

Cesariana: uma visão bioética

Luiza Gonçalves Barcellos
André Oliveira Rezende de Souza
César Augusto Frantz Machado

Resumo A presente pesquisa bibliográfica discute, à luz da bioética, a autonomia de escolha da forma de parto da gestante. Analisa a prática paternalista de o médico assumir, sozinho, a definição da via de parto, procedimento que não promove a autonomia da gestante nem seu direito de escolha. Enumera fatores interferentes sobre o profissional médico e a gestante na escolha da forma de parto. Discute a vulnerabilidade da paciente frente à decisão médica e propõe uma possível alternativa para que a autonomia da mulher seja respeitada, permitindo sua participação no processo decisório da forma de parto. Conclui apontando a necessidade de intervenção governamental voltada à promoção de condições que diminuam a vulnerabilidade da gestante, embasada em políticas de saúde pública de incentivo ao parto normal, sempre respeitando a escolha autônoma da via de parto pela parturiente.

Palavras-chave: Bioética. Parto normal. Autonomia pessoal. Cesárea. Gestantes.



Luiza Gonçalves Barcellos
Farmacêutica, especialista em
Bioética, assessora
técnica da Secretaria de Ciência e
Tecnologia do Ministério da Saúde,
Brasília, Brasil

A bioética tem seus primórdios na obra *Bioethics: bridge to the future*, publicada por Potter ¹ em 1971. A partir de então, esta emerge como *novo domínio da reflexão e da prática, que toma como seu objeto específico questões humanas em sua dimensão ética, tal como se formulam no âmbito da prática clínica ou da investigação científica, e como método próprio à aplicação de sistemas éticos já estabelecidos ou de teorias a estruturar* ². De acordo com a *Encyclopedia of bioethic* ³, a bioética abarca a ética médica, mas não se limita a ela, estendendo-se muito além dos limites tradicionais que tratam dos problemas deontológicos decorrentes das relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes.

A teoria principialista desenvolvida por Beauchamp e Childress ⁴, cujo referencial teórico foi publicado no livro *Principles of biomedical ethics*, tomou como fundamento quatro princípios básicos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, os quais devem ser sopesados em cada caso, para dirimir os conflitos bioéticos na área da saúde. O principialismo, como também é conhecida esta teoria, foi utili-



André Oliveira Rezende de Souza

Farmacêutico, especialista em Bioética e em Regulação e Vigilância Sanitária, técnico da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Brasília, Brasil

César Augusto Frantz Machado

Bacharel em Direito, especialista em Bioética, consultor da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, Brasília, Brasil

zado, por várias décadas, como a única base conceitual para a análise de conflitos éticos no campo biomédico.

A origem anglo-saxônica da bioética principialista transparece em sua conotação individualista e em sua base de sustentação teórica, que repousa, entre outros, sobre a autonomia dos sujeitos sociais⁵. Uma de suas consequências práticas consiste na necessidade de aplicar os chamados *termos de consentimento informado*⁶, tomados como manifestação inequívoca do cumprimento desses princípios, tanto na clínica quanto na pesquisa.

Selleti e Garrafa⁷ afirmam que na maioria dos países desenvolvidos há tendência a reduzir a bioética ao campo individual da biomedicina e biotecnologias, já que nesses contextos o princípio da autonomia destaca-se como mais importante que os demais. No entanto, no contexto latino-americano, o campo da bioética precisa agregar um enfoque coletivo, mais comprometido com a ética social. Segundo tal perspectiva, a discussão bioética não pode estar focada somente na perspectiva individual, mas abranger o Estado, que deve atuar por meio de políticas públicas para preservar a autonomia dos indivíduos e evitar discrepâncias sociais, econômicas e educacionais. Por tal motivo, teriam surgido outras abordagens, capazes de tratar das macro questões no campo da saúde dos países cujas realidades socioeconômicas são desfavoráveis em relação aos países ricos. Dentre elas destacam-se a bioética da proteção⁸ e a bioética de intervenção⁹.

Se, como ferramenta única, o principialismo foi considerado teoria insuficiente para analisar toda a gama de questões bioéticas na área da saúde, segundo enfatiza tal perspectiva crítica, não se pode desconsiderar o fato de que permanece sendo um ferramental teórico adequado à análise das inter-relações estabelecidas no contexto da biomedicina, tanto no que diz respeito à clínica quanto à pesquisa, desde que resguardadas as condições para o exercício efetivo da autono-

mia, que tende a ser mais problemático em situações de assimetria e vulnerabilidade.

Autonomia, paternalismo e vulnerabilidade

Kant¹⁰ define autonomia como sendo a independência de vontade de todo o desejo, sendo autônoma a vontade do sujeito quando regulada pela razão. Nessa linha de pensamento, o sujeito é autônomo quando seu desejo, sua vontade, está orientada pela razão, independente da influência de outros.

Para Beauchamp e Childress¹¹, bem como para a teoria principialista, o respeito à autonomia é obrigação moral, envolve saber que o indivíduo tem o direito de fazer escolhas e tomar atitudes baseado em seus próprios valores. O respeito ao agente autônomo engloba ações que nem sempre se referem apenas a não interferir na atitude autônoma, muitas vezes esse respeito também significa proporcionar ou manter condições para que a autonomia individual seja preservada. O desrespeito pela autonomia é relacionado a atitudes que ignoram, insultam ou denegam o direito de autonomia.

Para esses autores, paternalismo é definido pelo imperialismo intencional da preferência ou ação de uma pessoa por outra, onde a que se sobrepõe justifica sua ação por tentar fazer o bem ou evitar o mal àquela cuja autonomia foi usurpada. É uma forma de interferência ou recusa de aceitar a preferência de um ser vulnerável, tendo em vista o bem da pessoa vulnerável. Engloba, muitas vezes, coerção de

um lado e manipulação de informações, de outro. Os atos paternalistas prejudicam a autonomia do indivíduo¹¹.

Lorenzo argui que *vulnerabilidade porta um sentido de susceptibilidade*, defendendo que uma característica da vulnerabilidade é que esta *deixa os indivíduos aptos a serem lesados por um evento externo qualquer, e um sentido de risco, que se reporta à possibilidade de que a trajetória desse evento encontre o indivíduo em seu caminho, é a vulnerabilidade*¹². Se o indivíduo está vulnerável, a possibilidade de enveredar por um caminho que o torne ainda mais vulnerável é maior. Para Garrafa e Prado a vulnerabilidade nas *interpretações mais correntes significa 'o lado mais fraco de um assunto ou questão' ou 'o ponto pelo qual alguém pode ser atacado, prejudicado ou ferido'*. De acordo com essas interpretações, o significado usual de vulnerabilidade leva ao contexto de 'fragilidade', 'desproteção', 'desfavor' (populações desfavorecidas) e, até mesmo, de 'desamparo' ou 'abandono'¹³.

No mesmo sentido, a Resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde¹⁴, define vulnerabilidade como o *estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido*.

O Código de Ética Médica (CEM), em vigor até 2009, reforça, direta ou indiretamente, a aceção anteriormente dada a todos esses conceitos quando menciona o direito de o paciente *decidir livremente sobre a sua pessoa e*

seu bem-estar. Seu art. 6º determina que o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade¹⁵. Vale salientar que um novo código de ética médica entrará em vigor em março de 2010 e em seu Capítulo I – Princípios Fundamentais – exorta o profissional de medicina a guardar absoluto respeito pelo ser humano, atuando sempre em seu benefício e nunca utilizando o conhecimento para causar sofrimento físico ou moral. Deve-se enfatizar, entretanto, que dos quatro princípios definidos pelo princípalismo a autonomia é o que mais se distancia dos tradicionais princípios hipocráticos que até então eram os únicos critérios que determinam os parâmetros éticos da prática da medicina¹⁶. Talvez, por essa razão, este seja o princípio que encontra maior resistência ou dificuldade para ser plenamente aplicado.

Método

À luz das ferramentas conceituais descritas – os conceitos de autonomia, paternalismo e vulnerabilidade –, o presente artigo discute a autonomia da paciente na decisão da via de parto sob os referenciais da bioética e da saúde pública. O Ministério da Saúde (MS)¹⁷ conceituou: a) parto cesáreo (PC) como o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conteúdo do útero materno durante o trabalho de parto e; b) parto normal (PN) como o procedimento no qual o concep-

to nasce por via vaginal. O objetivo do trabalho foi comparar as taxas de PC e PN observadas no Brasil e no mundo e discutir a autonomia da paciente na decisão da via de parto.

A pesquisa que deu origem a este trabalho foi desenvolvida em três momentos:

1. Revisão bibliográfica, que se dividiu em: a) seleção de artigos relacionados ao tema em diferentes bases de dados (Lilacs, Medline, PubMed, Biblioteca Cochrane); e b) busca por dados oficiais referentes a índices relativos aos tipos de parto observados no mundo, América do Sul, Brasil e regiões brasileiras. As fontes utilizadas foram: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas);
2. Comparação das taxas de realização de parto normal e cesáreo no Brasil e no mundo e entre diferentes regiões brasileiras; e
3. Discussão dos resultados encontrados à luz do referencial teórico da bioética e saúde pública.

Resultados e discussão

A taxa de cesarianas no Brasil tem se mantido ao redor de 40% nos últimos doze anos. A distribuição por região não é homogênea, apresentando-se mais elevada nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e menor no Norte e Nordeste. Ribeiro mostra que os PCs predominam entre mulheres pertencentes a estratos sociais mais elevados e que residem

em regiões mais desenvolvidas, indicando que fatores não clínicos interferem na indicação para esta via de parto.

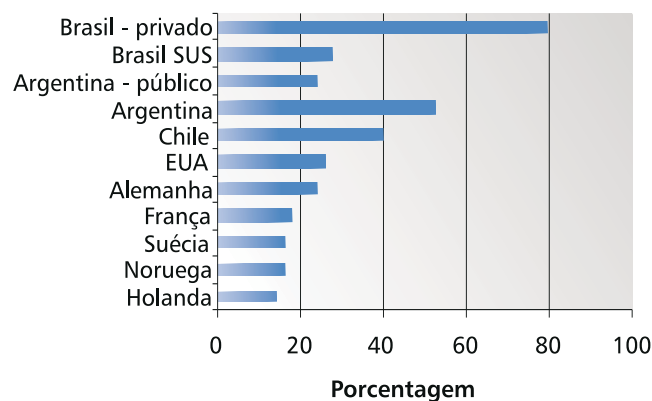
A Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹⁸ preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de até 15%. Este parâmetro está fundamentado no preceito de que apenas esta porcentagem do total de partos apresenta indicação precisa de cesariana.

A assistência médica focada nos hospitais, a precária educação, a falha de orientação às gestantes, bem como causas de natureza econômica, são fatores que, provavelmente, promovem aumento no número de PC em detrimento ao de PN ¹⁹. Somando-se a esses fatores o progresso científico e o aprimoramento técnico, tem-se o aumento do número de

PC ²⁰. Gentile de Melo ²¹ corrobora a idéia de que fatores extraclínicos influenciam na escolha, mostrando que o poder econômico da gestante interfere na escolha do tipo de parto e data de nascimento. Acrescenta que, muitas vezes, se opta por essa via de parto com o objetivo de realizar a esterilização cirúrgica, como método de controle de fertilidade.

Em relação às recomendações da OMS para a porcentagem de partos por cesariana, observa-se que alguns países da América do Sul, como Chile, Argentina (nos estabelecimentos privados) e o Brasil (no setor suplementar), apresentam as maiores taxas de parto cesáreo do mundo: 40%, 52,5% e 80,7%, respectivamente ²². Na Holanda e Noruega, por exemplo, as taxas observadas são próximas ou menores aos 15% preconizados como o máximo aceitável ²³.

Gráfico 1. Taxa de cesáreas em diferentes países.



Fonte: ANS, 2008 ³³, adaptado pelos autores.

Quando se comparam os níveis de renda às taxas de parto cirúrgico em 15 países em desenvolvimento, observa-se que em alguns deles, especialmente no Brasil, quanto maior

o nível de renda da população, mais elevada é essa taxa em relação às de parto natural ²³. Ainda segundo esse estudo, tal proporção não ocorre em países desenvolvidos.

O Ministério da Saúde tem demonstrado preocupação com a tendência do crescimento de partos cesáreos no país e propõe como meta a redução dos números atualmente observados, divulgados pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus). Por tal motivo, lançou, em 2008, a campanha *Parto normal: mais segurança para a mãe e o bebê*, que incentiva o PN sem desmerecer as indicações do PC. As vantagens do parto normal também se estendem à ques-

tão financeira, pois os recursos em saúde são limitados. Os benefícios do PN são inúmeros, tanto para a mãe como para o bebê, e vão desde a melhor recuperação da mulher e redução do risco de infecção hospitalar até a menor incidência de desconforto respiratório para o bebê e sua melhor adaptação à vida extrauterina. Além desses, é mencionado o impacto positivo na interação mãe-bebê, pois a primeira amamentação pode ocorrer ainda na sala de parto²⁴.

Tabela 1. Proporção de nascidos vivos de partos cesáreos*: Brasil e regiões 1994 a 2005²⁴.

Ano	Regiões					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
1994	31,10	25,60	47,30	41,70	49,50	39,00
1995	32,40	25,50	46,50	43,20	49,90	37,70
1996	31,60	26,00	46,30	44,00	50,90	38,00
1997	32,10	25,30	49,80	44,10	49,80	40,80
1998	30,40	25,50	47,20	42,50	45,90	39,20
1999	28,80	25,60	45,90	40,80	43,30	38,00
2000	29,60	26,70	46,90	42,40	43,70	38,90
2001	29,80	27,70	47,40	43,40	44,30	39,30
2002	30,40	28,10	47,90	44,30	44,50	39,70
2003	31,90	29,70	49,10	46,00	46,00	41,00
2004	33,20	31,50	50,50	48,20	47,60	42,70
2005	35,00	33,00	51,90	49,80	49,60	44,20

* % calculado sobre o total de partos hospitalares.

Observando os dados dispostos na Tabela 1 verifica-se que, no Brasil, as taxas de PC encontradas no Centro-Oeste, Sudeste e Sul são bastante elevadas, indicando descompasso entre as regiões do país. Porém, mesmo no Nordeste e Norte, onde a porcentagem de PC em relação ao PN é menor, observa-se ser bastante elevada, considerando-se a recomendação da OMS.

Bioética, saúde pública e escolha pela via de parto

Por se tratar de questão relevante ao sistema de saúde brasileiro, os dados anteriores podem ser trabalhados à luz do referencial bioético, em especial àquele desenvolvido tendo como referência questões relacionadas à saúde pública^{8,9}. Conforme exposto, a Bioética de Intervenção

trabalha com o pressuposto de que as ações governamentais devem buscar a melhoria da sociedade, definindo ações e editando normas voltadas a delinear um comportamento comum que diminua a vulnerabilidade dos grupos e segmentos mais suscetíveis. Para tanto, o governo deve tornar realidade a prática do bem público, agindo de forma a participar das ações que o promovam, não se tornando apenas um espectador das iniciativas que visam promovê-lo. Vale ressaltar a afirmação de Cruz, de que *a Bioética de Intervenção impele ações de forma a almejar a diminuição das iniquidades sociais por meio de práticas intervencionistas duras*²⁵.

Em maio de 2008 o Ministério da Saúde lançou a campanha de incentivo ao parto normal com o objetivo de conscientizar as gestantes e os profissionais da saúde sobre a importância da opção pelo mesmo²⁶. A técnica do MS, Daphne Rattner, declarou em entrevista que o maior responsável pela grande quantidade de cesáreas atualmente realizadas é o próprio médico²⁷. Ainda segundo ela, a maioria dos profissionais incentiva a cesariana por ser mais rápida e, no caso dos atendimentos particulares, mais lucrativa também: o parto cesáreo *adquiriu outro caráter além do de procedimento médico: o de atividade lucrativa*²⁷. Afirma que o parto cesáreo se transformou em um bem de consumo, disponível para aqueles que detêm poder aquisitivo²⁷. O Ministério da Saúde, órgão responsável pela remuneração dos procedimentos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS), repassa ao serviço onde ocorreu o parto os valores de R\$ 403,09 e R\$ 545,73 para cada parto normal ou cesáreo, respectivamente¹⁷.

Depreende-se, portanto, que dentre os motivos para a diferença observada na taxa de PC preconizada pela OMS e naquela constatada pelo Datasus, possivelmente estão fatores como: a conveniência e a facilidade de se realizar o procedimento em horário e dia marcados, além de outros, como o medo das pacientes em sentir a dor do PN. O PC faz com que o profissional receba remuneração mais elevada, cumpra agenda previamente marcada e realize os procedimentos com mais rapidez. Para a parturiente os benefícios são: evitar as dores do PN, sair da mesa de cirurgia mais rapidamente e evitar o desperdício de tempo e a ansiedade natural de um parto sem data e hora exatas de ocorrer.

O Código de Ética Médica²⁸ define que o médico deverá zelar pela vida humana, atuando sempre para a manutenção e melhoria da saúde do paciente. O juramento hipocrático conduz para a proteção do paciente, na tentativa de instá-lo a superar limitações ou abster-se de possíveis desvios de conduta, estimulando, ainda, que todos seus esforços sejam postos em benefício do paciente. Este código adverte que o paciente possui o direito de *decidir livremente sobre a sua pessoa e seu bem-estar*²⁹. Pode-se interpretar que o médico deve estimular a livre escolha da via de parto às pacientes que assiste, informando-as acuradamente sobre as alternativas que dispõem. A possibilidade de cercear o direito de escolha da futura mãe, mesmo que apenas por indução, é algo que pode ser considerado contrário à ética profissional. Devido a seu conhecimento e ao respeito que impõe, o médico deve manter-se cauteloso quanto à possibilidade de

influenciar a decisão da paciente, levando-a a escolhas que possam não atender a seus legítimos anseios ou interesses.

Autonomia da paciente e escolha pela via de parto

Na análise dos fatores decisórios da via de parto, faz-se necessário aprofundar a discussão sobre a autonomia da paciente. Conforme Marchi, a *possível igualdade dos partícipes dessa ciranda de marchas e contramarchas, gerada pela dicotomia autonomia/heteronomia, carece de dois requisitos: a informação clara e acessível e a capacidade de autodeterminação*³⁰. Esses fatores são primordiais na aplicação da autonomia, porém dependem, direta ou indiretamente, de forças, pressões e opressões que atuam sobre a paciente. A autora ainda aponta que *para a ordem jurídica, a informação é o pressuposto inarredável para que o indivíduo realize suas escolhas no contexto de uma coexistência equilibrada em sociedade*³⁰.

Pressões externas podem ser originadas de diversas fontes: a opinião do médico, quase sempre pouco questionada, o histórico cultural e familiar e o desejo do marido. Todos esses fatores podem influenciar e diminuir a capacidade de autodeterminação da grávida, constituindo-se como situação na qual prevalece a heteronomia: *(...) é o poder que se dá, ou que alguns profissionais pretendem ter, de determinar como seus pacientes devem se comportar, impondo sua vontade. Muitas vezes a heteronomia é incompatível com a ética, mas é compatível com o Direito. Quando há o cumprimento da regra sem adesão ou con-*

*formidade íntima, não se pode descartar a possibilidade de coação*³¹.

O médico pode definir uma ação de saúde ou traçar uma linha de acompanhamento clínico baseado não somente nos fundamentos da ciência médica, mas também no instinto protetor, que o leva a crer que o paciente é alguém que não possui discernimento suficiente para escolha autônoma: *o paternalismo médico pode ser definido como a conduta que tem por intenção beneficiar o paciente sem o seu consentimento*³².

Partindo-se dessas premissas, pode-se inferir que uma atitude paternalista por parte do médico pode levá-lo a não considerar o desejo da paciente como prioridade, mas como fator acessório na definição da via de parto, vez que a paciente encontra-se sob influências externas. O exercício da autonomia plena só existe – efetivamente – em casos em que não haja aplicação de forças alheias, quando fatores externos não estejam influenciando a decisão da via de parto ou não esteja ocorrendo situação de heteronomia do profissional de saúde sobre a paciente. Portanto, a completa autonomia depende, necessariamente, de uma conjuntura favorável.

Considerando as críticas ao conceito de autonomia, retro expostas, é importante considerar que a mesma deve ser preservada não como o maior ou mais relevante princípio bioético, mas como a maior expressão da vontade livre e esclarecida do ser humano. No caso de uma paciente grávida, para que seja respeitada sua autonomia o profissional médico deverá ceder à opinião da parturiente a res-

peito da via de parto de seu futuro filho, sem buscar influenciá-la *a priori* segundo suas próprias expectativas.

De acordo com a definição jurídica, excetua-se da condição de autonomia o doente mental ou pessoas de desenvolvimento mental incompleto ou retardado³³, bem como os menores de 18 anos³⁴. Conforme os parâmetros éticos, como apontado por Kant³⁵, o conceito de autonomia é mais abrangente, não sendo definido pela idade, mas sim pela independência de vontade de todo o desejo, considerando-se autônoma a vontade do sujeito regulada pela razão. Assim, transportando tais conceitos para a discussão corrente e partindo do princípio de que parte das gestantes brasileiras tem mais que 20 anos, poder-se-ia pressupor a autonomia das gestantes na definição da via de parto. No que pese a autonomia da mãe adolescente, menor de 18, esta pode ser emancipada, caso haja concessão dos pais, casamento, colação de grau em curso de ensino superior ou exercício de emprego público efetivo. Se alguma dessas hipóteses ocorrer a adolescente é emancipada e pode exercer sua autonomia.

Por possuírem, em sua maior parte, idade e condição de entendimento suficientes para ser consideradas autônomas, nas perspectivas jurídica e bioética, as gestantes brasileiras que não praticam a escolha da via de parto, guardadas as situações nas quais a exigência fisiológica faz esta escolha inviável, não poderiam ser consideradas como pessoas de autonomia diminuída. Porém, conforme ressalta Guimarães, *tais sujeitos preenchem os requisitos formais para serem autônomos se forem maiores de*

*idade e não tiverem moléstia ou deficiência mental que os impeça de decidir, e não estiverem submetidos a uma hierarquia. São, no entanto, incapazes de decidir livremente ou de manifestar sua decisão porque, embora livres no sentido mais comum do termo, condições sociais, culturais, étnicas, políticas, econômicas, educacionais e de saúde dificultam tal manifestação*³⁶.

Mesmo uma grávida, sob as pressões e opressões citadas, quando não é dotada do conhecimento básico para decidir livre e esclarecidamente e, ainda, caso se apresentem outras situações que acentuem sua vulnerabilidade, pode fazer suas escolhas. No entanto, cabe indagar: essa escolha pode ser considerada realmente autônoma? Não estaria a gestante em situação de vulnerabilidade, mais ou menos acentuada, por força de tais circunstâncias? Importante destacar, nesse caso, a noção de autonomia em saúde defendida por Marchi: *autonomia em saúde é o poder que tem o usuário de decidir que profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceita ou admite, seja por razão de credo ou não, determinando os seus interesses, que exerce de forma independente. Funda-se no respeito à pessoa humana, à individualidade, implicando no direito à escolha, à manifestação de vontade. Se a escolha de cada pessoa é decorrente do exercício de sua autonomia, uma pessoa não tem o direito de impor sua vontade a outrem*³⁷.

Considerações finais

Tendo em vista a discussão realizada, infere-se ser recomendável que o médico evite a prática paternalista de assumir, sozinho, a definição da via de parto e promova a autonomia da gestante, ao proteger o seu direito de escolha.

Para isto, deverá informar a paciente a maior quantidade de dados sobre sua situação médica e possibilidades de encaminhamento clínico, buscando, por conseguinte, minimizar influências externas, diminuir sua vulnerabilidade e, assim, aumentar sua autonomia na escolha da via de parto.

A análise dos dados apresentados faz notar que fatores como a remuneração, o conforto no agendamento do procedimento cirúrgico e a rapidez de realização do procedimento são possíveis interferentes sobre o profissional médico. Já a gestante poderá sofrer influência, entre outros, de fatores como a dor durante o procedimento e o conforto na definição da hora do parto. Diante da recorrência de tais fatores intervenientes, nitidamente delineada pelas estatísticas apresentadas, depreende-se ser necessária a intervenção governamental, promovendo e fortalecendo políticas de saúde pública voltadas ao incentivo do parto normal, ao maior esclarecimento da população-alvo sobre suas vantagens e que forneça aos profissionais de saúde subsídios para auxílio na realização dos procedimentos. Esta intervenção deve ser direcionada para a garantia da realização de um parto seguro e eficaz para o médico, para a gestante e seu filho, devendo, contudo, sempre respeitar a escolha autônoma da via de parto pela gestante.

Assim, considerando-se o referencial apresentado e os dados descritos, pode-se inferir que é dever do Estado garantir a decisão da

via de parto pela paciente, respeitando sua liberdade de escolha e subsidiando os meios para que a mesma se baseie em uma prática de fato autônoma. Nesse sentido, cumpre salientar que tal proposta estaria respaldada não apenas no referencial principialista, focado na reflexão sobre os critérios definidores da autonomia pessoal, mas também nas diretrizes apontadas pelas bioéticas brasileiras, especialmente a Bioética da Proteção³⁸ e a Bioética de Intervenção⁹.

Consoante essas linhas argumentativas, o Estado deve diminuir a vulnerabilidade e promover a autonomia da parturiente, fornecendo meios para que efetivamente decida sobre o futuro parto. Cabe mencionar que a proteção social é também papel do governo, o responsável legal pela definição de parâmetros normativos para as ações individuais e coletivas, bem como elaboração e aplicação de políticas públicas de saúde. O presente trabalho defende a ideia de que a autonomia da gestante deverá ser estimulada e respeitada na definição da via de parto, salvo recomendações médicas em contrário. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde, especificamente os médicos, compreendam que o paternalismo, mesmo quando cercado das melhores intenções, tende a aumentar a vulnerabilidade das mulheres, contribuindo para que deixem de exercer o direito de defender seus interesses legítimos.

Agradeço à Ana Claudia Machado a orientação, apoio e paciência no decorrer da elaboração deste artigo.

Resumen

Cesárea: una visión bioética

Esta investigación bibliográfica se propone estudiar y analizar la autonomía para elegir la forma de parto de las mujeres embarazadas según la luz de la bioética. Examina la práctica paternalista del médico al asumir, por sí solo, la definición de la vía de parto, procedimiento que no promueve la autonomía de la gestante en su derecho de elección. Enumera los factores de interferencia sobre el profesional de la medicina y de gestante en la elección de la forma de parto. Discute la vulnerabilidad de la paciente frente a la decisión médica y propone una posible alternativa para que la autonomía de la mujer sea respetada, permitiendo su participación en el proceso decisorio de la forma de parto. Concluye indicando la necesidad de una intervención gubernamental, con intención de promover condiciones para disminuir la vulnerabilidad de la gestante, basada en políticas de salud pública de incentivo al parto normal, siempre respetando la elección autónoma de la vía de parto de la parturiente.

Palabras-clave: Bioética. Parto normal. Autonomía personal. Cesárea. Mujeres embarazadas.

Abstract

Cesarean section: a bioethical vision

The present bibliographical research proposes to study and analyze the autonomy of pregnant women in choosing the form of childbirth, from a bioethical standpoint. It analyzes the paternalist practice of doctors in being the sole selector of the method of childbirth, which does not promote the autonomy of pregnant women or their right to choose. It analyzes possible factors medical professionals and pregnant women consider when deciding the form of childbirth. The article analyzes the vulnerability of patients in light of the medical decision and proposes an alternative that respects the woman's autonomy and allows her participation in the decision making process of the form of childbirth. The study concludes by emphasizing the need of governmental intervention, focused on promoting conditions to diminish the vulnerability of pregnant women, and associated with public health policies which stimulate natural childbirth, to promote respect of autonomy of pregnant women in deciding the form of childbirth.

Keywords: Bioethics. Natural childbirth. Personal autonomy. Cesarean section. Pregnant women.

Referências

1. Potter VR. Bioethics: a bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
2. Neves MA. Fundamentação antropológica da bioética. *Bioética* 1996;4(1):7-12.
3. Reich W, editor. Encyclopedia of bioethics. New York: The Free Press; 1978.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
5. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* [Online] 2005 [acesso 26 nov. 2009];13(1):124-34. Disponível em: URL: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio13v1/simposios/simposio09.htm>.
6. Garrafa V. Novas fronteiras bioéticas: ética no mundo global: uma perspectiva do Brasil. [Online]. 10º Fórum dos Conselhos Nacionais de Ética; 2007 out. 11; Lisboa [acesso 11 dez. 2008]. Disponível em: http://10necforumcdncnev.googlepages.com/10NEC_Forum_PPT_Volnei_Garrafa.PT.pdf.
7. Selleti JC, Garrafa V. As raízes cristãs da autonomia. Petrópolis: Vozes; 2005.
8. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pub* 2001;17(20):949-56.
9. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003;17(5-6):399- 416.
10. Kant I. Fundamentos da metafísica dos costumes. Rio de Janeiro: Ediouro; 1970.
11. Lorenzo C. Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Bioética* 2006;2(3):299- 312.
12. Lorenzo C. Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Bioética* 2006;2(3):299.
13. Garrafa V, Prado MM. Mudanças na declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo e controle social. *Cad Saúde Pub* 2001;17(6):1490.
14. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. [Online]. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [acesso 27 nov. 2009]. Brasília: CNS. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.
15. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.º 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* 1988 jan 26;Seção 1:1574-7.
16. Siqueira JE. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. *Revista Bioética* 2008;16(1):89.
17. Ministério da Saúde. Datasus. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Ripsa. IDB2003: indicadores e dados básicos para a saúde, Brasil, 2003. [Online]. [Brasília]: Datasus; 2003 [acesso 27 nov. 2009]. Disponível em: URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2003/tema.pdf>.

18. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
19. Fuentes A, Pages D, Hernandez J, Domínguez A, Crespo T, Suárez R. Mortalidad materna: algunos factores a considerar 1986-1995. *Cubana Obstet Ginecol* 1998 ago;24(2):80-5.
20. Giglio MRP, Lamounier JA, Moraes Neto OL. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. *Rev Saúde Pub* 2005 jun;39(3):350-7.
21. Melo CG. Privatizações e produtividade dos serviços de saúde: pesquisa setorial sobre a incidência de cesariana. *Rev Paul Hosp* 1982;17 (3):3-11.
22. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. [Online]. Rio de Janeiro: ANS; 2008. [acesso 27 nov. 2008]. Disponível em: URL: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_atencao_obstetrica.pdf.
23. Ministério da Saúde. Datasus. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Ripsa. IDB2007: indicadores e dados básicos para a saúde, Brasil, 2007. [Online]. Tema do ano: nascimentos no Brasil [acesso 27 nov. 2009]. [Brasília]: Datasus; 2007. p.11. Disponível em: URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>.
24. Cruz MR, Trindade E. Interventional bioethics an epistemological proposal and a necessary tool to societies with vulnerable social groups. *Revista Brasileira de Bioética* [Online] 2006 [acesso 27 nov. 2008];2(2):483-500. Disponível em: URL: http://www.mct.gov.br/upd_blob/0023/23943.pdf.
25. Jugmann M. Ministério da Saúde lança campanha para incentivar parto normal. Agência Brasil [Online] 2008 [acesso 29 nov. 2008] maio 6. Disponível em: URL: <http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/05/06/materia.2008-05-06.3594877018/view>.
26. Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pub* 1996,30 (1):19-33.
27. Conselho Federal de Medicina. Op.cit. art. 107.
28. _____. Op.cit. art. 48.
29. Marchi MM, Sztajn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. *Bioética* 1998;6(1):39-45.
30. _____. Op.cit. p. 40.
31. Almeida JLT. Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.
32. Brasil. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. [Online]. [acesso nov. 2009]. Texto compilado com modificações da Lei n.º 7.209, de 11 de julho de 1984. Brasília: Presidência da República. art 26. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm.
33. Brasil. Código Penal. Op.cit. art.27.

34. Kant I. Fundamentos da metafísica dos costumes. Rio de Janeiro: Ediouro; 1970.
35. Guimarães MCS, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. *Bioética* 1999;7(1):21-4.
36. Pontes CAA, Schramm FR. Bioética da proteção: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Cad. Saúde Pub* 2004;20(5):1319-27.

Recebido: 25.6.09 Aprovado: 13.11.09 Aprovação final: 26.11.09

Contatos

Luiza Gonçalves Barcellos – luiza.barcellos@saude.gov.br

André Oliveira Rezende de Souza – andre.rezende@anvisa.gov.br

César Augusto Frantz Machado – cesar.frantz@saude.gov.br

Luiza Gonçalves Barcellos

SHIN QI 6, Conjunto 1, Casa 14, Lago Norte CEP 71520-010. Brasília/DF, Brasil.