

# A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido

José Ferrari

**Resumo** O artigo aborda a questão do aumento crescente da incidência de cesarianas eletivas verificada em vários países latinos e também no mundo desenvolvido, que tem motivado necessárias e inadiáveis discussões no campo da bioética. Defende o direito da gestante em fazer uma escolha entre o parto por via vaginal ou abdominal, baseado no princípio da autonomia. Discute também o interesse coletivo, norteado pelos princípios da justiça e beneficência, que deve orientar a conduta do médico tanto quanto sua experiência pessoal e conhecimento técnico, lançando mão, assim, de todos os meios para o benefício e bem-estar do paciente.

**Palavras-chave:** Cesárea. Parto normal. Autonomia pessoal. Justiça social. Beneficência.



**José Ferrari**  
Oncologista, professor de Ética Profissional, Bioética e Oncologia na Universidade Federal de Rondônia (Unir), Porto Velho, Rondônia, Brasil

*Sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente,  
o indivíduo é soberano...*

John Stuart Mill <sup>1</sup>

## Mulheres ricas têm filhos, mulheres pobres também...

Na fusão dos gametas masculino e feminino ambos contribuem em igual número de genes para a composição do novo ser. No entanto, nos óvulos as reservas alimentares são sempre mais abundantes do que nos espermatozoides. Este fato é característica peculiar das fêmeas da maioria das espécies: são seus óvulos os responsáveis pela nutrição do embrião. Richard Dawkins <sup>2</sup> assinala que os machos produzem milhões de espermatozoides minúsculos e podem gerar muitos descendentes; as fêmeas, por sua vez, têm limitado número de óvulos e, conseqüentemente, podem ter número limitado de filhos.

A despeito dessas e outras tantas considerações sobre as características impostas pela natureza ao papel dos machos e fêmeas, há que se concordar com Diniz <sup>3</sup> que as definições de feminino e masculino são resultantes de escolhas e pre-

ferências socioculturais. Não decorrem diretamente da biologia. Na sociedade atual a mulher assume papel de total independência em relação ao homem marido tradicional. A cada dia, reduz-se o perfeitamente transponível abismo da chamada assimetria de gênero.

Mais da metade dos alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Rondônia (Unir) é mulher e, como coordenador da disciplina de Bioética, a elas sempre lembro os conceitos de masculinidade e feminilidade defendidos por Carol Gilligan <sup>4</sup>, que atribuem às mulheres comportamentos peculiares relacionados à denominada *moral do cuidado*: a preocupação com o sentir, o compreender, o vínculo, o altruísmo. Afirmo que a ocupação de espaços no exercício médico pelas mulheres poderá acarretar mudanças e aprimoramento nas práticas do *cuidar*.

Mulheres ocupam cargos políticos relevantes em vários países. A esposa submissa, reclusa aos afazeres do lar e encarregada de cuidar da prole, tornou-se mulher de negócios, uma *yuppie*. Cabe fazer uma crítica relacionada a essa mulher atual, inteligente e independente que, na maioria dos casos, relega os afazeres domésticos a outra mulher, a empregada doméstica – por vezes eufemisticamente chamada pelos patrões de secretária –, proveniente de classes sociais inferiores, numa relação de dominação econômica de uma mulher sobre outra, ou seja, entre pessoas do mesmo sexo.

Enfim, dona de casa ou não, as mulheres conquistaram liberdades não existentes em épocas recentes e passadas. Logicamente, se

faz exceções a sociedades anacrônicas que as submetem a incompreensíveis e condenáveis mutilações. Por razões várias, as mulheres passaram a desfrutar de autonomia para fazer suas próprias escolhas, inclusive – e principalmente – as relacionadas ao próprio corpo.

Em países europeus, nos quais o aborto é permitido por lei, cabe à mulher decidir se quer ou não levar adiante a gravidez, desde que a gestação não tenha ultrapassado dez semanas. A contradição é evidentemente notável. Naqueles países as mulheres podem decidir por realizar um aborto, cirurgia plástica ou, ainda, cirurgia bariátrica, mas as brasileiras, principalmente as das classes populares, não podem sequer optar por uma cesariana? Mesmo no Brasil, mulheres de classe média e alta têm seus filhos pela via abdominal, processo por elas pago em clínicas particulares. As brasileiras pobres não têm outra saída a não ser submeter-se aos procedimentos padronizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). São condenadas, sem direito à apelação, a parir seus filhos em quartos coletivos, sem qualquer privacidade, em meio aos gritos dos ambientes quase sempre desagradáveis das maternidades públicas.

Em artigo publicado no *Correio Braziliense* de 6 de maio de 2008, intitulado *Aborto: chance para a reflexão*, o médico José Gomes Temporão <sup>5</sup>, ministro da Saúde, cita pesquisa realizada no âmbito do SUS pela antropóloga Débora Diniz acerca das complicações decorrentes da interrupção da gravidez, e comenta: (...) o texto revela dois Brasis, o de mulheres que podem pagar pela segurança na interrupção da

*gravidez; e o de mulheres que arriscam a vida e a fertilidade com procedimentos caseiros.* Parafraseio aqui o nosso bem intencionado ministro, transpondo essa observação ao tema em pauta. Existem mesmo dois Brasis: o das mulheres que podem pagar pelo conforto e tranquilidade das cesarianas realizadas pelo médico de sua confiança e o das que, pobres, sem qualquer direito e outra opção, são condenadas a parir seus rebentos em maternidades públicas, onde recebem tratamentos impessoais.

Recente campanha na mídia, veiculada pelo Ministério da Saúde (MS), preconiza que o parto normal é natural e incentiva as mulheres a optarem pela via vaginal para o nascimento de seus filhos<sup>6</sup>. Claro que o parto por via vaginal é natural, rematada tolice seria afirmar o contrário. O que se pode dizer é que a passagem do feto pelo canal de parto é um teste de difícil previsão quanto aos resultados. Uma variável pouco uniforme que se constitui no primeiro obstáculo a ser enfrentado pelos seres humanos e que pode gerar traumas imediatos ou sequelas tardias.

Se, grande parte das vezes, o bebê pode superar as barreiras anatômicas do períneo materno com facilidade, pode, frequentemente, ter o diâmetro do crânio com dimensões superiores às permitidas pelos ossos e demais estruturas da pelve materna. Não somente esta, mas outras situações obstétricas podem levar ao chamado sofrimento fetal, com queda nas concentrações do oxigênio que chega ao cérebro do feto, como as circulares de cordão, a exaustão da parturiente ou o trabalho de parto

prolongado. A falta de oxigênio durante três ou quatro minutos causa lesões neuronais irreversíveis e em graus variáveis, cujas manifestações clínicas poderão ser percebidas nos primeiros dias do puerpério ou tardiamente, durante a infância ou até mesmo a adolescência.

Uma visita à sede da Sociedade Pestalozzi de Porto Velho (RO) permitiu testemunhar o trabalho desempenhado por pessoas que dedicam suas vidas a assistir seres humanos portadores de deficiências. Nessa regional o autor realizou levantamento sumário das causas dos problemas dos assistidos pela entidade, a partir de dados fornecidos pela diretora da instituição, dos quais foram excluídos os casos de deficiências derivadas de causas genéticas. O resultado revela que praticamente 100% dos casos de deficiência ou retardo mental não esclarecidos acometem pessoas que nasceram de partos normais, muitos com relato de complicações que provocaram a realização de cesarianas *de urgência*.

Naquela sede rapazes jogam futebol e moças dançam, com desenvolvimento motor normal, jovens e adultos de boa aparência que, entretanto, não conseguem realizar operações matemáticas básicas e têm dificuldades quase insuperáveis para aprender a ler e escrever. Muitos não conseguem passar pelas primeiras séries escolares e permanecem com comportamento infantil. Tornam-se dependentes dos pais, clientes permanentes de instituições como a Sociedade Pestalozzi, Apae e outras.

Qual a razão dessa teimosa e irracional insis-

tência em levar o parto normal às últimas consequências e indicar a via abdominal diante de uma complicação esperada?

Assim que ocorre a sábia decisão de realizar uma cesariana porque o parto normal complicou, o que observamos em qualquer maternidade é o que se poderia chamar de *uma correria* para o centro cirúrgico, e a torcida para que haja um anestesista a postos. Sempre existirá um hiato de tempo para transportar a paciente, proceder à peridural ou raquianestesia, disponibilizar o material cirúrgico, realizar a assepsia, efetuar o posicionamento dos campos operatórios, posicionar o material, proceder à abertura da parede abdominal e retirar o feto em sofrimento – o que requer cuidados de um pediatra nem sempre presente.

Sem qualquer receio, pode-se afirmar que mesmo num serviço organizado e eficientes rotinas, se realizadas com muita rapidez, não levam menos de 20 a 25 minutos desde o momento da decisão à retirada do feto. Óbvio que o centro cirúrgico deverá estar desocupado, disponível e limpo, senão...

O reconhecimento de que a gestante tem o direito de escolher a via de nascimento do próprio filho requer medidas administrativas e operacionais para que as maternidades públicas tornem-se capazes de atender os casos de cesariana a pedido, tais como a agilidade e melhora da qualidade no funcionamento dos centros cirúrgicos – que devem estar preparados para receber as cirurgias eletivas e, ainda, o atendimento das cesaria-

nas indicadas em caráter emergencial. Vale lembrar que no Conselho Regional de Medicina de Rondônia (CRM-RO) abundam denúncias de complicações maternas e fetais provenientes dos centros obstétricos da rede pública, que, via de regra, apresentam como agravantes condições precárias para atendimento médico em geral.

Assim, ao se comparar os riscos do parto normal e das cesarianas tanto para a mãe quanto para o feto deve-se separar as cesarianas *de urgência* das cesarianas *eletivas*. A grande maioria dos textos acerca das complicações decorrentes de cesáreas não consideram este viés (bias), abordado de forma sistemática por Lilford<sup>7</sup> em 1990. Olson<sup>8</sup>, ao comparar 5.603 cesarianas indicadas no decorrer do trabalho de parto com 5.489 cesarianas eletivas, verificou que o índice de complicações tanto para a mãe como para o feto é significativamente maior nas primeiras, ou seja, nas *crash cesarean*<sup>9</sup>.

Levantamento feito pelo autor junto ao setor de informática da Cooperativa de Médicos da Unimed de Rondônia demonstra que em 2006 foram registrados 917 cesarianas e 21 partos normais e em 2007 (até outubro), 782 cesarianas e 24 partos normais. Depoimentos de colegas médicos especialistas em obstetrícia, informalmente colhidos no período, corroboram esses dados mostrando que os partos abdominais respondem pela quase totalidade dos nascimentos na rede suplementar de saúde, ou seja, nos demais planos de saúde e nas clínicas e hospitais particulares.

**Tabela 1.** Número de nascimentos e vias de parto efetuadas nas gestantes portadoras de planos de saúde da Unimed/RO nos anos de 2006 e 2007.

Ano	Total de nascimentos	Via de parto	
		Abdominal	Vaginal
2006	938	917 (97,8%)	21 (2,2%)
2007	806	782 (97%)	24 (3%)

Fonte: Unimed/RO.

O conflito ético está posto e materializado: na rede privada de assistência à saúde, onde os usuários são pessoas com nível de renda e escolaridade notavelmente superiores, prevalecem as cesarianas; na rede pública, com usuários provenientes de classes sociais menos favorecidas, prevalecem os partos normais, não por opção das parturientes, mas em decorrência de rotinas de serviço impostas às mulheres pobres que recorrem ao serviço público de saúde por não dispor de recursos financeiros para a assistência médica.

Convém salientar que inquéritos realizados com o objetivo de verificar a preferência pela via de parto, tanto nas gestantes quanto nas não gestantes, revelam que a preferencialmente declarada pela maioria das mulheres é o parto normal<sup>10,11</sup>. A preferência pelo parto abdominal ocorre em uma minoria e está relacionada a vários fatores, entre os quais a satisfação com partos anteriores e a tocofobia<sup>12,13,14</sup>.

Importante ressaltar que se as usuárias de um e outro sistema pertencem a classes sociais francamente distintas, os obstetras são os mesmos. Em Porto Velho, trabalham em regime de plantões nas maternidades públicas, *segurando* bebês de partos normais, possuem

consultórios particulares e atuam na rede privada fazendo incisões suprapúblicas com bisturis na conveniente técnica de Pfannstiel. Ante este cenário, merecem destaque as seguintes constatações: 1) as gestantes de renda e nível de escolaridade mais elevada optam pelas cesarianas eletivas para gerar seus rebentos; 2) as provenientes de classe sociais menos favorecidas são submetidas a cesarianas somente quando de indicações médicas predefinidas; 3) os obstetras apresentam uma dualidade técnica (ética?) nas condutas e seguem as recomendações e rotinas do serviço público, conduzindo-se de forma totalmente oposta para com suas clientes atendidas nos consultórios particulares; 4) uma conclusão óbvia e confortadora, por assim dizer, é a de que, na rede privada, tanto os médicos como as gestantes decidem, de forma conjunta e consentida, pela via de parto abdominal para quase todos os nascimentos.

Em 2004, o jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) divulgou um debate entre dois renomados especialistas locais a respeito do assunto em tela. O doutor Marcelo Zugaib, professor titular do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de

São Paulo, proferiu uma declaração tão interessante como controversa: *acho essa questão fundamental, e olha que sou um defensor da cesárea a pedido há 10 anos, mas não aceito cesárea a pedido onde sou professor, que é um serviço público e uma escola de Medicina. Não aceito pelo seguinte, ali não vejo essa questão como sendo apenas da paciente e do médico que está atendendo; há uma responsabilidade coletiva e eu não posso quebrar uma norma coletiva para atender ao pedido individual de uma paciente, porque se eu assim fizer quebro toda a padronização do meu serviço. Ensino teoricamente a respeito do que eu penso sobre a cesárea a pedido para que o indivíduo possa exercer isso na sua clínica privada, mas em termos do hospital-escola não posso deixar de ter uma padronização porque senão vou tirando as possibilidades de que o ensino da obstetrícia se faça fundamentado nas indicações médicas* <sup>15</sup>.

A opinião de Zugaiib pode ser resumida num jargão bastante popular, *faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço*, ou seja, as pacientes provenientes da clínica privada têm autonomia para optar pela via de parto, as da rede pública têm esta autonomia abolida pelo princípio de justiça (padronização?) que rege as rotinas técnicas e burocráticas adotadas pelo hospital-escola. Apesar de discutir outra situação, valho-me novamente das palavras de Diniz, que argumenta, exatamente, sobre o ponto em questão: *não obstante o fato de os serviços de saúde se identificarem como sendo capazes de oferecer o melhor de seus recursos para a mulher e para o feto e de demonstrarem a possibilidade de riscos em decorrência de determinadas condutas das mulheres grávidas,*

*não se constitui novidade que profissionais biomédicos possuem uma atitude amparada em premissas beneficentes. Esse objetivo, porém, não pode ser atingido mediante o sacrifício de uma autonomia das mulheres, por mais limitada e frágil que este princípio possa parecer. Assim, quando os interesses das mulheres são contrários àqueles que profissionais biomédicos julgam ser melhor para o feto, apela-se para a existência do ‘conflito materno-fetal’, que, em verdade, não se verifica entre ambos, ou seja, entre a mulher e o feto, mas entre a mulher e quem a assiste* <sup>16</sup>.

## A “epidemia” de cesarianas

Nas últimas décadas houve incrementos significativos nas taxas de cesariana em todo o mundo. Países que tradicionalmente apresentavam baixas taxas de cesáreas, como a Turquia e a Itália, por exemplo, alcançaram, no início dos anos 2000, taxas de 30% e 33%, respectivamente <sup>17</sup>. Na América Latina, o Chile detém a maior taxa, com 45% em 1999 <sup>18</sup>, seguido de perto pelo Brasil, com 31% de cesarianas em 1982 e 37% em 2000 <sup>19</sup>.

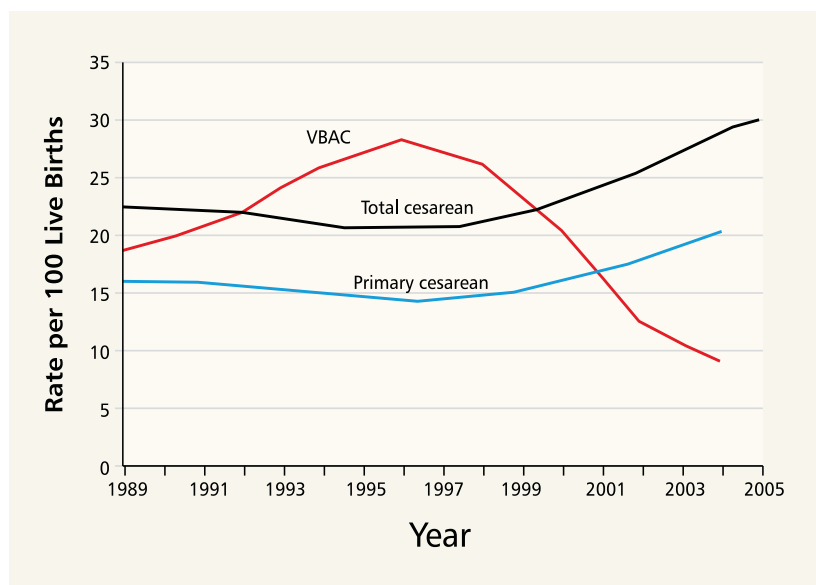
Fato notável é que o índice de cesariana nos Estados Unidos (EUA) era de 3% em 1937 <sup>20</sup>. Tal indicador, que se manteve estável e inferior a 23% por mais de 20 anos, atingiu 27,5% de cesáreas em 2003 <sup>21</sup>. As taxas de cesarianas se aproximam de 30%, índice 10 vezes maior do que em 1937 <sup>22</sup>. Nos 70 anos decorridos até 2007, houve aumento na quantidade e qualidade dos recursos humanos, as rotinas de assepsia tornaram-se mais rigorosas, as técnicas cirúrgicas se aprimoraram, os riscos anes-

tésicos diminuíram, ocorreu melhora no controle das infecções, e o importante e decisivo suporte dos bancos de sangue.

Apesar de o Comitê de Aspectos Éticos em Reprodução Humana e Saúde das Mulheres, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), deliberar que é antiético realizar uma cesariana sem indicação médica<sup>23</sup>,

cada vez mais se tem discutido a pertinência ou não de sua realização *a pedido*. Ressalte-se, contudo, que em 1985 Feldman<sup>24</sup> publicou corajoso e provocativo artigo no *New England Journal of Medicine* (NEJM) relacionado à indicação de cesariana eletiva, mas não houve qualquer impacto na conduta obstétrica, que se manteve *standard*: o mesmo e universal discurso em defesa do parto vaginal, por ser a via natural.

**Gráfico 1.** Índice de cesariana primária e de parto vaginal após cesariana prévia (VBAC) nos Estados Unidos, 1989-2004, e indicador do total de cesarianas, 1989-2005.



Fonte: Ecker J and Frigoletto F. N Engl J Med 2007; 356:885-8.

No Brasil, em 1997 o Conselho Federal de Medicina promoveu campanha em defesa do parto normal, denominada *Normal é Parto Natural*, com a participação de entidades da sociedade civil<sup>25</sup>. A campanha teve como ícone e madrinha a atriz Malu Mader e obteve repercussão bastante positiva junto ao Ministério da Saúde, que direcionou volume maior de recursos para o Programa de Assistência à Saúde da Mulher, voltados à melhor remuneração dos partos, pagamento da anal-

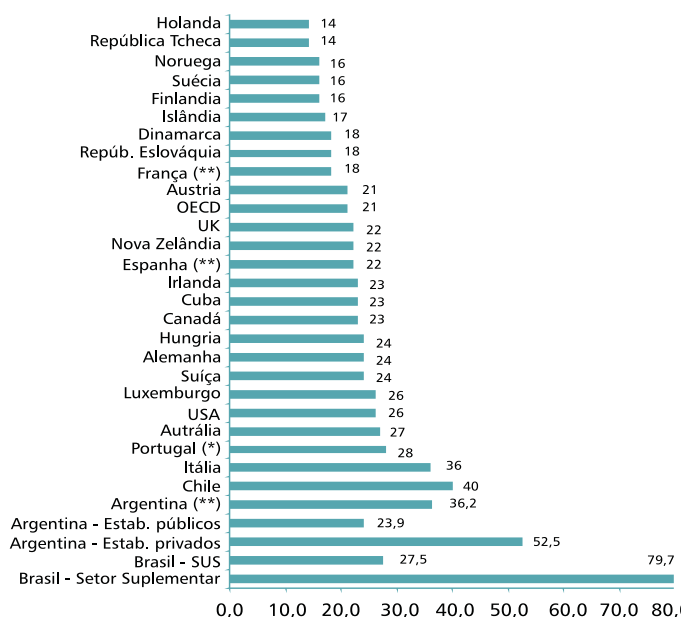
gesia para o parto normal, incentivo à criação de serviços de alto risco, unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, dentre outros.

Apesar da divulgação de todo este ideário, a bibliografia é farta em documentar o aumento dos índices de cesarianas não somente no Brasil, mas em vários países. Chama a atenção o fato de que no Brasil o pré-natal das mulheres é geralmente acompanhado por enfermeiras e o parto é realizado em materni-

dades públicas por pessoas e profissionais plantonistas, até então desconhecidos da ges-

tante, numa relação totalmente impessoal que acarreta inevitáveis medos e inseguranças.

**Gráfico 2.** Distribuição da proporção de parto cesáreo em diferentes países.



Fonte: Brasil: MS e ANS, 2004. Notas: (\*) Somente dados de hospitais públicos, o que implica em superestimação dos partos cesáreos, segundo a fonte. (\*\*\*) O dado é referente a 2001. Argentina: Pesquisa Encuesta de Condiciones de Vida 2001. Salud. Demais países: Health at Glance OECD Indicators 2005. In: OECD Publishing.

Aníbal Faundes<sup>26</sup>, em estudo publicado em 1991, discute os fatores que influenciam a elevada incidência de cesarianas no Brasil e faz algumas ponderações, muito embora, até aquele momento, o próprio afirmasse desconhecer qualquer estudo brasileiro para avaliar, por exemplo, a influência de fatores socioculturais sobre a incidência de cesarianas. Comenta que as mulheres, ao optarem pela cesariana, buscam evitar as dores do parto normal, além de visarem o fator fisiológico relacionado à manutenção da anatomia do períneo, apesar da inconveniência estética da cicatriz abdominal. Relata que existem fatores culturais importantes relacionados a essa preferência, que são os que levam a considerar o parto vaginal mais arriscado

do que uma cesariana e o medo generalizado do parto a fórceps.

Seria absolutamente redundante que tecesse comentários sobre o parto normal com a utilização de fórceps ou instrumentos congêneres, pois em sua opinião tais artefatos deveriam estar expostos apenas nos museus, para visita pública. Espera-se que essa recomendação, ainda hoje sem eco, seja dentro em pouco acatada. Nesse caso, o público que afluirá a tais museus observará, atônito e perplexo, a brutalidade inerente a esses instrumentos que, por incrível pareça, ainda são considerados úteis por alguns profissionais da obstetrícia atual, que alardeiam larga experiência com os mesmos – por mim considera-



dos desnecessários, obsoletos e causadores de fardas e documentadas complicações <sup>27</sup>.

Faundes alega que a conveniência do médico é fator decisivo para a indicação de cesarianas eletivas, o que é plenamente confirmado por Maria Silvia de Moraes <sup>28</sup> em entrevista a Oscar Dória, médico da cidade de São José do Rio Preto, no Estado de São Paulo, que afirmou: *com o aparecimento da ultrassonografia ficou mais fácil para o médico marcar a cesariana. Porque fazer o parto normal no domingo, se posso fazer uma cesariana na sexta-feira?*

Sua observação pode parecer deveras audaciosa, mas não se pode negar que a ultrassonografia é recurso que permite, cada vez mais, estimar, com rigorosa precisão, a maturidade fetal. Os novos aparelhos permitem avaliar o feto sob várias dimensões, com imagens perfeitas, que incluem as expressões faciais do bebê ainda no útero materno. As imagens, emotivas, têm poderoso efeito mercadológico e constituem motivo de sobra para as comemorações e sorrisos da futura mãe e acompanhantes.

Outro fator apontado por Faundes para aumentar a incidência de cesarianas é a possibilidade de associá-las à esterilização cirúrgica. Não há como discordar dessa afirmação, sendo necessário acrescentar que especialmente no interior do Brasil é típico que nos períodos que antecedem as eleições ocorra verdadeira pandemia de laqueaduras. A escolha da laqueadura como método contraceptivo decorre das dificuldades que as mulheres experimentam para a obtenção de outros

métodos, como a pílula ou o dispositivo intrauterino (DIU), principalmente nas áreas rurais do país.

## Os riscos e benefícios de cesarianas eletivas

A literatura é um tanto controversa ao abordar os riscos do parto normal e das cesarianas, quer para a mãe quer para o feto. Documento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) <sup>6</sup>, publicado em 2008, corrobora as mesmas recomendações elencadas em encontro da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Fortaleza, em março de 1985, que preconiza índices de cesarianas em torno de 15% como aceitáveis para qualquer região do planeta. Vale ressaltar que cada um dos eventos está separado por um período de 23 anos, no qual ocorreram verdadeiras revoluções na tecnologia e meios de comunicação. O conhecimento humano foi democratizado com os recursos da internet e a informação, nos dias atuais, é simultânea e instantânea em todos os continentes.

Documento produzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) registra: *tem sido difícil avaliar o risco de cesariana sob demanda ou eletiva ou planejada, já essas entidades não têm classificação clínica homogênea e/ou não são registradas. O conhecimento tem se baseado em evidências indiretas e, portanto, limitadas. Lavender et al, em uma revisão Cochrane, apontaram a ausência de ensaios clínicos comparando cesarianas planejada e parto vaginal planejado e reforçaram a necessidade de revisões sistemáticas de estudos observacionais*

*de boa qualidade.* Ou seja, o trabalho metanalítico de Lavender é conclusivo ao afirmar que os riscos inerentes para cada procedimento ainda carecem de estudos observacionais e que os estudos empreendidos até agora não se apresentam claros <sup>29</sup>.

Monica Schindl é categórica em sua conclusão ao estudar 1.050 gestantes da Universidade de Viena: *a cesariana eletiva é um procedimento seguro e psicologicamente bem tolerado. Os resultados são comparáveis aos partos vaginais não complicados e são muito melhores quando comparados com intervenções secundárias tais como a extração à vácuo ou às cesarianas feitas em emergências* <sup>30</sup>. De fato, a maioria dos estudos que comparam os riscos de cada procedimento não distinguem as cesarianas eletivas, feitas sem indicação médica, das indicadas em consequência de complicações de partos normais ou decorrência de outros estados *não normais* associados a patologias concomitantes à gravidez <sup>31</sup>.

Uma análise dos casos de mortalidade materna, realizada por pesquisa do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas do Rio Grande do Sul, entre 1980 e 1999, conclui que *a prevalência das principais causas de mortalidade materna não sofreu modificação nas últimas duas décadas, sendo que a principal causa continua sendo a hipertensão arterial. Também há um número significativo de mortes relacionadas à cesariana (relacionadas ao procedimento) e às infecções. Podemos concluir que a prevalência de causas diretas aponta para a baixa capacidade de prevenção de morte materna no nosso sistema de saúde* <sup>32</sup>. É evi-

dente que, em se tratando de um hospital público, os autores se referiram a cirurgias cesarianas com indicações médicas ou decorrentes de complicações da gravidez. O trabalho não faz referência às cesarianas eletivas.

Trabalho multicêntrico envolvendo instituições de oito países da América Latina, publicado no *British Medical Journal*, com a significativa amostragem de 97.095 gestantes, cristalizou a informação de que as cesarianas eletivas têm morbidade maior para a mãe e para o feto nas apresentações cefálicas, e concluiu que as cesarianas estão indicadas nas apresentações pélvicas, independente da idade gestacional, considerando, ainda, que a incidência de óbito fetal e complicações vaginais estão reduzidas nos nascimentos por cesárea. Este trabalho, muitas vezes citado e que teve a colaboração do dr. Aníbal Faundes, tem importante limitação: o grande número de instituições envolvidas com profissionais e protocolos terapêuticos distintos e com bancos de dados de diferentes formatos – eventos que podem causar erros de classificação entre cesarianas eletivas ou necessárias.

Neste estudo, chama bastante a atenção que do total de 94.307 nascimentos analisados ocorreram 62.486 partos normais, 13.208 cesarianas eletivas e 18.613 cesarianas *intrapartum*. Excluídas as cesáreas classificadas como eletivas tem-se um total de 81.099 nascimentos, dos quais 77% ocorreram por via vaginal e os demais 23%, necessariamente por via abdominal <sup>33</sup>. Daí se conclui que a probabilidade de uma cesariana ocorrer em decorrência do trabalho de parto é de 23% em

qualquer nascimento – percentual significativamente superior ao recomendado pela OMS em 1985.

Ronald Cyr afirma que *tentativas para definir um indicador ideal para as cesarianas são fúteis e deveriam ser abandonadas. A despeito da opinião de experts de que muitas cesarianas são desnecessárias, os índices continuam a aumentar nos Estados Unidos – excedendo 24% em 2004 – e não há sinais de que venha a decrescer. Realmente, há uma grande discussão em torno de que a aceitação da escolha da paciente pela cesariana eletiva seja uma opção legítima para o nascimento*<sup>34</sup>. E cita a frase atribuída a um proeminente obstetra nova-iorquino proferida em 1920: *nós todos nos arrependemos de não ter feito uma cesariana em certos casos, mas não tenho arrependimento de nenhuma das cesarianas que já fiz*<sup>35</sup>.

No Canadá, onde a incidência de cesáreas aumentou de 5,2% em 1969 para 25,6 em 2003<sup>36</sup>, Armson alerta que *dada a atual incerteza sobre a melhor maneira de nascer, as mulheres que optam por uma cesariana eletiva sem uma indicação médica aceitam a possibilidade de consequências adversas para elas próprias e seus bebês com o intuito de evitar as incertas e potenciais complicações do parto vaginal. Felizmente, no Canadá, a mortalidade materna e perinatal e complicações severas associadas ao nascimento são incomuns*<sup>37</sup>. Trabalho semelhante com a análise de 77.350 nascimentos registrados em período de 12 anos, entre 1989 e 2000, em Dublin, na Irlanda, verificou aumento no índice de cesarianas de 6,9% em 1989 para 15,1% em

2000. A despeito deste incremento, não houve correspondente aumento nas taxas de mortalidade perinatal<sup>38</sup>.

Estudo retrospectivo de Nomura e Zugaib analisou 1.748 nascimentos entre abril e dezembro de 2001 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e concluiu que *não foram constatadas associações significativas entre as complicações maternas e o tipo de parto no período analisado*<sup>39</sup>. No Estado de Massachusetts (EUA), foram analisados os registros de 649.375 nascimentos entre 1954 e 1985, período em que o índice de cesarianas quadruplicou. A mortalidade materna foi de 5,8% para cada 100.000 cesarianas e 10,8 para cada 100.000 partos normais. A conclusão é de que a mortalidade materna é mais baixa nas cesarianas do que nos partos normais<sup>40</sup>.

A literatura relata aumento significativo da incidência de cesarianas quando as gestantes são submetidas à analgesia com anestesia peridural durante o trabalho de parto. A administração da anestesia peridural para analgesia do parto normal é ainda bastante controversa e a utilização do procedimento requer complexa colaboração das condições temporais e envolve aspectos psicológicos e também o desejo da mãe<sup>41</sup>. Existe ainda outro viés quando se comparam as complicações ou benefícios de cada procedimento, especialmente quando de pacientes submetidas a cesarianas em maternidades públicas que funcionam em regime de plantões. O obstetra que realiza a cirurgia não é o mesmo que faz o acompanhamento pós-operatório.

Aqui toma lugar, mais uma vez, a impessoalidade do tratamento obstétrico na rede pública. Registre-se que a gestante realizou o pré-natal no posto de saúde com enfermeiras, o trabalho de parto foi acompanhado por pessoas desconhecidas, o médico plantonista indicou a cesariana, outro acompanhou o pós-operatório. Não existe algo insalubre em todo o processo?

Embora, como aponta esta discussão, as pesquisas comparativas entre o parto normal e a cesariana eletiva ainda não tenham produzido dados conclusivos, deve-se registrar que complicações de infecções pós-operatórias em pacientes submetidas à cesariana são abordadas em inúmeras publicações da literatura especializada e as infecções têm sido registradas em mais de 10% dos casos mesmo com a utilização de antibioticoterapia profilática que não reduz a prevalência de morbidades febris, mas sim a estadia no hospital em um dia, em média <sup>42,43</sup>.

### **Do ponto de vista da ética profissional**

A publicação *Cadernos do Cremesp*, intitulada *Ética em ginecologia e obstetrícia*, traz relato de levantamento de cerca de 12.000 denúncias registradas entre os meses de janeiro de 1996 e de 2002 naquela instituição. No estudo, a especialidade que aparece no topo é a tocoginecologia, que responde por cerca de 12% das denúncias. Em relação à obstetrícia, as principais queixas, colocadas em ordem decrescente, são: assistência ao parto com óbito do recém-nascido; assistência ao parto

com complicações maternas; parto com sequelas ao recém-nascido; assistência ao parto com óbito materno; assistência ao parto com óbito materno e do recém-nascido; outras causas não especificadas <sup>44</sup>.

O texto *A questão das cesarianas*, de Sérgio Costa, cita que *entre 1988 e 2000, na cidade de Porto Alegre, a especialidade de obstetrícia foi, entre as demais especialidades médicas, aquela com maior número de processos judiciais e 45% das solicitações judiciais de perícias ao Departamento Médico-Legal foram contra obstetras*. Esse levantamento demonstra que também naquela unidade federativa a obstetrícia acumula a maior quantidade de denúncias e processos <sup>45</sup>.

O autor prossegue reproduzindo os três quesitos mais frequentemente inquiridos pelo juiz aos peritos, nos casos em que se constata problemas que possam decorrer ou estar relacionados ao parto por via vaginal: *o retardo no nascimento pode ter sido a causa da morte do bebê? Teria sido possível diagnosticar sofrimento fetal mais cedo? Havia indicação de cesariana em algum momento antes da ocorrência do parto vaginal? Por outro lado não havia nenhuma abordagem no sentido de questionar o médico sobre a indicação de uma cesariana por ele indicada de forma desnecessária ou eletiva?* Tais questionamentos reforçam o argumento central deste artigo, que questiona a priorização do parto por via vaginal até as últimas consequências.

Transcrevo e concordo com outra afirmação do autor, formulada no mesmo trabalho, de

que não há nenhuma dúvida de, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menos risco para o médico <sup>40</sup>. Parecem confirmar tal assertiva pesquisas realizadas entre obstetras do sexo feminino, que demonstram que a vasta maioria prefere o parto instrumentalizado para elas próprias. Também é essa a preferência quando se trata das esposas e filhas de obstetras <sup>46</sup>.

Alguns artigos do Código de Ética Médica de 1988, a seguir relacionados, foram transcritos da palestra *Cesárea a pedido: os direitos e os limites*, proferida pelo obstetra e conselheiro do Conselho Federal de Medicina (CFM), Alceu José Peixoto Pimentel. Em sua fala, ressaltou que ao indicar uma cesariana eletiva ou a pedido da paciente o profissional deve se preocupar com possíveis infrações aos artigos mencionados, sobre os quais apresento comentários:

*Art. 1º A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.*

Comentário: assim sendo, as gestantes pobres e que necessitam recorrer ao Sistema Único de Saúde não podem ser discriminadas e devem, como as demais, ter assegurado o direito de optar pela via de parto, pois para tanto têm autonomia.

*Art. 2º O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.*

Comentário: o médico agirá com o máximo de zelo para com as gestantes que, de forma livre e esclarecida, consentirem e optarem pela cesariana eletiva.

*Art. 3º A fim de que possa exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico deve ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.*

Comentário: a má remuneração não pode, de forma nenhuma, influenciar a padronização nociva e burocrática de parto normal sempre, levado às últimas consequências.

*Art. 4º Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão.*

Comentário: o desempenho ético pressupõe oportunidades iguais para as gestantes, facultando-lhes optar pela via de parto que desejarem.

*Art. 21 Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País.*

Comentário: a indicação de cesariana eletiva ou a pedido é prática reconhecida em todo o país, especialmente nos consultórios particulares.

*Art. 29 Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.*

Comentário: o médico que pratica cesariana a pedido não infringe nenhum efeito danoso ao

paciente, exceto se não estiver tecnicamente preparado.

*Art. 42 Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País.*

Comentário: a cesariana a pedido não é desnecessária, haja vista ser praticada de forma “epidêmica” nos consultórios particulares.

*Art. 46 Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.*

Comentário: ao optar ou solicitar uma cesariana, a gestante ou, melhor ainda, o casal, deve ser totalmente informado sobre todos os riscos e benefícios para ela e para o neonato. Elucidadas quaisquer dúvidas a respeito, o procedimento deve ser formalizado mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a pedido do profissional, explicitando a anuência à realização do procedimento.

## **O parecer do Cremerj**

Em sessão plenária no dia 23 de julho de 2008, os conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) aprovaram parecer relacionado ao direito de a gestante escolher o tipo de parto. O texto do relator faz referência aos artigos 48 e 56 do Código de Ética Médica (CEM), os quais asseveram *ser vedado ao médico: Art. 48 Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar;*

*Art. 56 Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.*

Na conclusão, o relator do Parecer 190/08 opina que *a cesariana a pedido será ética, desde que a decisão seja compartilhada pelo médico/equipe e paciente/família e esta for considerada a melhor opção, depois de esgotadas todas as alternativas relacionadas.* No último parágrafo é ressaltado ainda: *na escolha ética devem ser consideradas as condições orçamentárias do serviço para não prejudicar outros pacientes.*

Como professor de Bioética e conselheiro do CRM-RO, considero o parecer do Cremerj extremamente pertinente. Como estudioso do tema, sugiro encaminhamento no sentido de minimizar os entraves relacionados à questão orçamentária. Para que a mesma não seja imperativo a coibir o desejo das mulheres de se submeterem ao parto abdominal, bastaria que as gestantes que optassem por uma cesariana a pedido recolhessem uma taxa mediante Documento de Arrecadação da Receita Federal (DARF) no valor de R\$ 126,29 – que é a diferença entre o valor pago pelo SUS para o parto normal (R\$ 317,39) e o valor pago para a cesariana (443,68)<sup>47</sup>.

Cito novamente Aníbal Faundes, que em artigo de 2004, sobre a opinião das mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto, conclui que *o conceito de que a principal causa do aumento na taxa de cesárea é o respeito dos desejos das mulheres por parte dos médicos não tem sustentação na opinião*

*declarada pelas mulheres. No trabalho, indaga ainda: como explicar esse abismo entre a declaração das mulheres e a percepção dos médicos acerca do que pensam suas pacientes?* <sup>48</sup>

Cabe considerar, no entanto, que Faundes, pesquisador da Universidade de Campinas (Unicamp), professor de muitos médicos, é, por assim dizer, um *anticesarista* convicto, radical. A pesquisa citada ocorreu em hospitais da rede pública de São Paulo e Pernambuco e sua conclusão é clara: aponta notável contradição entre as opiniões de médicos e pacientes quanto ao desejo pela via de parto. Faundes atribui tal discrepância unicamente ao autoritarismo e à conveniência dos médicos, responsabilizando-os pelas altas taxas de cesarianas realizadas.

Obviamente, atrevo-me a discordar do renomado professor e, também, a indagar: por que o maior ou menor índice de cesáreas deve ser parâmetro de avaliação de qualidade da saúde pública? Caso a cesariana fosse indiscutivelmente um procedimento nefasto, cuja inexistência fosse capaz, portanto, de atestar a qualidade do sistema, como explicar suas altas taxas na rede suplementar, que presta serviços a 40 milhões de brasileiros? Considere-se, ademais, que estes têm o privilégio da escolha, pois podem pagar a assistência médica e receber atendimento digno.

Ouso acentuar ainda mais a discordância em relação à posição tomada por Faundes. Quem opta pela via de parto abdominal são mulheres de classe média e alta, presumivelmente mais informadas e esclarecidas do que aquelas que

buscam as maternidades públicas. Seria subestimá-las ao extremo afirmar que optam por cesarianas por pura e simples conveniência do médico que as atendeu durante o pré-natal e as convenceu a optar pela via de parto abdominal, mesmo quando pagam por seus serviços. Além do mais, estaria se fazendo um pré-julgamento de praticamente todos os médicos que atuam na rede privada, que tem indicadores de quase 100% para a via de parto abdominal. No raciocínio generalizante de Faundes, todos os médicos seriam autoritários e as mulheres cesariadas todas submissas, desinformadas e acrílicas a ponto de aceitar o procedimento. Discordo frontalmente de tal premissa, pois autoritarismo é obrigar a gestante pobre a ter parto normal.

### **Autonomia da gestante e respeito ao direito**

Para Clotet *o princípio da autonomia, denominação mais comum da qual é conhecido o princípio do respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se autogovernem ou sejam autônomas, quer na sua escolha, quer nos seus atos. O princípio da autonomia requer que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida e o respeito à sua intimidade. Limita, portanto, a intromissão dos outros indivíduos no mundo da pessoa que esteja em tratamento* <sup>49</sup>.

A imposição de rotinas burocráticas nas maternidades públicas limita, inapelavelmente, a autonomia da gestante, que fica com apenas uma opção: o parto vaginal. A decisão

é vertical, autoritária e não leva em conta os medos, valores, filosofia de vida ou ambições da gestante, que injusta e perversamente é subjugada ao sistema.

O exercício da autonomia pressupõe conhecimento, informação. O paciente deve ter à sua disposição todos os dados sobre o procedimento a que vai se submeter, bem como sobre a alternativa para que possa, livremente, decidir. Importante perceber que existe cognitiva diferença entre médico e paciente e que cabe ao primeiro minimizá-la em um discurso acessível ao outro. O médico tem a obrigação jurídica de se fazer claro e compreensível, para equilibrar as partes do contrato e permitir a equidade também em termos da informação. Obrigar as gestantes a terem seus filhos em certas maternidades públicas do Brasil quase equivale a submetê-las a um ritual de mutilação, como ainda hoje ocorre em algumas sociedades excludentes.

### **Do ponto de vista da bioética**

O parecer da Associação Portuguesa de Bioética, aprovado em 26 de março de 2008, traz as seguintes conclusões finais:

*1. O princípio da autonomia reprodutiva dos casais, e no caso em apreço da mulher grávida, deve ser respeitado;*

*2. Deve ser dada a possibilidade à mulher grávida de escolher a via de parto no quadro do processo de obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido;*

*3. Qualquer que seja a escolha definitiva da mulher grávida, o consentimento deve ser prestado também na forma escrita;*

*4. Todas as unidades de Saúde com blocos e salas de partos devem dispor das condições necessárias para que seja providenciado aconselhamento adequado ao casal – e à mulher grávida em particular – sobre os procedimentos envolvidos, nomeadamente sobre as consequências da escolha de uma determinada via de parto;*

*5. Que, sempre que possível, este aconselhamento deve ser providenciado no início da gravidez de modo a programar adequadamente o parto e a ultrapassar eventuais divergências que possam seguir;*

*6. Não obstante, a possibilidade de médicos e enfermeiros poderem exercer o seu legítimo direito à objeção de consciência, quando exista divergência de opinião entre grávida e a equipe de saúde sobre a via de parto a adotar, a mulher grávida deve ser referenciada para uma equipe que esteja disposta a aceder a essa vontade;*

*7. Deve, em consonância com o princípio da equidade, tentar reduzir-se ao máximo as disparidades existentes entre o setor privado e o setor público, dando as mesmas possibilidades de escolha às grávidas que recorrem ao Serviço Nacional de Saúde do que aquelas que já existem para as grávidas acompanhadas em regime privado;*

*8. As entidades competentes do Ministério da Saúde devem envidar os esforços necessários para que as unidades hospitalares com blocos e*



*salas de partos implementem estas boas práticas com a maior celeridade possível*<sup>50</sup>.

## Considerações finais

A literatura<sup>51, 52, 53, 54</sup> – embora um tanto controversa – demonstra que as complicações para a mãe são um pouco mais frequentes em partos cirúrgicos do que em partos por via vaginal; no entanto, são cada vez menos prevalentes com o advento da tecnologia e melhora das condições de saúde<sup>55</sup>. Os riscos decorrentes de cesarianas eletivas são mínimos para o feto quando são tomadas as necessárias precauções para prevenir prematuridade, injúria fetal, hipotensão materna. É possível, inclusive, que os agravos para o feto sejam menores nas cesarianas do que nos partos normais<sup>56, 57</sup>.

Neste artigo advoga-se a idéia de que os defensores mais ardentes do parto normal assumem postura arraigadamente mais ideológica do que técnica, mais burocrática do que ética. Por conseguinte, as resistências são, compreensivelmente, imensas e as discussões apaixonadas. Em decorrência desse choque de opiniões e moralidades, inequivocamente tal tema torna-se discussão bioética, que deve ser estimulada, trazida à tona, até seu completo esgotamento.

Consoante à vertente social das novas correntes bioéticas brasileiras, este artigo propõe que as mulheres pobres devam ter o direito a optar por uma cesariana eletiva, argumento que não pode mais ser sumariamente excluído do projeto bioético. A respeito, cabe uma consideração de Bárbara Nicholas<sup>58</sup>, filósofa neozelandesa, que se posiciona firmemente por um novo

enfoque bioético: *neste sentido, os bioeticistas têm evitado a confrontação e o enfrentamento direto com o discurso do poder. Nós nos colocamos à disposição da medicina, auxiliando apenas a profissão a executar o seu trabalho melhor. Os argumentos aceitáveis, no sentido de que possam ser ouvidos e aceitos pelo mundo médico.*

Nestas reflexões, concluímos, ao menos provisoriamente, que o julgamento baseado no princípio da beneficência ainda favorece o parto vaginal. No entanto, não parece claro se o princípio da justiça deve nortear a escolha entre a indicação de parto normal ou cesariana a pedido, porque para as grávidas provenientes de classes sociais desfavorecidas existe uma imposição vertical e monocrática: *se não tens dinheiro, não terás opção, terás um parto vaginal e ponto final.*

A indicação da via de parto deve levar em conta a satisfação da grávida, seus anseios e desejos. Os relatos da literatura são ainda controversos, mas breve chegará o tempo em que se poderá evidenciar que os riscos, benefícios e custos do parto normal e da cesariana chegarão a um equilíbrio e a escolha do caminho para nascer caberá simplesmente à gestante, que decidirá como seu bebê irá nascer na conformidade de suas convicções e – que possam, orgulhosas, ostentar adornos azuis ou róseos na porta de seus quartos privativos.

Os médicos devem responder as indagações da paciente que pede uma cesariana e oferecer todas as informações relacionadas ao procedimento. E, ainda, arguir se a mulher estará exercendo seu direito à autonomia de forma

significativa. Nesses casos, atender à solicitação da paciente e realizar a cesárea é eticamente permissível. Da mesma forma, deve proceder, por exemplo, o médico que indica uma cirurgia plástica ou bariátrica. A paciente decide se deve correr os riscos inerentes à cirurgia, imediatos ou tardios, ou se prefere permanecer obesa. O mesmo princípio se aplica à cesariana por opção.

É importante acrescentar que o índice de cesarianas não pode e não deve ser indicador de qualidade para os serviços de obstetrícia, pois não há parâmetros ou evidências científicas para sustentar ou quantificar o índice ideal de tais procedimentos, que deveriam considerar as dimensões da pelve feminina, por exemplo. Não se pode recomendar às gestantes anglosaxônicas, robustas e longilíneas, o mesmo indicador utilizado para as nordestinas vulneráveis e brevilíneas, que, por imposição autoritária e injusta, não podem escolher entre o conforto da cesariana eletiva e os traumas, os infortúnios do parto normal na rede pública.

Não obstante, deve-se concordar com Ecker que: *diante do aumento continuado dos nascimentos por cesariana, a obrigação do médico é educar as pacientes sobre as intercorrências de sua escolha e assegurar que esta escolha deve estar alinhada com sua filosofia, seus planos e sua tolerância relativa aos riscos. Nas áreas de incertezas, nós, médicos, devemos organizar estudos clínicos que irão produzir informações para orientar as pacientes. De momento, alguns fatores relevantes parecem imutáveis e incapazes de modificar a curva ascendente das cesarianas*<sup>59</sup>. Diante de considerações como esta se

faz imprescindível assegurar às mulheres a autonomia para que decidam se querem ou não ter filhos. Se decidirem gerar filhos, que lhes seja garantido o direito de escolher a via de nascimento do seu concepto, quer provenientes das classes sociais abastadas quer das classes desfavorecidas.

A opinião do *American College of Obstetricians and Gynecologists* simplifica a decisão sobre a escolha da via de parto baseada nos quatro pilares da bioética principialista: o médico deve utilizar a oportunidade do contato com a gestante para explorar seus conceitos e valores. Prover informações e cuidadoso aconselhamento que permitirá que a paciente, e seu médico, obtenham uma decisão mutuamente aceitável. Caso não ocorra esse entendimento, a paciente pode buscar cuidados com outro profissional<sup>60</sup>. Minkoff, em publicação no NEJM, conclui: *embora as evidências não corroborem a recomendação de cesarianas eletivas em caráter de rotina, nós acreditamos que as evidências corroborem a concordância do médico em aceitar a decisão quando esta é proveniente de uma paciente informada que solicita o procedimento*<sup>61</sup>.

A autonomia pressupõe o direito de escolher com base na informação transmitida de forma transparente, clara e verdadeira por profissionais responsáveis e comprometidos, atentos para a obrigação ética de tornar as gestantes competentes para uma escolha. Dar a gestante o direito de optar pela via de parto será um avanço em direção à liberdade, instrumento verdadeiro que consolida a dignidade humana, teia que nos une em torno do eixo vertebral da sociedade pluralista.

## Resumen

---

### **La autonomía de la gestante y el derecho por la cesaria a pedido**

El artículo aborda el asunto del aumento de la creciente incidencia de cesáreas electivas verificadas en varios países latinos y también en el mundo desarrollado donde se ha motivado necesarias e impostergables discusiones en el campo de la bioética. Hace una defensa del derecho de la gestante en elegir entre el parto por vía vaginal o por la vía abdominal, basado en el principio de la autonomía. El autor también trata el interés colectivo, que es regido por los principios de la justicia y de la beneficencia, los cuales deben orientar la conducta del médico, así como su experiencia personal y conocimiento técnico, haciendo uso de todos los medios para el beneficio y bien estar del paciente.

**Palabras-clave:** Cesárea. Parto normal. Autonomía personal. Justicia social. Beneficencia.

## Abstract

---

### **Autonomy of pregnant women and right to caesarean section on demand**

The paper deals with the rising incidence of elective cesarean deliveries observed in many countries in Latin America as well as in developed countries, where it has motivated necessary and urgent discussions from bioethical perspectives. This report defends the right of pregnant women to choose between vaginal or abdominal delivery based on the principle of autonomy. The author deliberates on the interest of the society, guided by principles of justice and beneficence which should orientate the conduct of the doctor, in conjunction with personal experience and theoretical knowledge, hereby making use of all the possible methods for the benefit and well being of the patient.

**Key words:** Cesarean. Natural childbirth. Personal autonomy. Social justice. Beneficence.

## Referências

---

1. Mill JS. On liberty. Boston: Collier; 1909. p.5.
2. Dawkins R. O gene egoísta. São Paulo: Companhia das Letras; 2007. p. 255.
3. Diniz D, Costa S. Ensaio: bioética. Brasília: Letras Livres; 2006. p. 63.
4. Gilligan C. In a different voice. Harvard: HUP, 1982:174. Apud Baier A. The need for more than justice. Can J Phil 1987;13(suppl):41-56.
5. Temporão JG. Aborto: chance para a reflexão. Correio Braziliense 6 de maio de 2008; Caderno Opinião.

6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no Setor de Saúde Suplementar: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS; 2008. p.11.
7. Lilford RJ, van Coeverden de Groot HA, Moore PJ, Bingham P. The relative risks of cesarean section (intrapartum e elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders an others acute pre-existing physiological disturbances. BJGO 1990;97:883-92.
8. Olson L, Gregory K, Mongoue-Tchokote S, McConell J, Morris C, Guise JM. Maternal and neonatal outcomes of planned primary cesarean versus vaginal delivery for low risk primiparous women at term. AJOG 2008 dec;199(6 suppl A):37-44.
9. Lagrew DC, Bush MC, McKeown NA, Lagrew NG. Emergent (crash) cesarean delivery: Indications and outcomes. AJOG 2006 June; 194(6): 1638-43.
10. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E et alli. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cadernos de Saúde Pública 2003 nov-dez;19(6):1611-1620.
11. Lee SI, Khang YR, Lee MS. Women´s attitudes toward mode of delivery in South Korea: Society with high Cesarean Section Rates. Birth 2004 June; 31 (2): 116-8.
12. Gamble JA, Creedy DK. Women´s request for a cesarean section: a critique of the literature. Birth 2000 Dec;27(4):256-63.
13. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women´s preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observartional study. Birth 2008 Jun; 35(2):121-8.
14. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: na unreasoning dread of childbirth. Br J Psychiatry 2000;176:83-5.
15. Debate cesárea a pedido: atender ou não? Krikor Boyaciyán, Luiz Camano, Marcelo Zugaib. Jornal do Cremesp [Online] 2004 [acesso nov. 2009] jul./ago./set.;(28). Disponível em:URL:<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=147>.
16. Diniz D, Costa S. Op.cit. p. 54.
17. Donati S, Gandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? Birth 2003;30(2):89-93.
18. Murray SF, Serani F. Recent trends in cesarean sections rates in Chile: the political economy of maternal care [Online]. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas; 2000. Disponible en:URL: <http://www.ine.cl/chile-cifras>.
19. Brasil tem uma das maiores taxas de cesareana na saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar [Online] [acesso nov. 2009]. Disponível em:URL: [http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque\\_22585\\_2.asp?secao=Home](http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp?secao=Home).
20. Duncan CJ, Doyle JB. Cesarean section: a ten year study of 703 cases at the Boston City Hospital. NEJM 1937;216:1-5.
21. Nygaard I, Cruikshank DP. Should all women be offered elective cesarean delivery? Obstetric Gynecology. 2003;102(2):217-9.

22. Hamilton BE, Martin JÁ, Ventura, SJ. Births: preliminary data for 2005. Health E Stats. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2006 Nov 21.
23. Schenker JG, Cain JM. FIGO.Committee Report. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Woman's Health. International Federation of Gynecology and Obstetrics. In J Gynaecol Obstet. 1999; 64 (3): 317-22.
24. Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic cesarean section at term? N Engl J Med 1985;312:1264-7.
25. Natural é parto normal. Jornal do Conselho Federal de Medicina 1997 nov;10(87):18-9.
26. Faundes A, Cecatti JG. A operação cesariana no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cad Saúde Pública 1991 abr./jun.;7(2):150-73.
27. Townner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. N Engl J Med 1999;341:1709-14.
28. Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas: um perfil epidêmico. Cad Saúde Pública 2001 maio/jul.;17(3):509-19.
29. Lavender T, Hofmeyer GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GMI. Caesarean Section for non-medical reasons. Cochrane Database Syst Rev 2006;(3):CD0046660.
30. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura EA, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82:834-40.
31. Ophir E, Strulov A, Solt I, Michlin R, Buryanov I, Bornstein J. Delivery mode and maternal rehospitalization. Arch Gynecol Obstet 2008; 277 (5): 401-4.
32. Ramos JGL, Costa SM, Stuczynski JV, Brietze E. Morte materna em hospital terciário no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo de 20 anos. Rev Bras Ginecologia Obstet 2003; 25 (6): 431-6.
33. Villar J, Carroli G, Zavaleta A, Donner A, Mojdyla D, Faundes A. Maternal and neonatal individual risks and benefits with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ 2007 oct 30 [acesso 5 mai. 2009];335:1025. Available from:URL: [http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7628/1025?TB\\_iframe=true&height=500&width=750](http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7628/1025?TB_iframe=true&height=500&width=750).
34. Cyr RM. Myth of the ideal cesarean section rate: commentary and historic perspective. Am J Obstet Gynecol 2006 apr; 194(4): 932-6.
35. Humpstone OP. Cesarean section VS spontaneous delivery. Am J Obstetr Gynecol 1920;1:986-989, 994-6.
36. Nair C. Trends in cesarean deliveries in Canadá. Health Repr 1991;3:203-19.
37. Armson BA. Is planned cesarean childbirth a safe alternative? CMAJ 2007 Feb 13;176(4):475-6.
38. Foley ME, Alarab M, Daly L, Keane D, Macquillan K, O'Herlihy C. Term neonatal asphyxial seizures and peripartum deaths: lack of correlation with a rising cesarean delivery rate. Am J Obstet Gynecol 2005 Jan;192(1):102-8.

39. Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saúde Pub* 2004;38(1):9-15.
40. Sachs BP, Yeh J, Acker D, Driscoll S, Brown DA, Jewett JF. Cesarean section related maternal mortality in Massachusetts, 1954-1985. *Obstet Gynecol* 1988 March; 71(3Pt 1): 385-8.
41. Ros A, Felberbaum R, Jahnke I, Diedrich K, Schmucker P, Hüppe M. Epidural anaesthesia for labour: does it influence the mode of delivery. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275(4): 269-74.
42. Smaill F, Hofmeyer GF. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;3:CD000933-CD000933.
43. Bagratee JS, J. Moodley J, Kleinschmidt I, Zawilski W. Prophylactic antibiotics at elective cesarean section did not reduce infectious morbidity. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108(2):143-148.
44. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Ética em ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: Cremesp; 2002. (Cadernos Cremesp).
45. Costa SM, Ramos JGL. A questão das cesarianas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(10): 571-4.
46. Land R, Parry A, Wilson D. Personal preferences of obstetricians towards childbirth. *Australia New Zeland Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001;41:249-52.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 1.613, de 9 de setembro 2005 [Online]. Altera valores de remuneração de procedimentos constantes da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS e dá outras providências. Brasília; 2005. [acessado em nov 2009]. Disponível em:URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1613.htm>.
48. Fauldes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Souza MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pub* 2004;38(4):488-94.
49. Clotet J. Por que bioética? *Bioética* 1993;1:13-7.
50. Associação Portuguesa de Bioética. Parecer n.º P/12/APB/08. Sobre o direito de escolha da via de parto [Online]. Relator: Rui Nunes, Guilhermina Rego, Cristina Brandão. Aprovado em 26 mar. 2008 [acesso 11 mai. 2009]. Porto: APB. Disponível em:URL: [http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1206955463p\\_12\\_apb\\_08\\_cesariana.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1206955463p_12_apb_08_cesariana.pdf).
51. Armson BA. Is planned cesarean childbirth a safe alternative? *Can Med Assoc J* 2007 feb 13;176(4):475-6.
52. Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *Obstetric Gynecol* 2003;102(3):477-82.
53. Allen VM, O'Connell CM, Basket TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared induction of labor at term. *Obstetric Gynecol* 2006;108(2):286-94.
54. Wagner M. Choosing cesarean section. *The Lancet* 2000 Nov;356(9242):1677-80.
55. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based surgery for cesarean delivery. *AJOG* 2005 Nov;193(5):1607-17.

56. Berg A, Elburg RM, Geijn HP, Fetter WPF. Neonatal morbidity following elective caesarean section in term infants: a 5-year retrospective study and a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98:9-13.
57. Le Ray C, Boithias C, Castaigne-Meary V, l'Hélias LF, Vial M, Frydman R. Caesarean before labour between 34 and 37 weeks: what are the risk factors of severe neonatal respiratory distress?. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;127(1):56-60.
58. Nicholas B. Strategies of effective transformation. In: Donchin A, Purdy L. editors. *Embodyng feminist bioethics advances*. New York: Rowman a Littefield Publishers; 1999. p. 241.
59. Ecker JL, Frigoletto FD. Cesarean delivery and the risk-benefit calculus. *New Eng J Med* 2007 March 1;356:885-8.
60. American College of Obstetrcians and Gynecologists. Committee Opinion. Surgery and Patient Choice. *Obstetr Gynecol* 2008;111:243-47.
61. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *New Eng J Med* 2003 March 6;348(10):946-50.

Recebido: 6.6.08

Aprovado: 19.10.09

Aprovação final: 26.10.09

## **Contato**

---

José Ferrari – [joferrari10@hotmail.com](mailto:joferrari10@hotmail.com)

Rua Forqueta, 233, Vila da Eletronorte CEP 76808-650. Porto Velho/RO, Brasil.

