolha é igualmente defendida na esfera médica, que deve ser considerada consciente quando a gestante possui todas as informações necessárias a respeito de sua condição clínica, dos procedimentos obstétricos disponíveis, bem como sobre os riscos e benefícios de cada um deles no seu caso específico. Ainda é necessário obter o termo de consentimento da gestante, que deve ser fornecido por ela livremente e após a ciência de todas estes dados.

Como determinado pelo Conselho, a característica sociocultural não deve ser uma barreira para a compreensão ampla da gestante, muito menos de seu consentimento. A linguagem deve ser de fácil compreensão justamente para tornar o processo acessível. Ou seja, esta não é uma determinação na qual o médico do Sistema Único de Saúde fique isento, na verdade, ele deverá ter um maior cuidado para garantir a efetividade deste direito.

Vale dizer que o Conselho de Medicina, diante da Lei n.º 3.268 de 30 de setembro de 1957, é o órgão responsável pela regulação da conduta médica. Os Conselhos Regionais e Federal de Medicina são órgãos dotados de personalidade jurídica de direito público e forma federativa, por delegação do poder público, por isto, goza cada um deles de autonomia administrativa e financeira e tem, como finalidade, disciplinar, fiscalizar e julgar a postura ética da atividade profissional médica em todo território nacional (BRASIL, 1957). Ou seja, devem zelar pelo melhor desempenho ético da medicina e dos que a exercem legalmente. Portanto, temos que o Conselho

Federal de Medicina é o órgão máximo na definição da melhor conduta médica a ser empregada pelo profissional (FERREIRA, 2019).

Ainda sobre a consciência a respeito dos riscos, a Portaria nº 306 de 2016, do Ministério da Saúde, dispõe a respeito da cesariana:

Art. 2º É obrigatória a cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, a, 2016)

Assim como a Portaria nº 353 dispõe sobre o parto normal:

Art. 2º - É obrigatória a cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao uso de procedimento ou medicamento para a realização do parto normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Ambas abordam as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto, possuem um caráter de recomendação e de um modo sutil abordam a necessidade da ciência da gestante diante do procedimento obstétrico adotado.

As portarias são a forma na qual as autoridades de nível inferior ao chefe do poder executivo utilizam para fixar normas gerais com o intuito de disciplinar as condutas de seus hierarquizados. Ou seja, não possuem o mesmo impacto que uma legislação federal.

Então, para buscar garantir o exercício do direito de escolha às gestantes, as Assembleias Legislativas dos estados têm buscado deliberar sobre o tema para editar leis que protejam e assegurem este direito. Pode-se tomar como exemplo o Estado do Paraná, o qual editou em janeiro de 2020 a Lei nº 20.127, dando direito a todas as gestantes do Estado do Paraná a escolher sua via de parto, sendo cesárea ou normal (ESTADO DO PARANÁ, 2020). Este Estado vem tentando tratar a questão obstétrica com mais atenção nos últimos anos.

Para consolidar esta pretensão a nível nacional, a Comissão de Assuntos Sociais tem atualmente em tramitação o projeto de Lei do Senado nº 3.947/19, o qual resguarda o direito das grávidas em exercitar a sua opção pelo parto cesariano a partir da 39ª semana de gestação na rede pública de saúde. O projeto traz em seu conteúdo a determinação de que a grávida receba a devida conscientização acerca das duas modalidades de parto, de modo que a decisão deverá ser devidamente

registrada em termo de consentimento. Na hipótese de discordância do médico sobre a forma requerida pela gestante, deverá haver o registro no prontuário (SENADO FEDERAL, 2019).

Entretanto, a política do Sistema Único de Saúde que objetiva a redução do número de cesarianas eletivas prioriza o parto vaginal e acaba por violar o direito de escolha da mulher. Muitas vezes deixando a decisão final para o momento do parto, o que gera insegurança. Além, de fato, desconsiderar os aspectos subjetivos que envolvem a preferência da gestante por um tipo específico de procedimento obstétrico.

Assim, o ato de generalizar e adotar uma forma padrão para todos os casos constitui abuso por ignorar a individualização de cada contexto de parto. Ganha relevância ainda esta discussão pelo fato de que o próprio Conselho Federal de Medicina editou o parecer nº 37/2016, afirmando que encontra-se dentre as atribuições éticas do médico o atendimento à vontade da gestante de realizar o parto cesariano se por ele optar, garantindo assim a autonomia e o exercício da vontade da gestante em realizar a forma de parto que mais lhe for conveniente (SENADO FEDERAL, 2019).

Ressalta-se que a operação cesariana surgiu no sentido de atender a uma necessidade médica, sendo aprimorada com o decorrer do tempo e sendo agregadas novas técnicas cirúrgicas, anestésicas, de assepsia, medicamentosas, dentre outras. A adoção a esta forma de parto diminuiu consideravelmente o índice de mortalidade e de incidência de sequelas neonatais oriundas dos partos. Por outro lado, também houve um aumento na quantidade de cirurgias sendo realizadas sem a real necessidade para tal, aumentando de forma considerável os custos.

De modo geral, deverá caber à mulher decidir com base na sua preferência, observando as particularidades de seu caso concreto. Desrespeitar tal conduta é violar a liberdade de escolha da gestante, sua expectativa em relação ao parto e trazer riscos psicológicos, como a depressão pós-parto. O respeito a dignidade da gestante no cumprimento da sua liberdade de escolha garante a qualidade de vida no pré-natal, durante o parto e após. A dignidade humana não deve ser monetizada.

Outro procedimento a ser considerado na escolha da mulher é o parto humanizado, que é uma forma de atendimento especializado e voltado à promoção do bem-estar da gestante. Nesses casos a prioridade é que o parto seja realizado

em sua modalidade normal, sendo que há uma atenção maior, uma nova abordagem, fundamentada nos atos de ouvir, orientar e criar vínculos com a gestante, sendo aspectos fundamentais no cuidado com elas (KOETTKER et al, 2013).

O encontro com estas modalidades de parto já gera por si só uma gama de possibilidades de parto para as mulheres, devendo ser-lhes assegurada o pleno exercício ao seu direito de escolha, ressalvados os casos em que há risco iminente de prejuízo para a sua saúde bem como para a do bebê.

O SUS busca garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, com base no artigo 6º e artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Entretanto quando se trata da assistência obstétrica, vários estudos mostram que na prática acontece o contrário do que é esperado e preconizado na legislação, como demora para as gestantes conseguirem internação e escasso acesso de informações durante o pré-natal (BARBASTEFANO; GIRIANELLI; VARGENS; 2010). É neste cenário que se faz importante uma maior análise a respeito das diretrizes e do parto no Sistema Único de Saúde.

### **3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PLANEJAMENTO DE PARTO E SUAS DETERMINAÇÕES**

O planejamento de parto surgiu como uma medida de prevenção a abusos contra a gestante provenientes de desinformação dela. Na prática, como a procedimento do Sistema Único de Saúde é a imposição do parto normal, o que deveria ser um benefício se tornou informativamente impositivo. Trouxe como positivo a melhor informação da gestante sobre o processo do parto, como por exemplo o que é, onde será realizado, mas manteve a violação do direito de escolha consciente da gestante.

#### **3.1 O parto no Sistema Único de Saúde**

Primeiramente, se faz necessário compreender o que significa o termo “parto” e quais são as modalidades existentes:

O termo “parto” é entendido pelo conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que levam à expulsão do feto e seus anexos do corpo

da mãe; sendo dividido em duas modalidades – parto normal e parto cesáreo – a serem escolhidas visando à saúde da mãe e do feto. Enquanto o parto normal é o procedimento fisiológico no qual o conceito nasce por via vaginal, o parto cesáreo ocorre por meio cirúrgico, através de uma incisão abdominal denominada Incisão de Pfannenstiel, seguida de histerotomia e retirada do feto (DA SILVA, 2020).

O parto normal ou vaginal é fisiológico e o cesáreo é cirúrgico. Com o avanço da medicina e da tecnologia, as taxas de cesáreas aumentaram mundialmente, sobretudo no Brasil a partir da década de 1970 (FAÚNDES; CECATTI, 1991). O respeito à autonomia das pacientes e o novo papel da mulher na família e na sociedade contribuíram para a progressiva participação feminina na escolha da via de parto.

Contudo, somente no Brasil a taxa atual de partos cesáreos é de 55,99% (DA SILVA, 2020). Assim é possível presumir que a inclusão das preferências da gestante na decisão a respeito do parto tem influenciando no aumento do número de cesáreas em todo o mundo (DIAS; DESLANDES, 2006).

O parto cesáreo se tornou um procedimento essencial na prática obstétrica e contribuiu para a redução da morbimortalidade materna e fetal (LEAL, et al., 2012). Já o parto natural possui algumas vantagens, tanto para a mãe quanto para o bebê, como a recuperação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, menor risco de infecção e de hemorragia. Por isto, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), é que as cirurgias cesarianas deveriam corresponder a 15% do total de partos no país e deveriam ser indicadas apenas nos casos de risco para a mãe ou o nascituro (XIE; GAUDET; KREWSKI et al., 2015).

Dessa forma, a cesárea constituiria uma alternativa. Devendo ocorrer apenas quando houver complicações durante a gravidez ou no parto natural que pudesse expor a mãe, o bebê ou ambos a riscos e não se deveria levar em conta a decisão das gestantes (JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

Corroborando com este entendimento, o Sistema Único de Saúde, embora ofereça as duas modalidades de parto, prioriza o parto normal e contrariando os direitos fundamentais das gestantes, bem como a determinação do Conselho Federal de Medicina, não considera a opinião da mulher para a escolha de seu parto.

Em uma pesquisa realizada na rede pública de saúde do município de Joaçaba/SC, 11 (onze) médicos foram entrevistados a respeito do que achavam acerca da gestante que utiliza a rede pública poder optar pela via de parto, 3 (27,3%) obstetras responderam afirmativamente; 6 (54,5%), negativamente e 2 (18,2%) não responderam (JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

Ou seja, é possível perceber, até mesmo pela pesquisa, que quando se trata do sistema público de saúde, há uma imposição massiva e generalizada para a realização de partos. Cenário que faz com que os médicos acabem assumindo o lugar de escolha da mulher. Não por uma razão médica, mas por questões de conveniência.

Estudos apontam ainda que não há grande satisfação com o parto cesariana, principalmente entre mulheres das classes econômicas menos favorecidas, uma vez que no setor público sua ocorrência está quase sempre associada a complicações durante a gestação e o trabalho de parto (OLIVEIRA et al., p. 6, 2016).

Por meio desta imposição é que acontece claramente a violação do direito de da gestante. Ainda que exista a devida prestação de assistência para ela, ou seja, a acessibilidade ao acompanhamento médico pré, durante e pós-parto, ocorre de forma temerária ao utilizar de procedimentos mais cômodos, rápidos e mais rentáveis, ignorando o direito de escolha livre e consciente da gestante. O indevido fornecimento de informações a respeito dos direitos das gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde, faz com que elas permaneçam em um posicionamento condescendente, apenas aceitando a modalidade de parto que lhe for imposta. Fato que cerceia não apenas seu direito de escolha, mas muito outros.

Além disso, impedir que o paciente exerça sua autonomia e autorizar que o profissional de saúde imponha um tratamento contra a vontade da gestante, sob a alegação de que está atuando de acordo com o comando bioético da beneficência, é um equívoco, pois a beneficência deve levar em consideração o interesse manifestado autonomamente pelo paciente e não pode ser imposta com base na noção de benefício que o médico imagina que trará ao paciente, diante de uma certa situação (DIAS DA SILVA, 2009).

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde e seus profissionais ao adotarem prioritariamente a modalidade de parto normal e não considerarem a opção da

gestante, quando eletiva, acabam por violar direitos essenciais como a liberdade de escolha, autonomia, saúde mental e dignidade da mulher. Por isto, tal política não se justifica ainda que tenha como interesse a redução de cirurgias.

### 3.2 O planejamento de parto e a política impositiva do parto normal

O Sistema Único de Saúde criou o plano de parto. Um documento elaborado por equipe multidisciplinar e que garante:

A partir de agora, toda mulher terá direito e definir o seu plano de parto que trará informações como local onde será realizado, orientações e benefícios do parto normal. Essas medidas visam o respeito no acolhimento e mais informações para o empoderamento da mulher no processo de decisão ao qual tem o direito. Assim, o parto deixa ser tratado como um conjunto de técnicas, e sim como um momento fundamental entre mãe e filho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, b, 2017).

Em termos ideais o planejamento de parto parece fornecer muitas garantias, inclusive de voz, as usuárias do sistema público de saúde. A partir do plano, que ocorre no pré-natal, a gestante deve ser informada sobre procedimento de parto, local e seus direitos. Na prática, como a política pública é destinada a realização de partos normais e redução de partos cesáreos, o direito de livre escolha da modalidade de parto não está incluso nestes direitos.

Prova disto é a fala do então ministro da saúde, Ricardo Sales, “as diretrizes são um avanço que garantem a autonomia da mulher e reduzem as cesáreas desnecessárias. Ela terá que ser informada de todo o plano de parto durante o pré-natal. Elas garantem mais informação, mais acesso e mais respeito”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, b, 2017). Ou seja, a “humanização” que o tentaram trazer para o parto está presente apenas na informação, pois novamente, não considera o direito da mulher em escolher seu próprio parto, o que a torna incompleta e violatória.

Esta política fere claramente o Princípio da Autonomia do Paciente, amparado Código de Ética Médico, que preceitua “É vedado ao médico: Art. 31 - Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir

livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICO, 2010). Assim, o sistema de saúde pública brasileiro tem atentado contra os mandamentos práticos da ética médica.

De acordo com este princípio, a autonomia do paciente deverá ser exercida através de sua capacidade e liberdade de escolha, bem como do devido conhecimento acerca dos objetivos e consequências de escolha de determinada conduta. Neste caso, deveria ser ofertada as duas modalidades de parto para que a gestante, após ser bem informada a respeito dos procedimentos, benefícios e riscos exercesse seu direito de livre escolha.

#### **4 A (IN)EFICIENTE IMPOSIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A CONSEQUENTE GRAVE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DA GESTANTE**

A política impositiva do Sistema Único de Saúde por se apresentar excessivamente intervencionista está em desacordo com a Organização Mundial de Saúde e por isto pode ser considerada com certo nível de ineficiência, ainda que tenha reduzido a quantidade partos cesáreos.

Ademais, por conduzir a gestação, parto e pós-parto sem devidamente informar a gestante acerca de seus direitos e nem acatar as escolhas dela, viola gravemente direitos. Tais como: saúde, liberdade, autonomia e dignidade.

##### **4.1 A (in)eficiência e as consequências da política de imposição do parto normal no Sistema Único de Saúde**

O instituto Oswaldo Cruz fez uma pesquisa no município de Uberlândia/MG. Nela observou-se que, dentre os partos vaginais, apenas 5% são naturais, sem intervenções médicas; 36,4% das mulheres receberam ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto, 53,5% sofreram episiotomia (corte feito na região do períneo para ampliar o canal de parto) e 91,7% das mulheres foram obrigadas a ficar na posição de litotomia (deitadas com as pernas para cima). O alto

grau de intervenção nos partos mostra que a prática dos médicos brasileiros está em descompasso com as recomendações internacionais e com as recomendações do SUS (LEAL; GAMA, 2014).

A Organização Mundial de Saúde considera o parto normal mais benéfico e busca reduzir o número eletivo de partos cesáreos. Contudo, o que se observa na prática dos hospitais públicos brasileiros é um contrassenso, pois, na tentativa de seguir esta determinação, também apoiada pelo Ministério da Saúde, há um excessivo intervencionismo médico no parto normal e práticas abusivas por parte da equipe que antecipam o parto, cortam a mulher, obrigam posições desnecessárias durante o parto e não escutam a parturiente. O processo não tem se tornado mais humanitário e sim mais traumático.

Este tipo de tratamento fornecido a mulher em trabalho de parto pode resultar em violência obstétrica. Essa violência se expressa na negligência à mulher, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, humilhações, ameaças, gritos, entre outros), violência física (uso indevido de intervenções médicas e procedimentos desnecessários) e até o abuso sexual (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

Nas maternidades públicas, o corpo da mulher é percebido como objeto de controle e domínio da medicina. Essa 'objetificação' em si está relacionada a preconceitos de gênero e à banalização do sofrimento da parturiente (pensamento vigente no qual a mulher "merece" aquele sofrimento em compensação ao prazer sexual). Banalizar o sofrimento é banalizar também a violência institucional que acontece nas maternidades e na sociedade como um todo (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011). Isto perpetua e fortalece práticas que violam a dignidade humana da mulher.

Como é possível perceber no Brasil, há um modelo obstétrico intervencionista, no qual o médico é figura central no momento do parto e a mulher será o objeto da ação, sem nenhum controle sobre esse processo. O que se mostra um grave problema pois ela, como dona de seu corpo, deveria ter autonomia, domínio e opinião durante o parto.

A autonomia da mulher está diretamente ligada à informação que ela possui sobre evidências científicas para melhor conduta no momento do nascimento. Portanto, é fundamental que a parturiente seja bem orientada no momento do pré-natal, visando a maiores benefícios na assistência ao parto (OLIVEIRA et al., 2002).

Também para que ela compreenda o que tem acontecido e possa melhor se posicionar na situação.

Em uma outra pesquisa realizada no Rio de Janeiro sobre a satisfação das mulheres na gestação e parto nas maternidades públicas aproximadamente 250 mulheres foram ouvidas foi verificado que apenas 23% das mulheres entrevistadas sentiam-se completamente informadas sobre o que aconteceria com elas e com o bebê no momento do parto. Apenas 17,7% das mulheres perceberam o pré-natal como um serviço informativo, e 44% das mulheres afirmaram que a principal fonte de informação era a mãe e outros familiares (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). O que comprova a desinformação e a conseqüente falta de autonomia da mulher. Se ela tivesse mais propriedade do que acontece e dos direitos que possui poderia se posicionar e cobrar a garantia de seus direitos.

Além disso, todas as entrevistadas afirmaram que durante o pré-natal os médicos informaram que no sistema público de saúde existe a preferência pelo parto normal, mas relatam que não foram informadas sobre os benefícios desse tipo de parto (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). Ou seja, a imposição dos médicos e do próprio sistema público de saúde pela modalidade de parto normal ocorre sem que as gestantes tenham conhecimento dos benefícios.

As gestantes também declararam na pesquisa que os profissionais que as atenderam não garantiram a elas qual realmente seria a via de parto que elas realizariam, pois, segundo os médicos, havia vários fatores que poderiam influenciar a decisão, como: diferenças de postura da equipe que iria receber a mulher no hospital, ter sido realizada cesárea em parto anterior e ocorrência prévia de aborto (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). O que se demonstra o pior dos cenários, uma vez que gera insegurança na mulher e deixa claro a inobservância de sua escolha, pois a vontade que prevalecerá é a da equipe do plantão.

Se é possível seguir a preferência eletiva da equipe médica, se isto é viável em aspectos práticos, a escolha consciente da gestante, prioritariamente deveria ser ouvida, já que se trata do corpo dela. Contudo, na mesma pesquisa, as mulheres que tinham preferência pela cesárea e manifestaram esse desejo durante o pré-natal foram informadas de que essa não seria a primeira opção no Sistema Único de Saúde.

O parto institucionalizado, pautado em um modelo médico, coloca os aspectos científicos acima de outros, e, assim, o saber médico predomina sobre os desejos e necessidades da mulher (SANTOS et al., 2012). E por não considerar os aspectos sociais e individuais da gestante é que se tem atualmente um sistema público de saúde com uma estrutura de apoio violatória.

A humanização do parto envolve, entre outros fatores, o respeito à autonomia e ao protagonismo femininos (AMORIM, 2012). Diante disso, é necessário saber que a violação da liberdade de escolha da mulher não precisa e não pode continuar ocorrendo, uma vez que não há justificativa viável para violação de tal direito. Manter este tipo de política pública, em desencontro com a Organização Mundial de Saúde por ser igualmente intervencionista, é perpetuar momentos de violência obstétrica e de ofensa a direitos fundamentais que atingem diretamente a dignidade da mulher.

#### 4.2 A violação de direitos humanos da gestante no Sistema Único de Saúde

Um dos fatores preponderantes para se realizar uma escolha acertada, é saber o que se quer, conhecer as opções a fundo, as vantagens e desvantagens inerentes a cada uma delas. Assim deveria ser fundamentada a escolha da mulher acerca da forma que pretende realizar o seu parto na rede pública de saúde. Entretanto, para que haja esta clareza sobre as opções de escolha é necessário que se tenha conhecimento. É conhecido do cenário social brasileiro que as classes economicamente mais desfavorecidas são as que fazem uso do Sistema Único de Saúde, dada a sua gratuidade. Relacionando o nível escolar com a aptidão de escolhas importantes para um momento como o parto, há o estudo no qual 21 puérperas foram entrevistadas e revelou que 5 delas, ou seja, apenas 23,80% das mulheres possuíam o ensino médio completo (AGUIAR, 2010, p. 59). Esta percepção leva o foco para a capacidade de escolha bem fundamentada que estas mulheres possuem, haja vista o baixo nível de conhecimento escolar, o que limita os conhecimentos sobre o seu próprio corpo, bem como sobre os procedimentos que possam ser adotados para ela. Asseverando este pensamento, Aguiar ainda pontua que:

O tratamento diferenciado das mulheres em trabalho de parto por estas condições pode afetar profundamente a experiência de parto destas mulheres que vindas de uma classe já oprimida socialmente verão como esperadas as condutas hostis na assistência pública e buscarão resistir a essas condutas dentro do limite que lhe é possível mover-se nesta relação com o profissional de saúde (AGUIAR, 2010, p. 37 e 38).

Isto ratifica a percepção de que quanto menos escolarização a mulher disponha, menor vai ser a probabilidade de haver uma relação harmoniosa com os profissionais da saúde. Repousará, portanto, sobre estes últimos, a responsabilidade de contornar a situação e repassar as informações de forma adequada. Ideia mais bem desenvolvida pelo plano de parto. Acontece que o sistema público de saúde se encontra com uma sobrecarga de atendimentos contra um quadro reduzido de profissionais, o que muitas vezes acarreta na inadequação das formas de atendimento às gestantes.

Ainda neste estudo, 18 profissionais da área de saúde que trabalham no âmbito da obstetrícia da rede pública foram entrevistados e se constatou que um dos fatores que exercem bastante influência negativa na relação entre as pacientes e os enfermeiros e médicos é a incompreensão e dificuldade de transmissão das informações de maneira clara para aquelas que não detêm o conhecimento técnico acerca dos procedimentos. A autora afirma que

A mulher que vai ao serviço público não "entende" o que o médico fala e o que ela fala "não tem sentido" para os profissionais. A fala das pacientes, portanto, é esvaziada de sentido, de significação, uma vez que seus valores e conhecimentos não são reconhecidos naquele ambiente de domínio médico, o que, acreditamos, favorece a violência institucional (AGUIAR, p. 109, 2010).

Quando enfrentam estas circunstâncias em que os profissionais não se demonstram sociáveis e principalmente compreensivos com o desconhecimento que as mulheres possuem, para que prestem as informações de forma adequada, as gestantes encontram um entrave sério para o seu exercício do direito de escolha.

As mulheres do setor público não se sentem à vontade ou têm receio em questionar ou opinar sobre a conduta da equipe de saúde. Diferentemente do outro grupo, em poucos casos se construiu uma relação de proximidade e confiança que favorecesse um canal de expressão para questionamentos e decisões, delegando-se ao médico a responsabilidade com a adequada assistência, "porque eles sabem o que tem que fazer" (GAMA et al, 2009).

Neste cenário torna-se impraticável o ato de levantar uma questão sobre quais são as condutas que serão adotadas e, no caso de ser proposta alguma divergente da pretendida pela gestante, contestar de forma a garantir o exercício do seu direito. Estas circunstâncias são raras em decorrência do receio mencionado, por considerar que a equipe de saúde possui todo o conhecimento para desenvolver as abordagens e que isto é irrefutável. No Sistema Único de Saúde é bastante comum em algumas maternidades a imposição do parto normal na busca pela redução do percentual de partos cesarianos, a fim de se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde. Ocorre que se a mulher não quiser aceitar esta modalidade, ela é detentora do próprio corpo e é quem define quais os procedimentos serão adotados nele, principalmente quando se tratar de algum que lhe exponha a dor intensa. Neste sentido, Gama et al (2009) ainda define que

Sem o conhecimento dos processos corporais inerentes ao parto, as mulheres ficam subordinadas à condução médica. Seja por meio do lastro da "confiança" entre as informantes do setor privado, seja pela falta de reconhecimento da sua cidadania entre as mulheres do setor público, todas se aproximam na precariedade de conhecimento sobre os seus processos corporais [...]É preciso aqui voltar a uma questão muito debatida: quem é o protagonista da cena do parto? A mulher-parturiente parece estar cada vez mais distante dessa condição: mal-informada e insegura submete-se a todas as ordens ou orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir (GAMA, et al., 2009).

Sabe-se que a prestação de informações de forma adequada é um pressuposto basilar para conduzir as relações entre as pessoas de maneira harmoniosa. Entretanto, no cenário hospitalar a falta de comunicação desencadeia prejuízos para a parte mais vulnerável, que são os pacientes, haja vista não possuírem conhecimentos técnicos acerca dos melhores procedimentos, restrições e recomendações.

É necessário proximidade, clareza de informações e a devida atenção à gestante, que são elementos indispensáveis ao efetivo exercício do direito de escolha da mulher sobre o próprio corpo, permitindo que ela possa vivenciar aquele momento como protagonista que é, de modo que os profissionais, apesar de serem fundamentais para o processo, não sejam aqueles que estejam em maior evidência.

Como mencionado anteriormente, diversos são os fatores que interferem na escolha da mulher por realizar o seu parto normal ou por meio de cesariana,

dentre eles encontram-se os fatores socioeconômicos no qual a mulher está inserida. Tendo como alternativa o acesso ao Sistema Único de saúde, que apesar das suas qualidades, vem sendo constantemente desvalorizado pelo Estado, fazendo com que as mulheres sofram cada vez mais ao buscar uma assistência de qualidade, em que se tenha maternidades devidamente equipadas para que possa realizar um parto saudável e amparar qualquer intercorrência que possa acontecer, e assegurar a devida assistência em todas as etapas que este momento envolve.

Constata-se, portanto, que a desestruturação do direito de escolha da mulher sobre a forma de parto que ela adotará não consiste apenas na hipótese de, entre as opções A e B, ser suprimida uma delas e restar apenas a outra. Este contexto aprofunda-se muito mais quando passa a ser analisado sob a ótica das características sociais da mulher que teve sua escolha suprimida, a sua escolaridade, fatores econômicos, presença de acompanhante, idade, conhecimento sobre o seu próprio corpo, dentre tantos outros fatores. Assim, conceituar que o desfazimento do seu direito de escolha consiste apenas em não poder exercer o direito de escolher entre um e outro, é reducionista sob a ótica de todos os elementos que compõem o parto. Ademais, é importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde contribui negativamente para esta anulação através da desconsideração de vários destes fatores mencionados e, principalmente, por meio da sobreposição da vontade da equipe médica à da mulher.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os estudos realizados para o desenvolvimento do trabalho revelam que não é dado o direito de escolha a gestante pela via de parto. Entretanto, um dos fatores mais preponderantes na rede pública para que as gestantes não possam seguir em frente na sua escolha sobre a modalidade de parto é o desconhecimento sobre os seus direitos e sobre as formas necessárias para alcançá-lo.

O método intervencionista atualmente adotado pelo Estado brasileiro e pelos médicos faz com que sejam determinados os meios que serão empregados para os partos, ao mesmo tempo em que mitigam ou extinguem completamente o

papel de protagonista da mulher gestante no momento de seu pré-natal, parto e pós-parto. O que viola gravemente a liberdade de escolha, autonomia e dignidade dela.

Uma pesquisa a respeito dessa temática é importante pois, apesar de um arcabouço legislativo vasto o serviço de obstetrícia no Sistema Único de Saúde traz várias práticas falhas, que acabam influenciando na escolha do modo de parto oferecido à mulher usuária do serviço. É inegável a necessidade da discussão no âmbito jurídico da influência do Estado no Direito a Liberdade de Escolha pela gestante, caso a via de parto não seja contra indicada pelo médico por questões de segurança.

É urgente e necessário a implantação de novas políticas públicas para que seja assegurado o direito da liberdade de escolha da mulher e que reduza as possibilidades de violência obstétrica, deixando o processo de parto mais conveniente, acolhedor e agradável. Ao não permitir esta liberdade de escolha, o Estado, além de interferir em sua liberdade, ignora uma questão de direito fundamental que é o direito à saúde e desencadeia traumas e vivências desagradáveis a gestante, tornando um momento que deveria ser totalmente amparado, em preocupante e que possa provocar maiores danos em mulheres que foram negadas a terem o total acesso sobre as informações de cada procedimento.

Por fim, constata-se que é claro o desamparo sofrido pelas mulheres no que diz respeito à ineficiência de leis que protejam os seus direitos, ante à lacuna legal que existe para assegurar no âmbito federal o direito de escolha as modalidades dos partos, bem como nas hipóteses em que for caracterizada a violação da sua autonomia. O que existe, são apenas deliberações estaduais com vistas a minimizar o impacto da ausência de uma normatização específica. Elaborado pelo Governo Federal, há apenas a proposta da Agência Nacional de Saúde, que não vincula nenhuma das questões enfrentadas, funcionando apenas como uma pretensão sem eficácia real. Além disso, a política impositiva se mostrou igualmente ineficiente, pois é igualmente intervencionista e reforça a violação de direitos fundamentais.

## **REFERENCIAS**

AGUIAR, J. M. DE; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 29. N. 11. nov. 2013.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; PIRES, Lucas. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>. Acesso em: 20 de ago. 2020.

AMORIM, Melania. **A retomada do protagonismo feminino no Parto**. Entrevista concedida à Graziela Wolfart. Domtotal, 30 dez. 2012. Disponível em: <https://domtotal.com/periscopio/1613/2012/12/a-retomada-do-protagonismofeminino-no-parto>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BARBASTEFANO, Patrícia Santos; GIRIANELLI, Vania Reis; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. *In: Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre: 2010.

BRASIL, 1957. **Lei nº 3.268 de 1957**. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L3268.htm#:~:text=L3268&text=LEI%20No%203.268%2C%20DE%2030%20DE%20SETEMBRO%20DE%201957.&text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20os%20Conselhos%20de%20Medicina%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm#:~:text=L3268&text=LEI%20No%203.268%2C%20DE%2030%20DE%20SETEMBRO%20DE%201957.&text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20os%20Conselhos%20de%20Medicina%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs). Acesso em: 18 de ago. 2020

BRASIL, 1988. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 18 de ago. 2020

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016. **Resolução nº 2.144 de 2016**.

Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-cfm-no-2-144-2016/#:~:text=Conselho%20Federal%20de%20Medicina%20\(CFM,seguran%C3%A7a%20do%20bin%C3%B4mio%20materno%20fetal](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/resolucao-cfm-no-2-144-2016/#:~:text=Conselho%20Federal%20de%20Medicina%20(CFM,seguran%C3%A7a%20do%20bin%C3%B4mio%20materno%20fetal). Acesso em 18 de ago. 2020

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICO, 2010. **Resolução nº 1931 de 2009**. Disponível em: <https://www.sobracil.org.br/documentos/C%C3%B3digo%20de%20%C3%89tica%20M%C3%A9dica%20Comentado%20%C3%A0%20luz%20da%20Responsabilidade%20Civil.pdf>. Acesso em: 21 de abr. 2020.

DIAS DA SILVA, Roberto. Paciente tem direito de escolher melhor tratamento. *In: Revista Consultor Jurídico*, 20 abr. 2009. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2009-abr-20/paciente-direito-informacao-decidir-melhor-tratamento>. Acesso em: 05 mai. 2020.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *In: Caderno de Saúde Pública*. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2020.

DA SILVA, Débora Zvicker. Expoente sobre a prática de cesarianas no Brasil: análise a partir dos grupos de Robson. *In: Revista de Patologia do Tocantins*. Tocantins, 2020.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. **Violence against women in health care institutions**: an emerging problem. *Lancet*, 2002.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto**: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 1, p. S52-S62, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006>. Acesso em: 03 fev. 2020.

ESTADO DO PARANÁ, 2020. **Lei Nº 20127 de 2020**. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207.

Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=388956>. Acesso em: 10 de ago. 2020

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. Operação cesariana no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *In: Caderno de saúde pública*. Rio de Janeiro: 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a03.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2020.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 10 ed. Salvador: JusPODIVM, 2018.

FERREIRA, Danilo Lacerda de Souza. **A Lei n.º 17.137/19 do Estado de São Paulo e a Resolução n.º 2.144/16 do Conselho Federal de Medicina acerca do Parto Cesárea**. Santos: UNISSANTA, 2019.

GAMA et al. **Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2009.v25n11/2480-2488/pt/> Acesso em: 27 mai. 2020.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig, et al. **O parto como eu vejo... ou como eu desejo?** Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2002.

JUNIOR, Teodoro Leguizamon; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *In: Revista Bioét.* 2013.

KOETTKER, JG; BRÜGGEMANN, OM; DUFLOTH, RM. Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers. *In: Revista Esc Enferm USP*, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en\\_a02v47n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a02v47n1.pdf). Acesso em: 21 nov. 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Birth in Brazil**: national survey into labour and birth. *Reproductive Health*, v.9, n.15. Disponível em: <http://www.reproductive-healthjournal.com/content/9/1/15>. Acesso em: 10 jun. 2020

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Sumário executivo temático da pesquisa. In: **LEAL**, Maria do Carmo (Org.). *Nascer no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 2-7. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalemsp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2020.

MACHADO, Costa; FERRAZ, Anna Candida da Cunha. **Constituição Federal Interpretada**: Artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. 9 ed. Barueri/São Paulo: Manole, 2018.

MANDARINO et al. **Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto**: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: jul. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014. **Humanização do parto e nascimento**. Brasília: 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016. **Portaria nº 306 de 2016**. Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306\\_28\\_03\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html). Acesso em: 08 de ago. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, a. **Portaria nº 353 de 2017**. Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação parto normal. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20805342/do1-2017-02-20-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017-20805260](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20805342/do1-2017-02-20-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017-20805260). Acesso em: 18 de ago. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017. **Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais#:~:text=Dos%203%20milh%C3%B5es%20de%20partos,40%2C2%25%20de%20cesarianas>. Acesso em: 18 de ago. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020. **Sistema Único de Saúde**: estrutura, princípios e como funciona. Governo do Brasil. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 18 de ago. 2020

OLIVEIRA, et al. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *In: Revista de Esc Enferm USP*. São Paulo: 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt\\_0080-6234-reeusp-50-05-0734.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0734.pdf) Acesso em: 10 mai. 2020.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de et al. Tipo de parto: expectativa das mulheres. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500007>. Acesso em: 4 mai. 2020

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015.

PASCHE, D. F. et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *In: Saúde debate*. N. 52, 2014.

SANTOS, Luciano Marques et al. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** [online], Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2655-2666, jul.-set. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750894005>. Acesso em: 23 out. 2019.

SENADO FEDERAL, 2019. **Projeto de lei nº 3947 de 2019**. Garante à parturiente o direito de optar pelo parto cesariano a partir da 39ª semana de gestação. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/137641/pdf>.

Acesso em: 18 de ago. 2020

XIE, Ri-Hua; GAUDET, Laura; KREWSKI, Daniel; GRAHAM, Ian; WALKER, Mark; WEN, Shi Wu. **Higher cesarean delivery rates are associated with higher infant mortality rates in industrialized countries**. 2015. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25597509/>. Acesso em: 15 jun. 2020