

Universidade Federal de Ouro Preto

Escola de Direito, Turismo e Museologia

Programa de Pós-Graduação em Direito

Novos Direitos, Novos Sujeitos

Dissertação

O plano de parto como instrumento para exercício dos direitos reprodutivos da gestante

The birth plan as a instrument for the exercise of the pregnant woman's reproductive rights

*Patrícia Aparecida Rodrigues Palazzi*Ouro Preto
2022

UFOP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE DIREITO, TURISMO E MUSEOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO “NOVOS DIREITOS, NOVOS
SUJEITOS”

**O PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO PARA EXERCÍCIO DOS DIREITOS
REPRODUTIVOS DA GESTANTE**

**THE BIRTH PLAN AS A INSTRUMENT FOR THE EXERCISE OF THE PREGNANT
WOMAN'S REPRODUCTIVE RIGHTS**

Patrícia Aparecida Rodrigues Palazzi

Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação “Novos Direitos, Novos Sujeitos” da Universidade Federal de Ouro Preto, como parte das exigências para obtenção do título de mestrado acadêmico.

Linha de pesquisa 2: Novos Direitos, Desenvolvimento e Novas Epistemologias

Orientadora: Prof^a Dr^a Renata Barbosa de Almeida

Ouro Preto/MG
2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

P155o Palazzi, Patricia Aparecida Rodrigues.

O plano de parto como instrumento para exercício dos direitos reprodutivos da gestante. [manuscrito] / Patricia Aparecida Rodrigues Palazzi. - 2022.

107 f.: . + Modelo de Plano de Parto. + Protocolo de atendimento.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Barbosa de Almeida.
Dissertação (Mestrado Acadêmico). Universidade Federal de Ouro Preto. Departamento de Direito. Programa de Pós-Graduação em Direito.
Área de Concentração: Novos Direitos, Novos Sujeitos.

1. Gravidez - Plano de parto. 2. Autonomia Heterônoma. 3. Direitos Reprodutivos. 4. Gravidez. 5. Ouro Preto (MG). I. Almeida, Renata Barbosa de. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 34

Bibliotecário(a) Responsável: Maristela Sanches Lima Mesquita - CRB-1716



FOLHA DE APROVAÇÃO

Patrícia Aparecida Rodrigues Palazzi

O PLANO DE PARTO COMO INSTRUMENTO PARA EXERCÍCIO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS DA GESTANTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Novos Direitos, Novos Sujeitos da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de MESTRE.

Aprovada em 31 de maio de 2022.

Membros da banca

Dra. Renata Barbosa de Almeida - Orientador(a) - Universidade Federal de Ouro Preto
Dr. Roberto Henrique Pôrto Nogueira - Universidade Federal de Ouro Preto
Dr. Walsir Edson de Oliveira Júnior - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dra. Renata Barbosa de Almeida, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito no Repositório Institucional da UFOP em 26/08/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Barbosa de Almeida, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 13/09/2022, às 19:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0397553** e o código CRC **97A30004**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e as entidades de luz, em especial a falange dos pretos velhos, por toda proteção e força durante essa caminhada.

À minha mãe, que desde o meu nascimento é inesgotável fonte de afeto e ensinamentos. Obrigada por acreditar em mim, muito mais que eu mesma! Te amo!

Aos meus irmãos, Denner e Denilson, por serem meus primeiros companheiros de jornada e com quem posso sempre contar.

Ao amigos Gabriel Carvalho e Lorena Marques Bagno, pela amizade, auxílio e confiança, sem vocês o caminho teria sido ainda mais difícil.

Às amigas do “Desabafe aqui”, à Marianna Ribeiro e ao Robson Izidoro por toda paciência e companheirismo, obrigada por ouvirem as minhas queixas e por cada palavra de incentivo. Sem vocês, a vida seria sem graça.

A minha orientadora, professora Dr. Renata Barbosa, pela paciência e dedicação durante todo esse processo.

Aos funcionários das Unidades de Saúde que acreditaram na importância da pesquisa e que se mobilizaram para fornecer os dados de pesquisa, vocês são o caminho para um atendimento humanizado.

RESUMO

O processo de gestação e parto constituem uma fase delicada e bastante esperada na vida das gestantes e de sua família. Diante da complexidade desse momento, os órgãos de saúde e os militantes pela defesa de um parto saudável se empenham em desenvolver mecanismos e práticas que colaborem para a melhoria do cenário de atenção ao parto. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, uma das principais práticas indicadas para tanto é o Plano de Parto, que se configura como um documento no qual a gestante, em conjunto com a equipe médica, constrói um roteiro de expectativas e escolhas em relação ao processo de parturição, descrevendo a quais procedimentos ela aceita se submeter e aos quais recusa, qual sua via de parto preferencial entre outros aspectos. Este instrumento tem sido considerado um importante mecanismo na ampliação da autonomia da gestante nas escolhas sobre o seu parto. Apesar do reconhecimento internacional das vantagens obtidas com a utilização do Plano de Parto, as pesquisas desenvolvidas no Brasil indicam que há uma subutilização deste instrumento, principalmente nos atendimentos realizados na obstetrícia tradicional. Diante desse cenário, a presente pesquisa teve por objetivo identificar o quadro da assistência obstétrica do município de Ouro Preto - MG e a partir desses dados, inferir se parece haver ou não, um uso maciço do Plano de parto. Trata-se de uma pesquisa diagnóstica na qual se analisou os dados fornecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e que versa sobre os indicadores de atenção materno e neonatal do município de Ouro Preto nos anos de 2017 a 2019. Estes dados foram empregados para que fosse possível inferir se há ou não a utilização do Plano de Parto nos atendimentos pré-natais da cidade. Esta inferência foi possível porque alguns estudos indicam que há uma correlação entre o uso do Plano de Parto e melhores índices de atenção materno e neonatal. A realidade dos partos realizados na cidade de Ouro Preto - MG, encontra-se em níveis preocupantes, com um alto número de partos cesáreos, um índice elevado de partos realizados antes do início do trabalho de parto e um considerável número de nascimentos ocorridos antes do término completo da gestação. Os índices apresentados pela cidade de Ouro Preto - MG indicam a manutenção de um sistema de atendimento ainda muito atrelado aos pressupostos paternalistas e a uma medicina de viés curativo e intervencionista. Diante da inferência de que não há uma implementação do uso do Plano de Parto no município, propõe-se um modelo de Plano de Parto e um protocolo para sua utilização. Essa proposta se justifica na medida em que a busca por um nascimento e parto saudáveis devem ser estimulados e que o uso desse instrumento tem se mostrado efetivo neste sentido.

Palavras-chave: Autonomia Heterônoma; Direitos Reprodutivos; Gestação; Ouro Preto; Plano de Parto.

ABSTRACT

The process of pregnancy and childbirth is delicate and very familiar in the life of pregnant women and their lives. Faced with the complexity of this moment, the health bodies of the militants are committed to developing and developing practices that collaborate for the best care scenario. According to the World Health Organization, one of the main practices indicated for is the Birth Plan, which is configured as a document that the pregnant woman, together with a medical team, is both built as a script of expectations and choices regarding the parturition process to the pregnant woman, describing which procedures she accepts to undergo and which she refuses, which is her preferred route, among other aspects. This instrument was considered an important mechanism in the search for autonomy of choice in the choices of childbirth. International recognition was primarily developed to identify the use of the international identification plan, which was primarily developed to identify the use of this instrument of traditional identification. obstetric care in the municipality of Ouro Preto - MG and from these data, infer whether or not there seems to be a massive use of the Part Plan. This is a hypothetical research of maternal and neonatal data in the municipality of Ouro from 2017 to 2019. so that it was possible to infer whether or not there is a use of the Birth Plan in prenatal care in the city. This inference was possible because some studies indicate that there is a correlation between the use of the Birth Plan and better rates of maternal and neonatal care. The reality of deliveries performed in the city of Ouro Preto - MG, is at worrying levels, with a high number of cesarean deliveries, a high rate of deliveries performed before the beginning of labor and a considerable number of births that occurred before the full term of pregnancy. The indices presented by the city of Ouro Preto - MG indicate the maintenance of a care system still very much linked to paternalistic assumptions and to a curative and interventionist medicine. , a Birth Plan model and a protocol for its use are proposed. This proposal is justified insofar as the search for a healthy birth and delivery should be stimulated and the use of this instrument has been shown to be effective in this sense.

Keywords: Heteronomous Autonomy; Reproductive Rights; Gestation; Black gold; Birth Plan.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 TRAJETÓRIA DA PESQUISA: DO IDEALIZADO AO POSSÍVEL.....	14
2.1 A PESQUISA EM SUA IDEALIZAÇÃO.....	14
2.2 O NÃO REALIZADO COMO UM DADO DA SOCIEDADE.....	18
2.3 UMA NOVA TRAJETÓRIA.....	20
3 DIREITOS REPRODUTIVOS.....	22
3.1 BREVE HISTÓRICO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS.....	22
3.1.1 I Conferência Mundial sobre a Situação da Mulher (México).....	24
3.1.2 I Encontro Internacional de Saúde da Mulher (Amsterdã).....	25
3.2 OS DIREITOS REPRODUTIVOS A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS DA ONU.....	26
3.2.1 Conferência Internacional de População e Desenvolvimento(Cairo).....	27
3.2.2 IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (Pequim).....	29
3.2.3 Entre o reconhecimento internacional e a implementação das políticas propostas no âmbito interno de cada país.....	30
3.2.3.1 As brasileiras e a luta pelos Direitos Reprodutivos.....	31
3.3 CONCEITO DE DIREITOS REPRODUTIVOS.....	33
3.3.1 Direitos Reprodutivos como direitos humanos	36
3.4 DISTINÇÕES E CORRELAÇÕES NECESSÁRIAS.....	36
3.4.1 Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais.....	36
3.4.2 Direitos Reprodutivos e Direito à Saúde reprodutiva.....	39
3.4.3 Direitos Reprodutivos e Planejamento familiar.....	42
3.5 OS DIREITOS REPRODUTIVOS E AS ESCOLHAS SOBRE COMO PARIR....	45
4 PLANO DE PARTO.....	48
4.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O PARTO.....	49
4.1.2 Das parteiras e baixas intervenções aos médicos e o intervencionismo	49
4.1.2 O paternalismo médico aplicado às gestantes	51
4.2 A LUTA POR UM MODELO DE PARTURIÇÃO CENTRADO NA GESTANTE...53	
4.2.1 A atuação da Organização Mundial da Saúde na luta pela humanização do parto.....	56

4.3 PLANO DE PARTO: UMA PRÁTICA DEMONSTRADAMENTE ÚTIL.....	57
4.3.1 Conteúdo, titularidade e exercício.....	58
4.3.2 As consequências do uso do Plano de Parto.....	59
5 AUTONOMIA: OS MUITOS ASPECTOS DE UM MESMO CONCEITO.....	64
5.1 ELABORAÇÕES TRADICIONAIS.....	64
5.2 NOVAS PERCEPÇÕES: AUTONOMIA HETERÔNOMA.....	65
5.2.1 A autonomia heterônoma e a racionalidade.....	67
5.2.2 Autonomia heterônoma e a dialogia	69
5.2.3 Autonomia Heterônoma Existencial.....	72
5.3 A AUTONOMIA HETERÔNOMA NA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE PARTO	74
6 UMA ANÁLISE DA REALIDADE FRENTE ÀS DIRETRIZES CIENTIFICAMENTE SUSTENTADAS.....	80
6.1 O PARTO CESÁRIO COMO UMA EXCEPCIONALIDADE.....	81
6.2 PREMATURIDADE, PARTO A TERMO PRECOCE E ANTECIPAÇÃO DO PARTO	85
6.3 OS DADOS RELACIONADOS COMO INDICADORES DE UMA REALIDADE AMPLIADA.....	88
7 O PROTOCOLO DE CONFECÇÃO E MODELO DE PLANO DE PARTO PROPOSTO.....	91
7.1 MODELO DE PLANO DE PARTO PROPOSTO.....	91
7.2 O PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO.....	92
CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS.....	103

INTRODUÇÃO

Todo o processo de gestação e parto, foi, durante séculos, considerado como algo essencialmente feminino e natural. O momento do nascimento era protagonizado e auxiliado exclusivamente por mulheres que detinham conhecimentos baseados na ancestralidade e que viam o processo do parto como um momento de força, de coragem, de domínio da natureza e de seus próprios corpos (RODRIGUES, 2017).

Esse contexto se modifica a partir de meados do século XIX, quando o mundo passa a adotar uma forte política de combate a epidemias, valorização da medicina e uma suposta modernização do saber. É a partir disso que o parto deixa de ser protagonizado pelas mulheres e seus saberes populares, para ser protagonizado por homens e seus saberes médico-científicos.

Nesta nova mentalidade, o parto passa a ser encarado como um incômodo, um problema que deverá ser resolvido da forma mais rápida e mais limpa possível. Com isso, houve uma intensa busca por métodos, práticas, manobras e medicamentos que tornassem o processo de parto um processo controlado e programado. Deste modo, a gestante é alçada à condição de “doente”, no sentido de que a gestação passa a ser tratada como um adoecimento do corpo feminino.

Uma das consequências desse novo modelo de assistência obstétrica foi o crescimento acelerado de partos cirúrgicos e do número de intervenções realizadas, o que levou a uma série de denúncias acerca de violações da saúde e da segurança da gestante. A partir disso, advieram ações e manifestações sociais a favor do estabelecimento de uma nova mentalidade de gestão da assistência obstétrica, com a adoção de práticas humanizadas durante o parto e com o aumento do protagonismo da parturiente.

A magnitude da pauta pode ser dimensionada a partir da publicação de um documento da Organização Mundial da Saúde, no qual são feitas recomendações sobre a assistência ao parto e estabelece uma série de boas práticas que deveriam ser adotadas pelos sistemas de saúde de todo o mundo. Essas recomendações foram sistematizadas a partir de uma série de estudos científicos coordenados pela

organização, e que tinham como função, identificar o impacto que cada prática exercida nos dados de saúde materno-fetal (OMS, 1996).

Nesta busca por práticas cientificamente comprovadas, a Organização Mundial da Saúde (1996) elegeu como a melhor e mais recomendada prática, a confecção do Plano de Parto, que é um documento produzido pela gestante, sua família e a equipe de assistência ao parto. Nesse documento, a gestante irá explicitar suas expectativas, suas vontades, suas negativas e todos os demais aspectos do seu parto (MOUTA et al, 2017).

O Plano de Parto deve ser construído após um intenso processo dialógico, composto pela gestante, sua equipe de parto e seu/sua companheiro(a), se houver, onde todos os procedimentos, riscos e possibilidades devem ser discutidos, sempre destacando o seu aspecto mutável e livre, onde modificações podem ocorrer a qualquer tempo. O Plano de Parto tem se mostrado como um importante instrumento no processo de humanização do parto e ampliação da autonomia da gestante (MEDEIROS et al, 2019).

Estudos relevantes indicam que o cumprimento do Plano de Parto está diretamente ligado a melhores resultados neonatais e a um menor número de cesarianas, além de apresentar um maior grau de satisfação entre as gestantes. Dessa forma, quanto maior a apresentação e o cumprimento, melhor tendem a ser os resultados materno-fetais, ampliando a participação da gestante nas escolhas sobre a sua forma de parir. (HIDALGO-LOPEZOSA, et al. 2007)

Apesar da sua recomendação mundial e os resultados positivos de sua aplicação, o Plano de Parto ainda é pouco conhecido e utilizado no cenário nacional. Esse aspecto se deve ao fato de que os profissionais desconhecem seu conteúdo e importância, a maioria das gestantes desconhece sua existência, as instituições tradicionais de saúde se mostram resistentes ao uso e não há previsão legal que o regulamente (MEDEIROS et al, 2019).

A formação de um movimento que questiona as práticas obstétricas obsoletas possui uma conexão intrínseca com o reconhecimento dos Direitos Reprodutivos, como direitos humanos, especialmente no que diz respeito às decisões relativas ao

“como” parir. Os Direitos Reprodutivos constituem uma temática recente nos debates mundiais sobre os direitos humanos, e levou mais de uma década para serem formalmente reconhecidos. No documento oriundo da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD 94, que foi o primeiro documento internacional a reconhecer os direitos reprodutivos como um dos direitos humanos básicos, os definindo como:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.” (§ 7.3).

Apesar da definição apresentada, via de regra, os Direitos Reprodutivos são tratados apenas sob um de seus aspectos, que é a decisão sobre ter ou não ter filhos, mas os Direitos Reprodutivos são muito mais amplos do que essa visão. Os Direitos Reprodutivos, o Plano de Parto e a autonomia da gestante se relacionam na medida em que o Plano de Parto é a exteriorização das escolhas da gestante no que tange à forma com a qual ela deseja ter sua prole.

É da convergência desses três aspectos - Direitos Reprodutivos, Plano de Parto e Autonomia da gestante - que surge o mote para esta pesquisa. Considerando que uma das possibilidades de se compreender os Direitos Reprodutivos é o reconhecimento da autonomia da gestante no que diz respeito às decisões sobre o seu parto e que de acordo com alguns estudos o Plano de Parto pode ser um instrumento facilitador desse processo, pergunta-se se na cidade de Ouro Preto - MG, há a implementação deste instrumento.

Considerando os dados numéricos sobre a atenção obstétrica no Brasil e os estudos realizados para a elaboração do projeto de pesquisa, depreendeu-se a hipótese de que o município de Ouro Preto apresenta características semelhantes às do cenário nacional no que tange aos índices de atenção materna e neonatal e que não há implementação do uso do Plano de Parto de forma consistente no município.

A pesquisa, em um primeiro momento, foi projetada como um estudo empírico qualitativo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas, aplicadas a mulheres que realizaram o seu pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do município, durante os anos de 2019 e 2020, permitindo assim, que a partir da visão dessas mulheres, pudéssemos compreender o cenário da assistência obstétrica e da utilização do Plano de Parto na cidade de Ouro Preto - MG.

A existência desta pesquisa, nos moldes nos quais ela se desenvolveu, se justifica na medida em que a busca por um parto e nascimentos saudáveis está diretamente ligada ao reconhecimento e ao fomento dos Direitos Reprodutivos das gestantes, permitindo que o processo de parir seja realizado por meio da tomada de decisões autônomas, formadas a partir de uma interação dialógica entre a gestante e a equipe de atenção obstétrica. Além disso, a busca por um nascimento e parto saudáveis, no qual se respeita o livre exercício dos Direitos Reprodutivos e da autonomia, deve ser compreendida como um objetivo a ser defendido por todos os indivíduos, especialmente aqueles que estão nos espaços de desenvolvimento científico.

2 TRAJETÓRIA DA PESQUISA: DO IDEALIZADO AO POSSÍVEL

Antes de adentrar no que diz respeito aos fundamentos teóricos que sustentam esta pesquisa e que possibilitaram a apresentação de uma proposta aplicável no mundo fático, faz-se necessário compreender qual a trajetória percorrida para que isso tenha se concretizado.

Esta pesquisa teve como fagulha inicial o acesso ao conteúdo da Resolução CREMERJ nº 293/2019, que “Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, **dentre eles o plano de parto** ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal.”(grifo nosso)

Ao ter contato com esta resolução, surgiu o interesse de compreender como a dinâmica entre a equipe médica e a gestante se desenvolvia, especialmente no que diz respeito à construção do Plano de Parto e de que modo os Direitos Reprodutivos das gestantes são considerados dentro desta relação.

Diante disso, surgiu de forma natural a necessidade de pensar como estas questões estavam se estabelecendo dentro do atendimento obstétrico do SUS, especialmente no atendimento dedicado às gestantes da cidade de Ouro Preto – Minas Gerais, onde se localiza o Programa de Pós-Graduação no qual esta pesquisa se desenvolveu.

2.1 A PESQUISA EM SUA IDEALIZAÇÃO

Considerando as inquietações que originaram a pesquisa e os princípios que regem o Programa de Pós-graduação em Direito da UFOP, o projeto de pesquisa se desenhou como uma pesquisa de campo, que se realizaria por meio de entrevistas semiestruturadas, que possibilitaria o contato da pesquisadora com as mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde na sede do município de Ouro Preto.

A questão problema apresentada se definiu como - Ao considerar o conhecimento e uso do Plano de Parto pelas gestantes ouro-pretanas, podemos determinar que ele é, na prática, instrumento de exercício autônomo dos direitos reprodutivos? Por sua vez, a hipótese levantada a partir desta questão problema foi estabelecida como Em

razão da baixa divulgação e aplicabilidade do Plano de Parto no contexto nacional, há grande probabilidade de que essa realidade se verifique entre as gestantes da cidade de Ouro Preto, isto é, que elas o desconhecem e/ou não o usem/tenham usado, de forma consentida e autônoma como instrumento de exercício dos seus direitos reprodutivos.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos em ciências sociais, em respeito à Resolução 510/2016, o projeto de pesquisa precisou ser submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto, fato que ocorreu em 10 de maio de 2021 e se registrou sob a numeração CAAE 46602221.7.0000.5150.

No projeto submetido ao CEP/UFOP, o objetivo geral da pesquisa foi descrito da seguinte maneira “Pretende-se com esse trabalho, conhecer a experiência das gestantes e puérperas ouro-pretanas acerca do Plano de Parto e se ele é, neste universo, um instrumento capaz de viabilizar o exercício autônomo dos Direitos Reprodutivos”.

A pesquisa recebeu parecer favorável (nº 5.070.166) em 28 de outubro de 2021 e a pesquisa pôde ser iniciada conforme o proposto no projeto.

“A pesquisa de campo será produzida pela realização de entrevistas semiestruturadas, conduzidas com gestantes e puérperas que realizaram seu acompanhamento pré-natal e parto pela rede pública de saúde da cidade de Ouro Preto. As participantes desta pesquisa serão convidadas por meio de ligação telefônica ou mensagem de texto, que serão realizadas/encaminhadas pela pesquisadora responsável. Os dados de contato das possíveis participantes serão obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde, respeitando a privacidade dos dados de saúde e a liberdade dos potenciais participantes.”

Os dados de contato das gestantes seriam obtidos junto à estrutura da Secretaria de Saúde do Município de Ouro Preto, mais especificamente junto às 11 (onze) Unidades Básicas de Saúde que compõem o atendimento pré-natal na sede do município. Dessa forma, o contato com as Unidades de Saúde se iniciou em 15 de novembro de 2021 e perduraram até o mês de março de 2022.

O primeiro passo para desenvolvimento da pesquisa foi estabelecer contato telefônico com cada uma das 11 (onze) unidades de saúde localizadas da sede do município, para que fosse feito o agendamento de uma reunião entre a pesquisadora

e a enfermeira responsável pela UBS. Esta reunião seria realizada para que a pesquisa fosse apresentada e para que as documentações pertinentes fossem entregues para avaliação, possibilitando assim, o acesso aos dados necessários para o prosseguimento da pesquisa.

As primeiras dificuldades da pesquisa se iniciaram já neste primeiro passo, uma vez que a maioria das unidades de saúde não puderam ser contatadas por esse meio. Em quatro unidades, a linha telefônica estava com defeito, permanecendo assim por algumas semanas; em três unidades as ligações eram completadas, mas não foram atendidas, não nos sendo possível afirmar as razões para esse fato; as demais UBS's (quatro) atenderam ao telefonema, mas apenas uma delas viabilizou o agendamento da reunião conforme o solicitado.

Com isso, iniciou-se o segundo passo da pesquisa, que consistiu na visitação das dez unidades com as quais ainda não havíamos nos reunido, o que foi realizado de forma sistemática por pelo menos duas vezes em cada uma das unidades. Na somatória dos dois primeiros passos da pesquisa - ligação telefônica e visitação- obtivemos um total de 3 reuniões realizadas, nas quais nos foi permitido acessar os dados necessários.

As demais unidades (nove) foram visitadas pela pesquisadora, entretanto, não foi possível fazer a reunião de apresentação da pesquisa, mesmo nas ocasiões em que a enfermeira estava na unidade no momento das visitas. A dificuldade de contato se deu por uma série de fatores, dentre os quais podemos destacar: a enfermeira responsável não possuir dias e horários fixos para estar na Unidade de Saúde; o acúmulo de tarefas que torna difícil o atendimento às questões externas ao atendimento cotidiano e a falta de comunicação efetiva entre os funcionários da unidade e a sua coordenação.

Após as tentativas de contato não surtirem efeitos práticos, fez-se necessário encarar a realidade da pesquisa e encerrar essa fase de contato com os postos, uma vez que a pesquisa está condicionada a um espaço de tempo definido. Com a decisão pelo encerramento dessa fase, apurou-se um saldo final de 3 reuniões, nas quais se permitiu o acesso aos dados e foram listados 43 diferentes possíveis participantes no total.

Um fato observado durante a obtenção desses dados, é que eles só foram possíveis porque as profissionais responsáveis pelo atendimento pré-natal estabeleceram um grau mínimo de organização de suas pacientes, uma vez que não existe um cadastro completo e especificamente projetado para o acompanhamento obstétrico e que seja padronizado em todas as unidades. A falta deste cadastro geral tornou a busca por esses dados mais complexa e menos precisa, uma vez que não se pode ter controle de todos os atendimentos do período solicitado.

Mesmo com o número reduzido de dados coletados, entendeu-se que a pesquisa por meio da entrevista semiestruturada ainda seria viável, e que permitiria uma resposta cientificamente relevante, mas, infelizmente, esta não foi a realidade encontrada após o início das tentativas de contato com as potenciais entrevistadas.

O terceiro passo da pesquisa foi a realização de comunicação com as possíveis participantes, cujo início se deu no dia 10 de fevereiro de 2021. Os contatos foram realizados por meio de ligação telefônica e mensagens de texto, feitas e encaminhadas para os números que foram obtidos junto aos cadastros das UBS's.

O período de contato se prolongou o suficiente para que todas as potenciais entrevistadas fossem contatadas ao menos uma vez por cada um dos meios possíveis. Destes contatos obtiveram-se dados desanimadores, veja-se: 12 (doze) contatos estavam indisponíveis, não estando em funcionamento; 09 (nove) mulheres foram contatadas e disseram não ter interesse em participar da pesquisa; 15 (quinze) mulheres foram contatadas por ligações e mensagens de texto, mas não responderam; 05 (cinco) mulheres demonstraram interesse em participar da entrevista, mas não responderam aos contatos para o agendamento; por fim, 02 (duas) demonstraram interesse em participar da pesquisa, agendaram a participação, mas não compareceram para a entrevista.

Para o pesquisador, este é um quadro bastante difícil de encarar, pois representa a frustração de um projeto idealizado e também a necessidade de traçar novos rumos, mas tendo em vista que a pesquisa não está posta, exclusivamente, para satisfazer aos anseios do pesquisador, devemos encarar os resultados frustrados como dados passíveis de serem representativos da realidade na qual o pesquisador e a pesquisa estão inseridos.

2.2 O NÃO REALIZADO COMO UM DADO DA REALIDADE

Com a não realização das entrevistas, fica inviabilizado a consecução do objetivo da pesquisa conforme o proposto inicialmente, mas as ocorrências registradas ao longo da tentativa de realização das entrevistas, fornecem importantes dados sobre a realidade da pesquisa, tanto no que diz respeito ao sujeito da pesquisa, quanto em relação ao seu tema, o que servirá como ponto de partida para as considerações da pesquisa conforme sua nova reformulação.

De forma breve, a partir da análise dos dados frustrados, podemos inferir algumas constatações, quais sejam:

I- A inexistência de uma base de dados compartilhada e que seja especialmente pensada para atendimento das gestantes faz com que não se tenha acesso a dados globais e organizados sobre os atendimentos pré-natais realizados na cidade, dificultando uma visão realista das condições nas quais esse atendimento acontece;

II- Em razão da defasagem tecnológica e organizacional dos dados da população, uma parte dos contatos disponíveis no sistema interno das Unidades de Saúde estão desatualizados e, por isso, não cumprem o seu papel fundamental, que é a manutenção da relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, além de impossibilitar que projetos, como este, possam ser realizados de forma satisfatória;

III- Existe uma dificuldade dos funcionários das unidades de saúde de compreenderem a importância de uma pesquisa científica e em algumas ocasiões foi possível perceber certa resistência em fornecer os dados de pesquisa, mesmo com toda documentação de autorização plenamente em ordem. Em alguns casos, os dados não foram liberados mesmo após vários comparecimentos da pesquisadora nos dias e datas acordados com a coordenação da unidade, o que parece representativo da dificuldade de se encarar a pesquisa científica como uma atividade relevante e necessária;

IV- Ao observar a conduta das mulheres que não atenderam ao telefonema e não responderam ao contato por mensagem telefônica, pode-se notar que a participação

em pesquisas científicas ainda está muito longe da realidade da população, mesmo quando esta pesquisa se propõe a estudar um objeto que se relaciona diretamente com a vida desta comunidade. Somado a isso, existe uma dificuldade real de se disponibilizar tempo produtivo para a participação em atividades que não representem um ganho imediato para as entrevistadas;

V- Os contatos que foram realizados e que geraram a recusa expressa na participação geraram as maiores reflexões sobre os caminhos da pesquisa. Dos contatos feitos, apenas um deles foi rechaçado antes que se estabelecesse um diálogo completo sobre a pesquisa. Nos outros oito contatos, foi possível dialogar com as mulheres de modo bastante esclarecedor, propiciando que a recusa fosse dada quando os aspectos da pesquisa já tinham sido inteiramente expostos.

Das recusas recebidas, foi possível extrair dois grupos de justificativas alegadas, a primeira delas, e a mais recorrente, foi a alegação de que as tarefas pessoais das contatadas, não permitem que elas disponham de tempo para se comprometer com a participação na pesquisa, pois isso impactaria de sobremaneira a sua rotina, o que nos parece bastante razoável, considerando que são mulheres que cuidam de pelo menos um bebê; A segunda justificativa mais recorrente foi o receio de que as informações prestadas pudessem comprometê-las de alguma forma, mesmo com a informação de que todos os dados ficariam sob sigilo e que não haveria possibilidade de identificação. Apesar das garantias de segurança, essas mulheres ainda não confiam plenamente nas instituições de realização de pesquisa, prevalecendo o medo de serem retaliadas no uso de um serviço fundamental e indispensável, como o de saúde.

VI- Por último, ao analisarmos a conduta daquelas mulheres que marcaram a entrevista e não compareceram, parece refletir dois pontos já mencionados, que são a sobrecarga de tarefas diárias, a dificuldade de compreender a seriedade de uma pesquisa científica e a importância que a sua contribuição teria nesse caso.

A experiência adquirida e as constatações acima elencadas, foram o ponto de partida para que a pesquisa fosse repensada e reformulada, permitindo a manutenção da temática proposta e a intenção de produzir uma pesquisa que tivesse um fruto palpável, para além do desenvolvimento teórico tradicional.

2.3 UMA NOVA TRAJETÓRIA

O PPGD “Novos Direitos, Novos Sujeitos” tem como eixo central

a discussão dos novos sujeitos e dos novos direitos por meio do repensar da diversidade e do desenvolvimento a partir de novas epistemologias. Em termos teóricos, o que justifica a Área de Concentração em Novos Direitos e Novos Sujeitos é a proposição de novas concepções de justiça e de reconhecimento que dialoguem com a diversidade e o desenvolvimento. (UFOP, s.d)

Em decorrência disso, o PPGD tem como pressupostos, o incentivo a pesquisas que se estendam para além de uma análise exclusivamente teórica; a busca por pesquisas que abordem questões-problemas locais e que ainda assim possam ser articulados para panoramas ampliados. Isto permite “a revisitação de institutos e a proposição de novas teorias e novas práticas jurídicas para a solução de problemas locais possibilitando um diálogo com as comunidades jurídicas brasileira e internacional.” (UFOP, s.d)

Diante disso, somou-se às constatações decorrentes da pesquisa frustrada, os pressupostos do PPGD e as inquietações originárias desta pesquisa, fazendo com que se estabelecesse uma nova proposta de pesquisa que refletisse o conjunto dessas três realidades.

Tendo em vista a necessidade de reformulação da pesquisa, modificou-se o objetivo e a hipótese construída inicialmente para o trabalho. A partir desta nova perspectiva, o objetivo da pesquisa passa a ser definido como: Considerando o Plano de Parto como um instrumento viabilizador do exercício dos Direitos Reprodutivos, objetiva-se investigar, a partir dos dados secundários sobre os partos realizados no município de Ouro Preto, se o Plano de Parto parece estar, ou não, sendo utilizado pelas gestantes ouro-pretanas . Visa-se analisar, assim, a partir dos indicadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar, qual o cenário de partos no município, entre 2017 e 2019, e o que ele sugere acerca do exercício dos direitos reprodutivos pelas grávidas, através da tomada de decisão sobre a parturição.

Considerando que a pesquisa passa a adotar o método hipotético-dedutivo, parte-se da hipótese de que os indicadores de saúde materno fetal da cidade de Ouro Preto são equivalentes aos apresentados pelo Brasil como um todo, ou seja, há a ocorrência de um número excessivo de partos cesáreos e que os nascimentos

ocorrem antes do tempo completo da gestação, o que sugere a manutenção de um sistema que se pauta pelos interesses médicos e um alta incidência de intervenções desnecessárias, o que, por sua vez, pode ser associado à não utilização efetiva do Plano de Parto nos atendimentos pré-natais locais.

Em sua fundamentação teórica, a pesquisa mantém a articulação dos três conceitos principais, quais sejam: Direitos Reprodutivos, Plano de Parto e Autonomia heterônoma, mas em razão das necessidades específicas da nova abordagem, a pesquisa também se valerá dos dados organizados e divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e que versam sobre os partos realizados em Ouro Preto nos anos de 2017 a 2019. A utilização de um triênio diferente daquele elencado para o projeto inicial foi necessária porque os dados utilizados são de atualização mais recente e permanecem aptos a fornecerem as informações necessárias para construção do trabalho.

Deste modo, será possível traçar uma análise entre os fundamentos teóricos elencados, a literatura especializada em aspectos sobre a gestação e parto e os índices de atenção materno e neonatal do município de Ouro Preto. A articulação entre estas fontes permitirá um estudo sugestivo do Plano de Parto em um contexto localizado, mas que, ainda assim, possa se articular com o contexto nacional de atenção obstétrica.

3 DIREITOS REPRODUTIVOS

A temática dos Direitos Reprodutivos constitui um dos pilares teóricos da presente pesquisa e é imprescindível a construção de uma apresentação do tema, sendo este o objetivo primeiro deste capítulo.

Para alcançar tal intento, é necessário entender como a temática surge nos debates sociais e ganha corpo para alcançar os núcleos internacionais de discussão, onde surgiram as primeiras definições oficiais para o termo e a ampliação de rede de temas a ele associados.

A partir do fortalecimento dos debates e ampliações das visões sobre o tema, será possível traçar novas percepções sobre os Direitos Reprodutivos, considerando abordagens recentes sobre seu exercício e a constituição do seu objeto, especialmente quando disser respeito à sua relação com o processo de parto e exercício da autonomia da gestante.

3.1 BREVE HISTÓRICO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS

Para que seja possível compreender o surgimento da luta pelos Direitos Reprodutivos e o seu posterior reconhecimento, é necessário entender como as características biológicas e a capacidade reprodutiva das mulheres foi usada como artifício para condicioná-las a um espaço social de menor relevância e proteção social, fato que foi um dos catalizadores da luta pelo reconhecimento dos Direitos Reprodutivos.

A socialização feminina nasce do paradigma de que os homens são seres humanos completos e que suas capacidades e habilidades são as ideais, por isso, qualquer corpo que fugisse desse ideal biológico de humanidade era entendido como um corpo imperfeito e deficiente. Diante desse ideal, onde um único corpo perfeito é possível, as mulheres, por suas características biológicas distintas das masculinas, eram lidas como tendo corpos menos humanos e menos capazes de se desenvolver (VILELLA; ARILHA. 2003).

É no período da Revolução Francesa que surge, timidamente, o reconhecimento dos corpos femininos como corpos biologicamente perfeitos, a despeito de possuírem

características diferentes das masculinas. Apesar da importância desse reconhecimento, ele não foi capaz de, isoladamente, subverter a percepção social de que as mulheres eram seres de menor qualidade e capacidade (MATTAR, 2008).

Como consequência desta visão social, durante séculos, a mulher foi condicionada ao espaço doméstico, aos hábitos religiosos e às tarefas de cuidado, estando este condicionamento associado ao fato de as mulheres carregarem a capacidade de gerar outros seres humanos. A capacidade reprodutiva da mulher e as características do ciclo menstrual foram usadas como justificativa para crer que as mulheres são incapazes de lidar com o mundo externo, com o trabalho produtivo, com os debates políticos e com a organização social (VILELLA; ARILHA. 2003; MATTAR, 2008).

Foram necessários anos de conscientização e articulação para que as mulheres fossem, pouco a pouco, reconhecidas como seres capazes de figurar no espaço público e de serem detentoras de direitos e de igualdade em relação aos homens. O reconhecimento formal da igualdade entre homens e mulheres foi um passo importante neste processo, mas ele não foi capaz de sanar todas as discrepâncias de percepção dos gêneros, especialmente no que diz respeito aos aspectos reprodutivos e sexuais.

Como um movimento constante, os direitos das mulheres são reconhecidos ao longo da história após inúmeros tensionamentos, e este também foi o caminho para o reconhecimento dos Direitos Reprodutivos, que obtiveram esse *status* após um intenso debate que contou com a colaboração de diversos grupos de discussão, cujo fim último era transformar este anseio social em um direito plenamente reconhecido e garantido.

As lutas pelo reconhecimento dos Direitos Reprodutivos eclodem das urgências que as mulheres da segunda metade do século XX viam na necessidade de discutir questões sobre a sua capacidade reprodutiva, os meios de exercê-la e controlá-la, especialmente após o advento das pílulas anticoncepcionais e das tecnologias reprodutivas. (VILELLA; ARILHA. 2003)

Esta necessidade surge porque, até os dias de hoje, existe uma manutenção da ideia de que a capacidade reprodutiva da mulher condiciona sua existência social, fazendo com que a maternidade e as tarefas de cuidado, decorrentes dela, sejam impostas às mulheres de forma compulsória. A possibilidade de escolher se, quando e como irá exercer seus Direitos Reprodutivos se torna fundamental para que as mulheres possam pensar em ocupar lugares sociais que antes não poderiam ser acessados por elas.

Sobre o surgimento do conceito de Direitos Reprodutivos e a sua ampliação, Corrêa e Ávila (2003, p.19) afirmam que

[...] os conceitos de Direitos Reprodutivos e sexuais são formulações marcadamente contemporâneas. No Brasil, assim como no resto do mundo, até meados da década de 1980, a noção de saúde integral da mulher era o conceito utilizado para articular a “questão da mulher”, aspectos relacionados à reprodução biológica e social às premissas de direitos de cidadania.

Durante muitos anos, os termos ‘saúde da mulher’ e ‘questão da mulher’ foram empregados para abarcar todos os temas que envolviam as mulheres de forma direta, esta fase dos debates foi fundamental para que os espaços, marcadamente masculinos, pudessem incorporar importantes pautas femininas. Apesar da importância do uso inicial dos termos gerais, a individualização do conceito de Direitos Reprodutivos foi fundamental para que os debates se aprofundassem e pudessem ser pautados em reuniões internacionais sobre o direito e a saúde da mulher.

Importante destacar que os movimentos feministas foram atores fundamentais na elaboração das pautas e na articulação política para que elas ganhassem visibilidade, permitindo que o termo fosse cunhado e ganhasse reconhecimento internacional.

3.1.1 I Conferência Mundial sobre a Situação da Mulher (México)

Antes que os Direitos Reprodutivos fossem desenvolvidos como uma categoria individualizada, as reivindicações das mulheres eram organizadas ao redor de um debate genérico sobre a ‘situação da mulher’. Essas reivindicações foram levadas ao debate em conferências internacionais, das quais se destaca a I Conferência Mundial sobre a Situação da Mulher, realizada no México no ano de 1975.

Neste primeiro momento, o debate se estabeleceu como uma apresentação sobre qual era a condição da mulher naquele momento histórico e quais eram as perspectivas para os próximos anos. Os principais tópicos foram destinados à análise de quais eram as discriminações sofridas pelas mulheres, tanto no que se refere aos seus tipos, quanto em sua extensão e impacto na vida das mulheres. Além disso, a conferência usou o espaço de discussão para que fosse possível haver propositura de ações que visassem o desenvolvimento das mulheres enquanto categoria. (LINHARES, 1995)

Além de representar o primeiro esforço das Nações Unidas para compreender as demandas da mulheres em uma análise global, esta conferência foi responsável por idealizar a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as mulheres, onde seriam discutidos questões sobre os direitos das mulheres, acesso ao trabalho, saúde e educação. (LINHARES, 1995)

Apesar de não tratar dos Direitos Reprodutivos das mulheres, esta conferência foi especialmente relevante para que os demais encontros e conferências pudessem caminhar até este reconhecimento.

3.1.2 I Encontro Internacional de Saúde da Mulher (Amsterdã)

No mesmo período em que o termo saúde da mulher era a nomenclatura oficial para abordagem dos temas referentes à sexualidade e reprodução humana, os núcleos de estudos feministas dos Estados Unidos da América desenvolveram o conceito de Direitos Reprodutivos como o compreendemos hoje, ou seja, como um direito autônomo, que possui suas próprias características e particularidades.

O conceito de Direitos Reprodutivos ganha visibilidade e ares de terminologia oficial quando do seu reconhecimento no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado na cidade de Amsterdã, na Holanda, no ano de 1984.

Sobre este encontro, Corrêa e Ávila (2003, p. 20) destacam que

No encontro, organizado pelas campanhas ICASC (International Campaign in Abortion , Sterilization and Contraception, Europa) e CARASA (Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse, EUA), introduziu-se o termo “Direitos Reprodutivos”, criado pelas feministas norte-americanas , chegando-se a um primeiro consenso global de que este era um conceito

mais completo e adequado (do que saúde da mulher) para traduzir a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres.

Esse trecho nos traz duas importantes observações, quais sejam: os grupos que organizaram o evento se dedicavam ao debate de pautas centrais nas discussões sobre os Direitos Reprodutivos, abordando questões como direito ao aborto, acesso aos métodos contraceptivos e combate à esterilização abusiva, tornando-se um aspecto determinante para que os resultados obtidos nesse encontro fossem possíveis.

A segunda observação remonta ao fato de que havia um consenso sobre a necessidade de se estabelecer um termo independente e que fosse capaz de acolher as pautas específicas deste grupo de demandas.

O produto principal desse encontro foi a ampliação do uso do termo e a construção de uma rede de produções teóricas que versavam sobre temáticas relacionadas a ele. Tal resultado possibilitou que, no mesmo ano, o texto da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada no México, incluísse a ideia de que os programas de planejamento familiar deveriam ser disponibilizados pelos governos dos Estados-nação. (MATTAR; DINIZ, 2012)

A década que se seguiu ao I Encontro Internacional de Saúde da Mulher de Amsterdã garantiu que os Direitos Reprodutivos fossem ampliados e discutidos em países nos quais o debate ainda era diminuto, permitindo que em 1994 os grupos de debate pudessem apresentar elaborações mais complexas e que representassem melhor as peculiaridades das mulheres que estavam longe do eixo EUA-Europa, em especial as mulheres do Sul global, incluídas aqui, as brasileiras.

3.2 OS DIREITOS REPRODUTIVOS A PARTIR DAS CONFERÊNCIAS DA ONU

O contexto social dos anos de 1980 e 1990 fez com que diversos países e as Nações Unidas voltassem seus olhares para as questões que assolavam os países menos desenvolvidos do globo, especialmente no que diz respeito ao aumento da pobreza e da desigualdade social. Em uma tentativa de elaborar planos de ações e objetivos compartilhados para promover a redução desses obstáculos, a ONU construiu uma série de eventos temáticos nos quais se buscava a ampliação dos debates e possibilidades de soluções. (ABRAMOVAY, 1995)

Considerando que nos países onde há maior grau de pobreza e desigualdade social também há uma maior vulnerabilidade dos grupos minoritários, as Conferências Mundiais pautaram as discussões a partir da elaboração de ações pensadas a partir das necessidades específicas desses grupos minoritários, especialmente das demandas das mulheres.

A decisão de pensar as políticas de desenvolvimento a partir da análise dos grupos minoritários foi importante pois, naquele período, diversos países de terceiro mundo, incluindo o Brasil, passavam por uma fase na qual o controle de natalidade era entendido como o melhor método de busca pelo desenvolvimento social, o que colocava as mulheres em uma maior condição de vulnerabilidade. Esta nova abordagem permitiu a ampliação do conceito para além deste viés, o que permitiu uma menor marginalização dessas mulheres.

Sobre a necessidade de pensar as políticas públicas sobre Direitos Reprodutivos a partir das necessidades dos países mais vulneráveis, Guertechin afirma que

Deixar de lado as mediações econômico-sócio culturais é abrir a porta ao arbítrio daqueles que têm os meios e o poder de impor um controle da natalidade. Neste caso, um planejamento familiar reduz-se a uma política de controle pelas instâncias do poder. (DE GUERTECHIN, 1983, 103-4)

Para fins deste texto dissertativo, iremos nos ater a uma breve análise das conferências sobre as mulheres enquanto grupo minoritário, especificamente àquelas que falam sobre os Direitos Reprodutivos. Na visão de Miriam Abramovay

uma revisão preliminar das Conferências Internacionais sobre a mulher mostra algumas mudanças importantes em termos temáticos e conceituais as quais demonstram o nível de amadurecimento que se efetuou e as diferentes posições que apresentaram os países. (ABRAMOVAY, 1995, p. 213)

No que se refere à construção do tema e a aderência dos países na construção das plataformas a autora afirma que

Esta ampliação dos temas não é puramente formal, ela se dá no interior de um processo de amadurecimento e de uma visão renovada da problemática da mulher sob a perspectiva de gênero. Por outro lado situa-se dentro de uma conjuntura onde os países muitas vezes aparecem com posições divididas e contraditórias. (ABRAMOVAY, 1995. p. 214)

Tanto o encontro realizado em Amsterdã em 1984 quanto as conferências mundiais que a seguiram constituem importantes marcos no reconhecimento dos Direitos Reprodutivos e em sua consolidação e ampliação.

3.2.1 Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo)

O segundo marco e talvez o mais relevante na construção da ideia dos Direitos Reprodutivos foi a CIPD (Conferência Internacional de População e Desenvolvimento), realizada no Cairo em 1994, uma vez que foi neste cenário que os Direitos Reprodutivos passaram a compor, de forma central, um acordo das Nações Unidas.

A fixação do conceito de Direitos Reprodutivos foi fundamental para viabilização das demandas das mulheres e o estabelecimento de políticas de saúde reprodutiva e sexual. Algumas políticas públicas implementadas após o reconhecimento dos Direitos Reprodutivos representavam interesses opostos aos pleiteados pelos debates da Conferência, como a esterilização compulsória das mulheres do sul global e o uso de métodos contraceptivos que ainda não haviam passado por todas as etapas de segurança biológica (XAVIER; ROSATO, 2016), mas apesar disso, essa conceituação permanece como um marco na luta pelo reconhecimento dos Direitos Reprodutivos.

Uma importante abordagem apresentada pelas discussões produzidas na CIPD/94 é a de que “a mulher passou de objeto a sujeito de programas de desenvolvimento e população.” (MATTAR; DINIZ, 2012, p.110). Além disso, a conferência possibilitou discussões que se pautaram no reconhecimento dos aspectos sociais que impactam diretamente na vida da mulher, nesta mesma toada, os debates deram destaque à ideia de que o desenvolvimento sustentável só é possível mediante o reconhecimento da autonomia feminina e de seu empoderamento. (XAVIER; ROSATO, 2016)

O que torna a CIPD/94 tão relevante para a história dos Direitos Reprodutivos é o fato de que, em meio às disputas e tensionamentos naturais dos debates de temas polêmicos, o parágrafo 7.3 do Relatório de Ações do Cairo definiu os Direitos Reprodutivos com o pressuposto de que

[...] se ancoram **no reconhecimento do direito básico** de todo casal e de todo indivíduo de **decidir livre e responsabilmente** sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos **e de ter a informação e os meios de assim o fazer**, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu **direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência**, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. (ONU, 1994: parágrafo 7.3) **grifo nosso**

Este é um importante marco e que deve ser exaltado em sua importância histórica, uma vez que se trata de uma elaboração inicial, produzida a partir de barganhas e limitações negociais que visavam garantir a aderência do maior número de países aos termos do relatório final. Assim como em outras elaborações teóricas, ao longo do tempo, o conceito de Direitos Reprodutivos sofreu e sofre reelaborações, nas quais alguns aspectos são adicionados e outros são realocados e reinterpretados.

Podemos afirmar que, além de apresentar uma definição dos Direitos Reprodutivos, a CIPD do Cairo foi capaz de romper com a ideia posta de que o controle populacional era o método capaz de garantir o desenvolvimento social e que a rigidez desse controle seria a melhor forma de avaliar os resultados. (ARILHA; BERQUÓ, 2015)

No ano seguinte, houve a IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, responsável por acrescentar novos apontamentos sobre os Direitos Reprodutivos e seus temas circundantes.

3.2.2 IV Conferência Mundial Sobre a Mulher (Pequim)

A IV Conferência Mundial Sobre a Mulher ocorreu no ano de 1995, na cidade de Pequim, na China, e trouxe a inclusão de importantes aspectos no que diz respeito aos Direitos Reprodutivos e aos demais fatores que impactam a vida da mulher como um todo. Esta conferência teve por foco o tema da mulher, fazendo com que as discussões, os documentos e as propostas fossem aprofundadas e ganhassem abordagens especializadas.

Sobre a relevância da Conferência de Pequim, Xavier e Rosato (2016, p.122) declaram que “tal evento constituiu-se como a mais importante Conferência Mundial sobre a Mulher, seja pelo quantitativo de participantes, seja pelos avanços conceituais e programáticos que propiciou”.

Um dos avanços estabelecidos na Conferência foi a utilização do conceito de gênero, permitindo que a mulher passasse a ser considerada para além do seu aspecto biológico, incorporando à análise o pressuposto de que os padrões sociais e culturalmente impostos impactam sobremaneira os direitos das mulheres.

A Conferência de Pequim foi pensada a partir de três eixos principais, que foram fundamentais para o desenvolvimento de todo o trabalho. Os três eixos são:

[...] a Declaração traz como eixo importante **a questão de gênero**, considerando este como sendo a chave para a superação dos padrões de desigualdade. Já o **empoderamento da mulher** como um dos objetivos centrais, destaca a importância de que a mulher adquira o controle sobre o seu próprio desenvolvimento, devendo o governo e sociedade criar condições de apoiar a mulher neste processo. Por fim, o **conceito de transversalidade** procura garantir que a perspectiva de gênero venha efetivamente integrar as políticas públicas em todas as esferas de atuação governamental. (XAVIER; ROSATO, 2016, p. 123) (**grifo nosso**)

Essa estrutura possibilitou que o conceito de Direitos Reprodutivos, aos moldes do relatório de ações do Cairo, fosse reiterado e observado sob novas perspectivas. Essa consolidação foi importante para que os direitos sexuais fossem, finalmente, postos como centro da discussão e ganhasse o reconhecimento almejado.

No parágrafo 96 do texto final da Convenção de Pequim, temos a consagração dos direitos sexuais como sendo reconhecido como um dos direitos humanos da mulher, cujo texto também faz referência aos exercícios dos Direitos Reprodutivos e à saúde reprodutiva. Ainda que, de forma geral, o referido parágrafo declare que

Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências. (ONU, 1995, parágrafo 96)

O texto reflete a preocupação de pensar os direitos humanos das mulheres como sendo parte indivisível da estrutura social e dos relacionamentos entre mulheres e homens, especialmente no impacto que o exercício da sexualidade e da reprodução causam na vida e na socialização feminina como um todo.

Os textos oriundos das Conferências do Cairo e de Pequim foram determinantes para que os temas sobre a reprodução e a sexualidade fossem entendidos como

direitos humanos indispensáveis e que todos os direitos a eles relacionados deveriam ser garantidos e assegurados por todos os Estados que assumiram o compromisso em cada umas dessas conferências.

3.2.3 Entre o reconhecimento internacional e a implementação das políticas propostas no âmbito interno de cada país

É inegável a importância que os textos das conferências e os debates produzidos em decorrência deles têm para os estudos sobre os Direitos Reprodutivos e seu reconhecimento. Apesar disso, percebe-se uma grande dificuldade em converter esses compromissos internacionais em um direito previsto e garantido dentro do sistema normativo de cada país signatário.

Um fator importante e que dificulta a conversão dos compromissos em legislações efetivas no âmbito interno de cada um dos países está relacionado ao *status* jurídico que os textos das conferências possuem dentro da estrutura do direito internacional. Esta condição é apresentada por Corrêa e Ávila (2003, p. 22-3) da seguinte forma

Uma limitação importante é que os documentos em que elas estão gravadas não são vinculantes como tratados ou convenções que, uma vez ratificados, obrigam os Estados membros a incorporar os princípios internacionais à sua legislação. Ou seja, embora os programas de ação das duas conferências signifiquem um compromisso moral dos Estados signatários, eles não implicam tradução automática das legislações nacionais como acontece no caso das convenções e tratados.

Além disso, deve-se destacar que, por se tratar de temas entendidos como polêmicos, existem tensionamentos e disputas que são articuladas por grupos sociais que possuem força expressiva dentro dos países signatários e que são, via de regra, formados pelos setores mais conservadores da sociedade, especialmente os segmentos religiosos e econômico.

Aos grupos religiosos que atuam em busca de uma retomada dos conceitos da família tradicional, do lugar natural da mulher na sociedade e do conservadorismo em temas de reprodução e sexualidade, dá-se o nome de ‘ativismo conservador’. Nos países da América Latina, que possuem uma origem profundamente atrelada à moral religiosa, há um crescente aumento no número de adeptos desta visão de mundo, o que reverbera em uma entrada maciça dessas pessoas nos espaços

institucionais, o que prejudica o reconhecimento de pautas fundamentais para as mulheres. (RUIBAL, 2014)

Por possuírem maior poder de controle, em razão do alto poder aquisitivo e pelo tradicionalismo, esses grupos são capazes de mobilizar esforços para que o Poder Legislativo evite pautar a votação de projetos que busquem efetivar o reconhecimento de determinados aspectos dos Direitos Reprodutivos e dos Direitos Sexuais, tais como o aborto, a ampliação do acesso aos métodos contraceptivos e a promoção de programas de educação sexual para adolescentes.

Frente a estas características, é possível delinear as dificuldades de converter os compromissos internacionais em direitos reconhecidos no plano nacional. Apesar de existirem mecanismos internacionais para pressionar os Estados a formalizar estes compromissos, eles são extremamente burocráticos, pouco conhecidos e consideravelmente inacessíveis para os grupos de ativismo. (CORRÊA; ÁVILA, 2003)

3.2.3.1 As brasileiras e a luta pelos Direitos Reprodutivos

Desde a Conferência do México em 1975, as mulheres brasileiras foram profundamente influenciadas por suas propostas, o que permitiu que os grupos que eram inicialmente incipientes, pudessem se fortalecer e ampliar suas redes de contato. (LINHARES, 1995)

Entre as mulheres dos países em desenvolvimento, as brasileiras foram pioneiras na adoção do conceito de Direitos Reprodutivos após o encontro de Amsterdã e a atuação dos grupos feministas no sentido de ampliação da pauta foram de extrema importância para traçar a participação das mulheres brasileiras na elaboração dos planos de ação das principais conferências que aconteceriam nos anos seguintes. (CORRÊA; ÁVILA, 2003)

Nos primeiros anos após o fim do regime ditatorial, o Brasil contou com uma ampla expansão do número de ONG's feministas que atuavam na atividade de

monitoramento da situação das mulheres nas mais diversas áreas da vida feminina, incluídos aqui, os Direitos Reprodutivos.

Sobre como o processo de redemocratização e a ampliação dos direitos e garantias constitucionais afetou a construção dos debates acerca dos Direitos Reprodutivos e sexuais no Brasil, Ventura (2009, p.30) expõe que “todo esse processo ao longo dos anos de 1985 a 1994 permitiu que o Brasil levasse para as conferências do Cairo, em 1994, e de Pequim, em 1995, uma linguagem avançada e bem construída dos Direitos Reprodutivos”.

Em ocasião da realização da conferência Pequim, o governo brasileiro foi demandado pela ONU para que apresentasse documentos produzidos por grupos de ativismo, e que representassem de forma fidedigna os anseios e particularidades das mulheres brasileiras. Foi nesta ocasião que o governo brasileiro determinou que fossem contratadas consultoras especializadas para que, ao final de uma série de debates públicos, redigissem artigos temáticos que abrangessem os tópicos centrais da conferência. (SAFFIOTI, 1995)

3.3 CONCEITO DE DIREITOS REPRODUTIVOS

Assim como todos os demais direitos humanos estabelecidos até o momento em nossa sociedade, o conceito de Direitos Reprodutivos foi ampliado e aprimorado ao longo dos anos. Essas modificações são necessárias para que possamos exprimir sentidos que atendam aos anseios da sociedade em que nos encontramos, impedindo que o conceito se esvazie e perca aplicabilidade.

A temática dos Direitos Reprodutivos ganhou força a partir dos anos 1980 e foi alavancada por demandas próprias de mulheres que estavam inseridas em um contexto econômico capitalista e em uma sociedade patriarcal, na qual as tecnologias reprodutivas e os métodos contraceptivos começavam a se popularizar e as relações sexuais e afetivas ganhavam novos contornos, fazendo com que

houvesse uma ruptura com a ideia de que o exercício da sexualidade estava necessariamente ligado à reprodução. (CORRÊA; ÁVILA, 2003)

Sobre essa ruptura entre sexualidade e reprodução ser algo indissociável dos Direitos Reprodutivos, Villela e Arilha (2003, p.137) inferem que “para as mulheres a reivindicação de direitos sexuais está diretamente relacionados aos Direitos Reprodutivos, dado que o exercício livre e seguro da sexualidade só é possível se a prática sexual está desvinculada da reprodução”.

A luta pelo reconhecimento dos Direitos Reprodutivos está intrinsecamente ligada à possibilidade de as mulheres decidirem sobre seus corpos no que diz respeito a gestar ou não gestar. O surgimento dos métodos contraceptivos facilitou a possibilidade das mulheres controlarem esse aspecto determinante de suas vidas, pois “a recusa consciente da maternidade significava muito mais do que negá-la como fatalidade biológica, mas a possibilidade de conquista da autonomia feminina” (DOS SANTOS CRUZ, 2020, p. 66), sendo este um dos marcos principais para que as mulheres pudessem acessar novos espaços sociais.

Os Direitos Reprodutivos são formados por uma grande complexidade de aspectos, relacionando-se e co-dependendo de outros direitos para que possam ser exercidos de forma efetiva. Devido à essa complexidade e a necessidade de construir uma escolha metodológica que nos permita alcançar os objetivos deste trabalho, adotaremos o conceito de Direitos Reprodutivos elaborado pela pesquisadora Miriam Ventura (2009, p.19)

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza.

Na definição do conceito de Direitos Reprodutivos elaborada por Míriam Ventura, há menção a três fatores importantes no exercício desses direitos, quais sejam: a autonomia reprodutiva, a individualidade e a não coerção. A temática do Plano de Parto, que é o objeto central desta pesquisa, está intrinsecamente ligada a estas três características dos Direitos Reprodutivos, uma vez que ele tem por objetivo central,

promover uma maior participação da gestante nas escolhas sobre o seu parto, com uma atuação autônoma, livre de qualquer coerção ou condicionamento e que seja elaborada a partir de suas características individuais.

O reconhecimento dos Direitos Reprodutivos nasce e segue o trajeto comum de todos os demais direitos fundamentais, que é o processo de especificação e multiplicação, que tem por fundamento a necessidade de se estabelecer compreensões que atendessem às necessidades específicas de determinados grupos. (ALMEIDA, 2005) Dessas especificações dos direitos, forma-se uma rede onde eles se inter-relacionam e se interdependem. Nos dizeres de Miriam Ventura (2003, p.19):

A natureza dos Direitos Reprodutivos envolve direitos relativos:
À vida e à sobrevivência.
À saúde sexual e reprodutiva, inclusive, aos benefícios ao progresso científico.
À liberdade e à segurança.
À não-discriminação e o respeito às escolhas.
À informação e à educação para tomada de decisão.
À autodeterminação e livre escolha da maternidade e paternidade.
Ao casamento, à filiação, à constituição de uma família.
À proteção social à maternidade, paternidade e à família, inclusive no trabalho.

Ao longo do trabalho ficará mais claro como cada um desses fatores estão intimamente ligados aos Direitos Reprodutivos, apresentando suas diferenças, semelhanças e interdependências. Esta é uma característica comum dos direitos humanos, pois a construção de um novo direito pressupõe a existência de direitos anteriores que lhe servem de base, sem com eles se confundir.

3.3.1 Direitos Reprodutivos como direitos humanos

Os direitos humanos são construções que se modificam e se reinventam ao longo do tempo, “compõem um construído axiológico, fruto da nossa história, de nosso passado, de nosso presente, fundamentado em um espaço simbólico de luta e ação social.” (PIOVESAN, 2005, p. 44).

Deste modo, ao longo do tempo, as relações sociais e os avanços tecnológicos demandam a modificação e/ou ampliação da gama de direitos humanos

reconhecidos pelos Estados-nação, como ocorreu no caso dos Direitos Reprodutivos.

Os direitos humanos são, por sua natureza, entendidos como sendo universais e indivisíveis. A universalidade se baseia no fato de que toda pessoa humana é titular de direitos humanos, independentemente de suas características pessoais, econômicas e sociais. A característica da indivisibilidade se deve ao fato de que os direitos humanos constituem um conjunto de direitos que não podem ser considerados de forma parcial ou fragmentada, ou seja, todo indivíduo é, por sua natureza, titular de todos os direitos humanos, independentemente de algum deles não terem sido reconhecidos por determinado sistema legal.(SANTOS, 1989)

A identificação destas características reflete na importância de se reconhecer os Direitos Reprodutivos como direitos humanos. Sobre esta temática, Ventura (2009, p. 75) infere que

é fundamental para a reconstrução dos direitos e obrigações, que envolvem o exercício das funções reprodutivas e da sexualidade. Com esse reconhecimento, diferenças de gênero, geração, classe, cultura e outras passam a ser consideradas, ao mesmo tempo em que são reconhecidas necessidades sociais específicas

No que tange aos principais meios de garantir que homens e mulheres poderão usufruir de seu Direito Reprodutivo são o acesso à educação, informação, liberdade, saúde e segurança, desta forma, pode-se dizer que a efetivação dos Direitos Reprodutivos depende de uma ampla rede de implementação e que começa a ser efetivado antes dos indivíduos serem biologicamente capazes de se reproduzir.

Neste sentido, os Direitos Reprodutivos demandam que se observem duas posturas distintas no que diz respeito à atuação do Estado diante de seu reconhecimento. Em um viés abstencionista, o Estado deve atuar no sentido de não promover qualquer tipo de intervenção nas decisões reprodutivas dos indivíduos e em um viés promocional o Estado deve atuar na elaboração de programas e ações que viabilizem o pleno exercício deste direito. (ALMEIDA, 2005)

A atuação do Estado na garantia dos Direitos Reprodutivos perpassa pela observação de outros direitos que com eles se relacionam. Por se caracterizar como um direito que se comunica com outros direitos e outras dinâmicas da sociabilidade

humana, houve a construção de compreensões que fizeram com que alguns termos se emaranhassem de tal forma, que, por vezes, direitos distintos são tomados como se fossem partes de um mesmo direito. Em razão disso, é essencial, para essa pesquisa, que se deslinde as principais confusões, permitindo, assim, que se estabeleça uma visão mais clara do tema proposto.

3.4 DISTINÇÕES E CORRELAÇÕES NECESSÁRIAS

Conforme o já exposto anteriormente, os Direitos Reprodutivos surgem em uma dinâmica relacional profundamente intrincada com outros direitos, uma vez que o seu exercício depende da efetivação destes outros direitos. Em razão disso, em algumas ocasiões, há uma dificuldade de se fazer uma delimitação dos Direitos Reprodutivos de forma individualizada.

Deste modo, esta sessão pretende elaborar uma breve exposição dos temas relacionados aos Direitos Reprodutivos, mostrando os pontos onde eles se relacionam e no que se diferenciam.

3.4.1 Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais

Os Direitos Reprodutivos e os Direitos Sexuais surgem de uma mesma inquietação, a necessidade de separar o exercício da sexualidade do exercício da reprodução humana pois, durante séculos, a sexualidade só era reconhecida como um meio para se alcançar a reprodução, especialmente para as mulheres que eram reduzidas a seres destinados, exclusivamente, à gestação de novos seres humanos.

O desenvolvimento dos métodos anticoncepcionais, das tecnologias reprodutivas e os novos arranjos afetivos permitiram que se estabelecesse uma separação entre a sexualidade e a reprodução, na qual seus exercícios puderam ser dissociados uns dos outros.

No que diz respeito às suas fontes, as reivindicações dos Direitos Sexuais e Reprodutivos foram promovidas por grupos de mobilização distintos. Enquanto os Direitos Reprodutivos alcançaram visibilidade a partir das demandas dos movimentos feministas, que já estavam mobilizados desde a luta pelo sufrágio universal, os direitos sexuais foram mais fortemente pleiteados pelos grupos do

movimento LGBTQIAP+, que haviam ganhado notoriedade há pouco tempo e que ainda eram vistos como grupos marginais. A adesão dos movimentos feministas à pauta dos direitos sexuais aconteceu de forma mais insípida e tardia, o que sem dúvida impactou a forma com que esses direitos foram reconhecidos. (CORRÊA; ÁVILA, 2003)

Durante o desenvolvimento da Plataforma de Ação do Cairo, os Direitos Sexuais foram deixados de fora, pois foram usados como tópico de negociação para que, pelo menos, os Direitos Reprodutivos pudessem ser reconhecidos. Essa estratégia foi importante naquele momento, mas também representou um atraso no reconhecimento dos Direitos Sexuais, que só aconteceu um ano depois, na Conferência de Pequim. (CORRÊA; ÁVILA, 2003)

No que tange ao estabelecimento dos debates sobre os Direitos Reprodutivos e os Direitos Sexuais no Brasil, tivemos um importante diferencial em relação aos demais países, pois estes debates chegaram no mesmo momento em que estávamos discutindo a redemocratização nacional, o que nos permitiu incluir pautas de cunho progressistas, garantindo maior aderência a elas, uma vez que, neste cenário, a proteção aos direitos humanos era buscada em sua maior amplitude.

Mais recentemente, com os avanços tecnológicos que permitem um maior controle da procriação e a possibilidade de exercê-la sem que se pratique o ato sexual, parece ligeiramente mais fácil perceber a separação destes dois direitos.

Para diferenciar de forma sucinta os dois direitos, Xavier e Rosato (2016, p. 127) definem os direitos sexuais como “o direito de decidir se quer, ou não, ter relações sexuais, o direito de escolher o/a parceiro/a sexual, sem ter que seguir apenas a heteronormatividade”.

Enquanto que, para as mesmas autoras,

os direitos reprodutivos dizem respeito à livre escolha pela maternidade ou paternidade, à garantia de informações sobre planejamento familiar nos equipamentos sociais públicos de saúde, para contribuir para decisão de como e quando a decisão de ter um filho será realizada, assim como informação de todos os métodos contraceptivos existentes, cabendo à mulher a decisão por qual método usar. (XAVIER; ROSATO, 2016, p.127)

Com isso, podemos dizer que os Direitos Sexuais se expressam nas decisões sobre a escolha dos(as) parceiros(as), a prática ou não dos atos sexuais, sobre o modo de praticá-los e todos os demais aspectos que os circundam. Neste sentido, no exercício dos Direitos Sexuais, não temos discussões sobre a tomada de decisões sobre a reprodução humana, uma vez que o sexo é o objeto único a ser considerado na análise, como um fim em si mesmo.

Os Direitos Reprodutivos, por sua vez, têm como objeto central as escolhas sobre a capacidade reprodutiva pessoal, ou seja, a potencialidade de gerar uma prole, seja considerada com o propósito de evitá-la ou de produzi-la. O exercício dos Direitos Reprodutivos, então, engloba escolhas sobre ter ou não filhos, sobre o momento de tê-los e sobre o modo de obtê-los, o que abrange desde a escolha do recurso de concepção (sexual ou não) até a escolha sobre como se dará o parto.

Tanto os Direitos Sexuais quanto os Direitos Reprodutivos sofrem com a mesma dificuldade, que é o fato de serem tratados como expressões exclusivas da vida privada, fazendo com que suas demandas sejam excluídas das discussões nas esferas públicas. Negar que a reprodução e a sexualidade compõem parte da vida pública, como os demais direitos que dizem respeito ao exercício de uma vida completa, dificulta a ampliação de sua proteção legal e a instituição de programas que visam a promoção destes direitos. Reconhecer que os Direitos Reprodutivos e os Direitos Sexuais são direitos como todos os outros, faz com que as demandas oriundas de seu exercício possam ser atendidas por meio das políticas públicas que só podem ser elaboradas nos espaços públicos de discussão.

Neste sentido, Mattar (2008, p. 61) afirma que “o exercício da sexualidade de forma livre e segura só é possível se a prática sexual estiver desvinculada da reprodução”. Esta visão corrobora a percepção de que é necessário garantir o exercício individualizado desses dois direitos para que possamos falar em pleno exercício de ambos. Ao indivíduo deve ser garantido o direito de realizar práticas sexuais sem que se tenha a reprodução como fim último e também deve ser garantido a ele a possibilidade de exercer seus Direitos Reprodutivos, sem que, para isso, seja obrigatória a prática sexual.

Apesar da correlação relacionada a estes direitos, é importante ter em mente que entre os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos não existe precedência hierárquica. Desse modo, a proteção desses direitos deve ser desenvolvida de forma contínua e equivalente, para que possamos garantir que as pessoas possam exercê-los de forma individualizada ou em conjunto.

3.4.2 Direitos Reprodutivos e Direito à Saúde Reprodutiva

Os Direitos Reprodutivos e o Direito à Saúde Reprodutiva são dois direitos constantemente entendidos como sinônimos, mas apesar da nomenclatura semelhante, eles são direitos distintos e possuem suas características próprias. A tomada desses direitos como se fossem sinônimos surge do fato de que, por muitos anos, todos os temas derivados das demandas das mulheres eram tratados como saúde da mulher. “A noção de saúde integral da mulher era o conceito utilizado para articular a ‘questão da mulher’, aspectos relacionados à reprodução biológica e social às premissas de direitos de cidadania.” (CORRÊA; ÁVILA, p. 19)

Somente após a consagração do conceito de Direitos Reprodutivos é que os debates promoveram a divisão das demandas femininas em direitos específicos, e a separação definitiva entre os Direitos Reprodutivos e o Direito à Saúde reprodutiva. Essa especialização dos termos permitiu que os estudos se difundissem em diversas áreas do conhecimento e alcançassem novos eixos de articulação.

Ao tratar o desenvolvimento do conceito de Saúde reprodutiva nos estudos das ciências sociais, a pesquisadora Lucila Scavone (2003, p.190), alega que

O conceito de saúde reprodutiva é teórico ao abordar a característica reprodutiva das mulheres (gravidez, parto, amamentação, maternidade) como problemática universal de gênero. Esta universalidade, entretanto, não é absoluta, é tratada com base numa abordagem relacional e histórica, buscando identificar os aspectos decorrentes de uma situação de ‘dominação e poder’ masculinos (na relação com o companheiro, com os médicos e com as instituições de saúde) e os aspectos decorrentes de um outro polo de poder no qual as mulheres têm primazia (pelo autoconhecimento de seus corpos, pelo domínio da contracepção, pela realização ou recusa da maternidade), ambos em tensão na luta política pela transformação das condições de saúde das mulheres

O Direito à Saúde Reprodutiva corresponde a um estado de bem estar global, que abarca a satisfação física, emocional e social de todos os aspectos que envolvem o sistema reprodutivo e suas consequências. Ele demanda observação para além do

aspecto curativo. Muitas das demandas, nesse contexto, não estão vinculadas às doenças ou distúrbios do sistema reprodutor, estando mais ligadas ao controle da capacidade reprodutiva, seja para obstá-la ou para promovê-la. (ALMEIDA, 2005)

O Direito à Saúde reprodutiva foi fortalecido e amplamente desenvolvido por meio dos programas de cunho institucional e, no Brasil, estão fortemente ligados à ações que visam o cuidado dispensado à saúde materno-infantil, apesar desse direito ser muito mais amplo do que os cuidados com a gestante e o recém-nascido, sendo esta uma das principais críticas relacionadas ao tema.

O maior expoente no que diz respeito à promoção do Direito à Saúde reprodutiva é o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), inaugurado em 1983, pelo Ministério da Saúde. Este programa foi importante por ser pioneiro na tratativa da saúde da mulher de forma integral, o que “implica (n) o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina, que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução” (OSIS, 1998, p. 26)

As diretrizes do PAISM se destinavam a contemplar todas as necessidades de saúde que atingem as mulheres de forma específica e foi o pioneiro em tratar de ações que visavam o planejamento familiar, baseando-se na percepção de que ele compõe uma das ações promotoras da saúde da mulher e desvinculando-o do uso exclusivo para controle populacional.

O PAISM foi alvo de intensas críticas, especialmente por grupos que julgavam o programa como uma forma oculta de promover o controle de natalidade, estas críticas foram fundamentadas na ideia de que

As intenções controlistas ficavam claras nos próprios objetivos declarados do Programa, voltados apenas para situações relacionadas à atividade sexual, gravidez, parto, puerpério e contracepção. Para eles, a exclusão do homem não comprometia apenas a integralidade e universalidade do Programa, mas indicava fortemente a intenção controlista oculta (OSIS, 1998, p. 28)

Apesar das críticas que sofreu, o PAISM foi um importante marco no compromisso brasileiro em assumir a responsabilidade em relação à promoção do Direito à Saúde Reprodutiva, pois estabeleceu a ideia de um acesso universal a um sistema de saúde voltado para a saúde das mulheres.

O Direito à Saúde Reprodutiva é indispensável para que possamos falar de um adequado exercício da capacidade e autonomia reprodutiva. Ter acesso à saúde reprodutiva é garantir que os indivíduos tenham acesso a profissionais especializados nesta área, aos exames e tratamentos adequados para as patologias reprodutivas, aos métodos contraceptivos mais adequados às suas necessidades e pretensões, além de informações atualizadas sobre a saúde reprodutiva e as consequências de suas escolhas.

Sobre o impacto que o Direito à Saúde reprodutiva desencadeia na vida das mulheres, Dos Santos Cruz (2020, p.69) infere que

O acesso ao espaço público e a utilização política do conceito de de saúde reprodutiva feminista, proporcionou às mulheres, condições de apropriação de seu potencial reprodutor e de sua reprodução efetiva, fazendo agora da maternidade uma escolha, não mais uma fatalidade biológica, ou um determinismo social.

Para que possamos pensar em um pleno exercício dos Direitos Reprodutivos, é pressuposto que a pessoa tenha acesso ao mais alto padrão de Saúde Reprodutiva, uma vez que a tomada de decisão sobre os aspectos reprodutivos, demanda que se tenha a oportunidade de controlar, promover e experienciar os cuidados médicos e terapêuticos mais adequados às demandas individuais.

Dessa forma, pode-se perceber como os Direitos Reprodutivos e o Direito à Saúde reprodutiva convergem e são dependentes um do outro, inclusive quando estamos avaliando de que forma os métodos e programas de atenção à Saúde reprodutiva impactam na forma com a qual os indivíduos vão exercer seus Direitos Reprodutivos.

Apesar disso, entre esses dois direitos, não podemos permitir que sejam tratados como se fossem sinônimos, uma vez que esta conduta implicaria na eclipsagem de suas particularidades e demandas próprias

3.4.3 Direitos Reprodutivos e Planejamento familiar

O Planejamento familiar é, talvez, o aspecto dos Direitos Reprodutivos mais conhecido, inclusive por estar contido na própria definição do direito, sendo

traduzido como: “o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos” (VENTURA, 2009, p. 09). De forma mais ampliada, Renata Barbosa de Almeida (2009, p. 94) define o Planejamento familiar como

O livre exercício da sexualidade e da potencialidade reprodutiva humanas, em vistas, ou não, ao objetivo conceptivo, atual ou futuro. Para tanto, fica assegurado o acesso à informação atinente e aos recursos disponíveis para a realização da escolha pessoal.

Um aspecto central e comum a ser observado no Planejamento familiar e também nos Direitos Reprodutivos diz respeito à titularidade e ao exercício. Ambos os direitos têm por titular sujeitos individualmente considerados, cabendo a cada um a livre determinação de suas escolhas procriativas. Em atenção a esta premissa, é o exercício deles que pode ser construído singularmente ou em conjunto. Nesta última hipótese, os indivíduos optam por exercer seus Direitos Reprodutivos de forma compartilhada, vinculando-se um ao outro, mesmo que isso importe em uma limitação de sua liberdade. (ALMEIDA, 2009)

Neste sentido, Almeida e Palazzi (2021, p.321) afirmam que

O uso da autodeterminação inerente ao direito ao planejamento familiar pode desencadear uma restrição quanto à realização conceptiva. É perfeitamente possível que dois titulares se reúnam para exercer o seu direito individual exclusivamente de maneira conjugada. A limitação, neste caso, porque voluntária, longe de representar comprometimento, é a própria concretização da liberdade no processo de formação pessoal. O óbice à consecução de intenções procriativas isoladas é plausível porque é fruto da autonomia dos envolvidos.

Importante destacar, que apesar de versarem sobre constituição ou não de uma prole, o planejamento familiar, as políticas populacionais e o controle de natalidade são diferentes uns dos outros e não devem ser confundidos. O controle de natalidade é um direito dos homens e mulheres de controlarem sua fecundidade, decisão que não pode ser tomada com base em atos de coerção. As políticas populacionais são implementadas por instituições e tem como objetivo administrar todos os aspectos populacionais, como nascimento, morte, migração, imigração etc. Já o planejamento familiar se caracteriza como o direito que todo ser humano possui de planejar o exercício de sua capacidade reprodutiva, sem se limitar à escolha de ter ou não ter filhos. (VENTURA, 2009)

O planejamento familiar foi reconhecido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226, § 7º, que possui a seguinte redação

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Após uma série de denúncias sobre o uso indiscriminado de laqueaduras e a falta de acesso a métodos contraceptivos alternativos, em 1991 houve instauração de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que demonstrou as falhas no sistema de promoção de planejamento familiar no Brasil.

Em decorrência desses eventos, o Brasil regulamenta o planejamento familiar por meio da lei nº 9.263 de 1996, que define o planejamento familiar como “um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. (BRASIL, 1996)

Em ambos dispositivos legais, o planejamento familiar é apresentado de acordo com as premissas dos textos internacionais sobre o planejamento familiar que representam um importante marco para a regulamentação dos Direitos Reprodutivos e da Saúde Reprodutiva em âmbito nacional.

No que diz respeito ao modo de exercício deste direito, nota-se que ele poderá se dar de formas distintas e opostas, pois quando o(s) indivíduo(s) opta(m) pela procriação, temos a verificação da faceta positiva do direito. Por outro lado, quando há a escolha pela não procriação, observamos a faceta negativa deste direito. (ALMEIDA, 2009)

O grau de importância que o Planejamento familiar possui na vida das mulheres pode ser percebido quando nos atentamos para o fato de que as mulheres foram por muitos anos, relegadas ao papel de reprodutoras, uma vez que o corpo feminino era visto apenas como um meio de se obter a procriação e as mulheres como

executoras das atividades decorrentes da procriação, dos chamados trabalhos reprodutivos.

Quando a reprodução passa a ser planejada e controlada, permite-se que as mulheres possam se posicionar socialmente para além da esfera reprodutiva e será, por meio do planejamento familiar, que essa estruturação da vida além do maternar será viabilizada.

O planejamento familiar demanda que aos indivíduos sejam concedidos a maior gama de métodos contraceptivos possível, incluindo os métodos definitivos de esterilização, acesso a um grupo multidisciplinar que seja capaz de orientar sobre os inúmeros aspectos que envolvem a constituição, ou não, de uma família, acesso não burocrático ao aborto nos casos previstos em lei, etc. (DOS SANTOS CRUZ, 2020)

Podemos perceber que o planejamento familiar é fundamental para que possamos falar em exercício livre e responsável da capacidade e autonomia reprodutiva. Apesar dessa relação, por inúmeras vezes, o Planejamento familiar foi usado para atender a interesses escusos que visavam, unicamente, o controle do crescimento populacional dos países do Sul global, fazendo com que as mulheres fossem expostas ao uso de métodos contraceptivos sem controle de riscos, à cirurgias de laqueadura de forma compulsória ou como único método disponível. (NEGRÃO, 2012)

Sobre uso irregular de laqueaduras e a limitação de acesso aos métodos contraceptivos de forma correta, Ferreira, Costa e De Melo. (2014, p.392) afirmam que

Essas vivências distorcem o planejamento familiar como direito reprodutivo, o restringe ao método e desconsideram a necessidade do diálogo e reflexão, para que as mulheres assumam o controle sobre sua sexualidade e usufruam do direito de realizar uma escolha consciente e autônoma, com conhecimento de alternativas para a anticoncepção, a partir de uma construção ampliada sobre o planejamento familiar.

Assim como as demais formas de Direito Reprodutivo, o Planejamento familiar sofre os tensionamentos sociais oriundos da cultura religiosa, dos grupos conservadores e dos grupos econômicos, isso faz com que seu alcance seja aquém do ideal e exige

que os grupos de defesa dos Direitos Reprodutivos estejam em uma constante luta por sua ampliação.

De forma simplificada, pode-se inferir que o Planejamento familiar é um dos modos de se exercer os Direitos Reprodutivos, de maneira a coordená-los com as expectativas individuais, por meio da eleição dos mecanismos mais adequados, seja no exercício de sua faceta positiva, quanto na negativa.

Conforme o exposto, deve-se ter em mente que o Planejamento familiar é um dos principais meios de munir os indivíduos de informação, para que eles possam construir decisões livres e autônomas no que diz respeito à sua capacidade reprodutiva, especialmente no que diz respeito à determinação da vontade procriativa e caso ela exista, a escolha do tempo e modo nos quais ela se dará.

3.5 OS DIREITOS REPRODUTIVOS E AS ESCOLHAS SOBRE COMO PARIR

Como já mencionado anteriormente, os Direitos Reprodutivos se efetivam de várias formas distintas, e uma das suas principais formas diz respeito à tomada de decisões sobre como se dará o processo de parto. Na construção de suas considerações sobre o direito ao Planejamento familiar, Renata Barbosa de Almeida (2009, p. 95) faz uma importante consideração acerca deste viés dos Direitos Reprodutivos, veja-se

No caso da escolha pela concepção, entende-se que aos titulares do direito ao planejamento familiar, é permitido optar quanto aos seu momento, seu número e, mesmo, ao **seu modo**. Quando ter filhos, quantos ter e **como tê-los** são definições que se pensa deverem ser deixadas a cargo do pretense pai e/ou mãe. (**grifo nosso**)

Apesar deste ser um elemento extremamente importante no que diz respeito ao exercício dos Direitos Reprodutivos, as decisões sobre como parir ainda estão relegadas a um espaço pouco explorado pelas gestantes e o pai/mãe não gestante. Isso se dá por uma série de fatores sociais e históricos relacionados ao parto, nos quais se destaca o fato de que as escolhas sobre como ele se dará são tomadas, comumente, dentro de uma estrutura médica que possui pouca permeabilidade para a participação da paciente gestante.

De forma fática, a construção de um livre exercício dos Direitos Reprodutivos no momento do parto pressupõe uma construção que se origina, pelo menos, desde o

momento da descoberta da gestação e demanda a observação de aspectos que envolvem o compartilhamento das informações sobre a saúde da gestante e do feto, a apresentação das opções possíveis dentro do contexto na qual o parto irá acontecer, a tomada de decisões livres de coerção de qualquer tipo, entre outros.

Para que possamos pensar os Direitos Reprodutivos como a tomada de decisões sobre como parir, é necessário estabelecermos um panorama sobre como o processo de gestação e parto foi compreendido ao longo dos séculos e quais são as suas principais características na atualidade. Será por meio de um breve resgate histórico e da contextualização da temática, que chegaremos ao momento da elaboração da ferramenta denominada Plano de Parto que figura como um dos elementos centrais deste trabalho e que será o veículo para que se possa pensar os Direitos Reprodutivos como a tomada de decisões sobre como parir.

4 PLANO DE PARTO

O exercício dos Direitos Reprodutivos ganha novos contornos e possibilidades quando se observa o momento no qual a gestante toma decisões sobre seu pré-parto, parto e pós parto. Nesta ocasião, a gestante se vê diante da necessidade de fazer escolhas sobre seu corpo e sua saúde que estão envoltas em um grande volume de informações técnicas e das crenças pessoais acumuladas ao longo da vida, e será a partir delas, que a gestante irá construir a sua manifestação da vontade e pensar sobre os seus Direitos Reprodutivos.

Para que possamos compreender como se dá a construção desta tomada de decisão, torna-se indispensável compreender como a visão sobre o processo de parturição foi compreendido e modificado ao longo dos anos, especialmente no que diz respeito à interação gestante-médico.

Além disso, tomando como ponto de partida o pressuposto do exercício da autonomia heterônoma em questões de saúde, faz-se necessário apresentar os debates acerca do exercício desta autonomia, especialmente no que diz respeito à elaboração do Plano de Parto, que centraliza os debates desta pesquisa e foi o catalizador da curiosidade científica sobre os Direitos Reprodutivos das gestantes.

4.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O PARTO

Desde os primórdios da civilização humana, as sociedades vivenciaram a experiência de gestação e parto, uma vez que eles são indispensáveis à manutenção de nossa espécie. Apesar de se constituir como uma expressão biológica do corpo humano, o parto e o nascimento também são eventos sociais, que, por consequência, sofrem influências dos discursos sociais e culturais de seu tempo.

A compreensão do parto passa por diversas fases, em um primeiro momento ele é visto como algo natural, inexplicável e imprevisível, para logo após ser visto como algo natural, compreensível e parcialmente previsível, sendo classificado como uma tarefa exclusiva das mulheres. A partir do início do século XX, o parto passa a ser incluído na ordem dos procedimentos médicos, deslocando o parto do âmbito doméstico para o hospitalar. Esta última fase se mantém até os dias atuais, e vem

sofrendo intensos questionamentos, o que demonstra que há o surgimento de uma nova forma de se compreender o processo de parturição. Deste modo, para clarificar como estas visões sobre o parto se entrelaçam e se modificam, é fundamental que se apresente um breve panorama histórico do parto e nascimento.

4.1.2 Das parteiras e baixas intervenções aos médicos e o intervencionismo

Durante muitos séculos, a reprodução humana foi encarada como uma consequência natural da relação entre um casal, como uma potencialidade da multiplicação humana. Quando o ser humano compreende o processo biológico da reprodução humana e da gestação, elas adquirem um caráter sacro, que têm como consequência um afastamento entre o tema e a atuação médica. (ALMEIDA e PALAZZI, 2021)

O fato de as mulheres serem as únicas capazes de gestar e parir fez com que esta capacidade fosse entendida como um destino natural de todas as mulheres, e que esta seria a razão da existência feminina, além de servir como justificativa para o condicionamento social a elas imposto.

Neste ínterim, o processo de gestação e parto foi, durante séculos, considerado como algo essencialmente feminino e natural, em que o momento do nascimento era protagonizado e auxiliado exclusivamente por mulheres. As parteiras eram as mulheres que auxiliavam as gestantes durante o trabalho de parto, desempenhando seu papel com base nos conhecimentos adquiridos a partir dos conhecimentos ancestrais e em sua própria experiência. (RODRIGUES, 2017)

Neste período, o processo do parto era compreendido como um momento no qual as mulheres exprimiam sua força e coragem, por meio de domínio da natureza e de seus próprios corpos. A relação entre a gestante e a parteira era pautada pela intimidade e confiabilidade mútua, vínculo este que se iniciava com a descoberta da gestação e perdurava ao longo do desenvolvimento do bebê. (RODRIGUES, 2017).

Neste modelo de assistência ao parto, todo o desenvolvimento do ato de parir era compreendido como algo corriqueiro e fisiologicamente natural, fazendo com que as ocorrências costumeiras fossem solucionadas pelas parteiras e que a intervenção

médica ocorresse apenas em casos extremos e completamente imprevisíveis. (SILVA, et al. 2019)

Essa lógica do nascer perdurou no Brasil até o fim do século XIX e início do século XX, quando foi subvertida e as parteiras foram retiradas da dinâmica do parto e o nascimento deixou de ser realizado em casa, deslocando-se para o ambiente hospitalar. Quando há esta modificação, o trabalho das parteiras e o processo natural de parturição passam a ser encarados como uma representação da pobreza, da ignorância e da clandestinidade. (RODRIGUES, 2017)

Para que essa transição fosse socialmente aceita, o Brasil passou a produzir discursos acadêmicos que utilizavam as características do processo biológico como justificativa clínica para a intervenção médica. Esses discursos difundiam a ideia de que a dor, o tempo de trabalho de parto, as secreções fisiológicas e demais eventos naturais do parto, faziam dele um momento degradante e traumatizante para as mulheres, o que, teoricamente, fundamentaria a ampliação das intervenções médicas, pois elas seriam destinadas a sanar essas 'falhas' do corpo feminino e do parto. (SILVA et al. 2019)

Uma das consequências da adoção deste discurso é o fenômeno da patologização do corpo feminino e do parto, fazendo com que o partejar fosse tratado como um mal a ser eficiente e rapidamente solucionado. Nesta toada, Andrezzo, preleciona que

Uma das explicações para essa situação refere-se ao fato de a atenção ao parto ser orientada por um forte viés de gênero calcada pela concepção de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e perigoso, necessitando por isso de correção e tutela. E ainda, pela culpabilização da sexualidade da mulher que está inscrita na forma como são pensados os espaços e as práticas de cuidado. (ANDREZZO, 2016, p. 13)

Quando o parto passa a caracterizar um interesse da medicina, fez-se necessário que a lógica médica fosse paulatinamente incorporada aos hábitos e aos desejos sociais, para isso, os médicos utilizavam as gestantes que viviam à margem da sociedade - negras, ciganas, prostitutas e mães solo - como cobaias para seus procedimentos e como vitrine de uma suposta modernidade.(PALHARINI e FIGUEIRÔA, 2018)

Neste período havia a mentalidade de que era necessário evitar o sofrimento do parto, que se somava a um forte viés caritativo na promoção da atenção de saúde dos pobres, mas para além disso, a medicina aplicada aos partos visava a ampliação do número de partos, adotando uma visão taylorista do trabalho de parto, fragmentando-o em fases e condicionando-o a espaços e posições que refletiam a despersonalização e impessoalidade. (ANDREZZO, 2016)

Com isso, o parto passa a ser incluído dentro da lógica que denominamos medicalização, que na visão de Sena (2016, p.26) ocorre

no momento em que **problemas inerentemente humanos** que eram antes manejados pelas pessoas em suas redes de relações sociais próximas adentram a jurisdição da profissão médica: **passam a ser definidos e discutidos por meio de termos médicos**, utilizando-se da linguagem médica para descrevê-los, empregando-se um quadro de referência conceitual ou de saber médico para sua compreensão e **utilizando intervenções médicas** para “tratá-los”, **ainda que** não tenham sido considerados até então necessariamente patológicos e, portanto, **não haja necessidade de “tratamento”, da forma como a racionalidade médica assim compreende. (grifo nosso)**

A medicalização é um fenômeno social que acontece em três diferentes esferas, a conceitual, a institucional e a inter-relacional. A primeira esfera diz respeito ao uso dos termos e jargões médicos para tratar determinada temática, na esfera relacional, temos a construção de entidades especializadas para tratar do tema e o último é a expressão da relação médico-paciente, na qual o médico identifica um suposto problema e oferece solução para ele. Estas esferas se retroalimentam e se complementam para construir uma nova lógica sobre determinado assunto. (SENA, 2016)

Quando, socialmente, o parto adentra à lógica da medicalização e o corpo da gestante passa a ser considerado como ineficiente e defeituoso, permitiu-se que as escolhas e decisões sobre o parto fossem tomadas a partir de uma visão médica paternalista, que constitui um dos cerne dos debates atuais sobre a relação gestante-médico.

4.1.2 O paternalismo médico aplicado às gestantes

Toda relação social é construída por discursos, e como a relação médico-paciente não foge à regra, ela se estabeleceu numa dinâmica que concedeu ao médico o

poder quase divino de dominar os saberes que definem a vida e a morte. Na construção desta estrutura, formou-se o mito social de que os médicos sabem o que é o melhor para o paciente, mais do que o próprio indivíduo. Esse pensamento foi introjetado nos dois pólos dessa relação (médico e paciente), causando o que podemos chamar de paternalismo médico (SÁ; NAVES, 2018).

O paternalismo médico configura-se como a imposição de uma ação, independente da vontade do sujeito sobre a qual ela recai, pois aquele que a impõe se arvora no direito de saber o que é melhor para o outro. Este comportamento médico tem suas raízes no juramento hipocrático que impunha ao médico a obrigação de salvar o doente independentemente das circunstâncias, relegando o paciente ao status de objeto daquela relação. (TEIXEIRA, 2010)

Sobre o tema, Silva (2010, p. 419) afirma que “quando a tomada de decisão médica desconsidera a opinião do paciente plenamente capaz, ou quando o médico se deixa influenciar por pressões familiares ou institucionais, constitui-se em uma conduta unilateral, chamada de paternalismo médico.”

Ao tratar do paternalismo médico em relação à gestante, Leitão (2010, p. 02) afirma que “inicialmente concebida à luz do paternalismo, a mulher em trabalho de parto foi tradicionalmente encarada como um alvo de cuidados, sobre os quais não tinha qualquer papel decisório”

A principal crítica que se faz ao paternalismo existente na relação gestante-médico é a de que ele condiciona a mulher ao papel de espectadora do próprio parto, fazendo com que não exista exercício de autonomia por parte desta mulher.

O paternalismo é uma das consequências de um modelo de atenção ao parto pautado em um intenso intervencionismo, fazendo com que médico e gestante acreditem na ideia de que os médicos sabem, sem sombra de dúvidas, o que é melhor para as gestantes. Sob a sombra deste ideal, as gestantes vivenciam a dificuldade de questionar os atos médicos, de compreender a necessidade e a utilidade dos procedimentos pelos quais está sendo submetida, além de ter a sua vontade e anseios suprimidos em razão de uma atuação impositiva por parte dos profissionais de saúde.

Após vivenciar um longo período no qual o parto era visto sob o ideal da medicalização das relações de saúde, a sociedade tem buscado a formação de uma nova estrutura relacional entre o paciente e a equipe médica. Sobre a visão reformadora da relação médico-paciente de um modo geral, Ana Carolina Brochado Teixeira (2010), afirma que

buscamos hoje, uma relação mais aberta, na qual médicos detêm um papel mais informativo e aconselhador, de interlocutor, dialogando com o enfermo, transferindo para este a decisão sobre os rumos do seu tratamento, pois é ele o mais interessado em decidir sobre o destino a ser dado à sua saúde, à sua doença e ao seu tratamento. Não há mais uma relação de superioridade do médico sobre o paciente, mas sim de igualdade entre eles. (p. 246)

Como em todas as demais áreas de atenção à saúde, esta nova visão está presente nos debates sobre a reestruturação do modelo de atenção ao parto, que luta pelo estabelecimento de uma relação em que a gestante tenha garantido o livre exercício de sua autonomia, tomando decisões fundamentadas pelo que há de mais recente e seguro sobre as práticas obstétricas, respeitando sua cultura, modo de vida e percepção do mundo.

4.2 A LUTA POR UM MODELO DE PARTURIÇÃO CENTRADO NA GESTANTE

O modelo de atenção ao parto que tem como ordem do dia a medicalização do corpo feminino no que diz respeito ao trabalho de parto, fez com que surgissem demandas oriundas das práticas por ele implementadas. Das práticas motivadoras de novas demandas, pode-se destacar a ampliação do número de procedimentos invasivos e contra indicados, os dados alarmantes sobre o uso indiscriminado de cirurgia cesariana, a não participação do acompanhante durante o parto, entre outros. (OLIVEIRA et al. 2002)

No final do século XX, as demandas por uma atenção médica baseada em evidências científicas se ampliaram, especialmente nos atendimentos obstétricos. Nesta nova proposta, defende-se a lógica de que o parto deve ocorrer da forma mais natural possível, ou seja, com baixa intervenção médica, partindo-se do pressuposto que mãe e bebê são potencialmente saudáveis, devendo o contrário ser considerado uma exceção. Quando os debates sobre este novo modo de pensar o parto ganham notoriedade, vemos a construção de esforços para sistematizar e analisar os dados

científicos sobre saúde materno-infantil e as vantagens e desvantagens das intervenções no parto (DINIZ, 2001)

Sobre este movimento que visa reformular a mentalidade que norteia a atenção ao parto e a base das críticas que o fundamentam, Tornquist (2002, p. 484), afirma que ele se dá

a partir de dois eixos: um, de que o parto, ao contrário do que postula a versão medicalizada, não é um evento patológico, mas sim existencial e social, vinculado à sexualidade da mulher e à vida da família, e outro, de que o parto hospitalizado introduz uma série de recursos e procedimentos não-naturais (ou mesmo antinaturais) que afastariam tanto a mulher quanto o bebê de sua suposta 'natureza', destituindo-os de seus direitos à vida e à boa saúde.

Diante do exposto, pode-se inferir que a luta por um novo modelo de assistência ao parto se baseia na retomada da ideia de um parto centrado na capacidade natural do corpo feminino, na redução dos números de intervenções médicas durante o parto e ampliação do exercício da autonomia da gestante sobre o próprio corpo. Firmando-se a ideia de que as intervenções médicas são essenciais, apenas, nos casos em que estas sejam a única forma de proporcionar um parto saudável para a parturiente e para o bebê.

A esta luta dá-se o nome de Humanização do parto e surge como uma forma de sistematizar as demandas das gestantes e estudiosas sobre o tema. A partir da ideia da humanização da atenção ao parto, os grupos de reivindicação pautam suas ações para assegurar que o atendimento médico hospitalar seja constituído de uma relação cordial, humanitária e contributiva, que garanta à gestante protagonismo durante o pré-parto, parto e puerpério. (DINIZ, 2001)

Para De Lima et al. (2021, p.02),

A humanização no contexto da assistência obstétrica envolve um conjunto de conhecimentos, práticas, atitudes e posturas, pautadas no diálogo, acolhimento e empatia. Essa política pública de saúde tem impacto direto nos indicadores obstétricos, preconizando as boas práticas na atenção ao parto e nascimento, garantindo cuidados baseados em evidências, com abolição de práticas intervencionistas, respeito à privacidade e a autonomia da mulher durante a gestação, parto, nascimento e puerpério.

O movimento pela humanização do parto é fruto dos esforços de vários atores sociais que se articulam e promovem amplos debates sobre o tema, tendo por objetivo final estabelecer quais são os métodos e as práticas mais adequadas para obtenção de parto centrado na gestante, além de demonstrar quais deles são potencialmente nocivos ao bebê e à gestante .

No Brasil, o movimento por uma reestruturação do modelo de atenção ao parto é fomentada institucionalmente por meio de diversos programas de políticas públicas, nas quais se destacam os programas: Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pela portaria nº 569/2000 do Ministério da Saúde; Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 09 de março de 2004, elaborado pelo Ministério da Saúde; em 2009 foi criado o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal e em 2010 estabeleceu-se o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal; Portaria 1020 GM/MS de 29 de maio de 2013 do Ministério da Saúde Diretrizes para a Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e a Portaria nº 353 de 2017, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, também do Ministério da Saúde. (ANDREZZO, 2016)

Um dos programas mais relevantes na luta pela implementa o das práticas de humaniza o do parto   o programa conhecido como Rede Cegonha), que tem como diretrizes a redu o da mortalidade materno-infantil, a prote o dos Direitos Humanos; a defesa e amplia o dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos dos usuários do SUS, promo o de uma gestão integrada da rede de aten o   saúde, entre outros. (ANDREZZO,2016)

Apesar do not rio reconhecimento que o programa recebe, ele sofre críticas por se caracterizar como um programa que não prevê o estabelecimento de a oes que respeitem a pluralidade de mulheres usuárias do programa, além de falhar na defesa dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos de forma ampla, pois suas a oes são destinadas àqueles que já estão na fase de gesta o ou no puerpério. (ANDREZZO, 2016)

Além das diretrizes e regramentos internos que versam sobre o estabelecimento de uma rede de aten o ao parto que seja pautada nas diretrizes da humaniza o do

parto, existem regramentos internacionais sobre a temática, destacando-se a atuação da Organização Mundial da Saúde, que tem uma forte atuação no sentido de promover e incentivar o estabelecimento de recomendações pautadas em estudos científicos de alto padrão.

4.2.1 A atuação da Organização Mundial da Saúde na luta pela humanização do parto

As discussões sobre a necessidade de se entabular uma nova lógica nas práticas de atenção ao parto se tornou tão relevante, que a Organização Mundial da Saúde, ciente dos debates sobre o tema e dos resultados dos estudos científicos atinentes aos amplos aspectos da atenção ao parto, elaborou um parecer no qual ela estabeleceu quatro categorias de práticas obstétricas, hierarquizadas de acordo com o seu grau de recomendação.

Neste parecer, foram estabelecidas as seguintes categorias

- A- Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas
- B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas
- C- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão
- D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. (OMS, 1996. p.6)

Antes de se ater às práticas propriamente ditas, a Organização Mundial da Saúde se preocupou em definir qual o objetivo da assistência ao parto, desta forma, a OMS (1996, p.10) o define como “ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança.” Objetivo este que coaduna com as demandas levantadas pelos grupos de luta pela humanização do parto, conforme o anteriormente exposto.

As recomendações da OMS são elaboradas dentro de um extenso e bem fundamentado relatório, que tem como base, os estudos científicos mais atualizados e dados obtidos junto aos profissionais e gestantes. Para fins desta pesquisa, nos ateremos à primeira categoria - categoria A - de classificação das práticas, que lista 22 (vinte e dois) itens que são comprovadamente eficazes e, que por isso, devem ser amplamente estimulados.

A categoria A lista práticas que serão utilizadas nas mais diversas fases, incluindo a gestação, o parto e o puerpério. Esta listagem foi feita com base em um critério de hierarquia que organiza as práticas no sentido das mais relevantes até as menos relevantes.

4.3 PLANO DE PARTO: UMA PRÁTICA DEMONSTRADAMENTE ÚTIL

A lista de práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas tem em seu primeiro item, o chamado Plano de Parto, que é o objeto central desta pesquisa e que é definido pela OMS (1996, p. 69) como sendo um “Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família”

Além disso, o relatório afirma que a elaboração do Plano de Parto deve ser precedida da avaliação do risco, devendo ser comunicado ao companheiro(a) e à família da gestante, se for o caso, bem como é indispensável a sua apresentação no início do trabalho de parto. (OMS, 1996)

De maneira ampla, o Plano de Parto é um documento escrito, de caráter legal, que será utilizado para que a gestante expresse suas preferências, suas restrições e expectativas sobre o parto. Seu conteúdo é aberto e poderá abordar questões relacionadas aos procedimentos aos quais recusa, a sua escolha sobre a via de parto preferencial, uso ou não de analgesia, uso de recurso sonoro ou de iluminação durante o parto, entre outros. (MEDEIROS et al, 2019)

O Plano de Parto aparece na literatura especializada desde a década de 1980 e sua estruturação está calcada na necessidade de que a mulher possa tomar decisões informadas sobre o seu parto, além de ser encarado como uma prática capaz de melhorar a relação entre a gestante e a equipe médica que a atende. (ANDREZZO, 2016)

A elaboração do Plano de Parto pressupõe a existência de um grande número de debates e esclarecimentos sobre os mais diversos aspectos do parto, com a apresentação das técnicas mais atualizadas e adequadas para cada parto, respeitando as peculiaridades culturais, sociais e corporais de cada gestante. A

construção do Plano de Parto é extremamente convergente com a reformulação da relação médico-paciente, que pressupõe uma postura ativa do paciente nas escolhas sobre o seu tratamento.

Por pressupor essa elaboração em conjunto, baseada na troca de informações e esclarecimento de dúvidas, o Plano de Parto possui um forte viés educativo que garante à gestante a oportunidade e a capacidade de tomar decisões conscientes e autorreferentes sobre o seu parto, o que caracteriza a decisão informada por excelência. (RODRIGUES, 2017)

A troca de informações e a adequação das expectativas da gestante à realidade do sistema se torna imprescindível quando consideramos o caráter vinculativo deste instrumento, ou seja, uma vez entregue à equipe médica, o Plano de Parto torna obrigatório a sua observância, onde as modificações devem ser consideradas apenas em casos excepcionais e sempre mediante anuência da gestante. (ALMEIDA; PALAZZI, 2021)

De forma a sintetizar a razão de existência do Plano de Parto, Almeida e Palazzi (2021, p. 325) afirmam que

O fundamento principal do Plano de Parto é a humanização do parto e o reconhecimento da gestante como integrante ativa da sua realização, em superação ao estado estritamente médico e tecnicista no qual a prática se encontra hoje. A pretensão é resgatar a naturalidade do processo de nascer e a excepcionalidade de medidas invasivas e farmacológicas; promover o autoconhecimento do próprio corpo da mulher, contribuindo para que se sinta mais confiante e se sujeite menos a violência obstétrica.

Tendo em vista seu fundamento e suas funções, quando elaborado e apresentado à equipe médica no momento do parto, este instrumento se incorpora ao mundo jurídico dos envolvidos e faz com que tenhamos em mente os aspectos relacionados ao seu conteúdo, titularidade e exercício.

4.3.1 Conteúdo, titularidade e exercício

Tendo em vista que o Plano de Parto é um documento escrito e que tem por fito prescrever as intenções sobre as condutas a serem realizadas durante o processo de parto, podemos afirmar que seu conteúdo é vinculativo, ou seja, quando

apresentado à equipe médica, impõe a sua observância, resguardados os casos de excepcionalidade. (ALMEIDA e PALAZZI, 2021)

Sendo a expressão das escolhas sobre o “como” parir, o Plano de Parto relaciona-se com o direito ao Planejamento familiar e assim como ele, tem como pressuposto a titularidade individual da gestante. Apesar desse pressuposto, quando elaborado em uma gestação que se desenvolve com a participação do (a) companheiro(a) da gestante, “são seus titulares a grávida e seu(sua) companheiro(a) e o exercem de maneira compartilhada por um acerto intersubjetivo. Para além deles, a equipe assistencial é partícipe, associada à estruturação das vontades componentes do Plano de Parto”. (ALMEIDA e PALAZZI, 2021, p. 326)

No que diz respeito ao seu exercício, temos a execução do direito sendo realizada de forma individual e personalíssima, razão pela qual não se admite a delegação ou óbices de terceiros, ou seja:

A vontade da parturiente é a diretriz final para a ocorrência do parto dentro da esperada normalidade. Como é sobre o seu corpo que recairão todas as ações médicas, os riscos e dissabores, parece necessário dar à sua escolha importância preponderante em relação ao entendimento do pai/mãe não gestante, quando diverso. A vontade da grávida demanda respeito superior, sendo oferecida livre e esclarecida. (ALMEIDA; PALAZZI, 2021, p. 326)

Quando o Plano de Parto for construído de forma conjugada, o seu exercício também o é, sendo de extrema importância que se busque o consenso entre o casal quando houver divergência sobre alguma escolha a ser tomada, caso o consenso não seja possível, deve-se seguir a observação supramencionada.

4.3.2 As consequências do uso do Plano de Parto

A propositura do Plano de Parto como um instrumento a ser empregado no atendimento obstétrico surge da necessidade de se criar mecanismos que propiciassem um parto mais seguro e com maior autonomia. Com a ampliação do uso do Plano de parto, foi possível verificar qual seu impacto real na experiência das gestantes e nos dados de saúde materno-fetal.

Ao analisar o impacto que o Plano de Parto pode proporcionar para a gestante, Andrezzo (2016, p. 33) afirma que

A prática da construção do Plano de Parto tem como benefícios: possibilitar que as mulheres expressem suas preferências, elevar sua autoconfiança sobre o parir e a sensação de controle, melhorar a comunicação com a equipe, favorecer o empoderamento das mulheres por aumentar seu conhecimento e compreensão sobre práticas do parto, de modo a ajudar em escolhas informadas.

No que diz respeito às possíveis repercussões que o Plano de Parto pode gerar na qualidade da assistência ao parto, Medeiros et al. (2019, p. 02) inferem que

o Plano de Parto oferece aos provedores de cuidados obstétricos detalhes importantes sobre as escolhas das mulheres, orienta a atenção prestada ao longo de todo o processo de parturição e permite ao profissional de saúde oferecer um cuidado personalizado e de qualidade para cada mulher, o que proporciona o estabelecimento de vínculo e favorece o trabalho de parto. O processo de vínculo profissional-gestante e o apoio emocional são medidas eficazes que conferem alívio da dor e tensão do trabalho.

Ao realizar uma revisão integrativa para determinar quais são as possíveis implicações que a elaboração do Plano de Parto pode trazer para a experiência do parto, Medeiros et al. (2019, p.09) conclui que

Considerando que a proposta de humanização do parto baseia-se no tripé: restituição do protagonismo feminino; visão do parto como um evento humano biopsicosociocultural; e vinculação com a medicina baseada em evidências as produções científicas analisadas neste estudo permitem evidenciar que o Plano de Parto é uma tecnologia potencializadora de cuidados humanizados à mulher e recém-nascido. Apresentar um Plano de Parto não significa apenas ter um parto com menos intervenções, mas, para além das repercussões clínicas favoráveis, esta tecnologia desenvolve questões de ordem psicoemocionais, uma vez que, ao mostrarem-se mais preparadas, as mulheres expressaram confiança, autonomia e maior participação no processo parturitivo, o que resulta em um impacto positivo na experiência de parto

Apesar da literatura científica especializada apresentar resultados favoráveis à utilização do Plano de Parto, o seu uso ainda sofre resistência por parte da equipe de atenção ao parto, seja pela inexperiência na sua elaboração, seja no sentimento de que sua autoridade profissional está sendo violada ou na criação de uma tensão na relação gestante-médico. Além disso, a elaboração de um Plano de Parto ainda é bastante escassa, o que pode estar relacionado ao fato de as gestantes desconhecerem sua existência e/ou de seu propósito. (HIDALGO-LOPEZOSA, 2017; MEDEIROS, 2019)

Além das motivações já citadas, a resistência à formulação do Plano de Parto é amplamente impactada pelo fato de que o ambiente acadêmico que forma os profissionais de saúde ainda se pautam pela manutenção de uma mentalidade que

incentiva uma postura profissional prescritora e disciplinadora que, inevitavelmente, se chocará com a necessidade de pensar a atenção ao parto a partir da gestante como centro da atuação. (ANDREZZO, 2016)

Além da permanência desta mentalidade que insiste em colocar o médico como centro do sistema de saúde, o Plano de Parto aparece de forma tímida e inconsistente no que diz respeito ao incentivo para sua implementação e ampliação do seu uso, contrariando as recomendações internacionais e as evidências científicas mais recentes.

No âmbito das políticas públicas, o Plano de Parto está expressamente previsto em duas portarias de âmbito nacional. Na Portaria 1020 GM/MS de 29 de maio de 2013 do Ministério da Saúde destina-se a instituir as Diretrizes para a Organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, o Plano de Parto aparece como uma das atribuições impostas aos serviços hospitalares, conforme a seguinte redação

Art. 10. São atribuições dos serviços hospitalares de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco:

V - **adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento**, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas, e protocolos para a atenção à gestante de risco, **contemplando Plano de Parto**, de acordo com a estratificação de risco; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Já a portaria nº 353 de 2016, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, o Plano de Parto aparece como uma recomendação atrelada ao estabelecimento de comunicação entre a equipe médica e a gestante, conforme o descrito

Para estabelecer comunicação com a mulher os profissionais devem: Se a mulher tem um Plano de Parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 96)

Nesta última previsão, o Plano de Parto surge de forma peculiar, pois sua previsão pressupõe que o Plano de Parto tenha sido elaborado anteriormente pela gestante e dá ênfase às limitações impostas pela precariedade das unidades de atendimento, fazendo com que seu caráter precípuo pareça ter sido eclipsado, especialmente pela

falta de menção aos aspectos relacionados ao exercício da autonomia da gestante e a sua relevância na garantia de um parto mais seguro e humano.

Este quadro é demonstrativo do tensionamento entre os benefícios da elaboração do Plano de Parto e as barreiras institucionais e culturais a ele impostas, impactando diretamente na experiência das mulheres que vivenciaram ou irão vivenciar o momento do parto.

Conforme já mencionado ao longo do trabalho, o Plano de Parto foi elaborado como uma ferramenta que visa propiciar uma melhor relação entre a paciente e a equipe médica, mas antes disso, o Plano de Parto é um meio pelo qual a gestante poderá fazer escolhas autônomas no que diz respeito aos exercício dos seus Direitos Reprodutivos.

O exercício de autonomia durante a elaboração do Plano de Parto é de extrema relevância para que este instrumento possa ser efetivamente válido naquilo que se propõe, que é possibilitar uma maior participação da gestante nas decisões de sua parturição e contribuir para que essas escolhas sejam ponderadas e refletidas.

Ao contrário do que possa parecer, quando se pensa a busca pela ampliação da autonomia da gestante nas decisões sobre o seu parto, não se pretende condicionar a atuação médica a uma posição de neutralidade absoluta; na realidade, o que se espera é uma atuação que permita que a paciente esteja munida de informações e possibilidades que levem em conta suas características pessoais, tanto as relacionadas à sua saúde, quanto às emocionais e sociais.

Cada mulher, cada família e cada equipe médica se encontram em condições particulares e, somente a construção de um diálogo que acolha as peculiaridades de cada momento permitirá um parto com o maior grau de satisfação possível. Neste sentido, cabe à equipe médica uma postura que represente o seu posicionamento quanto à melhor prática para o caso em específico, sem que incorra, porém, em imposição desta vontade.

5 AUTONOMIA: OS MUITOS ASPECTOS DE UM MESMO CONCEITO

Conforme já exposto nos capítulos anteriores, o presente texto dissertativo desenvolve uma análise do Plano de Parto e sua correlação com o exercício dos Direitos Reprodutivos das gestantes. Em razão disso, torna-se necessário o estudo da autonomia como um terceiro elemento a ser observado, uma vez que ela será essencial para uma análise mais robusta do quadro proposto. A autonomia, aqui considerada, será especialmente estudada no que diz respeito às escolhas em saúde e decisões sobre o próprio corpo, tendo em vista que a construção do Plano de Parto é fundamentalmente a elaboração destas escolhas.

Diante disso, elegeu-se como marco-teórico norteador o conceito de autonomia heterônoma conforme o desenvolvimento dado por Renata Pompeu em sua tese de doutoramento, que nos permitirá construir um panorama de modificação do conceito de autonomia ao longo dos séculos, a conceituação da autonomia heterônoma propriamente dita e a sua verificação durante a construção do Plano de Parto.

5.1 ELABORAÇÕES TRADICIONAIS

Assim como outros inúmeros conceitos filosóficos e jurídicos, a autonomia sofreu alterações em seu sentido, para que pudesse se adequar aos ideais, expectativas e mentalidades sociais defendidas em determinados momentos históricos.

Em um primeiro momento, a autonomia surge atrelada à moralidade e portanto, aos ideais religiosos daquele tempo. Nesse contexto, entendia-se que alguns indivíduos seriam incapazes de agir moralmente e que, por isso, seria necessário que eles fossem instruídos sobre quais seriam as condutas moralmente desejadas. (POMPEU, 2012; TEXEIRA, 2018)

Nas palavras de Renata Pompeu (2012, p. 28) “a noção de autonomia que foi relacionada a de moralidade, aparece assim como um exercício “tutelado” da identidade já que dependeria sobremaneira da instrução alheia para se poder realizar”.

Como não poderia deixar de ser, acontecimentos históricos, em especial os movimentos de Reforma e Contra-reforma, fizeram com que surgisse a necessidade

de se repensar o conceito de autonomia, de forma com que esta nova forma de encará-la demonstrasse uma ruptura completa com a ideia de moralidade tutelada e, conseqüentemente, com a estrutura religiosa. É nesse novo contexto que surge a teoria da moralidade como autogoverno. (POMPEU, 2012)

Nesta nova elaboração, o maior expoente é Immanuel Kant, que desenvolve a ideia de que a “autonomia reside na expressão de uma vontade que concede a si própria a sua lei. A vontade, neste sentido, deve querer a sua própria autonomia e que o exercício da liberdade consiste em ser uma lei para si mesma”. (POMPEU, 2012, p. 29) Apesar da relação estabelecida por Kant entre moralidade e autogoverno, não podemos afirmar que autonomia e autogoverno são conceitos equivalentes, uma vez que um indivíduo pode se autogovernar e não ser autônomo.

A elaboração de Kant ganha importância durante o Estado Liberal, e a autonomia passa a ser denominada *autonomia da vontade*, possuindo um caráter profundamente individualista e afastando, ao máximo possível, as intervenções estatais no âmbito das relações privadas. De forma sintetizada, Pompeu (2012, p.70) aduz que “A noção liberalista de autonomia é marcada, desta forma, por uma natureza voluntarista, cujo foco é a vontade compreendida em si mesma, numa manifestação autossuficiente”

Na realidade do Estado Liberal, os principais valores sociais eram a igualdade, a liberdade e a segurança, esta liberdade e segurança estavam simbolizados na ideia de que qualquer indivíduo era igualmente capaz e livre para celebrar um contrato e a segurança residia na ideia de que a palavra avençada em um contrato era lei suprema entre as partes. Em decorrência deste padrão de pensamento, o contrato passa a ser o centro do ordenamento jurídico, símbolo da norma obrigatória e representante do objetivo social, que era a circulação de bens. (TEXEIRA, 2018)

Com a necessidade natural de se reinterpretar alguns conceitos, houve uma bem-sucedida tentativa de promover uma visão menos liberalista da autonomia, na qual os teóricos apresentaram a chamada autonomia privada, pensada como uma forma menos individualista de compreendê-la. Nesta visão, a autonomia permanece como sendo um ato de autorregulação, mas que será exercida a partir da recepção das normas jurídicas da sociedade na qual ela se insere. (POMPEU, 2012)

Deste modo, o exercício da autonomia pressupõe o respeito às limitações impostas pela lei, sendo esta uma das heteronomias existentes e que devem ser levadas em consideração durante o estabelecimento dos compromissos entre os indivíduos. De acordo com Renata Pompeu (2012, p. 73), “receber as normas que compõem essa constelação denominada ordenamento jurídico é um efetivo exercício de liberdade e somente não seria caso se acreditasse na autonomia sem sua natureza heterônoma.”

Uma das consequências da teoria kantiana é a compreensão da autonomia como um alto grau de individualismo, fazendo com que ela seja pensada como uma completa ausência de constrangimento em seu exercício. Esta mentalidade foi fundamental para que a autonomia tenha as características tradicionais consideradas atualmente, mas recentemente começam a despontar estudos que buscam compreender a autonomia como uma conduta que emancipa o indivíduo e que se constrói intersubjetivamente. (POMPEU,2012)

5.2 NOVAS PERCEPÇÕES: AUTONOMIA HETERÔNOMA

Seguindo a ideia de que os conceitos teóricos são reinterpretados e reformulados a partir das necessidades e os ideais sociais de seu tempo, destacou-se nos últimos anos as elaborações teóricas que percebem a autonomia como um elemento que só se desenvolve a partir da intersubjetividade. Neste sentido, Miracy Gustin (1999, p. 32) infere que

Autonomia deve ser compreendida, portanto, como de natureza social, e o indivíduo só pode apreender o significado a partir da interação social com os demais. A validação intersubjetiva é necessária para realização da condição de autonomia. Em face disso, torna-se inadmissível a interpretação da autonomia no sentido de auto-suficiência, entendida esta como necessidade do indivíduo isolado e que se auto-satisfaz no isolamento.

Nesta tendência, Renata Pompeu nos apresenta a Autonomia Heterônoma que se constitui como uma nova forma de compreender o exercício da autonomia privada, dando a ela uma elaboração que permita sua existência sem que estabeleça parâmetros idealizados para seu exercício e que a torne compatível com o arcabouço mental e social que o indivíduo carrega consigo e do qual não pode se despir por completo.

Antes de adentrarmos na teoria propriamente dita, uma análise gramatical básica nos apresenta alguns pontos importantes para a compreensão da temática. De acordo com o Dicionário Oxford Languages (2021), a palavra Heteronomia significa

1. sujeição a uma lei exterior ou à vontade de outrem; ausência de autonomia.
2. qualidade ou estado do que é heterônomo.
3. Segundo Kant 1724-1804, sujeição da vontade humana a impulsos passionais, inclinações afetivas ou quaisquer outras determinações que não pertençam ao âmbito da legislação estabelecida pela consciência moral de maneira livre e autônoma.

Em uma breve análise, pode-se perceber que a definição de heteronomia está atrelada à ideia de que a existência de elementos exteriores e interiores que não sejam estritamente a vontade do agente, implica na completa falta de autonomia do indivíduo. É exatamente contra esta percepção purista que Renata Pompeu desenvolve a teoria de uma autonomia heterônoma, pois ela admite como inevitável a existência dos elementos de heteronomia sem que eles excluam a possibilidade de um agir autônomo.

De acordo com Renata Pompeu e Ivan Pompeu (2011, p. 128)

A autonomia sofre assim influências múltiplas na sua realização. Essas influências passam por preocupações e valores de ordem existencial, transitam pelas condutas juridicamente proibidas e obrigatórias que impõem determinados comportamentos, bem como passam pelas influências da racionalidade econômica

O modelo kantiano de autonomia sofreu críticas em razão de impor a necessidade de que haja um tipo puro de autogoverno, onde não exista qualquer elemento que limite a vontade individual do agente e é aí que a autonomia heterônoma surge como um modelo capaz de tornar o exercício da autonomia algo factível. De acordo com Renata Pompeu (2012), estudiosa do assunto, a autonomia deve ser considerada a partir da ideia de heteronomia, o que permitirá que se aceite a existência de diferentes graus de comportamentos livres.

A autora define a autonomia como “poder juridicamente reconhecido para a construção da individualidade situada também nos domínios do direito público” (POMPEU, 2012, p.23) Para ela, a autonomia é uma das formas utilizadas para que o indivíduo desenvolva sua liberdade e ela será externalizada após o

estabelecimento de uma série de ponderações travadas entre o sujeito e ele mesmo, considerando fatores que já fazem parte de seu arcabouço mental e que servem de parâmetro de análise para as suas tomadas de decisões.

Para Renata Pompeu e Ivan Pompeu (2010, p. 3578)

A noção de autonomia privada não pode ser compreendida como algo absoluto e que sofre limitação externa, mas sim como um poder que se exerce entre outros autores do processo de construção social, e em razão disso, deve ser moldado (ou até, caso se preferir, sofrer limitações internas) com pressuposto para a realização de um existir dialógico.

A autonomia é um dos elementos da construção da identidade do sujeito no qual o indivíduo será capaz de fazer escolhas baseadas em seu discernimento, no que diz respeito ao exercício de seus direitos. Por isso, ao pensarmos a autonomia, é necessário que se tenha em mente que o exercício da autonomia está atrelado à ideia de propósito e deliberação consistidas na articulação entre o desejo/preensão do agente e os modos de conseguí-los. Tendo em vista que o agente escolhe o seu propósito e delibera sobre seus aspectos, pode-se inferir que ele também irá calcular a assunção de responsabilidade pelas suas decisões. (POMPEU, 2012)

A autonomia heterônoma pressupõe a existência de alguns aspectos que devem ser considerados para o seu perfeito desenvolvimento. Estes pressupostos servem como localizadores da autonomia heterônoma dentro da realidade social presente. E constituem seu arcabouço de análise. Estes aspectos serão tratados de forma sintetizada ao longo deste capítulo, de forma a se esboçar um panorama geral da autonomia heterônoma.

5.2.1 A autonomia heterônoma e a racionalidade

Quando se trata de autonomia, é comum que surjam questionamentos sobre a existência, ou não, de indivíduos incapazes de serem autônomos em razão de serem considerados irracionais. No desenvolvimento de sua tese, Renata Pompeu (2012) afasta a ideia da existência de indivíduos que sejam irracionais, pois para ela todo indivíduo é capaz de racionalizar e ponderar suas escolhas, podendo este processo ser mais ou menos racional, considerando o grau de complexidade e a amplitude das ponderações realizadas pelo sujeito.

De forma exemplificativa, a autora (POMPEU, 2012, p.24) declara que “o que muitas vezes se afirma como irracionalidade, representa uma forma simplória, impulsiva e pouco refletida de desenvolvimento da liberdade”

Estabelecido que não se pode falar em irracionalidade do indivíduo, torna-se imperioso apresentar a percepção de racionalidade adotada pela autora, conforme o que foi desenvolvido por Habermas. Neste entendimento, a racionalidade se subdividiria em categorias que viabilizam a emancipação do sujeito, que são a racionalidade epistêmica, a racionalidade teleológica e a racionalidade comunicativa. O conjunto destes modos de exercer a racionalidade viabiliza o agir autônomo, por meio da deliberação e reflexão. (POMPEU, 2012)

Para o desenvolvimento da racionalidade epistêmica é necessário que os agentes ponderem sobre suas escolhas, e o façam por meio de um processo onde o saber seja colocado em teste, podendo ser experimentado, e caso necessário, possa ser revisado e a decisão reconsiderada. (POMPEU, 2012)

A racionalidade teleológica se fundamenta na ideia de uma ponderação entre fins e meios. Nas palavras de Pompeu (2012, p. 37)

Essas deliberações organizam um agir por meio de projetos para que se atinjam finalidades desejadas por seus agentes. Assim, como no caso contratual, é desejável informação razoável sobre as metas, para que possa decidir como proceder. Porém, deve ser considerado, especialmente em âmbito contratual, que sempre haverá assimetria de conhecimento.

Um ponto importante a se extrair desta citação é o fato da autora considerar a realidade existente no que diz respeito ao fato de que as pessoas não possuem o mesmo grau de conhecimento sobre todos os assuntos que tocam a existência e necessidades humanas, mas a autonomia heterônoma não exige esta igualdade, bastando que o indivíduo possa ponderar suas escolhas a partir do processo deliberativo.

O último nível de racionalidade é a chamada racionalidade comunicativa, que se estabelecerá como a viabilizadora de um entendimento mútuo entre as partes. Este entendimento se estabelece por meio do processo de deliberação, ou seja, em uma realidade dialógica. Sobre a relação entre esta racionalidade e a dialogia, Renata Pompeu (2012, p. 38) estabelece que “A dialogia se expressa por meio dessa

racionalidade quando as expressões linguísticas servem para expressar os outros níveis de racionalidade, mas também para representar dados sobre a realidade e estabelecer laços interpessoais compartilhados”

A suposta irracionalidade do sujeito se configura como uma forma limitada de exercício da autonomia, este maior ou menor grau de racionalidade será estabelecido de acordo com o grau de influência que os elementos de heteronomia têm sobre o sujeito, ou seja “não há agente irracional, mas sim expressões verdadeiramente limitadas de racionalidade” (POMPEU, p. 41)

O exercício da autonomia representa o confronto do agente frente aos elementos de heteronomia e a racionalidade se constrói por meio do desenvolvimento dos níveis de competência do sujeito. Desta forma, ao considerar a existência de diferentes graus de racionalidade, a autonomia heterônoma faz com que uma série de indivíduos sejam considerados como portadores do poder de agir autonomamente, mesmo quando esta racionalidade for limitada por suas características pessoais e pelo agir interativo.

5.2.2 Autonomia heterônoma e a dialogia

Ao discorrer sobre a autonomia heterônoma, Renata Pompeu (2012) estabelece que um dos pressupostos para o exercício da autonomia é a dialogia, cuja caracterização não se limita aos elementos de fala e oralidade, podendo um sujeito ser competente para o diálogo e possuir diferentes níveis de autonomia. Este pressuposto nasce do fato de que a autonomia se constrói em um ambiente de intersubjetividade e este é desenvolvido pela capacidade dialógica dos indivíduos.

A dialogia se configura para muito além da mera expressão da fala, pois “a competência linguística se dá no campo do reconhecimento do interlocutor, na capacidade de persuasão, na qualidade dos argumentos, na atuação idônea, ética e estética” (POMPEU, 2012, p. 46)

De acordo com a definição dada por Renata Pompeu (2012, p.47) a dialogia é

estrutura de mediação que privilegia a argumentação e a inclusão das partes na construção do vínculo obrigacional. A dialogia não só inclui a efetiva argumentação, mas a comunicação como fundamento da autonomia, presumindo então relações fundamentadas na boa-fé e na alteridade.

A dialogia se torna fundamental para a construção de compromissos entre os indivíduos, pois será por meio dela que eles poderão participar do processo deliberativo, considerando argumentos, contra-argumentos, reformulações e regressões, garantindo que cada decisão seja tomada de forma refletida e justificada. (POMPEU, 2012)

Ao tratar do desenvolvimento da autonomia a partir da dialogia, Miracy Gustin (1999, p. 31) aduz que

Uma pessoa só é autônoma em relação ao outro justamente quando, através de formas discursivas, for capaz de justificar suas escolhas e decisões de ação perante o outro. Isso porque os indivíduos não nascem autônomos. É no desenvolvimento psicossocial e através da comunicação de valores e de regras que se torna viável a uma pessoa o desenvolvimento da autonomia crítica.

Desta forma, um dos fatores que influenciam no sucesso da autonomia é o uso da prática discursiva, sucesso este que será proporcional ao grau de compromisso que for estabelecido entre os envolvidos na relação a ser estabelecida. Nas palavras de Pompeu (2012, p. 39) “Os níveis de adesão ao discurso ou às pretensões de validade de cada interlocutor são variáveis e disto dependerá o melhor desenvolvimento do contrato, ou, de maneira genérica, o compromisso.”

No estabelecimento de um quadro ideal de criação de compromissos, idealiza-se a obtenção de um entendimento mútuo entre as partes, mas considerando a realidade factual, sabe-se que esta é uma possibilidade remota e é por isso que os gradientes de racionalidade se mostram tão relevantes, tendo em vista que eles serão distintos entre os sujeitos que participam da relação dialógica. (POMPEU, 2012)

Considerando a pluralidade existente em uma sociedade, especialmente nas sociedades, que a exemplo do Brasil, possuem grande abismo social, é necessário que se atente para o fato de que “o agir comunicativo ou dialógico somente pode ser afirmado em realidades de inclusão, para a participação em condições semelhantes dos sujeitos de direito na urdidura dos compromissos obrigacionais”. (POMPEU, 2012, p. 51)

Sobre diferenças substanciais entre os indivíduos e o papel do Direito nesses caos, Renata e Ivan estabelecem que

O que se espera então do Estado Democrático de Direito é o reconhecimento da autonomia em meio às heteronomias. E naquelas situações em que a heteronomia tenha mais influência, ou seja, os sujeitos de direito atuem mais por necessidade, por imposições do que por autonomia o Estado possa dedicar proteção especial, aí sim diante de uma real vulnerabilidade da parte.

Ainda sobre a relação entre a autonomia heterônoma e o arcabouço normativo, é necessário ter em mente que a autonomia é executada dentro de uma realidade individual, mas que será vivenciada no âmbito coletivo e social, devendo por isso, estar adequada ao universo jurídico no qual se insere. Nas palavras de Pompeu (2012, p.69)

O interesse público que se afirma como pressuposto da autonomia reside na exigência de sua atuação dentro da realidade normativa permitida, bem como diante de sua natureza essencialmente lícita e funcional, a promover atos de promoção de valores legalmente protegidos, como a sempre invocada, dignidade da pessoa humana.

Quanto mais se aprofunda no estudo da autonomia, mais se escancara o fato de que ela sofre interferências de elementos alheios, impondo-lhe resistência mais ou menos fortes, que são os denominados elementos de heteronomia.

Observada a natureza intersubjetiva e discursiva da autonomia, fica possível visualizar sua natureza heterônoma. Isto significa dizer que existem programações mentais, sociais e culturais que influenciam qualquer processo decisório, ou seja, o exercício da autonomia do indivíduo. Essas programações são particulares a cada interlocutor e se configuram como os chamados elementos de heteronomia. (POMPEU, 2012)

Sobre os elementos de heteronomia existentes no exercício da autonomia, Pompeu (2012, p. 40) os sintetiza da seguinte maneira

A autonomia movimenta-se nesse amálgama de variáveis, entre sugestionamentos da cultura, em especial as formas idealizadas de pensamento que, muitas vezes, os sujeitos sequer se dão conta de sua influência. Compreender a inerente heteronomia existente no agir autônomo é decisivo para transitar no universo do contrato, caso contrário estar-se-ia fazendo apenas um estudo idealizado de um modelo contratual.

A heteronomia baseada em cultura é estabelecida a partir de modelos idealizados de comportamento culturais de determinada sociedade. Serão estes modelos idealizados que impõem nortes preestabelecidos de exercício da autonomia. Já a

heteronomia de caráter social se fundamenta no aprendizado ou conhecimento prévio que os indivíduos possuem sobre determinados temas. (POMPEU, 2012)

Relacionando os elementos de heteronomia e a construção das decisões sobre saúde, que é uma das temáticas centrais desta pesquisa, pode-se perceber que toda decisão do paciente e atuação do profissional está eivada de elementos de heteronomia de ambos os lados e que o sucesso dessa relação está intimamente ligada à habilidade dialógica das partes e seu comprometimento com ela.

5.2.3 Autonomia Heterônoma Existencial

A autonomia privada surge intimamente ligada aos interesses patrimoniais, e é cada vez mais comum nos depararmos com a autonomia sendo exercida em situações nas quais não se pode identificar em um conteúdo patrimonial, pelo menos não *a priori*. As relações que se estabelecem sobre elementos que não se enquadram dentro da noção tradicional de patrimônio, são chamadas de existenciais.

O estudo da autonomia privada existencial se faz indispensável à temática central deste trabalho, que é a construção do Plano de parto, pois este se baseia na ideia de tomadas de decisões sobre o corpo e saúde da gestante e de sua prole, além de ser a externalização das expectativas da família em relação ao parto, caracterizando-se como temáticas que constituem o núcleo da extrapatrimonialidade.

Neste contexto, temos a ocorrência da chamada autonomia existencial, que foi definida por De Castro (2017, p. 101) como sendo

a autonomia existencial é espécie do gênero autonomia privada e se configura como instrumento da liberdade individual para realização das potencialidades da pessoa humana e de seus interesses não patrimoniais, incidindo nas situações jurídicas subjetivas situadas na esfera extrapatrimonial, cujo referencial objetivo é o próprio titular no espaço de livre desenvolvimento da personalidade”

Uma das características principais da autonomia existencial é que ela deve ser protegida de forma com que se garanta a função que se espera de determinado acordo e a dignidade humana, sem que se abandone a preocupação de garantir a compatibilidade entre os interesses individuais e a realidade social afetada por esses interesses. A autonomia existencial é o principal expoente da garantia da

emancipação pessoal, uma vez que representa o núcleo mais subjetivo de temas atinentes à construção de um projeto pessoal de vida. (DE CASTRO, 2017)

A necessidade de se formular uma categoria própria de autonomia nas relações existenciais se deve ao fato de que as diferenças entre os acordos de cunho patrimoniais e existenciais, não sejam consideradas numa aplicação pura dos regramentos patrimoniais sobre as demandas de cunho existencial. Deste modo, fez-se necessário a criação de um sistema adaptado de regramento para essas situações. (BROCHADO, 2018)

Uma importante teoria desenvolvida para compreender a autonomia existencial em suas peculiaridade é a chamada *Teoria Tríplice da Autonomia Privada Existencial*, que classifica os atos de autonomia em categorias baseadas em seus efeitos e seu impacto externo. (DE CASTRO, 2017)

Considera-se a existência de três categorias, por isso o nome de Teoria Tríplice. A primeira categoria é a de *I - Atos de autonomia de eficácia pessoal*, que abarca os atos que são praticados pelos indivíduos e que só produzem efeito em seu próprio campo jurídico, ou seja, que não afetam e não correm o risco de afetar a esfera jurídica de um terceiro. A segunda categoria é composta pelos *II - Atos de autonomia de eficácia interpessoal*, que se configuram como aqueles atos que apesar de serem tomados na esfera pessoal do indivíduo, lesionam ou possuem potencial para lesionar a esfera jurídica de pessoas alheias à tomada de decisão. Nesses casos, existe um terceiro individualizado que pode requerer a limitação dos atos de autonomia que violaram ou podem violar seu espaço jurídico. Por último, temos a categoria dos *III- Atos de Autonomia de Eficácia Social*, que se caracterizam como aqueles atos que ao serem praticados dentro da esfera subjetiva do agente, geram efeitos jurídicos diretos e imediatos em esferas jurídicas distintas e indeterminadas. Devido à dificuldade de determinar a extensão do impacto dessas condutas, é necessário que se considere a existência de limitações gerais aos atos de autonomia que são potencialmente danosos para a coletividade. (DE CASTRO, 2017)

Importante destacar que os atos de autonomia só deverão ser considerados como potenciais para sofrer violações quando estes se conformarem como sendo

violadores de normas jurídicas, devendo as limitações serem estabelecidas dentro do estrito espaço de constitucionalidade e jamais considerarem como fundamentos de limitação, o arcabouço moral de um determinado grupo.(DE CASTRO, 2017)

Recordando-nos do conceito de Plano de Parto e sua função precípua, podemos estabelecer que as decisões tomadas pela gestante durante a construção do seu Plano de Parto, caracterizam-se como sendo um ato de autonomia de eficácia interpessoal, uma vez que para além do impacto sobre o seu próprio corpo, as escolhas impactam a saúde do feto, no preparo e na atuação da equipe médica e também se relaciona com a construção das expectativas do pai da criança ou da mãe não gestante.

Esta apresentação da autonomia heterônoma, considerando seu caráter próprio nas relações existenciais, nos permite fundamentar uma observação mais aprofundada do Plano de Parto, abarcando aspectos que serão fundamentais para compreender o seu uso como um viabilizador do exercício dos Direitos Reprodutivos.

5.3 A AUTONOMIA HETERÔNOMA NA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE PARTO

Sendo a autonomia um “poder juridicamente reconhecido para a construção da individualidade” (POMPEU, 2012. p. 23), temos no conteúdo do Plano de Parto a expressão fática dessa construção no que diz respeito às decisões sobre o corpo e a saúde da gestante.

Como já mencionado no capítulo anterior, o momento da gestação é uma fase complexa na vida da mulher, pois demanda a consideração de aspectos múltiplos da vida humana, tais como saúde, cultura, expectativas individuais e familiares, planejamentos de vida e somado a estes, informações científicas que a gestante não domina de forma profissional e as pressuposições e condicionamentos sociais que ela já possuía antes mesmo da concepção. (LEITÃO, 2010)

Diante disso, temos a expressão máxima da autonomia heterônoma na qual nos deparamos com os elementos básicos da formulação apresentados por Renata Pompeu, tais como os elementos de heteronomia, a relação intersubjetiva de sua construção, a dialogia desenvolvida entre os atores desta elaboração etc.

Um importante ponto que precisa ser retomado, diz respeito à forma com que as gestantes ainda são vistas pela sociedade e mais especificamente pelos profissionais de saúde. Hodiernamente, a visão predominante é a de que a gestante possui um corpo essencialmente defeituoso e que por isso, são incapazes de decidir livremente sobre os detalhes do seu parto e os procedimentos a que serão submetidas. Em razão disso, a equipe médica teria o dever de tomar para si as decisões sobre o parto e submeter as gestantes a elas. (LEITÃO, 2010; ANDREZZO, 2016; RODRIGUES, 2017)

Esta é uma visão que se encontra em declínio, uma vez que ela nega à gestante o exercício de sua autonomia e dos seus Direitos Reprodutivos. Neste sentido, o Plano de Parto surge como uma ferramenta para que a gestante possa tomar parte no processo decisório sobre sua saúde e parturição.

Quando analisamos o Plano de Parto a partir da autonomia heterônoma, temos a clarificação de alguns pontos importantes e que não seriam abarcados por uma visão tradicionalista da autonomia privada. O primeiro ponto a se destacar é o fato de que a construção do Plano de Parto se dá a partir de uma realidade que está eivada de elementos de heteronomia, tais como as concepções prévias que a gestante tem sobre o parto, as suas experiências anteriores, suas expectativas individuais e de sua família, entre outros.

Em um modelo tradicional de autonomia, a existência desses elementos internos e externos que influenciam nas tomadas de decisões, seriam encarados como impeditivos do exercício de autonomia, mas estes mesmos elementos existem como pressupostos na autonomia heterônoma e ela se desenvolve a partir deles.

Cada relação dialógica estabelecida será impactada por diferentes elementos de heteronomia que se relacionam com as demandas próprias daquela interação. Dessa forma, os elementos de heteronomia contidos nas interações realizadas entre a gestante e a sua equipe médica, são características dos atinentes às escolhas sobre o parto.

A individualidade dos sujeitos envolvidos geram uma série de elementos de heteronomias próprios e que sofre variações impossíveis de serem listadas, mas

existem algumas heteronomias que são próprias da estrutura social na qual a relação se estabelece e que podem ser identificadas dentro de um padrão de similaridade. No caso das heteronomias oriundas do processo dialógico entre a gestante e a equipe médica, pode-se identificar:

I- A crença, culturalmente enraizada, de que os profissionais da saúde são os únicos capacitados a fazer escolhas sobre a saúde do paciente;

II- O complexo distanciamento social existente entre os pacientes e os profissionais da medicina, especialmente quando consideramos pacientes das camadas mais pobres da sociedade;

III- A cultura intervencionista e de mentalidade curativa que está presente na formação dos profissionais de saúde, destacando-se os profissionais da obstetrícia;

IV- A estrutura fordista instalada nos ambientes hospitalares e a crença de que o parto precisa ser o mais rápido e medicalizado possível;

V- As crenças populares que impõem percepções negativas sobre o processo de gestar e de parir;

VI- A ideia de que a dor associada ao parto é algo insuportável e que deve ser evitado;

VII- A percepção de que superado estágio de pré-maturidade é possível obter um parto adiantado sem riscos;

VIII- O baixíssimo conhecimento acerca do sistema reprodutor feminino e da gestação como um todo;

IX- As expectativas construídas ao longo do planejamento da gestação e da gestação;

X- O receio de se expressar livremente sobre todos os aspectos da gestação, especialmente sobre aqueles que se relacionam com a saúde mental e emocional;

Este é um rol exemplificativo do número e da variedade de elementos de heteronomia que estão presentes em uma relação surgida no atendimento pré-natal,

o que demonstra a complexidade de se estabelecer uma relação dialógica neste contexto.

É neste sentido que o Plano de Parto surge como um viabilizador desse momento dialógico, permitindo que se estabeleça um processo decisório mais racional, com um maior grau de ponderação e amplitude dessas escolhas. Entretanto, isso só será concretizado quando, no processo intersubjetivo, todos os participantes estiverem voltados para a execução de um objetivo compartilhado, que neste caso será a elaboração de um Plano de Parto baseado na tomada de decisões autônomas por parte da gestante e de seu/sua parceiro(a).

Nesta perspectiva, o papel da equipe de assistência pré-natal é a de conduzir a elaboração do Plano de Parto, tendo ciência das principais heteronomias que afetam a relação médico-paciente e tentar fazer o balizamento destas com as heteronomias trazidas à baila pelas características pessoais da gestante ou do casal.

Deste modo, viabiliza-se que as decisões da gestante sobre o seu parto sejam constitutivas de um agir autônomo, uma vez que elas são elaboradas a partir da articulação entre propósito e deliberação em que a gestante estabelece seus desejos e expectativas e em conjunto com a equipe médica, delibera quais são os meios possíveis para alcançar este propósito, fazendo frente aos elementos de heteronomias existentes naquele processo.

De acordo com o exposto neste capítulo, pode-se afirmar que o Plano de Parto permite que a gestante faça uso dos três graus de racionalidade, conforme proposto por Renata Pompeu e baseado na categorização desenvolvida por Habermas. A racionalidade epistêmica é exercitada quando a paciente pondera as escolhas que havia estabelecido, colocando-as em um processo de testagem e de reconsiderações a partir das informações e experiências novas adquiridas ao longo do processo de gestação.

A seu tempo, a racionalidade teleológica se apresenta no momento em que estabelecidos os seus desejos, a gestante passa a traçar juntamente com a equipe de parto os melhores caminhos para obtenção de seu projeto final. É neste momento em que as informações sobre saúde e métodos de cuidados obstétricos se tornam

fundamentais, mesmo que não se tenha a expectativa de que a gestante domine as informações de saúde de forma aprofundada.

Por último, a racionalidade comunicativa é exercida de forma global durante todo o tempo de cuidados pré-natais e se intensifica durante a produção do Plano de Parto, pois é a partir dela que os envolvidos no processo de parto construirão um acordo mútuo que busca acolher as necessidades e escolhas da gestante, dentro da realidade do atendimento médico-hospitalar.

Na construção do Plano de Parto, um dos elementos que se destacam no estabelecimento do agir autônomo é a dialogia existente durante todo o processo e sem a qual o Plano de Parto não poderia existir, sendo, portanto, o seu fundamento basilar. Fazendo uma nova menção às palavras de Renata Pompeu (2012, p.) a dialogia é

estrutura de mediação que privilegia a argumentação e a inclusão das partes na construção do vínculo obrigacional. A dialogia não só inclui a efetiva argumentação, mas a comunicação como fundamento da autonomia, presumindo então relações fundamentadas na boa-fé e na alteridade

Esta é a definição que representa o fundamento de existência do Plano de Parto, uma vez que sua criação foi pensada de modo a garantir que a gestante e equipe médica pudessem estabelecer um vínculo onde houvesse o fortalecimento da autonomia da gestante e uma relação de maior equidade entre as partes.

Um Plano de Parto que reflita um agir autônomo e que permita o livre exercício dos Direitos Reprodutivos das gestantes só é possível quando há um efetivo agir dialógico, pois será este agir que permitirá a construção do processo deliberativo, onde a gestante apresenta seus argumentos, medos e expectativas e experiências e tem como contra-argumentação a explanação dos fatos, o acolhimento das inseguranças, informações sobre as possibilidades disponíveis e etc. Este processo de formação é o que permitirá às gestantes fazer escolhas de forma refletida e que poderão ser justificadas de forma racionalizada.

O sucesso do Plano de Parto será proporcional ao grau de comprometimento estabelecido durante a sua elaboração, pois é este o fator que indicará o maior ou menor grau de autonomia e, portanto, a efetividade do Plano de parto, conforme idealizado em sua criação.

Sendo a relação gestante-médico ainda muito permeada por condutas paternalistas e na qual há, inevitavelmente, um desnivelamento entre os conhecimentos técnicos entre os dois pólos dessa relação e a necessidade inevitável de passar pelo parto, faz-se necessário que se observe a demanda da criação de mecanismos de inclusão dessa gestante no processo do agir comunicativo, para reduzir o risco de que as heteronomias se comportem como supressoras do agir autônomo e permitir que elas existam em consonância com ele.

6 UMA ANÁLISE DA REALIDADE FRENTE ÀS DIRETRIZES CIENTIFICAMENTE SUSTENTADAS

Conforme o explicitado no capítulo 2 deste trabalho, para que seja possível fazer inferências sobre os partos realizados no município de Ouro Preto, lançou-se mão dos dados coletados e organizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que dão conta dos partos realizados neste município entre os anos de 2017 a 2019.

A análise dos dados foi realizada tendo como fundamento de comparação, as recomendações da Organização Mundial da Saúde para a obtenção de um parto mais saudável e seguro, conforme o texto do “Assistência ao Parto Normal: um guia prático” editado em 1996 e que ainda se mantém vigente. Importante destacar, que para fins destas recomendações, a OMS (1996, p. 09) define o parto normal como

Definimos parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições.

Apesar do documento ter sido elaborado levando em conta uma definição de parto normal que está atrelado a uma ocorrência de baixo risco, no próprio corpo do texto, a OMS declara que “como o trabalho de parto e o parto de muitas gestantes de alto risco têm um curso normal, várias recomendações deste documento também se aplicam à assistência dessas mulheres.”(OMS, 1996, p. 09) Dessa forma, as recomendações elencadas são um parâmetro adequado para uma avaliação global dos números de partos elencados nos Indicadores de Atenção Materna e Neonatal.

A presente análise, além do já exposto, também se norteará pelo pressuposto de que “o objetivo da assistência é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança. Esta abordagem implica em: No parto normal, deve existir uma razão válida para interferir no processo natural”. (OMS, 1996, p.10)

Estas considerações iniciais sobre a condução da análise dos dados devem ser mantidas em mente durante todo o processo de exposição dos números

encontrados e das inferências realizadas em decorrência deles, pois desta forma será possível coordenar as deduções com as fundamentações teóricas já explicitadas.

6.1 O PARTO CESÁRIO COMO UMA EXCEPCIONALIDADE

O parto cesáreo é uma das vias de parto existentes e se caracteriza por ser uma via de parto cirúrgica cuja aplicação se destina, exclusivamente, às gestações nas quais o parto natural representa um grave risco de morte para a mãe e/ou para o bebê. Quando bem indicada e conduzida, a cesariana é extremamente importante na redução no número de mortes materno-infantis, mas quando realizadas fora da estrita necessidade, esta conduta pode gerar riscos desnecessários para a gestante e para o feto. (CONITEC, 2016)

Com a taxa de sucesso, o aprimoramento do método e o maior controle do parto, quando realizado cirurgicamente, a cesariana se popularizou em todo mundo e sua prática tomou o protagonismo no que diz respeito à eleição da via de parto. Apesar de termos convivido por muitos anos com a ideia de que a cesariana é a via de parto correta, mais limpa e saudável, surge, desta mentalidade, um quadro alarmante no número de realizações desse procedimento, que caracteriza a desvirtuação de seu caráter excepcional e de empregabilidade limitada.

No Brasil, as taxas de cesarianas realizadas estão aumentando de forma considerável desde o ano de 1990, mas foi no ano de 2009 que os números de partos cesáreos ultrapassaram o número de partos normais realizados no país, totalizando 52% do no número total de nascimentos (DOMINGUES et al, 2014). Em um relatório apresentado sete anos após o país atingir esta marca, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, anunciou que cerca de 56,7% dos nascimentos no território brasileiro são realizados por cesariana; se considerarmos a divisão das instituições de saúde, temos 80% de cesarianas na rede privada e 40% na rede pública de saúde (CONITEC, 2016). Esses números demonstram a predominância desse modo de parir, num contraste com o parâmetro máximo ideal de cesáreas defendido pela Organização Mundial da Saúde.

A Human Reproduction Programme da Organização Mundial da Saúde (2015, p. 02) afirma que “nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos.” Esse percentual foi confirmado por estudos científicos parametrizados, produzidos e monitorados pela própria Organização Mundial da Saúde.

Neste sentido, Martins-Costa e Ramos (2005, p. 573), prescrevem que

Apesar dos notáveis avanços da medicina perinatal, fazendo com que em muitas vezes uma cesariana eletiva possa ou deva ser a melhor alternativa para salvaguardar a saúde da mulher e de seu filho, o certo é que a grande maioria das mulheres e dos neonatos são capazes de atravessar de maneira saudável o crítico momento do nascimento, sem necessidade de nenhuma intervenção médica. Uma boa medicina pressupõe o entendimento dos processos fisiológicos e, embora possam ocorrer disfunções, a gravidez e a parturição normais são processos fisiológicos.

Deslocando a eleição da via de parto, dos profissionais para as gestantes, Copelli et al (2015, p. 338) apontam que apesar de alguns estudos indicarem que a escolha pela cesárea aumenta à medida que o poder aquisitivo se amplia, um

Estudo divergente mostra que a maioria das mulheres, seja qual for seu perfil sócio demográfico, não tem preferência pela cesariana, mesmo sendo submetida a esse procedimento, pois cerca de 70 a 80% das gestantes, de serviços públicos ou privados, preferem parto normal.

Diante do anteriormente exposto, questiona-se o motivo pelo qual há um número tão elevado de partos por cirurgia cesariana, tendo em vista que os estudos científicos mais recentes indicam que não há razões clínicas que sustentem a necessidade desse procedimento em índices superiores a 15% e que esta não é a vida de parto preferencial das gestantes.

Ao analisarmos os números de partos realizados em Ouro Preto, a partir da via de parto eleita, temos os seguintes dados

Tabela 1: Número de partos vaginais versus número de partos cesáreos

Ano	Números totais	Parto Vaginal	Parto Cesáreo
2017	100% / 673	44.28% / 298	55.72% / 375
2018	100% / 647	47.76% / 309	52.24% / 338
2019	100% / 636	45.60% / 290	54.40% / 346

Fonte: ANS, 2021

Estes dados nos fornecem uma média onde 54.14% dos partos foram realizados por cesariana, o que representa uma média 3,61 vezes maior que o limite máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Apesar de ter ocorrido uma leve queda no número de cesáreas realizadas no ano de 2018, esta via de parto se manteve como a mais utilizada, e em patamares muito superiores ao parâmetro clinicamente justificado.

Um importante dado extraído dos indicadores e que merece ser observado é a média de cesarianas realizadas no Município e a média dos procedimentos realizados no estado de Minas Gerais. Enquanto o município detém a média de 54.14% dos partos realizados por cesariana, o estado apresenta uma média de 65.61%, o que demonstra que a cidade de Ouro Preto apresenta índices ligeiramente melhores do que a média do estado, mas ainda sim se encontra muito distante de dados que se adequem aos ideais de um atendimento obstétrico de qualidade, ou seja, “com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança”(OMS, 1996, p.10).

Em conjunto com a observação das taxas de partos cesáreos, realizou-se a identificação dos índices de partos vaginais realizados no mesmo período e território, mas antes de apresentar os dados propriamente ditos, é necessário estabelecer algumas ponderações sobre esta via de parto.

O parto vaginal é o que também se denomina parto normal, que consiste na expulsão do feto pelo canal vaginal da parturiente, o uso do termo “normal” está

ligado ao fato de que esta é a via de parto que se dá de acordo com as características biológicas dos seres humanos, tendo sido o único meio possível de parir durante o maior período de tempo da história (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

O parto vaginal, por sua própria natureza, exige um menor grau de intervenções e por isso exige um menor tempo de internação, reduz o prazo de recuperação pós parto, as chances de infecções hospitalares são minoradas e o risco de óbito materno é seis vezes menor do que nos casos de partos cesáreos sem indicação. Em relação à saúde do neonato, o parto vaginal tem quatro vezes menos risco de complicações que levem à necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (KNUPP; MELO, OLIVEIRA, 2008)

Corroborando os dados de que o parto vaginal é a via de parto preferencial das mulheres, a partir de um estudo conduzido para saber quais são as vantagens desse parto, De Melo, Davim e Silva (2015, p. 3203) concluíram que

Diante das vantagens e desvantagens relatadas pelas puérperas, concluiu-se que as dores das contrações foram a principal desvantagem citada. Apenas uma minoria expôs o medo de acontecer alguma complicação e o desconforto quando inflama no local da episiotomia. Essa preferência é justificada porque as vantagens do parto vaginal se destacam diante da cesárea. O primeiro proporciona para a puérpera recuperação mais rápida e o segundo não a faz sentir dor no momento do parto, porém, tem como desvantagem recuperação tardia com várias situações desagradáveis, como complicações (deiscência e infecção), tempo mais prolongado de internação, dependência, restrição para falar e se alimentar objetivando evitar gases, desconfortos dos pontos, dores do pós-operatório e outras citaram medo da anestesia e da cirurgia.

Em razão das informações acerca das vantagens do parto vaginal e a tendência de que as mulheres optem por ele na grande maioria dos casos, torna-se bastante difícil justificar científica e racionalmente, o baixo número de partos vaginais realizados no município de Ouro Preto. De acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em média 45.86% dos partos realizados nos anos de 2017 e 2019 foram por meio do parto vaginal, o que representa um índice 39.14% menor do que o recomendado pela OMS (85% do total de partos realizados).

Os dados numéricos apresentados e as informações acerca das recomendações científicas relacionadas à escolha da via de parto, são incompatíveis entre si, e

ainda mais incompatíveis com uma assistência obstétrica de qualidade, pautadas pelo baixo número de intervenções desnecessárias e a realização de escolhas pautadas nas individualidades próprias de cada gestante e de cada parto.

Atualmente, o município de Ouro Preto apresenta dados alarmantes no que diz respeito ao número exacerbado de cesarianas eletivas, estando coordenado com que alguns autores (DINIZ, CHACHAM, 2016; AQUINO, 2014) chamam de epidemia de cesarianas e que representa um dos motivos que levaram a uma busca por um modelo de atenção obstétrica mais humano e menos intervencionista.

6.2 PREMATURIDADE, PARTO A TERMO PRECOCE E ANTECIPAÇÃO DO PARTO

Um dos dados catalogados pela ANS, diz respeito ao número de partos cesáreos que foram realizados antes do início do trabalho de parto, este aspecto é de fundamental importância, pois se relaciona com a maturação do feto e a redução dos riscos decorrentes do maior desenvolvimento do organismo do feto, condições que afetam de sobremaneira as chances de se obter um parto onde a mãe e o bebê estejam saudáveis.

Para a bibliografia especializada, o conhecimento da idade gestacional é de fundamental importância, tendo em vista que será por meio dela que se fará o controle do desenvolvimento fetal e a maturação do organismo que está sendo formado. Uma das implicações da idade gestacional, é a classificação da prematuridade, que será fundamental para a análise de risco materno-fetal.

De acordo com a idade gestacional, os partos podem ser divididos entre prematuros e a termo. Os partos prematuros são aqueles que ocorrem entre a 20^a e a 34^a semana (prematividade precoce) e os que ocorrem entre a 34^a e a 36^a semana de gestação (prematividade tardia), esses partos são os que apresentam maiores riscos neonatais, que são reduzidos à medida que o tempo gestacional se prolonga. Os partos a termo são os que ocorrem entre a 37^a e 39^a semanas e seis dias, se subdividindo entre os partos a termo precoce (37 semanas e 38 semanas e seis dias) e os partos a termo completo (39 semanas e 40 semanas e seis dias). (BITTAR, 2018)

Apesar da prematuridade se limitar ao início da 37ª semana de gestação, isso não significa dizer que os riscos passam a ser os mesmos de uma gestação completa. Os riscos de um parto a termo precoce são superiores aos de um parto a termo completo, o que implica dizer que não se deve realizar o parto cesariano sem justificativa clínica antes da 39ª semana. (BITTAR, 2018; FRANCISCO; ZUGAIB, 2013)

No que diz respeito às consequências de se realizar uma operação cesariana antes do início do trabalho de parto, Martins-Costa e Ramos (2005, p. 572) afirmam que

Ainda que atualmente, com o uso mais frequente da ultrassonografia para identificar a idade gestacional, o risco de prematuridade iatrogênica esteja diminuído, a realização de uma cesariana eletiva antes de iniciado o trabalho de parto duplica a morbidade respiratória para cada semana anterior em que a cesariana é feita entre a 37ª e a 40ª semana. Além disso, há nas cesáreas eletivas aumento de quatro vezes na necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, ventilação mecânica e uso de oxigenoterapia nos recém-nascidos e 5,5% das crianças nascidas de cesariana eletiva contra 1,6% das nascidas de parto vaginal não conseguem manter-se respirando em ar ambiente.

Ainda no que diz respeito à realização de cesariana sem recomendação clínica e anteriores ao início do trabalho de parto, Francisco e Zugaib (2013, p. 93) aduzem que

A realização da cesariana eletiva com 37 ou 38 semanas de idade gestacional, apesar de frequente na prática médica, não encontra apoio na literatura médica; que é unânime sobre o fato de que a cesárea eletiva seja realizada após a 39ª semana de gravidez. Essa recomendação baseia-se na análise dos resultados neonatais adversos em pacientes submetidas a cesáreas eletivas entre 37 e 39 semanas de gestação. Observe-se que os resultados neonatais adversos são mais frequentes quando realizadas cesáreas eletivas com 37 semanas (10 a 17,8%) que quando feitas com 39 semanas ou mais (1,5 a 4,6%).

As temáticas acima elencadas são fundamentais para que possamos compreender as nuances existentes nas escolhas sobre o parto e de que forma eles se coadunam com a perspectiva de um parto seguro e de uma atenção obstétrica baseada em evidências científicas relevantes. Os números de partos cesáreos realizados no município de Ouro Preto antes do início do trabalho de Parto são

Tabela 2: Relação entre o número de partos cesáreos e o número de partos antes do início do trabalho de parto

Ano	Números totais	Antes do TP
2017	100% / 375	30.93% / 116
2018	100% / 338	35.50% / 120
2019	100% / 636	58,38% / 202

Fonte: ANS, 2021

Os números apresentados no ano de 2017 já representavam um dado alarmante, mas o quadro se torna ainda mais preocupante quando os números praticamente dobram no ano de 2019 - 27.45% a mais que em 2017- considerando que estes números são superiores aos considerados como clinicamente justificados e os riscos associados à antecipação do parto sem justificativa plausível

Sob qual justificativa, os profissionais da obstetrícia e as gestantes optam por antecipar o parto, considerando os riscos inerentes à cesariana e a ampliação dos riscos considerando a realização fora do período gestacional completo? Como coordenar esses dados e as recomendações dos órgãos de saúde?

Sobre a idade gestacional no qual o parto ocorreu, temos os seguintes números a depender da via de parto eleita. Veja-se:

Tabela 3: números de partos vaginais organizados por tempo gestacional

Ano	Números totais	(20 ^a a 36 ^a semana)	(37 ^a e 38 ^a semana)	(após 39 ^a semana)
2017	100% / 298	13.42% / 40	28.86% / 86	57.72% / 172
2018	100% / 309	11% / 34	27.51% / 85	61.49% / 190
2019	100% / 290	7.24% / 21	30,34% / 89	62.06% / 180

Fonte: ANS, 2021.

Tabela 4: números de partos cesáreos organizados por tempo gestacional

Ano	Números totais	(20 ^a a 36 ^a semana)	(37 ^a e 38 ^a semana)	(após 39 ^a semana)
2017	100% / 375	7.2% / 27	34.40% / 129	57.6% / 216
2018	100% / 338	9.76% / 33	38.46% / 130	51.78% / 175
2019	100% / 346	11.85% / 41	32.95% / 114	55.2% / 191

Fonte: ANS, 2021.

Em termos gerais, em relação aos partos realizados depois do termo completo da gestação, os números representam um quadro menos crítico do que os anteriormente analisados, mas ainda estão muito aquém do que a literatura especializada considera o ideal para um parto com maior grau de segurança.

Importante destacar que, em relação aos dados relacionados aos partos vaginais, não há descrição no que diz respeito ao número de partos que foram induzidos, o que impede que façamos uma análise mais aprofundada desse aspecto. Os números aparecem de forma bastante similares em ambos os tipos de parto, o que nos permite inferir que existe a possibilidade dos partos vaginais estarem sendo induzidos assim que termina o status de precocidade, uma vez que dentro da estrutura biológica, a maioria dos partos deveriam ocorrer após o início do termo completo.

6.3 OS DADOS RELACIONADOS COMO INDICADORES DE UMA REALIDADE AMPLIADA

Os dados apresentados durante o desenvolvimento deste capítulo se referem aos partos realizados dentro do sistema de saúde complementar, ou seja, são os partos realizados fora do Sistema Único de Saúde, de forma privada, seja por meio dos planos de saúde, seja pelo custeio individual. Apesar disso, os dados fornecidos são capazes de fomentar uma análise da realidade global dos partos na cidade,

especialmente por se tratar de uma cidade de médio porte e que possui um único hospital, onde se realizam todos os partos – SUS ou particular – e que possui um pequeno grupo de profissionais de obstetrícia.

Desse modo, pode-se inferir que, de modo geral, a cidade de Ouro Preto convive com uma taxa preocupante de partos cesáreos, além de um índice clinicamente injustificável de partos em uma idade gestacional precoce. Foi a incidência de números similares aos encontrados nesta análise, que incitaram o desenvolvimento das recomendações da Organização Mundial da Saúde e a realização dos estudos científicos que as fundamentam.

Diante deste quadro e tendo por suporte o desenvolvimento apresentado nas seções 4.1 e 4.2 deste texto dissertativo, identifica-se uma semelhança entre a realidade dos partos realizados na cidade e os comportamentos que configuram uma atenção obstétrica obsoleta, que se funda em atitudes paternalistas, que colocam a gestante como mera espectadora do seu próprio parto.

Este modelo de prática médica se baseia na ideia de que os médicos são os únicos capazes de decidir o melhor a ser feito em relação ao parto, impondo às gestantes e seus/suas companheiros(as) a realização de procedimentos, práticas e exames, com os quais eles não concordaram ou sequer estavam cientes de que serão realizadas. Este quadro, reflete a existência de uma lógica comportamental e de gestão do atendimento obstétrico que já foi identificado como nocivo e contra o qual se estabeleceram recomendações de combate.

Isto posto, verifica-se a confirmação da hipótese levantada durante o desenvolvimento do projeto de pesquisa, ou seja, a manutenção de um sistema que se pauta pelos interesses médicos e um alta incidência de intervenções desnecessárias, o que por sua vez, indica que não há uma utilização efetiva do Plano de Parto nos atendimentos pré-natais realizados no município.

Ante a confirmação da hipótese e a caracterização do Plano de Parto como um instrumento capaz de viabilizar o exercício dos Direitos Reprodutivos e auxiliar na melhora dos índices de atenção materno e neonatal, viabiliza-se o prosseguimento

do trabalho conforme desenvolvido no projeto, isto é, com a elaboração de um modelo de Plano de Parto e de um protocolo para a sua elaboração.

A elaboração destes elementos justificam-se na medida em que se busca um atendimento obstétrico que se pautem pelas mais recentes evidências científicas, pela ampliação da participação da gestante nas escolhas sobre o seu parto, e um nascimento com o menor número de intervenções possíveis. Com isso, é necessário que haja a implementação de mecanismos e de instrumentos não invasivos que sejam capazes de promover esses objetivos.

Neste sentido, o Plano de Parto tem se mostrado como uma prática capaz de alterar significativamente a experiência e os dados sobre o parto e a saúde materno-fetal, assim, a elaboração de um modelo e de um protocolo podem contribuir na ampliação de sua utilização, uma vez que o manejo deste instrumento estaria facilitado e organizado de forma a se incorporar mais facilmente ao atendimento pré-natal padrão

7 O PROTOCOLO DE CONFEÇÃO E MODELO DE PLANO DE PARTO PROPOSTO

A elaboração de um Plano de Parto pressupõe o desenvolvimento de uma relação dialógica entre a equipe de atenção obstétrica, a gestante e seu/sua companheiro(a), se for o caso. Considerando o atendimento pré-natal padrão, faz-se necessário o desenvolvimento de um protocolo que conduza esta experiência, se adequando às consultas já fixadas e permitindo que a elaboração do Plano de Parto seja incluído na rotina de atendimento sem causar, necessariamente, uma modificação da estrutura de funcionamento.

7.1 MODELO DE PLANO DE PARTO PROPOSTO

A construção das proposições foi formulada a partir das recomendações da Organização Mundial da Saúde (1996), em especial sobre aquelas que versam sobre as técnicas e procedimentos utilizados durante as três fases de trabalho de parto. A forma de apresentação dos tópicos foi organizada em razão das implicações científicas de cada um deles, onde as boas práticas foram descritas como desejadas e as práticas não recomendadas foram descritas como recusa.

Para preencher o modelo de Plano de Parto, os titulares devem assinalar os tópicos que representam a sua escolha e, caso não estejam em concordância com a descrição, basta deixá-las em branco. Deste modo, a listagem final envolverá apenas aquelas práticas com as quais os titulares estejam de acordo.

Como uma escolha metodológica, o Plano de Parto aqui proposto, está pautado pela diretriz de que os partos realizados por meio de cirurgia cesariana devem ser limitados aos usos essenciais, ou seja, quando houver riscos consideráveis para a saúde materno-fetal. Em razão disso, a formulação coloca o parto vaginal como a via de parto eleita a priori, e o parto cesáreo fica localizado como uma possibilidade de emergência.

No que diz respeito à sua estrutura, o modelo de Plano de Parto que aqui se propõe, teve como referência, modelos de Planos de Parto disponibilizados por unidades de saúde privadas e públicas, tais quais se destacam o Hospital da Criança e

Maternidade de Rio Preto, o Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia e a Maternidade Rede D'or São Luís.

Esta estrutura está dividida em 5 categorias, sendo elas: Trabalho de parto; Parto; Após o parto; Cuidados com o bebê, e Em caso de cesariana necessária. Como se pode observar, essas categorias são elencadas de acordo com o curso das etapas de um parto, permitindo que as escolhas sejam sistematizadas e possam ser organizadas de forma a facilitar a visualização das opções que foram feitas. Além disso, esta forma de apresentação possibilita a implementação do protocolo de elaboração do Plano de Parto de uma forma mais didática, por vincular às discussões a tópicos pré-delimitados.

7.2 O PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE PARTO

De acordo com o manual técnico denominado Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, elaborado pelo Ministério da Saúde (2005, p. 32): “Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre”. Considerando esta normativa e a sua aplicabilidade em todas as unidades de saúde do território nacional, o protocolo proposto terá por base esse número mínimo de consultas e a sua organização de acordo com o estágio gestacional.

Somado ao número mínimo de consultas, levou-se em conta a recomendação de que a elaboração efetiva do Plano de Parto deve se realizar após o início da 24ª semana de gestação (ENEILE,2019; SILVA, 2020), momento no qual já se pode estabelecer o percurso provável daquela gestação e onde já existe uma relação entre a gestante, seu/sua companheiro(o) e a equipe de atendimento.

Isto posto, propõe-se um protocolo de elaboração do Plano de Parto composto por uma etapa informativa, onde conhecimentos sobre o próprio documento e sobre os elementos que compõe o parto sejam estudados; e uma outra etapa formativa, na qual a elaboração do Plano de Parto se dará de forma concreta e representará as individualidades de cada gestante e cada parto.

A primeira fase do protocolo de elaboração do Plano de Parto se caracteriza como um momento no qual haverá a apresentação do Plano de Parto e dos temas atrelados a ele, para a gestante e seu/sua companheiro(a), este momento tem como objetivo a discussão inicial e o acolhimento das primeiras dúvidas da gestante e de seu/sua companheiro(a). Esta fase se realiza de forma diluída entre a 1ª a 3ª terceira consulta pré-natal, totalizando 3 (três) encontros e que serão realizados, preferencialmente, em grupo, pois na dinâmica coletiva é possível gerar uma maior gama de discussões e inquietações.

A segunda fase se inicia na 4ª consulta pré-natal e se prolonga até a 6ª e última consulta obrigatória. Esta fase do protocolo, demanda que as conversas sejam realizadas de forma individualizada, pois as escolhas serão avaliadas ponto a ponto e esta avaliação depende de um comprometimento dialógico mais aprofundado, pois é ele que dará conta de fazer a adequação das recomendações gerais com as peculiaridades daquela gestação.

Esta última fase é a que constitui a formação do Plano de Parto propriamente dito e na qual deve se estar atento para que ela se desenvolva de modo que as dúvidas sejam esclarecidas da melhor maneira possível, uma vez que será a partir delas que as decisões serão elencadas.

Importante destacar que durante todo o protocolo de elaboração do Plano de Parto, a equipe de atenção pré-natal, a gestante e seu/sua parceiro(a) estarão lidando com os elementos de heteronomia relacionados ao parto. Com isso, o papel da equipe de saúde é promover um processo dialógico que permita o enfrentamento destas heteronomias e a tomada de escolhas formadas a partir de um processo de racionalidade.

Os profissionais de saúde são fundamentais na condução da prática discursiva e dela depende sobremaneira o sucesso da autonomia. O grau de qualidade do Plano de Parto é proporcional ao grau de compromisso que se conseguir estabelecer entre os profissionais de atenção pré-natal, a gestante e seu/sua parceiro(a), se houver.

De um modo geral, a equipe de atenção pré-natal deve estar disposta a realizar os debates sobre as boas práticas de atenção obstétrica, pautando as discussões a

partir das evidências científicas mais atualizadas e a busca por um atendimento que se fundamente em uma relação onde profissionais e gestante se reconheçam como aliados na busca por um parto saudável. A atuação baseada nesses pilares permite a ruptura com alguns elementos que estão arraigados na cultura profissional, tais como o paternalismo e a predileção por métodos de controle do parto.

Importante destacar, de todo modo, que não se espera uma conduta neutra e abstencionista por parte dos profissionais de saúde. O que se pretende é a formação de um diálogo que tenha como objetivo central a busca pelo mais alto padrão de saúde materno-fetal possível, e isso só será viabilizado quando a equipe de atendimento pré-natal for capaz de apresentar as suas ponderações e sugestões sobre os procedimentos, levando-se em consideração à saúde da gestante, as suas expectativas pessoais e sociais e as limitações da estrutura hospitalar.

Neste processo, as considerações feitas pelos profissionais de saúde serão um dos elementos do processo dialógico, devendo ser testado e analisado, como todas as demais possibilidades, não devendo ser impostas a nenhuma gestante ou família.

Deve-se ter em mente que cada gestante e cada família é fruto de uma experiência individual e social distinta que confere uma gama de elementos de heteronomia que deverão ser levados em conta e postos à prova no momento de elaboração do Plano de Parto. Isto posto, passamos à apresentação do protocolo de atendimento e do modelo de Plano de Parto proposto.

PROTOCOLO PROPOSTO

Período gestacional	Objetivo	Temas propostos
1ª consulta (1º trim)	Apresentar o Plano de parto para a gestante e seu/sua companheiro(a). (realização em grupo)	Conversa sobre o Plano de Parto e escuta das primeiras inquietações dos genitores.
2ª consulta (2º trim)	Apresentar os temas que envolvem o trabalho de parto, parto e o pós-parto. (realização em grupo)	Temas conforme indicação do modelo de Plano de Parto para o trabalho de parto e o pós parto.
3ª consulta (2º trim)	Apresentar os temas que versam sobre os cuidados com o bebê a cesariana de emergência. (realização em grupo)	Temas conforme indicação do modelo de Plano de Parto para cuidados com o bebê e a cesariana de emergência.
4ª consulta (3º trim)	Auxiliar na tomada de decisões sobre os dois primeiros grupos temáticos do modelo proposto. (realização individual)	Discutir ponto a ponto as possibilidades de escolha que dizem respeito ao trabalho de parto e parto.
5ª consulta (3º trim)	Auxiliar na tomada de decisões sobre os três últimos grupos temáticos do modelo proposto. (realização individual)	Discutir ponto a ponto as possibilidades de escolha que dizem respeito ao pós-parto, cuidados com o bebê e a cesariana de emergência.
6ª consulta (3º trim)	Revisão das escolhas e esclarecimentos das últimas dúvidas. (realização individual)	Dirimir as dúvidas remanescentes sobre a elaboração do Plano de parto

PLANO DE PARTO PROPOSTO

Nome da gestante:	
Nome do(a) acompanhante:	Telefone: () ____ - ____
Nome da doula:	Telefone: () ____ - ____
Endereço da gestante:	
Data da última alteração: ____/____/____	

Ao elaborar este Plano de parto, escolhemos as condutas que julgamos como as mais representativas de nossas expectativas em relação ao parto. Estamos cientes de que ele poderá ser modificado em razão de possíveis eventualidades, mas pedimos que todas as modificações nos sejam comunicadas e que só tenham início após a nossa autorização expressa.

TRABALHO DE PARTO

- Desejo ter a presença do(a) acompanhante e da doula durante todo o trabalho de parto e parto;
- Não autorizo a raspagem dos meus pelos pubianos (tricotomia)
- Não autorizo a realização da lavagem do meu intestino (enema)
- Desejo ter liberdade para me locomover e escolher a posição que me pareça mais confortável, quantas vezes forem necessárias;
- Desejo fazer ilimitado do chuveiro, banheira, bola suíça e demais meios não farmacológicos para alívio da dor;
- O uso de anestésicos e/ou analgésicos só devem ser administrados após o meu pedido;
- Desejo ter acesso ao consumo de líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;
- Considerando o tempo normal do trabalho de parto, não autorizo o uso de soro ou ocitocina;
- Desejo que os toques vaginais se limitem ao máximo necessário (1 toque a cada 4 horas, conforme manual da OMS para uso do Partograma);
- Não desejo a ruptura artificial das membranas da bolsa amniótica (amniotomia);

PARTO

- Desejo ficar na posição que me pareça mais confortável para parir, não admitindo a obrigatoriedade de dar a luz estando deitada;
- Desejo um ambiente calmo e livre de comando autoritários durante o processo de expulsão;
- Não admito, em nenhuma hipótese, que minha barriga seja empurrada para baixo (manobra de kristeller)
- Desejo que a episiotomia só seja realizado no caso de não haver outra alternativa e que só se realize após a minha permissão;
- Não gostaria que fosse usado fórceps ou vácuo-extrator no nascimento, caso seja a única alternativa, o uso dependerá da comunicação prévia e anuência;
- Desejo que o bebê seja imediatamente colocado no meu colo e que eu tenha liberdade para amamentar;
- Desejo que o clampeamento tardio do cordão, ou seja, depois de cessada a pulsação do cordão;

APÓS O PARTO

- Desejo aguardar a expulsão natural da placenta, sem que sejam realizadas manobras, massagens ou trações para a sua retirada;
- Desejo ter o bebê comigo durante o tempo que estiver na sala de parto, inclusive durante a realização dos exames;
- Desejo tomar banho, me alimentar e me hidratar, o mais brevemente possível;

CUIDADOS COM O BEBÊ

- Administração de nitrato ou de colírios antibióticos, apenas nos casos de extrema necessidade e não como procedimento de rotina;
- A administração de vitamina K está autorizada, desde que realizada de forma oral, as demais doses serão ministradas em domicílio;
- Desejo que o primeiro banho do bebê só seja realizado após as primeiras 24 horas de vida;
- Não está autorizado a oferta de água glicosada, bicos, entre outros;
- Quero fazer a amamentação exclusiva e em livre demanda;
- Gostaria de fazer as trocas e banhos do bebê durante a estadia hospitalar;

EM CASO DE CESARIANA NECESSÁRIA

- Gostaria de ser informada sobre os motivos que fizeram a cesariana necessária;
- Aguardar o início do trabalho de parto antes de dar início ao procedimento de realização da cirurgia;
- Desejo que todo o procedimento cirúrgico seja acompanhado pelo(a) meu acompanhante;
- Desejo a anestesia peridural/raquidiana, sem nenhum momento de sedação;
- Gostaria de ter a visão do nascimento e por isso peço que o campo seja abaixado;
- Desejo que o bebê seja imediatamente colocado no meu colo e que eu tenha liberdade para amamentar;
- Ficam mantidas as escolhas relacionadas aos cuidados com o bebê.

Declaramos a nossa confiança nos profissionais de saúde e agradecemos por tornar esse momento possível e pelo comprometimento com um parto saudável!

Gestante

Companheiro(a)

Doula

Responsável pelo pré-natal

Médico(a) obstetra

CONCLUSÃO

Nas últimas décadas, a sociedade vem enfrentando as consequências derivadas da modificação do modelo de assistência ao parto, que de um processo natural e protagonizado por mulheres, transformou-se em um procedimento cirúrgico e extremamente medicalizado. Os métodos que foram desenvolvidos para melhorar o atendimento obstétrico em casos excepcionais, passaram a ser utilizados de forma indiscriminada, o que causou um efeito reverso ao pretendido em suas razões iniciais.

Os efeitos dessa conduta intervencionista, levou a um quadro alarmante no que diz respeito ao número de partos cesáreos realizados no mundo, ao uso indiscriminado de fármacos aceleradores do parto, de intervenções dolorosas no processo de parir, entre outras condutas consideradas como prejudiciais se são usadas sem uma justificativa clínica válida.

Após décadas do prevaletimento de uma assistência obstétrica baseada em atitudes paternalistas, a sociedade, em especial os grupos feministas, buscam o estabelecimento de um novo modelo de atendimento, que tenha a gestante como o centro de seu desenvolvimento e que promova uma atenção obstétrica humanizada, ancorada em evidências científicas de qualidade.

Quando os índices de atenção materna e neonatal de todo o mundo chegaram a níveis preocupantes, a comunidade científica internacional se debruçou sobre este fenômeno na tentativa de compreender o que o motivou, estabelecer formas de controle e instrumentos de melhora. Ao elencar as práticas que deveriam ser incentivadas na busca por um parto mais seguro e com menos intervenções, a Organização Mundial da Saúde elegeu o Plano de Parto como a prática mais relevante e a que deveria ser mais incentivada.

A implementação dessa prática tem se mostrado capaz de impactar a percepção das gestantes sobre o parto, por garantir uma maior autonomia e uma maior segurança sobre o processo de parir; além disso, algumas pesquisas identificaram que o Plano de Parto é capaz de causar uma melhoria nos índices de atenção

materna e neonatal, o que é fundamental na busca por uma assistência obstétrica mais segura e menos intervencionista.

Este novo modelo de atenção pré-natal está diretamente atrelada ao reconhecimento dos Direitos Reprodutivos, especialmente quando os consideramos como o direito de fazer escolhas sobre “como” parir, modalidade de exercício pouco discutida, pois, via de regra, os estudos sobre os Direitos Reprodutivos estão condicionados às discussões sobre a escolha de ter ou não ter uma prole. O momento do parto é aquele que concretiza o projeto de Planejamento familiar e por isso, deve ser reconhecido em sua importância e em sua capacidade de refletir as características, desejos e anseios daquela mulher ou daquela família.

Quando se reconhece que a escolha sobre “como” parir é uma forma de exercício dos Direitos Reprodutivos, não se pode mais admitir a existência de um modelo de atenção pré-natal que se pauta pelo afastamento da mulher das escolhas sobre o seu parto e a sua submissão às decisões impostas pela equipe de obstetrícia. O Direito Reprodutivo de fazer as escolhas sobre o parto poderá ser exercido de forma individual ou de forma compartilhada, nos casos em que há participação do(a) companheiro(a) da gestante.

Em qualquer uma dessas formas de exercício é pressuposto que aos indivíduos está garantido o direito de tomar decisões autônomas sobre o seu próprio parto. Toda gestante e todo casal são capazes de fazer escolhas conscientes sobre os procedimentos aos quais aceitam ou não de se submeter, partindo de um processo de racionalidade. Qualquer pensamento que coloque a gestante e/ou parceiro(a) em uma condição de cerceamento de autonomia está impedindo o livre exercício dos Direitos Reprodutivos, pois este só é possível dentro de uma lógica que tenha por pressuposto a existência de um agir autônomo.

Aqui, compreende-se a autonomia como uma das formas utilizadas para que o indivíduo desenvolva sua liberdade, externalizando-a após a realização de uma série de ponderações travadas entre o sujeito e ele mesmo. Este processo de construção de um agir autônomo demanda que os indivíduos considerem os elementos de heteronomia existentes naquela tomada de decisão em específico.

Os elementos de heteronomia são aquelas programações mentais, sociais e culturais que influenciam qualquer processo decisório, ou seja, o exercício da autonomia do indivíduo. Todos os indivíduos carregam consigo essa série de elementos psicológicos e sociais que estarão presentes na deliberação sobre suas escolhas, mas a existência desses elementos não elimina a existência da autonomia do sujeito.

Um dos principais fatores que impactam a construção de compromissos baseados em um agir autônomo é a prática dialógica, pois ela permite que os indivíduos participem do processo deliberativo, considerando argumentos, contra-argumentos e possibilitando testar seus conhecimentos prévios, seus condicionamentos sociais, em suma, seus elementos de heteronomia, o que permite que as escolhas sejam tomadas de forma refletida e justificada.

Diante do exposto, considera-se que a elaboração do Plano de Parto demanda a formação de um elaborado processo dialógico, entre a gestante, a equipe de saúde e seu/sua parceiro(a), se houver, tendo como consequência, a formação de um agir autônomo. Quando realizado de forma contundente, este processo dialógico se constrói a partir da consideração dos elementos de heteronomia e permite que os argumentos, contra-argumentos e as informações novas sejam testadas e reavaliadas.

O grau de sucesso do plano de parto é proporcional ao grau de comprometimento estabelecido entre os participantes construtores daquele compromisso. Ao mesmo tempo que à gestante cabe a tomada de decisões sobre seu parto, cabe à equipe de atenção pré-natal viabilizar a construção do agir reflexivo, por meio da explanação sobre as escolhas possíveis, sobre as vantagens e desvantagens de cada uma das opções, e apresentar qual (quais), de acordo com sua visão técnica, seria(m) a opção (opções) disponíveis, sem que incorra em imposição da sua vontade.

Na busca por compreender qual o quadro representativo dos partos realizados na cidade de Ouro Preto - MG, verificou-se que os índices de atenção materna e neonatal estão muito aquém dos patamares considerados saudáveis. No triênio avaliado, 54.14% dos nascimentos aconteceram por meio de partos cesáreos, o que

representa um número 3.60 vezes maior que a máxima considerada cientificamente justificada. Além disso, os dados demonstram um número elevado de partos realizados antes do início do trabalho de parto e um grande número de partos realizados antes da gestação alcançar o tempo completo. Esses são importantes fatores a se considerar quando se busca um atendimento obstétrico mais saudável e com menos intervenções.

Tendo em vista que os indicadores de atenção materna e neonatal do município de Ouro Preto estão muito aquém daqueles que seriam cientificamente justificados, pode-se deduzir que essa atenção pré-natal reflete as características de um atendimento médico que privilegia o interesse médico em detrimento das evidências científicas mais atuais, com uma baixa participação da gestante na tomada dessas decisões e uma prevalência de práticas intervencionistas no decurso do parto, o que corrobora a hipótese levantada e indica que não há uma utilização maciça do Plano de parto, uma vez que ele tem se mostrado capaz de alterar para melhor os índices de atenção materna e neonatal.

Diante disso, uma mudança significativa nos índices só será possível com uma implementação maciça do uso do Plano de Parto, pois assim será possível estabelecer uma nova forma de pensar a relação entre a gestante e a equipe médica. Tendo em vista que o Plano de Parto tem sua efetividade baseada na potencialidade que ele carrega de fazer com que a gestante ou a família tenham tomadas de decisões autônomas, permitindo o estabelecimento de um processo dialógico no qual a paciente e o profissional de saúde se aliam para a formação de um compromisso em que as condutas determinadas podem ser justificadas, compreende-se que deve haver um incentivo para que se consolide uma implementação deste instrumento no atendimento pré-natal padrão, pensamento que determinou a decisão de apresentar um modelo de Plano de Parto e um protocolo para a sua elaboração.

O modelo e o protocolo apresentados foram elaborados a partir das recomendações da OMS e tiveram como objetivo apresentar um instrumento de estrutura simplificada e que poderá ser utilizado no atendimento pré-natal, sem que se demande uma reestruturação profunda dos métodos de atendimento. O que se

busca é facilitar a forma de apresentação destes conteúdos e ampliar o grau de relacionamento entre a gestante, seu/sua parceiro(a) e a equipe de atendimento.

Por fim, conclui-se que o Plano de Parto é um instrumento capaz de viabilizar um exercício autônomo dos Direitos Reprodutivos, fazendo com que os envolvidos em sua elaboração possam estabelecer um profundo processo dialógico cujo produto final é a obtenção de um documento escrito que represente a exteriorização das decisões autônomas daqueles indivíduos.

Importante compreender que além de um processo biológico, o parto é um elemento social e cultural que representa um dos elementos que constituem a construção de um projeto de vida para aqueles que pretendem constituir sua prole. Reconhecer a sua relevância jurídica importa para identificar os direitos humanos que permeiam a busca por um parto e nascimentos saudáveis, permitindo que se identifique possíveis modos de estabelecer políticas públicas destinadas a alcançar este objetivo.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam. Uma conferência entre colchetes. **Revista Estudos Feministas**, v. 3, n. 1, p. 212-212, 1995.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, **Indicadores de atenção materna e neonatal**. Brasil, 2021. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNDAYZmU5MjktMGQyNS00MmY2LWEwNDQtZjQ5N2ZkYzQxYmMwliwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>

ALMEIDA, Renata Barbosa de . Direito ao planejamento familiar e o choque de consentimentos sobre o uso de embriões: o caso Evans versus Reino Unido sob a égide do Direito Brasileiro. **Lex Medicinæ**. Revista Portuguesa de Direito da Saúde , v. 12, p. 91-107, 2009.

ALMEIDA, Renata Barbosa de . **Direito fundamental à procriação: considerações sobre a maternidade monoparental e a função paterna** 2005 (Dissertação de mestrado).

ALMEIDA, Renata Barbosa de; PALAZZI, P. A. R. A configuração do plano de parto como exercício do direito ao planejamento familiar. In; Lara Maria Alves; Almeida, Renata Barbosa de; Mafra, Teresa Cristina Monteiro; Rodrigues Junior, Walsir Edson. (Org.). **Direito das famílias e das sucessões**. 1ed. Belo Horizonte: Conhecimento, 2021, v. 1, 315-332.

ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar. **O desafio do direito à autonomia: uma experiência de Plano de Partono SUS**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

AQUINO, Estela ML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S8-S10, 2014.

ARILHA, Margareth; BERQUÓ, Elza. Cairo+ 15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e Direitos Reprodutivos. **Livros**, p. 67-119, 2015.

BITTAR, Roberto Eduardo. Parto pré-termo. **Revista de Medicina** , v. 97, n. 2, pág. 195-207, 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: [s.n.], 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Atenção qualificada e humanizada: Pré-natal e Puerpério**. Brasília. 2005. p. 160

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco e define critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à atenção à saúde na gestação de alto risco, incluída a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS/CONITEC. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal – relatório de recomendações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. 2003. p. 17-78.

DE CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros. A Função da Clausula de Bons Costumes no Direito Cível e a Teoria Triplice da Autonomia Privada Existencial. **Revista Brasileira Direito Civil**, v. 14, p. 99, 2017.

DE LIMA, Margarete Maria et al. Grupo de gestantes e casais grávidos: fortalecendo a humanização do parto e nascimento. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 13, pág. e487101321288-e487101321288, 2021.

DE MELO, Jácia Kaline Ferreira; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; DA SILVA, Richardson Rosendo Augusto. Vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano: opinião de puérperas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3197-3205, 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. **São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo**, v. 255, 2001.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.

DOS SANTOS CRUZ, Núbia. A interferência na autonomia reprodutiva feminina sob a ótica da desigualdade de gênero. **Revista Direito e Sexualidade**, v. 1, n. 2, 2020.

ENEILE, Morgana; GENTILLI, Janaína; DOMINGUES, Gabi; VALENTE, Ludmila; SANTORO, Gabriella. **Gestação. Parto e Puerpério: conheça seus direitos**. Doula A Quem Quiser. 2019 Disponível em: <http://www.defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/1e6176359aae47788dc72f14f65a4a56.pdf>. Acessado em: 10 de maio de 2022.

FERREIRA, Rebeca Viana; COSTA, Mônica Rodrigues; DE MELO, Deláine Cavalcanti Santana. Planejamento Familiar: gênero e significados/Family Planning:

gender and significance. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 13, n. 2, p. 387-397, 2014.

FERREIRA, Rebeca Viana; COSTA, Mônica Rodrigues; DE MELO, Delaine Cavalcanti Santana. Planejamento Familiar: gênero e significados/Family Planning: gender and significance. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 13, n. 2, p. 387-397, 2014.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; ZUGAIB, Marcelo. Intercorrências neonatais da cesárea eletiva antes de 39 semanas de gestação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, p. 93-94, 2013.

GUERTECHIN, Thierry Linard. O controle da natalidade: uma questão demográfica e/ou um problema político. **Síntese: Revista de Filosofia**, v. 10, n. 28, 1983.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Souza. **Das necessidades humanas aos direitos: ensaio de sociologia e filosofia do direito**. Del Rey, 1999.

HETERONOMIA, In. **Oxford Languages**. Dicionário online. Disponível em https://www.google.com/search?q=heteronomia&sxsrf=ALiCzsZDpQhcwh0jJ600WuQzgVjNBpD_ZQ%3A1652297586828&ei=cg98YsaRMpCP4dUP9LSbyAg&oq=hETERO&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2I6EAEYADIJCCMQJxBGEPkBMgQIABBDMgQIABBDMgglABCABBCxAzIICAAQgAQQsQMyBAgAEEMyBAgAEEMyCwgAEIAEELEDEIMBMgQIABBDMgslABCABBCxAxCDAToECCMQJzoICC4QsQMgQgwE6BQgAEIAEOhEILhCABBCxAxCDARDHARCjAjoLCC4QsQMgQgwEQ1AI6CwguEIAEELEDEIMBSgQIQRgASgQIRhgAUABYsg9gpyhoAHABeACAAasBiAGtBpIBAzAuNpgBAKABAcABAQ&scient=gws-wiz. Acesso em 11 maio 2022

HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro; HIDALGO-MAESTRE, María; RODRÍGUEZ-BORREGO, Maria Aurora. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 25, 2017.

KNUPP, Virginia Maria de Azevedo Oliveira; MELO, Enirtes Caetano Prates; OLIVEIRA, Rejane Burlandi de. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. **Escola Anna Nery**, v. 12, p. 39-44, 2008.

LEITÃO, Filipe João Correia. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. DISSERTAÇÃO (Mestrado em bioética) - Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa. p. 103. 2010.

LINHARES, Leila. O Direito Internacional e o movimento de mulheres. **Revista Estudos Feministas**, v. 3, n. 1, p. 191-191, 1995.

MARQUES, Luis Eduardo Rodrigues. **Gerações de direitos: fragmentos de uma construção dos direitos humanos**. Universidade Metodista de Piracicaba, Faculdade de Direito, Programa de pós-graduação, Mestrado em Direito. Disponível em: < http://www.dhnet.org.br/dados/dissertacoes/a_pdf/disserta_geracao_direitos.pdf > Acesso em 27 out 2021, v. 2, 2014.

MARTINS-COSTA, Sérgio; RAMOS, José Geraldo Lopes. A questão das cesarianas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 27, p. 571-574, 2005.

MATTAR, L.D.; DINIZ, C.S.G. Reproductive hierarchies: motherhood and inequalities in women's exercising of human rights. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012

MATTAR, Laura Davis Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os Direitos Reprodutivos. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos [online]**. 2008, v. 5, n. 8 [Acessado 25 Outubro 2021] , pp. 60-83. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100004>>. Epub 07 Jul 2010. ISSN 1983-3342. <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100004>.

Medeiros, Fabiana Fontana et al. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2019, v. 72, suppl 3 [Acessado 11 Maio 2022] , pp. 204-211. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>>. Epub 13 Dez 2019. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>.

MELKEVIK, Bjarne. Vulnerabilidade, Direito e Autonomia: Um Ensaio Sobre o Sujeito de Direito. **Rev. Faculdade Direito Universidade Federal Minas Gerais**, v. 71, p. 641, 2017.

MOUTA R.J.O, SILVA T. M. A, MELO, P. T. S, LOPES, N. S, MOREIRA, V. A. Plano de Parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev baiana enferm.** 2017;31(4):e20275

NEGRÃO, Telia. Uma ação sinérgica por Direitos Reprodutivos: uma história sem fim. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 164-176, 2012.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, p. 667-674, 2002.

ONU. **Declaração e Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento. Cairo, 1994.** Documento ONU A/CONF.171/13. Disponível em: <https://www.un.org/es/>. Acesso em: 24 out. 2021.

ONU. **Declaração e Programa de Ação da Conferência Mundial sobre Mulheres. Pequim, 1995.** Documento ONU A/CONF.177/20. Disponível em:<https://www.un.org/es/> . Acesso em: 26 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Relatório de Grupo Técnico. OMS/ SRF/ MSM/ 96.24. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Hum Reprod Program 2015; 1-8.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. S25-S32, 1998.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 1039-1061, 2018.

PIOVESAN, Flavia Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos. Cadernos de Pesquisa [online]. 2005, v. 35, n. 124 [Acessado 27 Outubro 2021], pp. 43-55. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-15742005000100004>>. Epub 10 Ago 2005. ISSN 1980-5314. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742005000100004>.

POMPEU, Renata Guimarães. O exercício dialógico da autonomia privada como expressão da concidadania. (TESE) 2012

POMPEU, Renata Guimarães; POMPEU, Ivan Guimarães. O contrato como operação econômica: contributo científico a partir da obra de Enzo Roppo. **Revista da Faculdade Mineira de Direito**, v. 14, n. 27, p. 122-135, 2011.

RODRIGUES JUNIOR, Otavio Luiz. Autonomia da vontade, autonomia privada e autodeterminação: notas sobre a evolução de um conceito na modernidade e na pós-modernidade. **Revista de informação legislativa, Brasília**, v. 41, n. 163, p. 113-130, 2004.

RODRIGUES, Milene Silva. **Humanização no processo de parto e nascimento: implicações do plano de parto**. 2017.

RUIBAL, Alba M. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos Direitos Reprodutivos na América Latina. **Revista brasileira de ciência política**, p. 111-138, 2014.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Manual de Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2018.

SAFFIOTI, Heleieth. Enfim, o Brasil rumo a Pequim. **Revista Estudos Feministas**, v. 3, n. 1, p. 198-198, 1995.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Os direitos humanos na pós-modernidade. **Oficina do CES**, n. 10, 1989.

SCAVONE, Lucila. Das Diferenças às Desigualdades: reflexão sobre o conceito de saúde reprodutiva nas ciências sociais. **O Clássico e o Novo**, p. 187, 2003.

SENA, Ligia Moreiras et al. " **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração**": a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. 2016.

SILVA, Fernanda et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX1. **Saúde e sociedade**, v. 28, p. 171-184, 2019.

SILVA, GEICIANE RAFAELA OLIVEIRA DA; RONCONI, Fabíola de Souza. **A INFLUÊNCIA DO PLANO DE PARTO NO NASCIMENTO**. 2020.

SILVA, Henrique Batista. Beneficência e paternalismo médico. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil** v. 10, n. 2, p. 419-425, 2010.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia existencial. **Revista Brasileira Direito Civil**, v. 16, p. 75, 2018.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, corpo e autonomia privada**. Renovar, 2010.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, p. 483-492, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, Histórico e contextualização do programa. [s.d] Disponível em: <http://novosdireitos.ufop.br/inicio/apresentacao/>

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; COLLAÇO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 282-289, 2014.

VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil. In: **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 2009. p. 292-292.

VILLELA, Wilza Vieira; ARILHA, Margareth. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: **Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil** . 2003. p. 95-150.

XAVIER, Anna Karina; ROSATO, Cassia Maria. Mulheres e Direitos: Saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU. **Revista Ártemis**, v. 21, n. 1, 2016.