

**A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E O MÍNIMO  
EXISTENCIAL:  
ENTRE DESAFIOS E GARANTIAS**

THE HUMANIZATION OF BIRTH AND THE  
EXISTENTIAL MINIMUM:  
BETWEEN CHALLENGES AND GUARANTEES

**Jessica Hind Ribeiro Costa\***  
**Bruna Sales Moura\*\***

\*Doutora em Direito das Relações  
Sociais e Novos Direitos  
(Universidade Federal da Bahia –  
UFBA/BA)  
Mestre em Direito das Relações  
Sociais e Novos Direitos  
(Universidade Federal da Bahia –  
UFBA/BA)  
E-mail: jel\_hind@hotmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4640-3318>

\*\*Mestranda em Direito Público  
(Universidade Federal de Alagoas  
– UFAL/AL)  
Graduação em Direito (Universidade  
Tiradentes, UNIT/SE)  
E-mail: brunasalesal@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7274-9246>

**Como citar:** COSTA, Jessica Hind Ribeiro; MOURA, Bruna Sales. A humanização do parto e o mínimo existencial: entre desafios e garantias. *Scientia Iuris*, Londrina, v. 28, n. 1, p. 154-176, mar. 2024. DOI: 10.5433/2178-8189.2024v28n1p154-176. ISSN: 2178-8189.

**Resumo:** O principal objetivo deste artigo é construir um contraponto entre a autonomia individual da gestante e da parturiente em relação ao mínimo existencial e as dificuldades de exercício de direitos, notadamente em situação de vulnerabilidade que dificulta o exercício do direito à saúde. Para isso, utilizou-se da vertente teórico-metodológica jurídico-sociológica e do raciocínio dedutivo, a partir de uma breve revisão de literatura sobre o direito constitucional à saúde, a dignidade da pessoa humana, o mínimo existencial, a autonomia em saúde, realizada por meio de um levantamento bibliográfico de cunho descritivo e natureza qualitativa, cuja coleta de dados se fez por bases de dados eletrônicas. Os resultados obtidos na literatura recente apontam a humanização em saúde como prática fundamental ao processo de ressignificação do papel da mulher gestante e parturiente vulnerável, tornando-a mais ativa nas escolhas relacionadas ao cenário gestacional; e a informação é o principal instrumento à assunção de responsabilidade para com o usufruto pleno de seu direito à saúde. Conclui-se que de posse do conhecimento sobre sua saúde, a mulher – gestante ou parturiente – pode exercer sua autonomia na medida em que seus interesses, vida e direitos estejam protegidos, mitigando paulatinamente seu rol de vulnerabilidades.

**Palavras-chave:** autonomia no parto; dignidade da pessoa humana; mínimo existencial; humanização em saúde.

**Abstract:** This article paves the way for reflections on the

exercise of women's autonomy during childbirth, defending a broader hermeneutics of health that considers autonomy and the consequent information, the consequences of the realization of dignity. Thus, the main objective of this article is to build a counterpoint between the individual autonomy of the pregnant woman and the woman in labor in relation to the existential minimum and the difficulties in exercising rights, notably in a situation of vulnerability that makes it difficult to exercise the right to health. For this, we used the legal-sociological theoretical-methodological approach and deductive reasoning, based on a brief literature review on the constitutional right to health, the dignity of the human person, the existential minimum, autonomy in health, carried out through a bibliographical survey of a qualitative and qualitative nature, whose descriptive data collection was carried out through electronic databases. The results obtained in recent literature point to humanization in health as a fundamental practice in the process of re-signification of the role of vulnerable pregnant and parturient women, making them more active in choices related to the gestational scenario; and information is the main instrument for assuming responsibility for the full enjoyment of their right to health. It is concluded that, in possession of knowledge about her health, the woman – pregnant or giving birth – can exercise her autonomy to the extent that her interests, life and rights are protected, gradually mitigating her list of vulnerabilities.

**Keyword:** autonomy in childbirth; dignity of human person; existential minimum; humanization in health.

## INTRODUÇÃO

O processo de gestar e o de parir vêm sendo cada vez mais conduzido como uma questão de saúde dominado por saberes médicos e intervenções baseadas em protocolos e orientações dos profissionais de saúde (Brasil, 2001, p. 9). Ocorre que esse cenário, em comparação a séculos de parto sem acesso à formação médica e à obstetrícia, a cada dia, vem diminuindo o papel da mulher no âmbito do nascimento, perpetrando-lhe restrições ao exercício de seus direitos. Isso acaba por determinar o impedimento da concretização da dignidade da mulher em seu mais alto grau no que se refere às experiências da gestação e do parto (Gomes; Santos, 2019, p. 12).

Inicialmente, importa destacar a saúde como um conceito fluido e em construção, o qual, desde meados do século XX, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), constrói-se a partir de uma visão ampliada de completo bem-estar físico, mental e social (Nogueira, 2020, p. 12). Importa compreender que a gestação saudável, como consectário lógico, deveria estar enquadrada como uma experiência em que estivessem presentes condições ao exercício da autonomia, amparada por ferramentas materiais que possibilitassem à mulher um processo fisiológico saudável e amparado.

Ocorre que, o conceito de mínimo existencial estabelece limites para o pleno usufruto de direitos, o que será abordado a partir do recorte a ser analisado (Toledo, 2017, p. 06). Infelizmente, resta evidenciada a ausência de mecanismos de amparo e de assistência na esfera pública, culminando em uma realidade de faltas ao longo do processo gestacional e no nascimento autônomo e seguro. Dentre os elementos que obstaculizam o pleno exercício da cidadania no campo da saúde (Brasil, 2006, p. 57), importa destacar o acesso à informação, porquanto a sua inexistência e/ou desencontro interfere diretamente no exercício da autonomia feminina.

Nesse sentido, o presente artigo discute de que forma a humanização em saúde traz consequências para o cenário de direitos no âmbito do acompanhamento no parto, o que está concatenado a uma retomada da autonomia da mulher no plano de ação para o parto. Entende-se que se trata de um desdobramento das transformações na relação médico-paciente – aqui compreendida como relação médico-parturiente –, em que a mulher não deve ocupar o lugar de objeto, mas sim como parte informada e autônoma na relação.

A partir dos motivos aqui elencados como ponto de partida à investigação, a metodologia escolhida foi a vertente teórico-metodológica jurídico-sociológica, estribada em uma revisão de literatura, organizada a partir de um levantamento bibliográfico de cunho descritivo, natureza qualitativa e costurada a um raciocínio dedutivo. Tendo em vista que examina o fenômeno jurídico a partir de uma abordagem social, por meio de bases de dados eletrônicas – *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Scientific Periodicals Electronic Library* (Spell), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Google Scholar* – foi possível acessar livros, teses, dissertações e artigos que versassem sob uma abordagem sociocultural e jurídica sobre o Dignidade da Pessoa Humana, o Mínimo Existencial, autonomia, humanização da saúde, parto, gestação e temas afins.

## 1 SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Ao tratar de saúde, existe um elemento subjetivo na interpretação desse conceito, pois cada indivíduo compreenderá seu significado por conceptualizações distintas expressadas por diversas formas do que é ter saúde ou estar saudável (Bonavides, 2001, p. 546). Não é objetivo retórico deste estudo tecer críticas ou definir de forma profunda expressões que possam definir o termo exato, porém, antes de tratar sobre direito à saúde, é importante compreender quesitos que dialogam com o sentido jurídico do que pode ser e, conseqüentemente, dos direitos correlatos.

Segundo a OMS (1946, p. 1), como já dito, é direito fundamental a possibilidade de todo ser humano gozar do melhor estado de saúde possível, definindo-a não apenas como mera ausência de doença ou enfermidade, e sim como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O conceito, embora avançado para a época, é tido atualmente como ultrapassado (Segre; Ferraz, 1997, p. 540), pois ainda destaca o físico, o mental e o social, como se a interação entre essa tríade fosse cristalina, denotando uma possibilidade irreal de harmonia entre os indivíduos.

Embora existam críticas, esse conceito foi difundido por todo o mundo e inspirou diversos sistemas de saúde a se voltarem à proteção integral, elevando as primeiras preocupações dos Estados acerca da temática, passando-se a discutir a saúde coletiva com vistas à prevenção (ANSS, 2007, p. 13). Segundo o relatório final da VII Conferência Nacional da Saúde (1986), fazia-se necessária a ampliação do conceito de saúde, pois o contexto histórico da sociedade precisava ser considerado, no tempo dessa definição, de modo a representar a saúde como condições dignas de vida e de acesso universal, o qual deve ser garantido pelo Estado, em uma ação institucional de uma verdadeira reforma sanitária.

No Brasil, o direito à saúde só foi expressamente reconhecido a partir da Constituição Federal de 1988 como direito fundamental, que estabeleceu em seu artigo 196 que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”, garantido, o “[...] acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” do indivíduo (Brasil, 1990).

Uma característica marcante da Carta Magna é justamente a positivação da saúde como direito fundamental junto com outros direitos fundamentais sociais, justificado pelo constitucionalismo democrático-social proveniente do pós-Segunda Guerra (Sarlet; Figueiredo, 2014, p. 119). Dessa forma, a saúde deve ser analisada como direito de interesse coletivo, em que a sua concretização por normas pragmáticas possibilita o exercício de garantias individuais, sendo a coletividade apenas meio para a validação e a satisfação dos interesses individuais (Alexy, 1986, p. 180).

O fato de a saúde ser caracterizada enquanto bem ou direito coletivo não exclui a dimensão individual do conceito, considerando que a sua titularidade perpassa necessariamente pela seara individual. Tal fato decorre do exercício da dignidade na perspectiva de compreensão e proteção da integridade física e psíquica do indivíduo. Assim, “[...] não é o fato de todas as pessoas terem problemas de saúde que o torna um direito exclusivamente coletivo, pois também o direito à vida não é um típico direito coletivo”. (Sarlet; Figueiredo, 2014, p. 119).

O texto constitucional, embora tenha considerado a saúde como direito fundamental, não especificou qual seria o conteúdo alcançado pelo direito de proteção e de promoção da saúde. Nesse sentido, Barcellos *et al.* (2017, p. 458) afirmam que o direito não consegue garantir propriamente uma vida saudável a todos, mas tão somente o meio de provê-la, por meio de instrumentos que proporcionam e protegem a saúde. Sendo assim, em uma visão ampliada da saúde, sua promoção não se limita a questões sanitárias, mas de políticas públicas que se relacionam com vários campos da atuação estatal, a exemplo do trabalho em condições dignas, moradia, educação, informação plena, qualidade do meio ambiente, transporte seguro, repouso, lazer, liberdade, entre outros.

Importante considerar que não basta a formalização pelo texto constitucional para que o direito esteja implementado na prática, é necessário que o Estado assuma uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais, de sorte a garantir melhores condições de vida, sobretudo, para a população mais carente. Isso envolve fornecimento de remédios, disponibilização de leitos e vagas em unidades de saúde, contratação de equipe especializada e suficiente trabalhando em condições dignas etc. (Krell, 1999, p. 242).

Segundo Krell (1999, p. 239), chega a ser paradoxal que o Brasil seja bastante promissor em termos econômicos, despontando como uma economia em ascensão e, no final do século XX, figurando entre as dez maiores do mundo, ao passo que milhões de brasileiros continuam vivendo abaixo da linha de pobreza (“indigência”). Tal discrepância ocorre mesmo em um cenário de previsão constitucional extremamente avançada no que diz respeito aos direitos sociais. Apesar dessa previsão normativa, muitas pessoas não encontram condições básicas para um tratamento adequado, seja pela falta de acesso, seja pelas condições precárias de habitação e até de alimentação (Krell, 1999, p. 240).

Diante disso, é possível afirmar o fracasso do Estado brasileiro como provedor dos serviços essenciais para a vasta maioria da sua população. Após a crise econômica entre o final do século XX e início do XXI, o modelo de um constitucionalismo austeritário começou a tomar forma (Sampaio, 2020, p. 41). A relativização de direitos fundamentais e a necessidade de segurança permitiram a diminuição de salvaguardas constitucionais mediante a criação de várias emendas constitucionais, impondo um novo regime fiscal com repercussões na política de direitos sociais e de investimento político (Sampaio, 2020, p. 45).

A política austera provoca uma redução não apenas na qualidade, mas também da prestação de serviços à saúde, que são responsáveis pelas causas de aumento de mortalidade no Brasil (Sampaio, 2020, p. 45). O medo nunca foi capaz de estabilizar vínculos de dominação, sobretudo no ambiente em que a desigualdade social se exponencia, os aparatos de segurança e os mecanismos de confiança mantêm minimamente os laços de solidariedade.

Como menciona Krell (1999, p. 240), “[...] direitos sociais não são direitos contra o Estado, mas direitos por meio do Estado, que exige do Poder Público certas prestações materiais”. De um ponto de vista crítico, comprometido com a democracia e com as igualdades materiais, a principal questão das normas constitucionais no Brasil não é de efetividade, mas de seletividade. O discurso de ausência de efetividade é formulado pela “[...] doutrina brasileira da efetividade” de forma

genérica e não enfoca esse ou aquele tipo de direitos fundamentais, muito menos seus sujeitos em concreto (Bello; Bercovici; Lima, 2019, p. 1796).

Em uma interpretação progressista dos Direitos Fundamentais Sociais, pode-se considerar a saúde como um direito subjetivo perante o Poder Público que se obriga a prestar determinados serviços de bem-estar social e deve ser concretizado de maneira progressista (Krell, 1999, p. 242). Nesse contexto, os direitos sociais empoderam os jurisdicionados com normas pragmáticas, que devem ser satisfeitos em graus variados, sendo que a medida devida de sua satisfação depende não apenas das possibilidades fáticas, mas também das possibilidades jurídicas, como mandados de otimização (Alexy, 1986, p. 90), devendo o Estado cumprir seu dever, somente negando em circunstâncias temporárias ou em virtude de uma impossibilidade material evidente e comprovável.

A discussão acerca da efetividade de direitos fundamentais sociais figura-se como uma pauta permanente, com ênfase na problemática da exigibilidade administrativa e judicial da saúde como um direito subjetivo, oponível, seja individualmente ou coletivamente, ao Estado e aos particulares. Normas que versam sobre direitos fundamentais são de aplicação imediata, conforme previsão do artigo 5º, § 1º da Carta Magna de 1988, deixando cristalino que direitos fundamentais, a exemplo que aqui discutimos podem e devem ser imediatamente invocados, ainda que possuam legislação insuficiente (Brasil, 1990).

Sua dimensão protetiva implica um dever geral, como *standard* a guiar o Estado para assegurar o gozo do direito pelos cidadãos em sintonia com as normas constitucionais. O texto constitucional tem contribuído para os debates relativos ao direito (proteção e promoção) à saúde, pois sua normatividade é permeada de indeterminação, validando uma constante atualização do conteúdo protegido constitucionalmente, abarcando a polêmica de alocação de recursos públicos, cumprimento de deveres, transparência e a própria garantia do mínimo existencial.

## 2 O MÍNIMO EXISTENCIAL E OS LIMITES DO EXERCÍCIO À DIGNIDADE

A teoria do Mínimo Existencial tem íntima relação com um caso ocorrido na Alemanha em que dois candidatos reprovados no exame para ingresso no curso de Medicina alegavam ter direito ao ingresso à Universidade, considerando que isso obstacularizava o seu direito constitucional de escolha da profissão. No entanto, na Corte alemã, os “[...] direitos a prestações positivas (*Teilhaberchte*) estão sujeitos à reserva do possível no sentido daquilo que o indivíduo, de maneira racional, pode esperar da sociedade” (Krell, 2002, p. 52).

Apesar de parecer injusto o fato de que o esforço não irá produzir resultados positivos, seja pela falta de habilidade do sujeito, seja pela falta de condições de competição com os mais fortes possa gerar uma situação de extrema insegurança e vulnerabilidade para alguns, agravando ou ocasionando restrições, essa realidade é inerente a um sistema que não pode prover todas as benesses de forma coletiva aos cidadãos. “[...] Mas, quando observadas não de modo isolado, mas em conexão com os interesses universais da humanidade, essas duras fatalidades parecem ser da

mais elevada benevolência” (Spencer, 1958, p. 137).

A ideia do texto retromencionado é base do fundamento do darwinismo social, que sustenta que o Estado ou a sociedade não devem intervir para proteger o interesse e os direitos de pessoas mais vulneráveis, por atentar contra o interesse coletivo, sendo assim, os mais aptos sobreviveriam em uma “loteria natural” (Gargarella, 2020, p. 27). A garantia do mínimo existencial é exatamente o oposto da filosofia social-darwinista, onde o Estado deve promover as condições materiais básicas para os necessitados, que não tenham condições de se sustentar (Sarmiento, 2016, p. 1645), garantindo acesso a efetivos bens e direitos essenciais para uma vida digna.

Dessa forma, falar em conteúdo mínimo para a existência é discutir também conceitos, como: dignidade da pessoa humana, democracia, liberdade e justiça. Afinal, garantir o mínimo existencial é fundamental para promoção de outros direitos e valores inerentes à vida humana, essenciais para a garantia de uma vida não apenas mínima, mas de uma vida verdadeiramente digna (Sarmiento, 2016, p. 1649). O conteúdo do mínimo existencial não se restringe a definir regras e prestações materiais bem definidas que devem ser asseguradas pelo Estado, mas tão somente estabelecer um piso, abaixo do qual não se pode compreender uma existência adequada.

Nesse sentido, a doutrina crítica afirma que uma ordem constitucional democrática e justa deve aspirar à justiça social, ao invés de se contentar com o mínimo que apenas reforça o cenário da miséria, com uma visão elitista e excludente, que limita a atuação do Estado no campo social preservando a essência das estruturas econômicas do capitalismo (Pereira, 2000, p. 23). O objetivo dos direitos humanos é resistir à dominação e à opressão pública e privada; quando se transformam em ideologia política ou em idolatria do capitalismo neoliberal ou na versão contemporânea da missão civilizatória, eles perdem esse objetivo.

Com a proliferação da regulamentação biopolítica, os direitos que se multiplicam sem parar paradoxalmente aumentam o investimento do poder sobre corpos. Tais evoluções se refletem no funcionamento do sistema jurídico. Em um processo complementar, as áreas de atividade privada são cada vez mais regulamentadas, enquanto os serviços e as utilidades públicas foram dispensados de seus objetivos redistributivos e entregues às disciplinas do lucro privado e do mercado (Douzinas, 2021, p. 14).

Nesse sentido, Hayek (2010, p. 63) aduz que, em uma sociedade em que todos estão em busca da liberdade, é possível que as pessoas estejam dispostas a comprar segurança por um determinado preço, e que as condições de segurança ofertadas pela política governamental, que ora privilegia um grupo, ora privilegia outro, acabam criando condições em que a necessidade de segurança se sobreponha ao amor à liberdade.

Assim, à medida que os critérios liberais vêm sendo adotados, o receio pela falta de segurança toma conta, pois a população em massa vive sob um desequilíbrio estrutural e cheio de vulnerabilidades, além das fragilidades sociais. Por outro lado, existe um grupo dotado de privilégios e detentor das noções de segurança, que sujeita as massas a “aceitar” as condições ali impostas, muitas vezes, distantes de condições minimamente dignas, inclusive dispendo a pagar por ela, pois naquele dado momento, a segurança e a vida são mais importantes que a liberdade, e

que, até certo ponto, elas podem se confundir.

Dessarte, “[...] faz-se com isso um curioso e dramático *trade-off* entre ameaças de perdas e direitos com direitos efetivamente perdidos. O discurso do medo é alavanca da dissimulação dessas permutas, pois se difunde o temor de que nada é tão ruim, que não possa piorar” (Sampaio, 2020, p. 42). Essa combinação dos direitos que efetivamente não podem ser prestados, pelas impossibilidades materiais de exercício, cumuladas com a insegurança e a competição pela prestação limitada já assegurada pelo Estado podem gerar no indivíduo o temor de que não tenham direitos básicos assegurados.

A atividade estatal se volta para o atendimento das exigências de mercado; ainda que sacrificando o atendimento às necessidades da população, essa obsessão pelo equilíbrio das finanças públicas, sujeita o povo a políticas fiscais rigorosas com forte redução de gastos públicos, que reflete diretamente na redução da qualidade de prestação de serviços sociais, a exemplo da saúde. Ensina Bobbio (Menin, 2018, p. 475) que a reflexão sobre a necessidade de pactos e tratados para a garantia do mínimo de dignidade de qualquer indivíduo surge a partir de movimentos e acontecimentos históricos. Por conseguinte, culmina-se em documentos que visavam ampliar e confirmar as conquistas que, embora dispensáveis a qualquer indivíduo, ainda eram precárias e recentes, principalmente no que diz respeito a sua efetividade.

O direito não incide de mesma maneira em relação a cidadãos de diferentes classes sociais, etnias, gêneros, graus de escolaridade. A constituição dirigente das políticas públicas e dos direitos sociais é entendida como prejudicial aos interesses do país, causadora última das crises econômicas, do déficit público e da “ingovernabilidade” (Bello; Bercovici; Lima, 2019, p. 1773).

Frente à não discriminação, ao direito à igualdade e à autonomia, é possível constatar que se vive coletivamente uma realidade de acesso à saúde como precária e deficitária, vivenciando um processo de dominação que acarreta em uma obediência inconsciente, em que o cidadão se crê livre e não faz mais que cumprir imperativos do consumo e do mercado, conforme trata Merlin (2019). Essa realidade foi bem descrita por Santos (2013, p. 45) e comparou com uma forma de totalitarismo: “[...] é uma forma de totalitarismo muito forte e insidiosa, porque se baseia em noções que parecem centrais à própria ideia da democracia (...), utilizada exatamente para suprimir a possibilidade de conhecimento do que é o mundo e do que são os países e os lugares”.

Como dimensão do princípio da dignidade da pessoa humana, o mínimo existencial se insere no conceito dos direitos fundamentais e possui caráter universal, corresponde às condições materiais básicas para uma vida digna, em que todas as pessoas naturais são titulares, independentemente de qualquer outra condição (Barcellos *et al.*, 2017, p. 459). Faz parte de uma construção dogmática e jurisprudencial alemã, que serviram à proteção de um conteúdo básico de direitos sociais, a época em que o texto constitucional não previa esses direitos (Krell, 2002, p. 51).

Nessa perspectiva, falar em mínimo existencial não é antagônico à defesa de direitos sociais, pois “[...] a categoria fortalece e racionaliza o imperativo ético, constitucionalmente consagrado, de assegurar a todos as condições materiais básicas de vida” (Sarmento, 2016, p. 1659) e atribuir ao indivíduo um direito subjetivo contra o Poder Público em casos de diminuição da prestação

dos serviços sociais básicos que garantem a sua existência digna (Krell, 1999, p. 247). Segundo Sarmiento (2016, p. 1659), “[...] o ideal seria chamar de garantia de condições básicas para vida digna, ao invés de mínimo existencial, que denota uma esfera minimalista de proteção”.

Não é possível a sobrevivência sem condições mínimas necessárias à existência do ser humano, o conceito de mínimo está baseado no próprio conceito da dignidade humana. Para Krell (1999, p. 247), “[...] a denegação dos serviços essenciais de saúde acaba por se equiparar à aplicação de uma pena de morte”. O mínimo existencial é uma categoria universalista, que não deve ser remetida ao universalismo abstrato, alheio às diferenças e às especificidades de cada sujeito. Sendo assim, embora todos os sujeitos tenham necessidades fisiológicas similares, a exemplo da necessidade de se alimentar, o que vem a ser uma alimentação saudável, depende muito da cultura em que o ser humano se encontra; essa especificidade altera a materialização do mínimo, de acordo com as necessidades de cada pessoa concreta, o que também pode ser observado no tocante à vivência do parto, que é objeto do presente artigo.

O dossiê “Parirás com Dor”, produzido pelo Senado Federal junto com a Rede Parto do Princípio (2012, p. 130), traz as mais variadas formas de violência obstétrica, que vem como oposição aos direitos e às garantias fundamentais, a exemplo da omissão de informações necessárias, o descaso, o abandono, o desprezo, a humilhação, a ameaça, a coação, o preconceito, a discriminação, a homofobia, a estigmatização, o assédio, o sadismo, a chantagem, a culpabilização, dentre outras.

Toda essa compreensão é parte de um processo educacional que garanta informações seguras, balizado na libertação e na humanização (Freire, 1967, *passim*), para não legitimar, assim como acontece no nazismo e no racismo<sup>1</sup>, que mulheres e profissionais que se envolvem com o ciclo gravídico puerperal possam viver a verdadeira liberdade, com total autonomia e responsabilidade.

No Brasil, há altos índices de morbimortalidade materna e neonatal; que são as causalidades de mortalidade materna mais frequentes são aquelas considerados evitáveis, a exemplo da hipertensão, hemorragia, infecção e complicações de aborto (Victora *et al.*, 2011, p. 37). De mesmo modo, essas mortes podem ser reduzidas ou evitadas a partir de uma atenção adequada à mulher durante a gestação e parto, bem como ao recém-nascido; por todo o país, as mulheres continuam a sofrer violência quando se trata da assistência à sua saúde sexual e reprodutiva (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 9).

Verifica-se um quadro de violação generalizada e sistêmica de direitos fundamentais causados pela inércia persistente das autoridades públicas em modificar a conjuntura, em que apenas transformações estruturais da atuação do Poder Público, juntamente à atuação de uma pluralidade de autoridades, podem alterar a situação da saúde (Campos, 2015), em um verdadeiro estado das coisas inconstitucional. Trata-se de um litígio estrutural em que um número amplo de pessoas é diretamente atingido, sendo necessário o enfretamento da situação a partir de uma reestruturação para execução de políticas públicas eficazes.

---

<sup>1</sup> Nazismo e racismo costumam utilizar de bases científicas para as suas intervenções, criando o certo e o errado, reafirmando valores culturais hegemônicos e heteronormativos (Bolsanello, 1996, p. 161-162).

A Organização das Nações Unidas (Viotti, 1995, p. 177) considerou que, no Brasil, os serviços prestados à saúde, quando não são inexistentes, são inadequados para atender às necessidades relativas à sexualidade e à saúde da mulher, sendo uma das maiores causas de mortalidade e morbidez das mulheres em idade reprodutiva, complicações provenientes da gestação e do parto, ratificando que não existe uma prestação de serviço suficientemente bom para que a parturiente possa decidir de forma livre.

A partir dessa vulnerabilidade massiva que precariza direitos fundamentais, é necessário reconhecer a existência nas limitações ao exercício da autonomia, a partir da escassez de recursos materiais essenciais como premissa base de uma prestação de serviço de saúde digno. Nesse sentido, faz exemplificado como esse conceito pode intervir na autonomia da mulher na escolha da via de parto (Brasil, 2001, p. 9). A realidade da assistência ao parto e ao nascimento, prestada pelas vias do Serviço Único de Saúde (SUS) é, por vezes, precária. Dessa forma, a mulher que se submete a um parto dentro da rede pública de assistência à saúde não logra de condições básicas, essenciais, mínimas, a exemplo da indisponibilidade de leitos, de medicamentos, de vestimentas, de comida, de assistência ao pré-natal, de informação de qualidade etc.

Ressalte-se que, muitas vezes, o que uma pessoa prefere pode ser contraditório em relação àquilo que seria mais valioso para ela, e isso não por ter-se “resignado” a situações injustas, mas, simplesmente, por causas tais como a ausência de uma informação empírica adequada (Gargarella, 2020, p. 12). Nesse contexto, e ela se adapta a situações não por se acomodar diante da ausência de prestação, mas pela ausência de informação de que teria direitos ou seria digna de receber determinado tratamento.

Diante desse fato e a partir de necessidades básicas, mínimas necessárias à existência do ser, como leciona Barroso (2021, p. 82), para que seja possível discutir a autonomia como elemento ético da dignidade humana, é necessário suprir privações essenciais e garantias mínimas que guarneçam à mulher a sua liberdade em escolher.

### **3 AUTONOMIA DA MULHER NO PARTO E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA**

Embora sejam conceitos aparentemente análogos, autonomia e democracia parecem viver em um verdadeiro paradoxo, que levanta a questão sobre a possibilidade de se considerar a existência de uma política democrática sem o pleno exercício da autonomia. Esta, por sua vez, é indissociável da experiência democrática, em que a heteronímia “[...] é marcada pela divisão social entre expropriados e expropriadores, dominados e dominantes, todos fazendo parte de uma mesma deriva” (Aguiar, 2017, p. 17).

O modelo de democracia moderno tem-se apresentado como uma experiência heterônoma, em especial para as camadas mais populares da sociedade que sofrem com a perpetuação de desigualdades, da dominação e da opressão. A insatisfação com a formatação experienciada da democracia se revela com as mais variadas críticas ao sistema representativo e ao fortalecimento

de medidas antidemocráticas; “[...] nada é mais insuportável aos homens que ser submetidos aos seus iguais e de ser dirigido por eles” (Aguiar, 2017, p. 23), o que caminha para uma decomposição das instituições.

Ao perder seu sentido a democracia passa a ser exercida “por cima do povo”, ao invés de ser para ele, e além de perder sua forma, direitos e garantias fundamentais são abandonados, anulando ao máximo a soberania popular, processo iniciado pela racionalidade neoliberal. A democracia em paridade com a Constituição de 1988 aponta para um processo de democratização e transporta para os entes governamentais uma legitimação no atuar dos direitos humanos.

No entanto, esses direitos não se encontram consolidados em todos os âmbitos, públicos e realidades. Parafraseando Simone Beauvoir (2019, p. 497), a sociedade mesmo que assegure direitos iguais aos homens sempre terá uma parcela de conservadores nunca deixaram, em de colocar a mulher em estado de inferioridade. Nessa linha, importa mencionar que os direitos sobre os quais se debruçam esse trabalho são consecutórios da dignidade em sua dimensão fisiológica aliada à autonomia existencial da mulher, aqui na condição de gestante e parturiente.

Segundo as estatísticas, 70% das mulheres no Brasil dão início à sua gestação, desejando um parto normal (Medeiros, 2021, p. 52). Nos hospitais privados, a taxa pode chegar a 90% de cesárea, enquanto, no SUS, a taxa é de 50%. Vale pontuar que os sistemas midiáticos ocupam um espaço fundamental nesse cenário, trazendo um movimento do “Parto sem dor”, que passou a ser uma alienação no preparo psicológico das gestantes durante a gravidez, trazendo a analgesia e a cesárea associadas a novos padrões modernos e ideais.

O movimento iluminista trouxe à tona o conceito de autonomia<sup>2</sup>, definindo-a como a afirmação do ser, como um ser autônomo e universal, promovendo o aumento da liberdade política e afirmação do domínio da razão por ele (Muñoz; Fortes, 1998, p. 64). É tida como a capacidade individual de se autodeterminar segundo uma legislação moral, livre de qualquer fator estranho ou exógeno com influência dominante (Aguiar, 2017, p. 27).

Immanuel Kant, filósofo iluminista, compreende a autonomia como a autoridade sobre as próprias ações, estando o conceito bem vinculado à ideia de liberdade, inclusive, com forte influência nas teorias liberais, em especial a teoria contemporânea de John Rawls (1971), que compreende a autonomia, como a capacidade de se autodeterminar, baseada em uma lei moral (Barroso, 2021, p. 81), assim com Kant, porém, considera a importância de que essa capacidade se estabeleça sem o uso da coerção (Gargarella, 2020, p. 81)

Adotando a postura kantiana, Comparato (2005, p. 21) entende a pessoa como um fim em si mesmo que apenas pode guiar-se por sua vontade natural, sendo esse o traço distintivo entre as pessoas e as coisas. Portanto, a compreensão do nascimento como um momento em que a mulher deve exercer sua autonomia é fundamental para romper com um cenário de coisificação do paciente que apresenta contornos ainda mais graves no processo natural do parto e nascimento.

Essa abordagem filosófica da autonomia foi incorporada pelo Direito, cristalizando-se

---

2 Embora etimologicamente a autonomia possua raízes da Grécia antiga (*auto* “de si mesmo” + *nomos* “lei”) (Muñoz; Fortes, 1998, p. 55).

principalmente com a noção de capacidade de ação. Conforme afirma Silva (2006, p. 138-139), o conceito de autonomia utilizado pelos juristas é uma versão falseada da autonomia de Kant, definida como sendo a vontade livre das necessidades presentes no mundo da sensibilidade, configurando as medidas a si impostas máximas universais.

Para Barroso (2021, p. 81), a autonomia é o elemento ético da dignidade humana, centrada na autodeterminação “[...] uma pessoa autônoma define as regras que vão reger a sua vida”. Esse ministro defende que a autonomia necessita preencher três condições: razão, compreendida pela capacidade cognitiva e a condição da tomada de decisões informadas; independência, que se revela por meio da ausência de coerção e suprimento de necessidades essenciais; e escolha, possibilidade real de tomar outra decisão, ou seja, ter alternativas.

Diferente de ter liberdade, em um sentido moral mais amplo, como ocorre na noção kantiana, a autonomia é um núcleo essencial das diferentes liberdades e direitos, que não pode ser suprimida, contemplando decisões pessoais básicas como escolhas acerca da religião, profissão, concepções políticas, dentre outras, sem a influência externa, seja ela social ou estatal (Barroso, 2021, p. 82).

Ainda define Barroso (2021, p. 82) que a autonomia tem três diferentes categorias, quais sejam: a autonomia privada, autogoverno do indivíduo; a autonomia pública, que se associa à cidadania e à participação na vida política; e o mínimo existencial, provisões necessárias para uma vida digna. A relação do mínimo com a autonomia (pública e privada) se estabelece a partir do momento em que só é possível definir um ser como autônomo quando ele encontra-se além dos limiares mínimos de bem-estar, “[...] sob pena de a autonomia se tornar uma mera ficção, e a verdadeira dignidade humana não existir” (Barroso, 2021, p. 85).

A fidelidade ao sistema social pode exigir que uma parcela da sociedade, em especial aos que vivem ou sobrevivem em um cenário de vulnerabilidades, e, portanto, menos favorecidos, renunciem compulsoriamente de direitos e de condições mínimas em detrimento de um suposto coletivo. Afirma Butler (2020, p. 09) que “[...] a sujeição consiste em uma dependência fundamental de um discurso que nunca escolhemos, mas que, paradoxalmente, inicia e sustenta nossas ações e a ele estamos submetidos”. Na mesma medida em que é sujeito do processo político, social, democrático, também está subordinado ao poder, como uma condição da sujeição. Uma sociedade autônoma não pode ser instaurada senão pela atividade autônoma da coletividade, e não de uma parcela dela apenas.

Dessa forma, não é possível falar em autonomia ou exercício de liberdade diante deste cenário, e, portanto, não tem como falar em dignidade. No filme “O Renascimento do Parto I” (O renascimento [...], 2013), a obstetra Melânia Amorim coloca que muitas mulheres acreditam na indicação real da cirurgia cesariana, quando estão no pós-parto, enquanto a equipe médica atribui o procedimento à decisão da mulher e ao seu exercício da autonomia de vontade. Foi necessário apenas um século para convencer equivocadamente as mulheres que aceitar a violência privilegiava um bem maior, que é a saúde do filho.

É notória a relativização do direito à liberdade e à autonomia, correlata a outros direitos

fundamentais como o da isonomia e da não discriminação prevista no artigo 5º, I da Constituição Federal. Não se pode falar em autonomia quando mulheres, para tomar uma decisão, precisam renunciar a direitos mínimos e sujeitam-se a escolher entre sobreviver a uma cirurgia eletiva ou submeter-se aos precários e violentos serviços ofertados na assistência a um parto normal.

O cientificismo é deixado para essas mulheres como salvador da humanidade, “[...] a ciência passa a produzir aquilo que interessa o mercado, e não à humanidade” (Santos, 2013, p. 65). Na mesma linha, o autor faz o seguinte diagnóstico: “Na minha opinião, há dois mundos: um pequeno mundo e um mundo grande. Eu tenho que aceitar o que este pequeno mundo diz que eu devo ser ou devo escolher o que quero ser no mundo grande? O menu que nos oferecem é reduzido e pobre” (Santos, 2013 p. 65).

Em pouco menos de 100 anos, o médico deixou de cuidar apenas da saúde para se voltar a servir o Estado no controle do crescimento populacional e do aumento de riqueza, e a sua palavra se transformou em norma. Assim, “[...] se hoje os discursos e indicações de intervenções no parto são tão difíceis de serem questionados, é porque existiu um contexto histórico que deu esse poder ao médico” (Medeiros, 2021, p. 16).

Segundo Santos (2013, p. 39), “[...] essas técnicas da informação (por enquanto) são apropriadas por alguns Estados e por algumas empresas, aprofundando assim os processos de criação de desigualdades”. Enquanto as retóricas estatais carregam consigo a defesa da democracia e das liberdades individuais, na prática, apenas reforça as desigualdades entre os indivíduos, e é crescente o número de empresas na indústria da saúde que se beneficiam com a falência do Estado (Santos, 2013, p. 20) na sua função garantista e do dever de promover às mulheres condições mínimas para uma vida digna por meio do direito social à saúde.

Segundo a Carta de Ottawa (Brasil, 2002, p. 20), “[...] o conceito de promoção da saúde está relacionado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”. Ou seja, promover a saúde significa, também, ampliar a autonomia dos indivíduos para agirem sobre esses determinantes, o que necessariamente impacta em um amplo dever de informação.

Autonomia na saúde não pode ser pensada apenas verticalmente, em que o profissional informa ao paciente a suposta melhor forma de agir para promover a sua saúde e é, com base nessa informação, que, na verdade, é uma sugestão, que o paciente concorda com o profissional. Autonomia coloraria da dignidade humana na promoção da saúde engloba aspectos políticos e sociais de reforço da cidadania e do poder crítico, e não somente acerca de informações técnicas sobre saúde (Haeser; Büchele; Brzozowski, 2012, p. 615).

Assente Bellino (1997, p. 198) que o princípio da autonomia estabelece o respeito pela liberdade individual do paciente, o que faria decorrer a obrigatoriedade do consenso livre e informado, sob pena de transformar a pessoa, e, nesse caso, a gestante, em mero objeto. Para compreender os contornos da autonomia em saúde, importa conhecer o fenômeno de humanização decorrente da horizontalização da relação médico-paciente no âmbito obstétrico e a importância da informação para o exercício da autonomia e dignidade da mulher.

#### 4 HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NA SAÚDE

O movimento de humanização em saúde e, por conseguinte, no parto, tema que será explorado nesta seção, apresenta-se como um dos desdobramentos das transformações, apresentando-se como cenário no qual o sujeito não mais se apresenta como objeto. A intenção é construir uma relação em que se possa afastar o processo de coisificação, porém, será possível perceber que a medida ainda não foi suficiente para uma mudança de paradigma com relação à ética e à dignificação do sujeito na relação profissional-paciente.

A relação estabelecida entre o profissional da saúde e o paciente ideal deve ser compreendida, pois, com um acordo de interesses, na qual uma pessoa com demanda sanitária busca, voluntariamente, um profissional que possa satisfazê-la, o qual, por sua vez, assume espontaneamente a demanda (Drumond, 2013, p. 354). Tal compreensão permite a criação de um plano terapêutico que, decorrendo do respeito mútuo, possa concatenar o saber técnico na área específica sem descartar o saber e a autonomia do paciente.

Se considerar como verdade que o comportamento paternalista e assimétrico do profissional subestima o direito do paciente em exercer sua autonomia para tomar decisões, é igualmente irresponsável a atitude do médico que simplesmente transfere toda a carga de responsabilidade para o paciente tomar decisões sem que ele esteja devidamente informado sobre os riscos e benefícios envolvidos nos procedimentos propostos pelo profissional (Siqueira, 2013, p. 340-341).

Isso porque, o respeito à autonomia do paciente não pode se confundir com uma atitude de desinteresse que exponha o sujeito a uma situação de sofrimento extremo e até mesmo de risco de morte, haja vista que “[...] o respeito sem o cuidado pode levar à indiferença e ao individualismo” (Dall’Agnol, 2013, p. 202).

Parece que o respeito à autonomia, em alguns casos, admite e até mesmo exige uma intervenção, visando ao tratamento adequado do paciente. Nesse sentido, o controle poderia ser justificado quando tiver como fundamento a proteção dos indivíduos em situações extremamente gravosas, tais como risco à vida, quando estaria respaldada a interferência na sua liberdade de ação. Portanto, ao falar de autonomia da gestante na escolha da via de parto ou em humanização na saúde, não significa tirar do profissional da saúde seu poder/dever de atuar em uma situação para salvaguardar a integridade física ou moral do paciente, promovendo e protegendo sua saúde, ao revés disso, é exatamente sobre isso o maior objeto da humanização.

O principal desafio do cuidar, notadamente na saúde, pode ser traduzido pelas seguintes questões apresentadas por Dall’Agnol (2013, p. 203): “[...] como, então, equacionar satisfatoriamente o cuidado e o respeito? [...] Como é possível cuidar de forma respeitosa? Como respeitar sem ser indiferente, sem deixar de cuidar?”. A partir dessa perspectiva, Ayres (2005) menciona a importância de uma hermenêutica dos discursos científicos, afinal, são eles que instruem as práticas da saúde, sendo capaz de identificar aspectos de intervenção e buscando as lacunas que reclamam novos conceitos ou conhecimentos para serem preenchidos, como princípio e atitude propiciadores da construção de novos discursos e novas formas de agir.

Para que haja uma ação verdadeiramente autônoma, é preciso que existam alternativas. A pessoa deve optar por aquilo que acredita ser o melhor para si a partir do esclarecimento acerca da situação, das possibilidades de escolha, das implicações, benefícios e possíveis consequências (Calvetti *et al.*, 2017, p. 85). Esse é o verdadeiro objetivo do consentimento, o qual deveria ser obtido a partir do diálogo, pressupondo o respeito recíproco entre as partes envolvidas.

Dessarte, todo e qualquer procedimento que a paciente possa vir a ser submetida deve anteceder um consentimento livre e esclarecido, não sendo possível considerar uma manifestação desvinculada de vícios se a pessoa que a declarou desconhecer as implicações e as consequências da sua decisão. Assim como não é possível considerar uma manifestação livre e esclarecida quando as condições em que a parturiente tomou a decisão foram submetidas a um estado emocional de grande abalo ou provocada pela dor, medo e circunstâncias em que precisou decidir.

Em 2019, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2019, p. 2) emitiu a resolução nº 2.232/2019, com previsão acerca do exercício da autonomia na escolha de procedimentos, o que deve se refletir, inclusive, durante o parto. A resolução previa expressamente a possibilidade de ignorar os atos de disposição de vontade da mãe durante o parto, assim como impor tratamento mesmo havendo objeção, obrigando as gestantes a passar por intervenções médicas mesmo que não concordem.

A Lei foi revogada logo em seguida por ação civil pública sob nº 5021263-50.2019.4.03.6100, proposta pelo Ministério Público. A usurpação da autonomia de vontade expressamente prevista em uma resolução expedida pelo CFM corrobora com a prática da assistência à saúde prestada para a mulher nos locais e por pessoas que deveriam zelar pela qualidade da assistência e garantir a saúde.

Antes de vender a cirurgia para as mulheres, como solução para os problemas, foi necessário criar os problemas, e as suas soluções. A fragilização da figura feminina e, nesse caso, da parturiente e a manipulação das informações atribuem medo suficiente, assim como utiliza a publicidade e outras ferramentas publicitárias, com um punhado de atores, para retratar o padrão idealizado da mulher e das suas vias de parto, com base na ótica capitalista, condicionando em uma “hipnose coletiva” (Merlin, 2016, p. 16) objetivos particulares (Santos, 2013, p. 219) para servir o consumo.

Com isso, é possível notar que o parto passou a ser um evento comercial e acima de tudo patológico, permeado de medos, inseguranças e problemas, comprometendo o poder de decisão das mulheres e consecutivamente o livre exercício da autonomia. Na saúde, o médico tem compromisso ético<sup>3</sup> de informar ao paciente todas as implicações que envolvem a sua decisão e deixar cristalina a situação em que ele se encontra, sob pena de deixar à margem o exercício da autonomia privada (CFM, 2009, 2016).

O paciente autônomo deve, pois, agir racionalmente, com base no diálogo, a partir da consideração pelo outro, sem, contudo, submeter-se cegamente às vontades do profissional de

---

3 Código de ética médico – Capítulo IV – Direitos Humanos - É vedado ao médico: Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecer sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. 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 (CFM, 2009).

saúde. Destaca-se ainda que a ação deve ser tomada de forma independente de qualquer violência, seja física ou psíquica (Silva; Daibem; Anjos, 2016, p. 61). No entanto, a completa desvinculação de fatores externos e internos é um ideal a ser perseguido no âmbito da autonomia e do consentimento, pois várias escolhas do sujeito, no sentido de submeter-se ou não a um dado procedimento, incorrerão em forte influência de questões sociais, psíquicas e até mesmo econômicas.

Falar em humanização no parto vai além da escolha ideal de uma via ou um tipo de parto específico, debatem-se violência institucional, qualidade do atendimento, excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta, cuidado com as condições de trabalho dos profissionais, ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços. São amplas e diversas as possíveis aproximações à questão (Ayres, 2005, p. 550).

O modelo ideal de consentimento deveria estar, conseqüentemente, associado a um pleno exercício da autonomia, verdadeiro mandato de otimização a ser realizado na melhor medida possível. No entanto, contrariando a tendência de valorização crescente da autonomia, parte da doutrina, aqui representada por Osswald (2009, p. 154), critica a questão do prestígio hoje conferido ao consentimento, por considerarem que se refere ao papel exagerado (ou até hiperbólico) conferido à autonomia no atual ordenamento. Para o referido autor, a autonomia deveria ser respeitada, mas poderia/deveria ser equacionada dentro do quadro de outros princípios normativos do agir.

De modo invariável, a racionalidade terapêutica aloca-se como elemento de ordenamento e fragmentação, sendo, por vezes, centrada no arquétipo patriarcal, de modo a despersonalizar as ações do cuidado, favorecendo a despersonalização do sujeito e, conseqüentemente, pondo em risco a estabilidade de sua dignidade (Bettinelli *et al.*, 2013, p. 355).

Segundo Ayres (2005, p. 558), a humanização pode ser traduzida como um “[...] ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde”, e que deve ser promovida por meio de relações equilibradas e simétricas, em que a mulher possa compreender o profissional, e este se permita a compreender a paciente, valorando mutuamente as suas verdades e realidade, inclusive a social. A humanização deve ser co-construída a partir dessa interação dos dois polos da relação, que se enxergam como sujeitos em suas multiplicidades de feições e aspirações, afinal o interesse dessa reformulação da saúde é de ambos (Ayres, 2005).

Fato é que existe uma crise do paradigma vigente na saúde, em que é formulada por meio do modelo saúde/doença, diverso da realidade do que deveria ocorrer no parto, afinal, embora tratado dentro de uma instituição de saúde, o parto não é diagnóstico, nem gestação é sintoma patológico, sendo fundamental tratar sobre modelos complexos de promoção da saúde. Ocorre que a ideia de promoção da saúde ainda é analisada por uma perspectiva hegemônica, em que o objetivo principal é a redução de patologias ou de morbidade na população, fazendo crer que isso é promover saúde, em uma visão reducionista do que é saúde (Almeida Filho, 2004, p. 5).

A análise preponderante do risco à saúde, sobretudo no parto, implica um olhar voltado apenas para a probabilidade de ocorrência de eventos patológicos em um sistema causa-efeito, deixando de lado a realidade secular de que o parto é evento fisiológico e não patológico. O foco

no risco acaba por inferir a tradução epidemiológica como produtores de patologia. É fundamental que, como campo complexo, a saúde seja analisada por uma noção de causalidade probabilística, por meio de novas práticas que, no passado, tinha o nome de epidemiologia clínica e, atualmente, é o que se chama de “medicina baseada em evidência” (Almeida Filho, 2004, p. 6).

Existe, pois, uma “incapacidade” dos médicos para lidar com a questão legal e os direitos do paciente, associada à falta de informação dos juristas sobre os pormenores críticos sobre partos e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o que demanda um esforço conjunto entre essas esferas em vista de uma mudança no cenário atual. Almeja-se não apenas um parto estigmatizado como “humanizado”, mas também condições mínimas que guarneçam às gestantes para além do exercício da autonomia, assegurando-lhes circunstâncias dignas de promoção e proteção a sua saúde e a do seu bebê.

## CONCLUSÕES

Importante lembrar que a saúde é tratada pelo texto constitucional como um direito fundamental, contemplado no rol de direitos sociais, embora exista um elemento subjetivo na interpretação do conceito. A OMS definiu esse direito pela possibilidade de o ser humano gozar do melhor estado de saúde possível, sem delimitá-lo à ausência de doença ou enfermidade, mas pelo gozo de completo bem-estar físico, mental e social. Isso posto, são inúmeras as críticas à efetiva aplicação desse conceito à realidade, principalmente por conta da difícil possibilidade de harmonia entre os indivíduos – do aspecto social ao econômico –, mas essa ainda é a definição mais utilizada em todo mundo até os dias de hoje.

Em uma visão ampliada da saúde, existe uma vasta discussão acerca do compromisso administrativo e estrutural das entidades governamentais na implementação da promoção e da proteção à saúde, que não deve se limitar a questões sanitárias, sendo indispensável que assumam uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais, garantindo melhores condições de vida às pessoas.

A atuação acerca da efetividade de direitos fundamentais sociais é de debate permanente, com ênfase na problemática da exigibilidade administrativa e judicial da saúde como um direito subjetivo, oponível – seja individualmente ou coletivamente – ao Estado e aos particulares. A proteção à saúde é um dever geral orientador da atuação estatal que deve garantir o acesso a instrumentos eficazes que promovam condições mínimas sanitárias e sociais aos cidadãos.

Nessa perspectiva, falar em garantia de condições mínimas de vida é falar sobre a dignidade do ser humano e da necessidade de conceitos que se insiram no esteio de um mínimo existencial, o qual não deve ser considerado como padrão ideal, mas como base mínima, não podendo ser reduzida, é um parâmetro de piso em que abaixo dele não se pode considerar que o ser humano possui uma vida digna.

Considerando a realidade vivida por mulheres na assistência ao parto e ao nascimento,

é possível concluir por uma vulnerabilidade massiva que precariza direitos fundamentais, com severas limitações ao exercício da autonomia, a partir da escassez de recursos materiais essenciais como premissa base de uma prestação de serviço de saúde digno.

Fato é que, a partir de condições básicas mínimas necessárias à existência do ser, não se pode mencionar ou discutir autonomia como elemento ético da dignidade humana. Assim, é necessário suprir privações essenciais e garantias mínimas que guarneçam à mulher a sua liberdade em escolher. A autonomia na saúde não pode ser pensada apenas verticalmente, pois ela engloba aspectos políticos e sociais de reforço da cidadania e do poder crítico, vive-se em um estado de coisas inconstitucionais, em especial na assistência ao ciclo gravídico puerperal, e, sobretudo pela coisificação do ser à mercantilização da saúde.

Os processos naturais passaram por uma patologização, em que se analisa basicamente a premissa de causa e efeito, e os profissionais se voltaram ao diagnóstico, às doenças e a suas respectivas curas. O parto passou a ser um evento comercial e patológico, permeado de medos e inseguranças, em que se visa à minimização de riscos, o que automaticamente compromete a capacidade no exercício da autonomia da mulher. Falar em humanização no parto vai além da escolha ideal de uma via ou um tipo de parto específico, trata-se de discutir condições básicas dignas de um ser humano, conforme preconiza a Carta Magna (1988), base de um direito fundamental que deveria ter aplicação imediata.

Na prática, é possível perceber que existe uma dificuldade da equipe de assistência à saúde em lidar com as questões legais e adaptar-se à realidade, de sorte que se possa transformar a concepção do que foi construído até hoje acerca do parto. Para tanto, há de se demandar um esforço conjunto de compreensão mútua de suas verdades, assim como lançar um olhar para a mulher e ao seu bebê como sujeitos de direitos, e não apenas como objeto de uma relação profissional. Humanizar impõe a garantia de condições básicas que guarneçam a dignidade humana e assegure direitos fundamentais em especial para os mais vulneráveis.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Thais Florencio. Autonomia como fundamento da democratização da democracia: algumas ferramentas teóricas do spinozismo. **Gavagai**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 15-40, jan./jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.36661/2358-0666.2017n1.8989>

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 5. ed. São Paulo: Malheiros editores, 1986.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. A saúde e o paradigma da complexidade. São Leopoldo: Universidade Vale do Rio dos Sinos, 2004. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ihu/015cadernosihu.pdf>. Acesso em: 25 out. 2022.

ANSS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. 2. ed. Rio de Janeiro: ANSS, 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. DOI 10.1590/s1413-81232005000300013

BARCELLOS, Ana Paula. **Eficácia jurídica dos princípios fundamentais**: o princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

BARCELLOS, Ana Paula; SOUZA, Fábio; MELLO, Humberto Laport; FLORENTINO, Júliana; SOUZA, Sérgio; BIANCO, Técio. Direito à saúde e prioridades: introdução a um debate inevitável. **Revista de Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 457-483, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6172201718>

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. 6. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo**: a experiência vivida. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.

BELLINO, Francesco. **Fundamento da bioética**: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: EDUSC, 1997.

BELLO, Enzo; BERCOVICI, Gilberto; LIMA, Martonio Mont'Alverne Barreto. O fim das ilusões constitucionais de 1988?. **Direito e Praxis**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1769-1811, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/37470>

BETTINELLI, Luiz Antonio; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTINA, Janaína Rigo. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. de. (org.). **Bioética, cuidado e humanização**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2013. v. II.

BOLSANELLO, Maria Augusta. Darwinismo social, eugenia e racismo "científico": sua repercussão na sociedade e na educação brasileiras. **Educar**, Curitiba, n. 12, p. 153-165, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/sNH6RP4vvMk6wtPSZztNDyt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2022.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Relatório da VII Conferência Nacional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde,

1986.

BUTLER, Judith. **A visa psíquica do poder: teorias da sujeição**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

CALVETTI, Prisca Ücker; LUDWIG, Martha Wallig Brusius; REDIVO, Luciana Balestrin; MENEGAT, Carla de Barros; MÜLLER, Marisa Campio. Aspectos bioéticos na pesquisa em psicologia. **Bioética e psicologia: inter-relações**, Curitiba, 2017.

CAMPOS, Carlos Alexandre de Azevedo. O estado de coisas inconstitucional e o litígio estrutural. **ConJur**, São Paulo, 2015. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2015-set-01/carlos-campos-estado-coisas-inconstitucional-litigio-estrutural>. Acesso em: 28 jul. 2022.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 1/2016**. Dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Brasília: CFM, 2016. Disponível: <https://bit.ly/2Pokq4y>. Acesso em: 5 fev. 2022.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 1931/2009**. Aprova o código de ética médica. Brasília: CFM, 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/resolucao-cfm-no-1931-2009/>. Acesso em: 5 fev. 2022.

CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.232/2019, 17 julho 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/2915/resolucao-cfm-n-2.232>. Acesso em: 5 fev. 2022.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2005.

DALL'AGNOL, Darlei. Cuidar e respeitar: atitudes fundamentais na bioética. **Bioética, cuidado e humanização**, São Paulo, v. II, n. Edições Loyola: IBCC Centro de Estudo, 2013.

DOUZINAS, Costa. Os paradoxos dos direitos humanos. **Latin American Human Rights Studies**, Goiânia, v. 1, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/lahrs/article/download/69407/36786/318984>. Acesso em: 3 nov. 2022.

DRUMOND, José Geraldo de Freitas. **Bioética clínica e direito médico**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2013.

FREIRE, Paula. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

GARGARELLA, Roberto. **As teorias da justiça depois de Rawls: um breve manual de filosofia política**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020.

GOMES, Marina Neves de Almeida; SANTOS, Larissa Karollyne de Oliveira. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

HAESER, Laura de Macedo; BÜCHELE, Fátima; BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf. Considerações sobre a autonomia e a promoção a saúde. **Physis Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.

HAYEK, Friedrich August Von. **O caminho da servidão**. 6. ed. São Paulo: Instituto Ludwig von Mises Brasil, 2010.

KRELL, Andreas Joachim. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um direito constitucional “comparado”**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2002.

KRELL, Andreas Joachim. Realização dos direitos fundamentais sociais mediante controle judicial da prestação dos serviços públicos básicos (uma visão comparativa). **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 36, n. 144, p. 239-260, out./dez. 1999. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/545/r144-17.PDF?sequence=4>. Acesso em: 28 jul. 2022.

MEDEIROS, Camila. **Meu corpo, regras do Estado: a violência obstétrica como controle de corpos no Brasil**. São Paulo: UICLAP, 2021.

MENIN, Daniela. A historicidade dos direitos humanos e os pensamentos de Bobbio e Arendt na construção do direito ao trabalho e ao lazer. **Licerce**, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, dez. 2018.

MERLIN, Nora. Neoliberalismo: colonización de la subjetividad. *In*: MERLIN, Nora. **Colonización de la subjetividad medios masivos de comunicación en la época del biomercado**. Buenos Aires: Editora Letra, 2016.

MERLIN, Nora. **O neoliberalismo é um modo de totalitarismo**. São Leopoldo: Instituto Humanitas Unisinos, 2019. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/591382-o-neoliberalismo-e-um-modo-de-totalitarismo-a-psicanalista-nora-merlin-e-o-novo-paradigma-politico>. Acesso em: 17 jan. 2022.

MUÑOZ, Romero Daniel; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. *In*: MUÑOZ, Romero Daniel; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Iniciação à bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Os médicos, a saúde como completo bem-estar e a questão do desenvolvimento**. Brasília, DF: Ipea, 2020.

O RENASCIMENTO do parto. Direção de Eduardo Chauvet. Brasília: Master Brasil e Ritmo Filmes, 2013. vídeo (90 min).

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. New York: OMS, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 18 nov. 2022.

OSSWALD, Walter. Limites do consentimento informado. *In*: ASCENÇÃO, Jose de Oliveira. **Estudos de direito da bioética**. Coimbra: Almedina, 2009. v. III.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Necessidades humanas: subsídio à crítica dos mínimos sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

RAWLS, John. **A theory of justice**. Harvard: Harvard University Press, 1971.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal, 2012. Disponível em: [https://www.partodoprincipio.com.br/\\_files/ugd/2a51ae\\_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf](https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf). Acesso em: 2 dez. 2022.

SAMPAIO, José Adércio Leite A constituição austeriária. **Espaço Jurídico Journal of Law**, Joaçaba, v. 21, n. 1, p. 39-58, jan./jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18593/ejll.20702>

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 23. ed. Rio de Janeiro: Record, 2013.

SARLET, Igor Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **O direito fundamenta à proteção e promoção da saúde do Brasil**: principais aspectos e problemas. 2. ed. Salvador: JusPodivm, 2014.

SARMENTO, Daniel. O mínimo existencial. **Revista de Direito da Cidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1644-1689, 2016. DOI 0.12957/rdc.2016.26034

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, out. 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>  
Acesso em: 22 out. 2022.

SILVA, D. F. **O princípio da autonomia**: da reinvenção à reconstrução. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

SILVA, Maria Emilia de Oliveira Schpallir; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; ANJOS, Marcio Fabri dos. Contribuições da bioética da formação do sujeito ético na universalidade. *In*: RENK, Valquíria; RAULI, Patrícia Maria Forte. Bioética e Educação. Curitiba: CRV, 2016.

SIQUEIRA, José Eduardo. **Médico e paciente**: amigos ou estranhos morais?. São Paulo: Bioética, cuidado e humanização, 2013.

SPENCER, Herbert. Social Statics. *In*: SCHAPIRO, Jacob Salwyn. **Liberalism**: its meaning and history. New York: D. Van Nostrand Company, 1958. p. 137. Disponível em: <https://oll.libertyfund.org/title/spencer-social-statics-1851>. Acesso em: 12 nov. 2022.

TOLEDO, Cláudia. Mínimo existencial: a construção de um conceito e seu tratamento pela jurisprudência constitucional brasileira e alemã. **PIDCC**, Aracaju, v. 11, n. 01, p. 102-119, fev. 2017.

VICTORA, Cesar G.; AQUINO, Estela M.; LEAL, Maria do Carmo; MONTERIO, Carlos Augusto; BARROS, Fernando C.; SZWARCOWALD, Celia L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p. 32-46, 2011. DOI 10.1016/S0140-6736(11)60138-4

VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. **Declaração e plataforma de ação da iv conferência mundial sobre a mulher**. Nova Iorque: ONU, 1995. Disponível em: [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao\\_beijing.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf). Acesso em: 18 nov. 2022.

**Como citar**: COSTA, Jessica Hind Ribeiro; MOURA, Bruna Sales. A humanização do parto e o

mínimo existencial: entre desafios e garantias. **Scientia Iuris**, Londrina, v. 28, n. 1, p. 154-176, mar. 2024. DOI: 10.5433/2178-8189.2024v28n1p154-176. ISSN: 2178-8189.

Recebido em: 26/12/2022.

Aprovado em: 27/11/2023.