V ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI MONTEVIDÉU – URUGUAI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

MARIA CLAUDIA CRESPO BRAUNER

MAITE RODRÍGUEZ APÓLITO

Copyright © 2016 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

B615
Biodireito e direitos dos animais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UdelaR/Unisinos/URI/ UFSM /Univali/UPF/FURG;

Coordenadores: Maria Claudia Crespo Brauner, Maite Rodríguez Apólito – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-216-3
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Instituciones y desarrollo en la hora actual de América Latina.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Interncionais. 2. Biodireito. 3. Direito dos animais. I. Encontro Internacional do CONPEDI (5. : 2016 : Montevidéu, URU).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br



Universidad de la República
Montevideo – Uruguay
www.fder.edu.uy

V ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI MONTEVIDÉU – URUGUAI

BIODIREITO E DIREITOS DOS ANIMAIS

Apresentação

O Grupo de Trabalho intitulado Biodireito e Direito dos Animais envolveu a apresentação de 14 trabalhos apresentados por seus respectivos autores, dentre estes alguns integrando a carreira docente e, outros sendo discentes de cursos de Pós-graduação stricto sensu. A boa qualidade e originalidade das pesquisas foi observada durante a apresentação dos trabalhos.

Face à multiplicidade de perspectivas abordadas optou-se por dividir os trabalhos em dois momentos: o primeiro envolvendo a questão relativa aos direitos dos animais, temática que vem merecendo a atenção de juristas motivados pelas reivindicações por um tratamento mais respeitoso e responsável aos animais, propondo-se uma mudança do paradigma antropocêntrico. As contribuições apresentadas propuseram, sob diversas perspectivas e, com fundamentos em teorias de renomados autores, um novo tratamento jurídico destinado aos animais não humanos. A riqueza das abordagens pode demonstrar que a temática não só é relevante como vem sendo aprofundada e tem merecido a sua inclusão na legislação e na jurisprudência de diversos países.

Em um segundo momento, foram apresentados os trabalhos envolvendo temáticas relativas às questões de Biodireito. Tal disciplina vem se consolidando em diversas legislações e busca equacionar a utilização dos novos conhecimentos científicos no domínio vasto da medicina e da genética com a proteção da dignidade humana e o respeito à vida. A utilização das novas biotecnologias sobre o ser humano e, igualmente, sobre a biodiversidade comporta repercussões de toda ordem que refletem de forma intensa na sociedade e que colocam em jogo interesses políticos, sociais e de mercado. Portanto, o debate público relativo à elaboração de legislação regulando as modalidades de intervenção da ciência sobre a vida, tornou-se imprescindível nas sociedades democráticas e pluralistas. É importante perceber a participação da sociedade no debate sobre os limites jurídicos, buscando a criação de um enquadramento bem definido em matéria de práticas biomédicas, acolhendo a demanda dos cidadãos e promovendo a saúde e o bem-estar de todos.

Nessa segunda parte das apresentações, foi possível realizar o agrupamento dos trabalhos tratando da problemática relativa ao princípio bioético da autonomia e sua compreensão seja na relação médico/paciente, seja na liberdade de disposição corporal. Dentre as temáticas, foram discutidas as questões envolvendo autonomia decisória pelo direito de morrer com

dignidade; diretivas antecipadas de vontade; autonomia do paciente; dignidade humana e eutanásia; doação de material genético; autonomia e beneficência nos partos no Brasil. Logo após, foram discutidas questões envolvendo a saúde e o controle do bem-estar social ; o registro civil dos transexuais ; a atuação do Conselho Federal de Medicina (CFM) na criação de tipos normativos e, a despenalização do aborto na perspectiva do direito brasileiro. Todos os textos trouxeram a perspectiva crítica necessária para o enfrentamento de temas ainda bastante polêmicos.

As principais ideias e reflexões sobre as interfaces entre a Bioética e Direito, desde o momento de discussão e produção de normas jurídicas, se enraízam na preocupação em orientar a atuação da ciência sobre o homem e o meio ambiente. A relevância das discussões que foram apresentadas nessa segunda etapa, centrou-se na ideia de que é necessário reconhecer a extensão dos poderes oferecidos pela moderna medicina e de questionar quais são os limites e responsabilidades que devemos impor aos cidadãos face às novas demandas e as soluções que a justiça vem construindo nessa perspectiva.

Os trabalhos apresentados alcançaram o objetivo de fomentar o debate e de divulgar as reflexões abrangentes e criativas que vem sendo elaboradas nas pesquisas jurídicas estimuladas nos Curso de Pós-Graduação, dentro de uma proposta de abordagem inter e transdisciplinar.

Profa. Dra. Maria Claudia Crespo Brauner - FURG

Profa. Maite Rodríguez Apólito - UDELAR

OS DIREITOS DO PACIENTE E OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA AUTONOMIA E DA BENEFICÊNCIA NOS PARTOS NO BRASIL

PATIENTS' RIGHTS AND THE PRINCIPLES OF BIOETHICS OF AUTONOMY AND BENEFICENCE IN BIRTHS IN BRAZIL

Maria Claudia Crespo Brauner
Daniela Bortoli Tomasi

Resumo

No Brasil, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2012, 40% dos partos ocorridos no setor público nacional deram-se por meio de cesáreas e, no setor privado, 84,6%. Assim, utilizando-se do método lógico-dedutivo, com investigação baseada em pesquisa bibliográfica, o presente artigo objetiva analisar as possíveis razões que levaram tal situação a predominar no Brasil identificando um discurso pseudocientífico que propaga a cultura patriarcal médica, que muitas vezes, viola os direitos humanos do paciente e os princípios bioéticos que lhes asseguram. A partir da perspectiva bioética, sugere-se a promoção social e educacional crítica, de inserção da humanização da saúde.

Palavras-chave: Autonomia, Beneficência, Humanização do parto, Parto cesáreo

Abstract/Resumen/Résumé

In Brazil, according to National Supplementary Health Agency, in 2012, 40% of births occurred in the national public sector had done by cesarean section and, in the private sector, 84.6%. So, by logical and deductive method, the research is based on bibliographical research, and this paper aims to analyze the possible reasons for this situation has happening in Brazil, also identifying a pseudoscientific speech which spreads the patriarchal culture, and, frequently, it violates human rights of the patient and the bioethical principles. By the Bioethics perspective, this study suggests a social and educational reflection about an insertion of humanizing healthcare.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Autonomy, Beneficence, Humanization of birth, Cesarean section

INTRODUÇÃO

O presente artigo aborda as possíveis causas do elevado índice partos cirúrgicos no Brasil, uma vez que é preconizada, nacionalmente, a importância da humanização no parto, por meio de políticas públicas. Durante o percurso investigativo, utilizando-se do método lógico-dedutivo, far-se-á uma análise bioética aos direitos do paciente, bem como ao princípio da autonomia e da beneficência e suas relações ao Código de Ética Médica.

Nesse contexto, analisa-se as diferentes formas de parto no Brasil, quais sejam: o parto normal e o parto cesáreo. Atenta-se ao dado exposto pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), que aponta o Brasil como líder mundial de cirurgias cesarianas, bem como a pesquisa da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), na qual estima que, em 2012, por exemplo, 40% dos partos ocorridos no setor público nacional deram-se por meio de cesáreas e, no setor privado, 84,6%. Taxas estas muito elevadas, quando comparadas à indicação da OMS (Organização Mundial da Saúde), de que até no máximo 15% dos partos ocorridos em um país sejam cirúrgicos.

A partir desse fato, questionam-se os motivos pelos quais o Brasil lideraria o ranking internacional de cirurgias cesarianas como preferenciais aos partos normais. Eis que, pode-se sugerir que a problematização do caso se relaciona diversos fatores, dentre eles a uma cultura medicalizadora do parto; a não adequada inserção de políticas públicas ao contexto social brasileiro, somada a falta de educação, em geral, das mulheres pelo não conhecimento de seu corpo e de seus direitos e, por fim, a falta de estímulo à prática de uma assistência à saúde de forma humanizada pelas faculdades de medicina.

Ademais, integrante ao tema da pesquisa apresentada estão os Direitos Humanos do paciente e a Bioética, que preconizam o direito ao atendimento respeitoso e digno pelos profissionais da saúde, bem como o direito à informação e princípio do consentimento livre e informado nas relações entre médicos e pacientes.

1. OS DIREITOS DO PACIENTE E OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS DA AUTONOMIA E BENEFICÊNCIA NO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Neste primeiro item, será tratada a relação entre os direitos humanos do paciente e a aplicação dos princípios bioéticos da autonomia e o princípio da beneficência contidos no Código de Ética Médica (CEM). Tal código estabelece, em nível nacional, as diretrizes éticas nas quais o profissional da medicina deve se pautar quanto ao seu ofício.

1.1 Panorama histórico da relação médico/paciente e a cultura médica paternalista

Hipócrates, considerado o "pai da medicina", foi o responsável pela introdução do estudo médico no período aproximado a 460 a.C. Ele também formulou o Juramento aos "profissionais da saúde", utilizado até os dias de hoje como referencial na conclusão do Curso de Medicina. No referido juramento, a postura tradicional do médico é imposta à relação médico/paciente; não sendo referida, entretanto, a liberdade do paciente em manifestar-se.

Pode-se inferir que, tal juramento reflete a noção de paternalismo médico, ou seja, aquele em que o médico se posiciona acima do paciente, na qual é incumbido por toda e qualquer decisão no tocante às condutas a serem realizadas no tratamento do paciente. Este, então, visto na situação de "enfermo" é posto na qualidade de subordinado ao médico, devendo, apenas, acatar as orientações técnicas do profissional da saúde e jamais contestá-las.

Nessa banda, no que tange aos dias atuais, pode-se perceber, o autoritarismo paternalista na grande maioria das relações médico/paciente. Para tanto, interessante perceber o contexto histórico sobre a relação entre os profissionais da saúde e seus pacientes. Assim, NAVES; SÁ (2009, p.79) argumentam: "(...) no tempo dos nossos avós, as pessoas se dirigiam aos médicos com grande temor reverencial (...) A relação médico-paciente se construiu sobre o respeito e a amizade".

Nesse sentido, quanto à exposição dos autores, nota-se que na perspectiva do passado a relação médico-paciente era marcada como aquela em que, ao mesmo tempo em que o paciente não contestava o profissional (por isso o "temor reverencial"), o médico era visto como ser muito próximo ao paciente, podendo, inclusive, ser considerado como "amigo" da família.

Todavia, com o passar do tempo, o advento da modernidade e o surgimento de grandes centros de saúde, por exemplo, fizeram com que o profissional da saúde não fosse mais tão próximo ao seu paciente como outrora. Ainda, de acordo com NAVES; SÁ (2009, p.80): "Modifica-se, assim, a denominação dos sujeitos da relação jurídica, que passam a figurar como usuário (paciente) e prestador de serviços (médico) ". Pode-se perceber, com isso, que, por meio da sociedade consumista, o paciente se encontra como sujeito, cada vez mais, consciente de sua situação na relação e exige resultados positivos.

Além disso, o avanço tecnológico também contribuiu para esse distanciamento entre médico e paciente. Isto, pois, à medicina também repercutiu processos de modernização por meio de aparelhos que auxiliaram o diagnóstico de doenças e realizações de exames. Com isso, o médico passou a se posicionar como aparente operador de instrumentos (tecnológicos, na grande maioria das vezes) e deixa de lado o contato humano para com seu paciente.

Logo, a partir dessa breve reflexão histórica sobre a relação médico-paciente percebe-se que atualmente os profissionais da saúde se tornaram mais "distantes", o que justifica a necessidade de uma reflexão com base na Bioética de modo a promover o respeito aos direitos dos pacientes.

1.2 Direitos Humanos do paciente e os princípios da autonomia e da beneficência

Ainda no tocante ao processo histórico, cabe salientar que, com o advento da Era Moderna, mais precisamente durante o Renascimento, ocorreu uma redescoberta do conhecimento humano que teve, dentre outras consequências, a insurgência de novas formas de conceber a Filosofia e a Ciência. Além disso, em substituição ao Estado Absolutista, surge o Estado Liberal burguês, norteado pelos ideais da democracia e dos Direitos Humanos.

Dessa forma, as revoluções ocorridas no Ocidente, a partir do século XVIII, principiaram-se as diversas declarações de direitos fundamentais como, por exemplo, o *Bill of Rights* em 1689 e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1793.

Contudo, apenas na década de 1960, em que os avanços tecnológicos alcançaram grandes proporções, que o estudo da Bioética e, por conseguinte, dos direitos humanos do paciente são aprofundados e se concretizam, por exemplo, no princípio da autonomia, que muito auxilia em uma nova forma de pensar a tradição paternalista da medicina.

Eis, que, ao se discutir direitos humanos do paciente, faz-se necessária uma análise quanto ao termo "direitos humanos". Nessa banda, o filósofo contemporâneo Fukuyama aborda a questionamentos sobre os direitos humanos, o que são e como se relacionam às necessidades e interesses sociais. Com esse sentido, Fukuyama (2003, p.115-116) reflete:

> Direitos são a base de nossa ordem política democrática liberal e um conceito-chave para o pensamento contemporâneo sobre questões morais e éticas. E qualquer discussão séria sobre direitos humanos deve se fundar, em última análise, em alguma compreensão sobre uma concepção de natureza humana.

Com isso, o autor instiga o pensamento do leitor ao demonstrar que os direitos humanos são necessários na sociedade atual, bem como discussões devem ser realizadas ao tocante à problemática, visto que os direitos humanos trazem consigo questões como a moral e a ética. Com isso, então, ao refletir sobre tais questões, agora, mais especificamente, aos direitos humanos do paciente, interessante abordar que tal moral e ética também assolam o ramo da saúde.

Os direitos humanos do paciente, então, adviriam de um momento histórico muito próximo ao dos estudos iniciais à bioética. Isto, pois, a bioética surgiu por meio da preocupação social em analisar e resolver problemas éticos que envolviam a temática da assistência à saúde. Assim, em 1979, os autores norte-americanos James F. Childress e Tom L. Beauchamp publicaram a obra "Principles os Biomedical Ethics", em que abordavam princípios basilares para o pensar bioético: autonomia; beneficência; não maleficência e justiça.

Tais princípios contribuíram para o pensar bioético quanto formulação não apenas de uma teoria, mas de uma ciência que se ligaria à prática de assistência à saúde. Assim, os referidos princípios se desenvolveram, inclusive com auxílio da academia e estão presentes, inclusive, atualmente. Eis que, no referido trabalho, abordar-se-ão, apenas o princípio da autonomia do paciente e o princípio da beneficência na questão temática do parto.

Assim, no que tange o princípio da autonomia do paciente, pode-se afirmar que o mesmo diz respeito ao direito em que o paciente possui em decidir sobre a sua vida, sua saúde e sua integridade física e moral, por exemplo. Dessa forma, ao paciente é concedida a possibilidade de se auto determinar e escolher a melhor opção de tratamento que lhe convir. O princípio da autonomia encontra-se muito atrelado à liberdade de escolha do paciente, que, confrontado com a existência de alternativas – de tratamento, remédios ou procedimentos médicos, por exemplo – poderia decidir o que seria melhor para si.

Com isso, por meio do princípio da autonomia, afirma-se que, todo e qualquer paciente, como sujeito de direitos, pode e deve exercer a sua capacidade de escolha ao procedimento médico, por exemplo, que necessita realizar. Cabe, então, ao paciente intervir na conduta do profissional da saúde e decidir o que deseja e o que seria, de acordo com seu conhecimento e sua reflexão, o melhor para si – para seu corpo e sua mente.

Nota-se, então, que o princípio bioético da autonomia do paciente acarretara quebra de paradigma à tradição paternalista da medicina. Isto, pois, com o surgimento e progresso dos direitos do paciente – inclusive, do princípio da autonomia – não caberia mais aos

médicos a ordem e manipulação exclusiva de seus pacientes. Não mais a figura médica de comando estaria sob controle da situação para com o seu paciente.

Prosseguindo os estudos dos princípios bioéticos, faz-se necessária a explanação sobre o princípio da beneficência. Este, pois, está diretamente relacionado ao exercício da profissão médica. Assim, o referido princípio rege aos médicos atuarem visando à excelência profissional, sem contudo, prejudicar o paciente. Em outras palavras, os médicos devem fazer o melhor ao paciente, quanto à técnica e à assistência médicas. Seria, pois, utilizar seus conhecimentos a fim de qualificar o tratamento, trazendo, então, benefícios ao paciente.

De forma geral, o princípio da beneficência é fazer o bem ao paciente. Isto, pois, o profissional da saúde deveria abordar assistência médica ao seu paciente visando atuar com qualidade nos procedimentos, focalizando prosseguir com uma conduta adequada e que possua bons resultados. Nesse sentido, Engelhardt (1998, p. 159-160) expõe seu conceito sobre o princípio da beneficência:

> A finalidade da ação moral é alcançar os bens e evitar os prejuízos. (...) dentro dos limites do respeito à autonomia, nenhuma visão moral particular pode ser estabelecida acima dos sentidos concorrentes (pelo menos dentro de uma sociedade pluralista pacífica). Ainda assim, um compromisso com a beneficência caracteriza a realização da moralidade, porque, sem ele, a vida moral não tem essência (...) a essência da responsabilidade da beneficência baseia-se no princípio do consentimento (...) o princípio da beneficência reflete a circunstância de que as preocupações morais compreendem procurar o bem e evitar os prejuízos. (...) esse princípio sustenta o que poderia ser chamado de moralidade de assistência social e solidariedade.

Nota-se, nas palavras do autor, não apenas o conceito do princípio da beneficência, como também a sua relação com o princípio da autonomia do paciente. Enquanto aquele se refere ao médico, este diz respeito ao paciente. Eis que, tal conjuntura de princípios também está envolvida a própria relação médico/paciente. Percebe-se, então, que, para o adequado exercício da medicina, o médico deve seguir padrões morais e éticos, respeitando a individualidade de seu paciente. Também, o paciente deve ter noção de que, como sujeito de direitos, pode autorizar o médico a realizar determinados procedimentos, consentindo, assim, que o profissional realize a melhor ação a fim de que essa lhe traga benefícios.

Com isso, pode-se inferir que, ao médico é incumbida a responsabilidade moral e ética de praticar, por meio de sua profissão, o bem para com o paciente. Nisto estão incluídos, por exemplo, o melhor tratamento, melhor cuidado e boa relação médico/paciente. Então, nacionalmente, pensando em regulamentar – e regularizar – a relação médico/paciente, bem

como as normas a serem seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, foi, que, o Conselho Federal de Medicina (CFM) criou o Código de Ética Médica (CEM).

1.3 O Código de Ética Médica e sua correlação aos Direitos Humanos do paciente

Atualmente, encontra-se vigente o Código de Ética Médica, por meio da Resolução do CFM nº 1.931/2009. Entre várias regulamentações normativas quanto ao adequado exercício da medicina, o CEM normatiza os direitos do paciente, nos artigos 22 ao 30, em seu capítulo intitulado "Direitos Humanos", estabelecendo, por exemplo, que é vedado ao médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal.

Neste tocante, o paciente também estaria protegido por meio da Carta Magna, no que tange os direitos fundamentais da pessoa humana, entre os quais pode-se destacar o princípio da dignidade da pessoa humana, à liberdade e à saúde, sendo, esta, um direito de todos e dever do Estado, conforme o artigo 196, da Constituição Federal de 1988.

Para tanto, no que diz respeito ao CEM, estudar-se-ão, de forma cautelar os artigos 22, 23 e 24 do CEM. Ei-los:

> Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
> Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.
> Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Eis que, em análise específica aos artigos 22, 23 e 24 do CEM, nota-se que ambos abordam consistentemente os temas aqui abordados quanto aos princípios bioéticos e os direitos humanos. Inicialmente, o artigo 22 estabelece, em regra, a vedação ao médico em não esclarecer o paciente ou seu representante sobre o procedimento a ser realizado, bem como não possuir o consentimento do paciente ou representante para tal. A exceção para essa regra seria em caso iminente de morte. Em que, por se tratar de grande urgência e complexidade – risco de morte – o aconselhado, segundo o CEM, seria a imediata intervenção médica.

Ainda em estudo ao artigo 22 do CEM, interessante se faz a presença dos princípios da autonomia e da beneficência. Analisa-se o princípio da autonomia do paciente quanto ao fato de que ao médico é vedado não possuir o consentimento do paciente ou de seu

representante para realizar determinada ação médica. Assim sendo, infere-se que CEM estimularia a prática médica em que o médico conversaria, ou seja, manteria contato com o paciente – ou representante – sobre o procedimento em um momento prévio à sua realização.

Ademais, o princípio da beneficência também pode ser inferido ao artigo 22 do CEM, pois a ele abordaria a necessidade moral e ética do médico em fazer o bem ao paciente, que, este, por se encontrar em estado de risco, não seria possível solicitar a sua decisão sobre tal procedimento. Então, por se tratar de grave emergência, o médico estaria qualificado em não questionar o paciente – ou responsável – sobre a vontade em realizar determinado procedimento.

Seguindo o estudo dos artigos, o próximo, artigo 23 do CEM aborda de forma ampla os direitos humanos do paciente e o princípio da dignidade da pessoa humana. Isto, pois, o referido artigo determina ao médico a necessidade do mesmo em respeitar seus pacientes de forma digna; sendo vedado o tratamento do médico para com o paciente de forma sem civilidade ou sem consideração. Assim, pode-se observar a preocupação do CEM para que normatize a conduta ética e moral de respeito e de direitos humanos do paciente.

Já ao artigo 24 do CEM, pode-se afirmar que, explicitamente, há presença da preservação do princípio da autonomia do paciente. Isto, pois, o artigo impede o profissional da saúde em decidir sobre determinado procedimento médico, por exemplo, sem o consentimento e autorização do paciente. Logo, pode-se perceber a importância do referido dispositivo, pois reafirma os direitos humanos do paciente e, também, do princípio da autonomia do paciente.

Além disso, ainda ao artigo 24 do CEM, reflete-se sobre o impedimento ao médico em exercer a sua autoridade para com a decisão do paciente. Assim, tendo, uma vez, o paciente decidido sobre qual percurso procedimental realizar, deve o médico respeitar o direito de escolha do paciente, não podendo "exercer sua autoridade para limitá-lo" segundo o próprio artigo. Portanto, reflete-se sobre a tentativa do CEM em evitar que os médicos prossigam com a cultura paternalista na medicina, na qual é atrelado ao médico a conduta a ser seguida, sem, contudo, ouvir o paciente.

Portanto, faz-se necessária a reflexão sobre o capítulo IV do CEM, denominado "Direitos Humanos", que compreende os artigos 22 ao 30; sendo, aqui, todavia, apenas, estudados os artigos 22 ao 24, por preencher a temática de respeito aos princípios da autonomia do paciente e da beneficência e dos direitos humanos do paciente na temática de humanização de partos, a seguir analisada com maior observância.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA HUMANIZAÇÃO DO PARTO: PRÁTICAS E DESAFIOS

Analisar-se-ão, neste segundo item, quais as atuais políticas públicas de atendimento às gestantes, bem como de humanização da saúde quanto ao parto. Ainda, propõe-se uma análise crítica quanto a sua eficácia prática no que tange a sociedade, em geral, e singularmente, às escolas de medicina.

2.1 O conceito de "humanização da saúde"

É crescente, no Brasil, a inserção de políticas públicas a fim de humanização da saúde. Na tentativa de explanação sobre como se conceituaria, de forma branda, "humanização da saúde", pode-se afirmar que se trataria do manifesto em abordar de forma privilegiada o contato próximo entre o profissional da saúde e seu paciente. Fazer com que ambos possuam uma boa relação, com base no respeito, no diálogo e na transparência.

Como anteriormente analisado, a evolução tecnológica contribuiu para o avanço na medicina no tocante ao maquinário que muito auxilia, até hoje, o diagnóstico de doenças e seus devidos tratamentos. Todavia, essa modernização da saúde também afetou a relação médico/paciente, pois fez com que o médico se afastasse de seu paciente e estivesse grande interesse no trabalho com seus equipamentos médicos.

A humanização da saúde seria, pois, a execução de reaproximar o médico e o paciente de forma com que o profissional respeitasse seu paciente e promovesse assistência à saúde de forma adequada, menos tecnicista, menos paternalista. Nessa banda, o Ministério da Saúde (2014, p. 11), define humanização da saúde:

> Assim, a humanização produz-se como um movimento institucional, político, ético e afetivo (entendendo afeto como efetivação de uma potência coletiva, uma força de composição que dá liga entre corpos) engajado com a tarefa de fazer viva a aposta coletiva no SUS, mediante participação e comprometimento dos sujeitos e coletivos com seu próprio processo de construção.

Dessa forma, analisa-se que a humanização da saúde se encontra muito presente em vários ramos da visa social, seja ela na forma ética, política e afetiva, como o próprio Ministério da Saúde aborda na citação acima, em seu "Caderno Humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento".

2.2 Priorizando o parto humanizado no Brasil

Uma forma de exemplificação a essa grande ramificação da humanização da saúde é a humanização dos partos no Brasil. Além das formas de parto realizadas em nosso território nacional, outra ocorrência ao parto normal é o parto vaginal natural, ou seja, o "parto humanizado".

Em outras palavras, o parto humanizado focaliza meios que não agridam a saúde física-mental da paciente. Ainda, nesse procedimento, as intervenções de profissionais da saúde ocorrem apenas se necessário. Nesse sentido, Ratter e Trench (2005, p.67-68) afirmam que:

> A humanização abrange uma série de diferentes aspectos referentes às ideias, aos valores e às práticas envolvendo as relações entre profissionais de saúde, pacientes e familiares e/ou acompanhantes; os procedimentos técnicos adotados; as rotinas de serviços; e o relacionamento entre os membros da equipe de profissionais, que decorre, em parte, do modo como se dá a atribuição de papéis e a distribuição de responsabilidades dessa equipe.
> O modelo ocidental de ciência e de medicina é masculino, sendo associado ao distanciamento, objetividade, impessoalidade e autoridade. Essas características interferem no atendimento à parturiente e ao recém-nascido, pois os profissionais não ficam atentos e não valorizam os aspectos emocionais da experiência do nascimento.

Assim, como os autores sugerem, o parto humanizado seria, pois, a tentativa de ofertar à mulher ambiente mais adequado e propício para gerar à luz. É, então, ofertar à gestante o protagonismo de seu parto, sendo, sobretudo, respeitados os seus desejos e direitos. A paciente seria a protagonista no sentido em que seria respeitada sua vontade, seus desejos e seus direitos. À base dessa noção são vislumbrados os direitos humanos do paciente e os princípios da autonomia do paciente e, também da beneficência, em questão ao profissional da saúde. Ademais, Ministério da Saúde (2003, p. 9) explana:

> O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benefícios para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a sua privacidade e autonomia.

Assim, como composto, nota-se que a saúde humanizada pode ser abordada por diferentes práticas dentro da temática saúde. Eis que, necessário se faz o bom acompanhamento desde o pré-natal sobre o processo de desenvolvimento da criança. Ainda,

a humanização da saúde aborda, sobretudo, um repensar às práticas convencionais e paternalista da medicina.

Dessa forma, o incentivo e prática a partos humanizados no Brasil, consolidam-se com a necessidade de respeito entre médico e paciente, bem como confiança, a fim de melhorar a assistência à saúde, gerando, então, benefícios para a mãe e para a criança. Todavia, ao estudar parto humanizado, lida-se, também, com a prática médica, inclusive, com a educação ofertada em faculdades de medicina e, também, com pacientes que necessitariam de abordagem educacional quanto aos seus direitos e sua autonomia.

Para tanto, é de suma importância a efetiva análise e prática ao parto humanizado já nas escolas de medicina, por exemplo, a fim de que os futuros médicos sejam atuantes e participativos ao parto, em que saibam respeitar a vontade de suas pacientes e não realizem tantas intervenções como aos partos que, frequentemente, são realizados aos dias atuais.

Os profissionais da saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade.

2.3 Políticas Públicas de humanização dos partos

Atualmente, há, no Brasil, algumas políticas públicas existentes com o objetivo de segurar a melhoria à assistência à saúde e de sua humanização, sobretudo aos partos. Eis que, exemplo disso, por exemplo, é a "Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal", em que visa garantir o acesso e a qualidade à saúde às mulheres gestantes e também àquelas que já possuem filhos. Segundo essa política, é dever do município a realização do pré-natal de qualidade às pacientes, em postos de saúde.

Outra política pública existe aos dias atuais é a "Política Nacional de Atenção Integral à Mulher". Nesta, são desenvolvidos atendimentos clínico-ginecológicos a fim de examinar a saúde da mulher e realizar o adequado tratamento. Ainda, contempla atendimento mulheres adultas e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual.

Há, inclusive, política pública focada à saúde da criança, como A "Política de Atenção Integral à Saúde da Criança". Nesta, tem-se como objetivo proteger e apoiar crianças em que estejam sobre o aleitamento materno e ainda, reduzir a mortalidade infantil.

Por fim, a política pública nacional que, talvez, seja a mais direcionada à humanização dos partos é a denominada "Rede Cegonha". Esta é a união de um grande pacote de iniciativas de assistência à saúde de forma humanizada, que se inicia ao planejamento familiar, logo após, à confirmação da gravidez, seguindo à promoção da relevância de um pré-natal completo, ao parto humanizado até mesmo à sequência de acompanhamento da criança por até dois anos após o parto, conferindo seu desenvolvimento físico e psicológico.

3. DIFERENTES TIPOS DE PARTO NO BRASIL

Anteriormente ao estudo dos tipos de parto no Brasil, bem como suas incidências, caberá, neste tópico, abordar o conceito de parto. Eis que, este pode ser compreendido como o estágio resolutivo da gestação, em que após meses de formação do feto, ocorre o nascimento do bebê.

Em outras palavras, pode-se conceber o parto natural como a expulsão do feto através da via genital, ou, então, pela retirada da criança, por via abdominal, como na operação cesariana. Assim, pode-se perceber que, o próprio campo da medicina condiciona as duas existências de parto no Brasil: o parto normal e o parto cesariana. Eis que, estudar-se-ão, então, aos subitens, as características de cada uma das formas, suas indicações e também suas incidências tanto no plano privado quanto público, no Brasil.

3.1 Parto normal

Há, no Brasil, duas formas a serem realizados partos: o parto vaginal, também conhecido como "normal" e o parto cirúrgico ("cirurgia cesariana"). Nota-se que, focalizando o estudo ao parto normal, este se caracteriza pela saída do bebê pelo canal vaginal. Observa-se, ainda, que, este pode se estender aos partos vaginais cirúrgicos, em que ocorre a injeção de ocitocina (hormônio que provoca contrações do útero), também, por ventura, ocorrendo o corte vaginal denominado "episiotomia", na tentativa de "facilitar" o nascimento do bebê.

Tais procedimentos citados, por serem cirúrgicos – mesmo na ocorrência de partos normais – devem ser evitados. Isto, pois, por possuírem intervenção cirúrgica do profissional da saúde, pode levar a determinadas agravações ao quadro clínico como, por exemplo, infecções e complexo quadro de melhora. Ainda, cabe salientar que, atualmente, com a

promoção ao parto humanizado, tais condutas médicas são evitadas ao máximo, sendo, inclusive, coibidas.

Atualmente, há grande estímulo por parte de organizações sociais para a realização de partos normais. Por exemplo, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibilizou uma cartilha internacional sobre a importância do parto normal. Nela, pode-se observar a definição, segundo a OMS do que seria parto normal e seus benefícios. Assim, segundo a OMS (1996, p. 9):

> 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.
> Entretanto, 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.

Com isso, pode-se notar no trecho da cartilha internacional da OMS que, o parto normal seria aquele em que ocorreria entre as 37 e 42 semanas – aproximadamente nove meses completos – em que, espontaneamente, o corpo da mulher começa a apresentar indícios de que o bebê está "pronto" para a hora do parto. Também, a criança promove movimentos dentro do útero indicando a sua expulsão – contrações. Eis que, todo esse processo respeitaria, naturalmente, o corpo da gestante e de seu bebê, sem, a priori grandes intervenções médicas a respeito.

Cientificamente, foi possível comprovar que o parto normal pode fazer muito bem à saúde da mãe e de seu bebê. À mãe, pois, a recuperação é bem mais rápida do que a do parto cirúrgico; não sendo necessária, na maioria das vezes, nenhum tipo de anestesia. Ainda, quanto ao bebê, afirma-se que, durante o parto e o processo de contrações, a gestante produz dois importantes hormônios chamados "ocitocina", capaz de proteger a criança no amadurecimento cerebral e, também "prolactina", hormônio responsável por auxiliar na amamentação.

Outra vantagem na escolha do parto normal é a melhor recuperação da mulher como menores chances de surgirem hematomas e infecções, tanto no corpo da mãe quanto do bebê. Nota-se, então, uma grande gama de benefícios na realização do parto normal. Por esse fato, inclusive, justifica-se a indicação de preferência em realizações de parto normal pela OMS.

3.2 Parto cesáreo

A cesariana pode ser considerada como um procedimento cirúrgico de média complexidade e de alta intervenção médica. Caracteriza-se pela necessidade obrigatória de algum tipo de anestesia, seguida de corte no abdômen e no útero da paciente. Após o referido corte, o mesmo é fechado com pontos. Dessa forma, por se tratar de uma cirurgia, o processo de recuperação da paciente é mais demorado, quando comparado ao parto normal.

Além, por se tratar de método cirúrgico, pode-se perceber que são necessários determinados cuidados e tratamentos específicos como, por exemplo, anestesia, limpeza especial da área a ser saturada e, por fim, incisão das diversas camadas de tecidos humanos. Nesse procedimento médico, pode ocorrer recuperação mais lenta; maior risco de infecção; dor ao pós-parto, como, também, em níveis econômicos, necessitar maior custeio à paciente ou órgão responsável.

Ainda, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) preocupada com as altas taxas de cesarianas no Brasil, apresentou, em 2014, uma cartilha especial denominada "Promoção ao parto normal na saúde suplementar". Nesta cartilha, incentiva a realização de partos normais, sobretudo, no setor suplementar (privado), pois é a agência nacional que possui grande papel ao bom prosseguimento à saúde no setor privado. Ao olhar independente ao setor trabalhado, nota-se que a ANS (2014, p. 4) relata algumas desvantagens de realizar cesariana:

> 120 vezes maior a probabilidade de o bebê ter síndrome de angústia respiratória; Cerca de 25% dos óbitos infantis são causados por prematuridade; Triplica o risco de mortalidade materna; As mães ficam sujeitas a complicações como: perda de maior volume de sangue, infecções puerperais e acidentes anestésicos

Como observa-se pelos dados apresentados pela ANS, os riscos da realização de cesáreas são grandes. Assim, por se tratar de uma cirurgia, a cesariana pode envolver riscos e danos que toda e qualquer cirurgia apresenta somados aos danos à paciente e ao bebê. Eis que, por exemplo, a cesariana pode causar cicatriz e, esteticamente, isso pode comprometer a aparência da mulher mas, sobretudo, a cesariana pode causar maior risco de infecção; ferida operatória que traga ou necessite de cicatrização; a recuperação ao pós-operatório é dais danosa e demorada do que o parto normal e como pode ocasionar alterações fisiológicas

danosas ao bebê, por exemplo, que, pode ir de uma complicação respiratória, até mesmo risco de morte.

Como citado ao trecho acima referente à ANS, alguns esses indícios podem ser agravados, ainda mais, pela prematuridade do bebê. Isso ocorre, pois, se ao parto normal, a expulsão do bebê ocorreria entre a 37ª à 42ª semana, o bebê, a priori, já teria completado o processo de formação no ventre da mãe e, naturalmente, ocorreria o nascimento. Todavia, uma prática frequente além da própria cesariana é o agendamento da mesma. Tal prática reforçaria a denominada "cultura das cesarianas", que será estudado adiante.

3.3 Análise da estatística dos partos no Brasil

Após a exposição conceituais e as características de cada tipo de parto realizado no Brasil, faz-se interessante refletir sobre as incidências dos partos no contexto atual, tanto no setor público, quanto privado. Para tanto, interessante ressaltar o número adequado de cesarianas a serem realizadas, durante um ano, em um país, de acordo com a OMS. Eis que, a referida Organização indica, portanto, que apenas 15% dos partos sejam cesáreas.

Pode-se inferir que tal motivo seria justificado pelo fato de que as cesarianas são procedimentos cirúrgicos e, para tanto, envolveriam grande gastos monetários tanto da gestante, quanto dos cofres públicos para disponibilizar todo aparato hospitalar, por exemplo, como médicos, enfermeiros, anestesistas e auxiliares. Além dos fins econômicos, outro motivo pelo qual a OMS indicaria que apenas 15% dos partos fossem cirúrgicos seria a evidência à segurança e saúde tanto da mãe, quanto da criança. Como dito anteriormente, nota-se grandes vantagens na realização de partos normais, pois evidenciariam a aproximação mãe-bebê, bem como ajudaria no processo fisiológico da criança, por exemplo.

Pois bem, sabendo da indicação da OMS, a ANS, agência responsável pela organização dos planos de saúde no Brasil, ao realizar uma pesquisa sobre o número de partos realizados em território nacional (nos setores público e privado) constatou que o número de cesáreas, em território nacional, se encontra surpreendentemente elevado. Assim, no ano de 2012, segundo dados da ANS (2014, p. 5), houve, no Brasil, 2.905.789 crianças nascidas vivas.

Dentre essas crianças, 55,60% nasceram por meio de partos cirúrgicos e 44,4% por meio de partos pela vagina. Ainda, no mesmo ano, a ANS contabilizou que, das 2.905.789 crianças, 502.812 bebês nasceram por meio da assistência de saúde suplementar (em

hospitais ou clínicas privadas), sendo que, entre esse número, 84,60% foram por meio cesarianas e apenas 15,4% dos bebês nasceram de parto normal em redes particulares. Quanto à rede pública, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2012, 1.877.505 partos foram realizados, sendo 40% cesarianas e 60% partos normais.

Em outros estudos estatísticos, por exemplo, pode-se comprovar situação muito semelhante. Em um gráfico estatístico da Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância), datado do ano de 2011, em um comparativo com todos os países do globo, o Brasil é o líder mundial em realização de cesárias. Segundo a Unicef (2011, p. 85-86): "Tabela 8. Mulheres: Cobertura de cuidados no momento do parto: Pela primeira vez, a tabela inclui operação cesariana como parte do indicador sobre cobertura de cuidados no momento do parto. A operação cesariana é parte essencial dos cuidados obstétricos emergenciais abrangentes".

Eis que, na referida tabela apresentada pela Unicef, pode-se observar uma relação entre o acompanhamento de partos ocorridos no Brasil, entre 2005 e 2009, tanto na rede pública quanto privada. Assim, constatou-se que, entre os anos de 2005 a 2009, 44% dos partos ocorridos no Brasil ocorreram por meio de cesáreas. Como a própria Unicef descreve o título da sua tabela, o número de cesarianas está muito atrelado aos "cuidados obstétricos emergenciais". Logo, infere-se que, as cesarianas deveriam ocorrer, apenas, seguindo os conselhos médicos, nos quais há riscos para a mãe quanto para a criança, ou quando, por complicações de emergência.

Tanto os dados da ANS, de 2012, quanto da Unicef, em que relaciona índices entre os anos de 2005 a 2009, referentes aos tipos de partos ocorridos no Brasil chamam a atenção. O número de cesarianas, em território nacional, se encontra tão elevadas, que o Brasil é o líder mundial de partos cirúrgicos. Se questiona, então, os motivos pelos quais isso ocorre, ainda mais, contando com todas as políticas públicas de incentivo à humanização da saúde. O próprio Ministério da Saúde (2013, p.14), comentou sobre o ocorrido e aponta algumas possíveis razões para tanto:

> O Brasil ocupou, até há pouco, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas. Se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde. Essa profunda distorção na prática médica brasileira é determinada por múltiplos fatores – históricos, estruturais, conjunturais – mas tem, na forma como a sociedade em geral, e a medicina em particular, encara a mulher, a gênese dessa permissividade.

Em análise à essa passagem, o Ministério da Saúde relata sobre algumas das possibilidades pelas quais o Brasil encontra-se como líder de cesárias. Eis que, por exemplo, fatores como a própria distorção da profissão da medicina – e, com isso, pode-se inferir, inclusive, a mercantilização da mesma, pois a cesariana é um processo em que o médico, em geral, recebe sua remuneração salarial em valor mais elevado, quando comparado ao parto normal e, também, dispende de menos horas de trabalho, visto que uma cesariana leva em média, de uma a duas horas, e o parto normal, em geral, mais de dez horas.

Ainda, outros fatores são apresentados pelo Ministério da Saúde, como a própria forma como a sociedade e a medicina encaram a mulher. Isto ocorreria por diversas vias, entre elas a histórica, pelo processo de exclusão e diferenciação de gênero da mulher, bem como, à luz da medicina, pela cultura paternalista, em que o princípio da autonomia do paciente, nem tampouco os direitos humanos do paciente estariam validados às gestantes, quando do momento de realização do parto.

Assim sendo, pode-se pensar que, o desrespeito à mulher, tocante à cultura paternalista, faz com que os profissionais da saúde, em geral, não respeitem nem a mulher como sujeito, nem suas próprias decisões. Isso tangenciaria – e ainda pode ser observada em algumas práticas – a humanização da medicina como um todo, bem como às tão propagadas políticas públicas de humanização dos partos. Quanto à autonomia do paciente – ora, gestante – e como esta vincula o seu poder e o seu direito frente à medicalização, o Ministério da Saúde (2013, p. 18-19) argumenta:

> A assistência à mulher no momento do parto é objeto de grande medicalização. Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais da saúde. O conflito gerado a partir dessa transformação influencia as mulheres, entre outros fatores, a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico, mais 'limpo', mais rápido, mais 'científico'. Além disso, estudos já comprovaram que a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea. É preciso levar em conta um fator muito debatido: quem é o protagonista da cena do parto? A mulher parturiente está cada vez mais distante desta condição: totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir.

Reflete-se sobre os argumentos utilizados pelo Ministério da Saúde, ao olhar sobre como a modernização e o avanço da ciência contribuíram para transformar um ideal social. Relata-se, por exemplo, que, um dos motivos das cesarianas serem superiores aos partos

normais seria a medicalização e como essa influenciou o pensamento feminino contemporâneo. Eis que, em geral, segundo o Ministério, historicamente, as mulheres foram levadas a crer que o frequente uso de medicamentos seria adequado para as suas saúdes. Estes nada mais são do que reflexo da modernidade e do avanço da indústria farmacêutica. O ato médico de receitar drogas lícitas tem sido visto como o suprassumo do poder do profissional da saúde que, indica uma droga com poder de melhorar o bem estar do paciente.

Essa visão científica da medicina, bem como a autoridade em que o médico possui em prescrever condutas e medicamentos podem ser transferidos aos partos. A mulher gestante, em geral, possui uma visão "positiva" da cesariana, pois a mesma seria mais "técnica" do que o parto normal, o que acarretaria, em sua visão, benefícios à saúde. Assim, o parto operatório, além de ser qualificado como "científico", também é adjetivado como "limpo", por muitas pacientes, que acreditam que perderiam menos sangue ou, até mesmo, que não teriam suas vaginas "alteradas" de tamanho. Tais noções podem ser consideradas como "tabus" sociais e contribuem para que a cultura das cesarianas se propague e tome força.

Ademais, pode-se perceber que tais "tabus" tem origens, na maioria das vezes, na falta de pensamento crítico sobre a sociedade como um todo e, ainda, falta de educação sobre saúde, no que diz respeito ao próprio corpo e seu funcionamento. A baixa-escolaridade e o não conhecimento dos direitos humanos do paciente, também poderiam contribuir para que as pacientes simplesmente se subordinassem aos procedimentos médicos e que escolhessem, então, o parto cesáreo. Tais fatos somariam a difundir a cultura das cesarianas e a cultura paternalista da medicina.

Ao citar a falta de educação da paciente sobre o seu próprio corpo, faz-se necessário abordar a falta de educação sobre a humanização dos partos, nas próprias escolas de medicina. Estimulados ao tecnicismo médico, muitos professores e alunos das faculdades de medicina não questionam – e não abordam em sala de aula – questões de humanização da saúde. A consequência disto faz parte do cenário atual nacional: o Brasil como líder mundial de cesarianas com índices que crescem a cada ano.

Logo, o Ministério da Saúde, na citação referida acima, ao indagar sobre quem seria, realmente, o protagonista do parto – o profissional da saúde ou a gestante – faz com que se reflita sobre os padrões e práticas atuais da medicina, de educação social e médica, bem como as políticas públicas de qualidade publicizadas no Brasil.

Portanto, para que haja políticas públicas de qualidade e efetivas, seria necessária uma transformação, inclusive, educacional tanto da população quanto da comunidade médica. Da população, em geral, sobre o seu próprio corpo, sobre seus direitos e como criticamente poderia alterar o sistema. Ainda, por parte dos profissionais da saúde, as políticas públicas realmente poderiam ser efetivadas, quando da inserção de práticas humanizadas nas faculdades de medicina. Ninguém propaga o que não sabe, o que não possui conhecimento. E, reivindicar seus direitos também faz parte de uma sociedade mais igualitária e saudável.

CONCLUSÃO

Após a abordagem investigativa, ao analisar os princípios bioéticos da autonomia do paciente e da beneficência e dos direitos humanos do paciente, bem como a sua relação quanto às políticas públicas nacionais, pode-se refletir sobre algumas possíveis causas pelas quais o número de cesáreas é tão expressivo atualmente.

Algumas dessas razões podem ser definidas como a presença de alguns "tabus" femininos quanto ao parto normal. O medo de fortes dores e de sangramentos, somadas à insegurança sobre os seus próprios corpos auxiliam ao pensar feminino quanto à escolha por realizações de cesárias. Assim, a falta de educação crítica quanto sujeito social, e de seus direitos, fazem com que as pacientes se subordinem aos profissionais da saúde, reforçando o aparato patriarcal médico.

Portanto, por mais que haja incentivo governamental quanto à realização de políticas públicas ao cenário atual no tocante à humanização da saúde, esta é impedida por práticas, ainda paternalistas e extremamente técnicas de muitos médicos que não foram incentivados nas escolas de medicina, a realizarem a prática da humanização da saúde, sobretudo, ao aspecto do nascimento, passagem tão delicada e afetuosa.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Promoção do parto normal da saúde suplementar*. Brasília, DF, 2014.

BEAUCHAMPS, Tom L., CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução de Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola. 2002 nas referências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. *Cadernos Humaniza SUS* ; v.4. Brasília, DF, 2014.

BRASIL, Resolução do Conselho Federal de Medicina. Lei nº1.931 de 13 de outubro de 2009. *Código de Ética Médica*. Brasília, DF, 2009.

CAPRA, Fritijof. *O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Manual Técnico Disciplinar*. Porto Alegre: CREMERS, 2010.

DIAS, M.A.B. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde do estado do Rio de Janeiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 13, n. 5, Rio de Janeiro, setembro/outubro/2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500017

ENGELHARDT JR, H.T. Fundamentos da Bioética. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

FERRAZ, S. T; RATTNER, Daphne. *A Medicina Tradicional e os Sistemas Municipais de Saúde: Humanização do Parto sob o Enfoque do Patrimônio Cultural*. Brasília: Conasems, 2009.

FEUILLET, Brigitte. Bioética e Biodireito: uma relação de conexão. Maria Claudia Brauner (Org.). *Direitos Humanos, Saúde e Medicina: Uma Perspectiva Internacional*. Rio Grande: Editora da FURG, 2013.

FRANÇA, G.V. *Comentários ao Código de Ética Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Situação Mundial da Infância. Nova Iorque: Estados Unidos, 2011.

FUKUYAMA, Francis. *Nosso Futuro Pós-Humano: Consequências da Revolução da Biotecnologia.* Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

GARRAFA, Volnei et al. Bases Conceituais da Bioética: Enfoque Latino-Americano. São Paulo: Gaia, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde*. Brasília, DF, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde*. Brasília, DF, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guia da Gestante e do Bebê*. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf

RATTNER, Daphne; TRENCH, Belkis. *Humanizando Nascimentos e Partos*. São Paulo: Senac, 2005.