



**FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO**

**JOSÉ ODAIR FERRARI**

**A AUTONOMIA DA GESTANTE E O DIREITO À  
CESARIANA A PEDIDO**

**Tese de Doutoramento apresentada para a  
obtenção do grau de Doutor em Bioética, sob  
a orientação do Professor Doutor Rui Nunes.**

**1º PROGRAMA DOUTORAL EM BIOÉTICA  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO  
PORTO, 2012**



José Odair Ferrari

**A AUTONOMIA DA GESTANTE E O DIREITO Á  
CESARIANA A PEDIDO**

**Tese de Doutoramento apresentada para a obtenção  
do grau de Doutor em Bioética, sob a orientação do  
Professor Doutor Rui Nunes.**

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Porto, 2012



## Agradecimentos

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

John Stuart Mill<sup>1</sup> (1806 – 1883)

À minha esposa Denise, por vários motivos que se deram em uma trajetória de compartilhamentos e cumplicidades que somam quase 3 décadas.....

Ao meu pai, Adair Ferrari, que nunca frequentou universidade, mas obteve, no decorrer de uma trajetória de lutas cotidianas, a sabedoria dos monges tibetanos e, com a garra e tenacidade dos guerreiros espartanos, me apontou os caminhos a serem trilhados....

Ao Professor Rui Nunes, pela coragem de me orientar neste tema tão polêmico quanto é delicado, tão espinhoso quanto é sedutor.....

Ao meu leal amigo Jose Hiran Gallo, pela insistência constante, pela persistência, pela mão amiga e confortadora sempre ao alcance.....

Aos diretores e colegas do Conselho Federal de Medicina pela ousadia de implementar um Curso de Doutorado em convênio com a Universidade do Porto.....

Ao Goethe e à Viviane Aquino por me auxiliarem com o SPSS, um programa de estatística cujo domínio é um desafio enorme para as sinapses neuronais de um médico.

À Ana Paula Silva Pinto, a Paulinha, que tem sido minha secretária pelos últimos 14 anos, por ter me auxiliado a organizar o trabalho de coleta de dados desta tese.

A Queli Costa Maio.... que, paciente e atenciosa, digitalizou os dados no SPSS.

---

<sup>1</sup> Mill JS. On Liberty. Boston: Collier, 1909 : 5.

Parágrafo completo: O único propósito de se exercer legitimamente o poder sobre qualquer membro de uma comunidade civilizada, contra sua vontade, é evitar dano aos demais. Seu próprio bem físico ou moral, não é garantia suficiente. Não pode ser legitimamente compelido a fazer por ser melhor para ele, porque o fará feliz, porque, na opinião dos outros, fazê-lo seria sábio ou mesmo acertado. Estas são boas razões para o advertir, contestar, persuadir, instar, mas não para o compelir ou castigar quando procede de outra forma. Para justificar esse exercício do poder, é preciso mostrar-lhe que a conduta que se pretende impedi-lo de ter produzirá mal a outrem. A única parte da conduta de cada um, pela qual é responsável, perante a sociedade, é a que diz respeito a outros. Na parte que diz respeito apenas a si mesmo, sua independência é, de direito, absoluta. Sobre si mesmo, sobre seu corpo e mente, o indivíduo é soberano.

Mill, JS. A Liberdade e Utilitarismo. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2000, p.17-18.



## Resumo

Este trabalho aborda a questão do aumento da incidência de cesarianas eletivas verificado em vários países latinos e também no mundo desenvolvido o que tem motivado necessárias e palpitantes discussões no campo da Ética Profissional e da Bioética. Aqui se faz uma defesa do direito da gestante em fazer uma escolha entre o parto por via vaginal ou pela via abdominal com base na Bioética Principlialista, em especial, com base no princípio do respeito pela autonomia que dá a gestante autonomia para se autodeterminar, para decidir sobre os desígnios de seu próprio corpo. Um levantamento bibliográfico na literatura internacional demonstra que, ao contrário do que apregoam as *guidelines* oficiais, o nascimento pela via vaginal – que é inapelavelmente natural – comporta riscos que não o justificam como uma norma, uma regra autoritária para as gestantes que procuram as maternidades públicas no Brasil e são obrigadas a parir por via vaginal porque esta é a rotina imposta pela burocracia dos serviços. As gestantes podem ter motivações pessoais, medos, receios e outras razões para recusar o parto vaginal, mas, no Brasil, estes sentimentos não são respeitados e o direito de optar por outra via de parto é-lhes negado. Mulheres pobres são obrigadas a ter seus filhos pela via vaginal, mulheres que dispõem de recursos financeiros podem optar pela cesariana porque podem pagar pelo procedimento. O princípio da beneficência motiva o estudo dos riscos, benefícios de cada procedimento para os principais atores em cena: mãe e neonato e, relacionado a cada um destes personagens, a literatura apresenta incontáveis controvérsias a respeito. Estudos metanalíticos são inconclusivos e não definem claramente a relação risco/benefício para com esta ou aquela via de parto, o que leva a interpretações equivocadas, ideologizadas. O princípio da justiça que trata da equivalência de direitos para os usuários da saúde também é aqui considerado e uma abordagem relativa aos custos de cada procedimento é feita neste trabalho. Nas páginas introdutórias desta tese de doutoramento foi elaborada uma ampla discussão sobre o aumento nas taxas de cesarianas e sobre o papel dos cuidadores do parto nestes indicadores. A base da pesquisa foi um estudo transversal realizado no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, Rondônia, Brasil e todos os dados relevantes dos prontuários referentes aos 4.710 nascimentos ocorridos nos anos de 2006 e 2007 foram extraídos e compilados. O trabalho de campo se deu no município de Porto Velho e um

questionário estruturado foi elaborado e as entrevistas foram formuladas para 1.261 mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 e que foram procuradas e encontradas nos endereços registrados nos respectivos prontuários. Os dados foram digitalizados no Programa SPSS 15 (*Statistical Package for the Social Sciences*), analisados e comparados com os dados da literatura pertinente, em especial aqueles relacionados aos desejos e percepções das parturientes. A análise dos dados e os resultados encontrados não são divergentes daqueles encontrados na literatura que tratam das características, desejos e percepções de mulheres de outras partes do planeta que carregam seres humanos em seus ventres com a finalidade de perpetuar a espécie humana. A literatura é, até o presente momento, controversa e não minimiza os conflitos e nem a diversidade de opiniões. De tal forma que o princípio da beneficência não justifica a tomada de uma conduta única e universal em relação à forma de nascer. O princípio da justiça que trata da distribuição equitativa de recursos não é mandatório visto que permanecem muitas lacunas quando se avaliam os custos de cada via de parto do ponto de vista da saúde pública. À conclusão final se destaca o primeiro princípio da Bioética Principlalista: a autonomia que é a emancipação da razão humana, a capacidade de se autogovernar, pensar, avaliar, decidir, agir. A autonomia é pressuposto da dignidade da pessoa e no direito que ela tem a buscar sua autorrealização individual e que pressupõe o direito da gestante escolher a via de nascimento do seu rebento. A autonomia deve ser exercida com conhecimento e a escolha deve ser feita sem coações externas, baseada na informação transmitida de forma transparente, clara e verdadeira por profissionais responsáveis e comprometidos que têm a obrigação ética de tornar as gestantes competentes para uma opção em relação à via de parto de seus filhos, sem obstaculizar ou diminuir sua capacidade para decidir. O médico deve ser o parceiro, o amigo, o confidente e buscar somente o bem do paciente. Esta tese de doutoramento é uma intransigente defesa da dignidade humana.

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



## Summary

This work discusses the increasing incidence of elective c-sections in Latin American countries and around the developed world, which has motivated necessary and heated discussions in the field of Professional Ethics and Bioethics. A defense is made for the Right of the pregnant woman to decide between a vaginal and abdominal delivery, based on Principled Bioethics, and, in special, on the Autonomy Principle, giving her the autonomy to decide over her own body. A bibliographic review of international literature shows that, contrary to official guidelines, vaginal births- which is unquestionably more natural- pose risks that do not justify it as the norm, an authoritarian rule for pregnant women that look for public maternity wards in Brazil and are forced to give birth vaginally since it is the routine imposed by the services bureaucracy. Pregnant women can have personal motivations, fears, doubts and other reasons to refuse a vaginal delivery, but, in Brazil, these feelings are disrespected and the Right to choose for another type of delivery is denied. Poor women are forced to have children vaginally, while women with financial resources can choose a c-section since they can pay for the procedure. The Charity Principle motivates the study of the risks and benefits involved in the procedure for all involved: mother and new born. The literature presents uncontested controversies in relation to these subjects. Meta-analytical studies are inconclusive and do not define clearly the risk and benefit relationship for this or that type of delivery, leading to wrong and ideological interpretations. The Principle of Justice that deals with the equal rights for users of health systems is also taken into consideration in this study as well as the approach related to the cost of each procedure. In the introductory pages of this doctoral thesis, a broad discussion on the increasing number of c-sections and on the role of delivery caretakers in this high index is presented. The research was based on a transversal study carried out at the Hospital de Base Obstetrics Center of Porto Velho, Rondônia, Brazil, using all the relevant data from medical records from 2006 to 2007. The field work took place in the county of Porto Velho, and a structured questionnaire was developed and applied to 1.261 women who had children at the referred hospital during that period, and who were found at the addresses registered in their medical records. Data were digitalized in the SPSS 15 (Statistical Package for the Social Sciences) program, analyzed and

compared with the data from related literature, in special those related to the desires and perceptions of pregnant women. Data and results are not different from those found in the literature that deal with the characteristics, desires and perceptions of women from other parts of the planet who carry human beings in their wombs to perpetuate human species. The literature has been, until now, controversial and does not reduce the conflicts and differences of opinion, so that the Charity Principle does not justify an only and universal position in relation to the way babies should be born. The Justice Principle, which deals with an equalitarian distribution of resources is not mandatory since many gaps still remain when the costs for each procedure is evaluated from the Public Health standpoint. Final results highlight the first principle in Principled Bioethics: the Autonomy which emancipates human reason, and enables the person to self-govern, think, evaluate, decide and act. The Autonomy is a prerequisite for any person's dignity and for his/her individual self-fulfillment. Autonomy must be carried out with knowledge, and choices must be made without any external influence and based on transparent, clear and true information provided by responsible and committed professionals, who have the obligation to help pregnant women make competent decisions, without hindering and diminishing her capacity to decide. The physician must be a partner, a confidant who cares for the well being of the patient. This doctoral thesis is an intransigent defense of Human Dignity.

Keywords: Cesarean Section. Vaginal Delivery. Personal autonomy. Social justice. Beneficence.

## Résumé

Ce travail aborde la question de l'augmentation de la incidence de césariennes électives vérifiée dans plusieurs pays latins et aussi dans le monde développé ce qui a motivé des discussions nécessaires et importantes dans le domaine de l'Éthique Professionnelle et de la Bioéthique. Dans cet article, il se fait une défense du droit de l'enceinte de faire un choix entre l'accouchement normal ou césarienne axé sur la Bioéthique Principliste, en particulier, axé sur le principe de l'Autonomie dont l'enceinte a la capacité pour s'autodéterminer, pour qu'elle se prononce sur les conceptions de son propre corps. Une enquête bibliographique dans la littérature internationale démontre que, au contraire de ce que proclament les lignes directrices officielles, la naissance par l'accouchement normal - que c'est indéniablement naturel - comporte des risques qui ne le justifient pas comme une norme, une règle autoritaire pour les enceintes qui cherchent les maternités publiques au Brésil et sont obligées de donner naissance à leurs bébés par méthode vaginale parce que celle-ci est la routine imposée par la bureaucratie des services. Les enceintes peuvent avoir des motivations personnelles, peurs, craintes et des autres raisons pour refuser l'accouchement normal. Pourtant, au Brésil, ces sentiments ne sont pas respectés et le droit d'opter par ailleurs des autres méthodes d'accouchement leur est nié. Les femmes pauvres sont obligées d'avoir leurs enfants par l'accouchement normal. Autrement, les femmes qui ont des ressources financières peuvent opter par la césarienne parce qu'elles peuvent payer par la procédure. Le principe du Bien-être motive l'étude des risques et des bénéfices de chaque procédure pour les principaux sujets en scène : la mère et son bébé et, en ce qui concerne chacun de ces personnages, la littérature présente d'innombrables controverses à ce respect. Les études metanalytiques sont peu conclusives et ne définissent pas clairement l'association risque - bénéfice parmi les méthodes d'accouchement, ce que nous mène à des interprétations confondues, idéalisées. Le principe de la Justice qui traite de l'équivalence de droits pour les utilisateurs du système de santé y est aussi considéré, ainsi qu'un abordage concernant les coûts de chaque procédure est fait dans ce travail. Dans les pages introductoires de cette thèse de doctorat, une discussion suffisante sur l'augmentation du taux de césariennes et le rôle des infirmiers responsables de l'accouchement dans ces indicateurs a été élaborée. La base de cette recherche a été une étude transversale réalisée

au Centre Obstétrique de l'Hôpital de Base de Porto Velho, Rondônia, Brésil et tous les données importantes des manuels afférents aux 4.710 naissances produites dans les années de 2006 et 2007 ont été extraits et compilés. Le travail de champ s'est donné dans la ville de Porto Velho et un questionnaire structuré a été élaboré et les interviews ont été formulées pour 1.261 femmes qui ont eu des bébés au Centre Obstétrique de l'Hôpital de Base dans les années de 2006 et 2007 et qui ont été cherchées et trouvées dans les adresses enregistrées dans les respectifs manuels. Les données ont été digitalisées au Programme SPSS 15 (Statistical Package for the Social Sciences), analysées et comparées avec les données de la littérature pertinente, en particulier celles rapportées aux désirs et perceptions des enceintes. L'analyse des données et les résultats trouvés ne sont pas divergents de ceux trouvés dans la littérature qui traitent des caractéristiques, désirs et des perceptions de femmes des autres parties de la planète qui chargent des être humains dans leurs ventres avec le but de perpétuer l'espèce humaine. La littérature est, jusqu'à présent, controversée et elle ne minimise pas les conflits et ni la diversité d'avis. De telle façon que le principe du Bien-être ne justifie pas la prise d'une conduite seule et universelle concernant la forme de naître. Le principe de la Justice qui traite de la distribution équitable de ressources n'est pas obligatoire, puisque il reste encore beaucoup de lacunes lorsqu'il s'évalue les coûts de chaque méthode d'accouchement du point de vue de la Santé Publique. À la conclusion finale, il se détache le premier principe de le Bioéthique Principliste : l'Autonomie qui est l'émancipation de la raison humaine, la capacité de s'autogérer, de penser, de évaluer, de décider, de agir. L'Autonomie est estimée de la dignité de la personne et dans le droit qu'elle a de chercher son autoréalisation individuelle et qui estime le Droit de l'enceinte de choisir la méthode d'accouchement pour son bébé. L'Autonomie doit être exercée avec la connaissance et le choix doit être fait sans coercitions externes, basé sur les informations transmises de forme transparente, claire et vraie par des professionnels responsables et compromis qui ont l'obligation morale de préparer les enceintes pour qu'elles soient capables de faire une option, sans gêner ou diminuer leurs capacité pour décider. Le médecin doit être le partenaire, l'ami, le confident et chercher seulement le bien du patient. Cette thèse de doctorat est une intransigeante défendue de la Dignité Humaine.

Mots-clés: Césarienne. Accouchement par voie vaginale. L'autonomie personnelle. La justice sociale. Bienfaisance.

## ÍNDICE

<b>RESUMO</b>	<b>7</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>9</b>
<b>RESUME</b>	<b>11</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	<b>16</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	<b>18</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>23</b>
Uma aventura cujos riscos são de 20 a 30% para complicações. Quem se arrisca?	53
E assim, um conflito ético está desnudo e posto	64
<b>A CESARIANA: BREVE HISTÓRICO</b>	<b>73</b>
<b>A “EPIDEMIA” DE CESARIANAS</b>	<b>87</b>
<b>UMA VEZ CESARIANA, QUASE SEMPRE OUTRA CESARIANA</b>	<b>131</b>
<b>O PAPEL DO MÉDICO ASSISTENTE</b>	<b>139</b>
<b>OS RISCOS E BENEFÍCIOS DE CADA UMA DAS VIAS DE NASCIMENTO</b>	<b>155</b>
Os riscos para a mãe	161
Os benefícios para a mãe	168
Os riscos para o feto	173
Os benefícios para o feto	177
Os custos de cada procedimento	179

<b>DO PONTO DE VISTA DAS GESTANTES</b>	<b>187</b>
<b>DO PONTO DE VISTA DA ÉTICA PROFISSIONAL</b>	<b>193</b>
O Parecer do CREMERJ	203
<b>A CESARIANA ELETIVA DO PONTO DE VISTA BIOÉTICO</b>	<b>210</b>
Parecer da Associação Portuguesa de Bioética	210
<b>AUTONOMIA DA GESTANTE E O RESPEITO AO DIREITO</b>	<b>220</b>
Kant e a Dignidade Humana	220
A Autonomia pressupõe liberdade para fazer escolhas	233
<b>OBJETIVO DESTE TRABALHO</b>	<b>237</b>
<b>A HIPÓTESE</b>	<b>237</b>
Síntese dos problemas éticos suscitados pela escolha da via de parto	238
<b>METODOLOGIA</b>	<b>240</b>
Coleta e processamento dos dados	240
Os dados obtidos dos prontuários médicos do Centro Obstétrico	241
Limitações da pesquisa	241
<b>O TRABALHO DE CAMPO</b>	<b>242</b>
O Cenário: Porto Velho, Rondônia, Brasil	242
Apresentação e análise dos dados obtidos dos prontuários médicos dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007.	245
<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DA AMOSTRA PESQUISADA</b>	<b>261</b>
Dados sobre a história reprodutiva das entrevistadas	282
Dados sobre as percepções e os desejos das mulheres	302

<b>COMENTÁRIOS</b>	<b>325</b>
<b>O Parto Humanizado</b>	<b>325</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>376</b>
<b>O Princípio da Beneficência e o Princípio da Não Maleficência</b>	<b>376</b>
<b>O Princípio da Justiça</b>	<b>383</b>
<b>O Princípio da Autonomia</b>	<b>387</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>395</b>
<b>ANEXO I – PARECER DO CEP</b>	<b>434</b>
<b>ANEXO II – FICHA PRELIMINAR</b>	<b>435</b>
<b>ANEXO III - TCLE</b>	<b>436</b>
<b>ANEXO IV – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO</b>	<b>437</b>

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da Proporção de Parto Cesáreo em diferentes países. _____	61
Gráfico 2 – Número de nascimentos por cesarianas conforme o tipo por 100 mulheres com nascidos vivos nos Estados Unidos de 1979 a 2004. _____	96
Gráfico 3 – Índice de cesarianas nos Estados Unidos de 1991 até 2007. _____	97
Gráfico 4 – Indicadores de cesarianas de acordo com a idade da mãe: Estados Unidos, 1996, 2000 e 2007. _____	98
Gráfico 5 - Indicadores de cesarianas entre os países da OECD nos anos de 2006 a 2008 (Organization for Economic Co-operation and Development) _____	130
Gráfico 6 - 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. _____	132
Gráfico 7 – Número de nascimentos nos anos de 2006 e 2007 ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, de acordo com a Via de Parto (n=4.710). _____	253
Gráfico 8 – Número de gestações declaradas pelas gestantes por ocasião dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710). _____	254
Gráfico 9 – Número absoluto de óbitos fetais em relação à via de parto ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710). _____	260
Gráfico 10 – Via de nascimento dos filhos das mulheres entrevistadas na pesquisa. (n=1261) _____	267
Gráfico 11 – Número absoluto de óbitos fetais em relação à via de parto ocorridos no período perinatal e declarado pelas mulheres entrevistadas. (n=1261) _____	268
Gráfico 12 – Número absoluto de mulheres e uso de tabaco antes, durante a após o nascimento dos bebês. (n=1261) _____	279
Gráfico 13 – Número absoluto de mulheres e uso de bebidas alcoólicas antes, durante a após o nascimento dos bebês. (n=1261) _____	280



Gráfico 14 – Número absoluto de mulheres e uso de drogas durante a gestação. (n=1261)	281
Gráfico 15 – Prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) relatadas pelas mulheres antes da gravidez. (n=1261)	284
Gráfico 16 – Número de gestações prévias relatadas pelas mulheres até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	292
Gráfico 17 – Número de filhos vivos declarados pelas mulheres até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	293
Gráfico 18 – Número de abortos declarados pelas mulheres até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	294
Gráfico 19 – Frequência de consultas durante o pré-natal das gestantes declaradas pelas mulheres até o momento do nascimento dos bebês no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	295
Gráfico 20 – Duração do Parto Normal segundo declaração das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	299
Gráfico 21 – Período de amamentação declarado pelas mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007. (n=1.261)	304

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Número de nascimentos e vias de parto das gestantes portadoras de planos de saúde da UNIMED/RO nos anos de 2005 a 2008. _____	59
Tabela 2 – Número de nascimentos e vias de parto efetuadas nas gestantes portadoras de planos de saúde da UNIMED de Manaus entre os anos de 2005 a 2008. _____	59
Tabela 3 – Número de nascimentos e vias de parto efetuadas nas gestantes portadoras de planos de saúde da UNIMED de Rio Branco entre os anos de 2007 e 2008. _____	60
Tabela 4- Taxas de sobrevivência das gestantes submetidas a cesarianas no século XVIII. _____	74
Tabela 5 - Informações materno-neonatais do Brasil em 2004. _____	100
Tabela 6 – Índice de cesarianas em cada Estado nos Estados Unidos nos anos de 1996 e 2007 e mudanças percentuais. _____	127
Tabela 7 – Risco de hemorragia intracraniana em recém nascidos de acordo com a via de parto. _____	178
Tabela 8 – Número de nascimentos ocorridos a cada mês nos anos de 2006 e 2007 no Centro Obstétrico do Hospital de Base conforme via de parto (n=4.710). _____	246
Tabela 9 – Distribuição das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho em 2006 e 2007, de acordo com idade em anos (n=4.710). _____	247
Tabela 10 – Distribuição das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007, conforme faixa etária (n=4.710). _____	248
Tabela 11 – Distribuição do peso dos recém-nascidos entre os anos de 2006 e 2007 no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho (n=4.710). _____	250
Tabela 12 – Distribuição dos nascimentos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, conforme local de nascimento das gestantes (Estado da Federação) (n=4.710). _____	251
Tabela 13 – Número de nascimentos nos anos de 2006 e 2007 ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, de acordo com o município de residência da mãe (n=4.710). _____	252

Tabela 14 – Número de abortos declarados pelas gestantes por ocasião dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710).	255
Tabela 15 – Indicações clínicas para as cesarianas realizadas no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710).	256
Tabela 16 – Semanas de Gravidez das gestantes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710).	257
Tabela 17 - Índice de Apgar no Primeiro Minuto e Quinto Minuto dos recém nascidos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710).	258
Tabela 18- Distribuição das parturientes entrevistadas de acordo com idade em anos. (n = 1.261).	262
Tabela 19 - Distribuição das parturientes entrevistadas conforme via de parto e de acordo com faixa etária. (n = 1.261).	263
Tabela 20 – Distribuição do peso dos recém-nascidos entre os anos de 2006 e 2007 no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho (n=1.261).	265
Tabela 21 – Mulheres entrevistadas distribuídas conforme etnia e via de parto. (n=1.261)	269
Tabela 22 – Mulheres entrevistadas segundo religião declarada na data do nascimento dos bebês. (n=1261)	270
Tabela 23 – Estado Civil declarado pelas mulheres entrevistadas na ocasião do nascimento. (n=1261)	271
Tabela 24 – Estado civil declarado pelas mulheres no momento da entrevista. (n= 1261)	272
Tabela 25 – Duração da relação com o pai da criança declarada pelas mulheres até a data do nascimento dos bebês. (n=1261)	273
Tabela 26 – Relação com o pai da criança declarada pelas mulheres na ocasião da entrevista. (n=1261)	274
Tabela 27 – Nível de escolaridade declarado pelas mulheres entrevistadas na ocasião do nascimento dos bebês. (n=1261)	275

Tabela 28 – Atividade de trabalho declarada pelas mulheres entrevistadas na ocasião do nascimento dos bebês. (n=1261)	277
Tabela 29 – Atividade de trabalho declarada pelas mulheres no momento da entrevista. (n=1261)	278
Tabela 30 – Número absoluto de mulheres entrevistadas e o uso eventual ou rotineiro de contraceptivos antes da gravidez. (n=1261)	282
Tabela 31 – Número absoluto de mulheres entrevistadas e uso eventual ou rotineiro de contraceptivos após a gravidez. (n=1261)	283
Tabela 32 – Idade da primeira menstruação das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	285
Tabela 33 – Idade da primeira relação sexual das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	287
Tabela 34 – A permissividade e a primeira relação sexual das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	290
Tabela 35 – Semanas de gravidez relatadas pelas mulheres até o momento do nascimento dos bebês no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	291
Tabela 36 – Resultado do último exame de ultrassonografia realizado antes do nascimento, conforme declaração das mulheres até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	297
Tabela 37 – Estado de saúde dos recém-nascidos conforme declaração das mulheres na ocasião do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	298
Tabela 38 – Estado de saúde dos recém-nascidos conforme declaração das mulheres por ocasião da entrevista. (n=1261)	298
Tabela 39 - Índice de Apgar no Primeiro Minuto e Quinto Minuto dos recém-nascidos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007. (n = 1.261)	300
Tabela 40 – Crianças portadoras de deficiências físicas e/ou neurológicas nascidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=1.261), conforme declaração das mães no momento da entrevista. (n= 1261)	301

Tabela 41 – O planejamento prévio da gravidez conforme declaração das mulheres entrevistadas. (n=1261)	302
Tabela 42 – O planejamento da gravidez conforme declaração das mulheres entrevistadas distribuídas por faixa etária. (n=1261)	303
Tabela 43 – O desejo pela gravidez conforme declaração das mulheres entrevistadas. (n=1261)	303
Tabela 44 – A relação entre o período de amamentação e a via de nascimento das mulheres entrevistadas. (n=1261)	307
Tabela 45 – A preferência pela Via de Parto Vaginal conforme declaração das mulheres entrevistadas. (n= 1261)	308
Tabela 46 – Quanto ao tipo de parto normal realizado, conforme declaração das mulheres entrevistadas. (Como ocorreu seu Parto?) (n= 1261)	309
Tabela 47 – Quanto à indicação de cesariana, conforme declaração das mulheres entrevistadas. (n= 1261)	310
Tabela 48 – Duração das cesarianas, segundo dados do Prontuário, das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)	310
Tabela 49 – Quanto às complicações decorrentes da cirurgia de Cesariana, conforme declaração das entrevistadas. (n= 1261)	311
Tabela 50 – Quanto às complicações decorrentes do Parto Vaginal, conforme declaração das entrevistadas. (n= 1261)	311
Tabela 51 – Quanto à sensação de arrependimento relacionado à cirurgia de Cesariana, conforme declaração das entrevistadas. (n= 1261)	312
Tabela 52 – Quanto à sensação de arrependimento relacionado ao Parto Normal, conforme declaração das entrevistadas. (n= 1261)	312
Tabela 53 – Relação entre Via de Parto e retorno ao hospital por complicações do nascimento conforme declaração das mulheres entrevistadas. (n= 1261)	313
Tabela 54 – Relação entre o desejo de uma futura gestação e a via de nascimento anterior (n = 1249*).	314
Tabela 55 – Quanto ao desejo pela via de parto em gestação futura. (Caso você pudesse escolher, qual via de parto você escolheria?) (n= 1261)	315

Tabela 56 – Quanto ao desejo sexual após o nascimento. (Como ficou seu desejo sexual após o nascimento?) (n= 1261)	316
Tabela 57 – Quanto ao tempo de recuperação de cada via de parto, segundo opinião das entrevistadas. (n= 1261)	317
Tabela 58 – Quanto à indicação da via de parto para alguma amiga ou parente. Você indicaria a mesma via de parto que você teve? (n= 1261)	318
Tabela 59 – Você aconselharia qual via de parto para alguma amiga ou parente? (n= 1261)	319
Tabela 60 – Você acha que, independentemente das condições financeiras, a gestante tem o direito de escolher a via de nascimento? (n= 1261)	319
Tabela 61 – Relação entre semanas de gravidez e a via de nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n= 1261)	320
Tabela 62 – Relação entre óbito fetal e gestações prévias conforme declaração das mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n= 1261)	321
Tabela 63 – Relação entre a via de parto e estado de saúde do nascituro no momento do parto, conforme declaração das mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n= 1261)	322
Tabela 64 – Relação entre o grau de escolaridade e a preferência pela via de parto conforme declaração das mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n= 1261)	323

## Introdução

À mulher disse: multiplicarei grandemente a dor da tua gestação; em dor darás à luz filhos. O teu desejo será para o teu marido e ele te dominará.

Gênesis, capítulo 3, Versículo 16<sup>2</sup>

Na fusão dos gametas masculino e feminino, ambos contribuem em igual número de genes para a composição do novo ser vivo e da pessoa humana. No entanto, as reservas alimentares dos óvulos são sempre mais abundantes do que nos espermatozóides. Esta é uma característica peculiar das fêmeas da maioria das espécies, ou seja, são os óvulos das fêmeas os responsáveis pela nutrição do embrião que carregará no seu citoplasma, pelo resto de seus dias, as mitocôndrias da mãe com peculiaridades genéticas próprias.

Richard Dawkins assinala que:

“cada espermatozóide é minúsculo, um macho tem condições de produzir muitos milhões deles por dia. Em consequência, ele é potencialmente capaz de produzir um número muito grande de filhos num período de tempo muito curto, utilizando fêmeas diferentes. Isso é possível porque, em cada caso, o novo embrião recebe da mãe a quantidade de alimento adequada, o que, portanto, estabelece um limite no número de filhos que uma fêmea pode ter ao passo que o número de filhos que um macho pode ter é virtualmente ilimitado. A exploração da fêmea começa aqui”.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Bíblia de referência Thompson. Editora Vida, São Paulo, SP, 1999, p. 3.

<sup>3</sup> Dawkins R – O Gene Egoísta – Companhia das Letras, São Paulo, p. 255, 2007.

Daniel Serrão destaca que:

“a gravidez não é uma doença, a mulher grávida não está doente. Está sim, a tornar real um profundo dever biológico, geneticamente fixado em todas as espécies gonocóricas, que leva à conjugação da forma corporal masculina com a forma corporal feminina, em ordem de procriação. A procriação é um poderoso processo biológico, inscrito no genoma humano tal como está inscrito no genoma de todas as espécies vivas gonocóricas, e que começa a exprimir-se no zigoto pelo dimorfismo cromossômico, xx para o ser humano feminino, xy para o masculino, prossegue com todas as modificações que vai sofrendo o corpo do embrião e do feto, desenvolve-se após o nascimento e completa-se até o fim da puberdade quando homem e mulher estão aptos para procriar. Sobre este processo biológico-natural os seres humanos, inteligentes e socializados, construíram, ao longo de milênios, uma valorização cultural da procriação natural. Sobre o que era apenas genitalidade procriativa as sociedades humanas construíram e apoiaram uma riquíssima estrutura de valores afetivos, emocionais, sentimentais, racionais, sociais e religiosos”.<sup>4</sup>

Giovanni Berlinguer ressalta que:

“a liberdade de procriar e, junto com ela, a liberdade de continuar a viver por quem vem ao mundo é, de qualquer modo, uma construção histórica típica do nosso tempo. No passado, a procriação sem intervalos, da puberdade à menopausa (que raramente era atingida, devido à mortalidade feminina precoce), constituíra para a mulher um dos principais empecilhos para o seu plano de desenvolvimento como sujeito humano em todas as suas dimensões. Além disso, para quem nascia, a

---

<sup>4</sup> Serrão D. – Abortamento: fronteiras de uma realidade. Perspectiva ética. Desafios à sexualidade humana. Coletânea Bioética Hoje X. Org Rui Nunes e Guilhermina Rego. Gráfica de Coimbra, Janeiro de 2006. p. 73.



mortalidade infantil sempre fora altíssima e a metade dos nascidos morria antes de completar cinco anos. Esse era o preço a pagar em termos de vida, qualidade de vida e de liberdade substancial quando a dinâmica demográfica, antes que ocorresse a transição, era caracterizada por um alto número de nascidos que tendia a equilibrar o número de mortos. A partir dessas imagens do passado, também podem ser estimados os progressos alcançados, ao mesmo tempo em que se avaliam os limites da difusão desses progressos pelas diversas áreas geográficas, classes sociais, grupos étnicos e pessoas que hoje vivem no planeta. De todo modo, é claro que a disponibilidade do corpo nas relações sexuais e a liberdade procriativa (que compreende também a liberdade de não procriar) implicam também deveres. Esses deveres devem ser entendidos como responsabilidade pela própria dignidade, por um sistema de relações entre pessoas dotadas de exigências particulares e, sobretudo, por quem nasce”.<sup>5</sup>

A despeito destas e outras tantas considerações sobre as características impostas pela natureza ao papel dos machos e fêmeas, há que se concordar com Diniz que as definições de feminino e masculino não decorrem diretamente da biologia, são, na verdade, resultantes de escolhas e preferências socioculturais e resume: “nascemos machos e nascemos fêmeas e aprendemos a ser homens e mulheres”.<sup>6</sup>

Na sociedade moderna, a mulher assume um papel de total independência em relação ao homem/marido tradicional. A cada dia que passa se reduz o perfeitamente transponível abismo da chamada assimetria de gênero.

No ano de 2009, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo realizou a inscrição de 3.029 novos médicos, sendo que 1.645 (54%) foram de mulheres e 1.384 (46%) foram de homens. Em 1980, os homens representavam 66,43% das inscrições. No ano 2.000, os homens ainda predominavam com 55,39% das inscrições. A inversão neste cenário ocorreu em 2006, sendo que a partir de então, as mulheres passaram a representar a

---

<sup>5</sup> Berlinguer G. – Bioética Cotidiana. Editora Universidade de Brasília, 2004, p. 13-15.

<sup>6</sup> Diniz D, Costa S. – Ensaio: Bioética. Letras Livres, Brasília, p. 63, 2006.

maioria das inscrições. Presume-se que, dentro de uma década, a maioria dos profissionais médicos no exercício da profissão será composta de mulheres.<sup>7</sup>

Mais da metade do total de alunos do Curso de Medicina da Universidade Federal de Rondônia são mulheres e, como coordenador da disciplina de Bioética, a elas lembro sempre os conceitos de masculinidade e feminilidade defendidos por Carol Gilligan<sup>8</sup> que atribuem às mulheres comportamentos peculiares relacionados à denominada Moral do Cuidado, tais como a preocupação do Sentir, do Compreender, do Vínculo, do Altruísmo. A ocupação de espaços na prática médica pelas mulheres poderá acarretar mudanças e aprimoramentos nas práticas do Cuidar.

A despeito de todas as discussões relacionadas às questões e diferenças de gênero, as mulheres se tornaram ocupantes de cargos políticos relevantes em vários países do mundo. A esposa submissa, reclusa aos afazeres do lar e encarregada de cuidar da prole se tornou uma mulher de negócios, uma *yuppie*. Cabe fazer uma crítica relacionada a esta mulher atual, inteligente e independente que, na maioria dos casos, relega os afazeres domésticos a outra mulher, uma empregada doméstica – algumas vezes eufemisticamente chamada pelos padrões de secretária – proveniente de classe social inferior, numa relação de subserviência, dominação econômica de uma mulher sobre outra, ou seja, entre pessoas do mesmo sexo.

A Revista Isto É, publicou matéria especial em março de 2004 cujo título é O Poder do Salto Alto e traz em alguns parágrafos:

“A doce e submissa imagem da Amélia, eternizada na voz de Ataulfo Alves, sempre provocou arrepios nas feministas. Mas até ela, que *não tinha a menor vaidade*, mantinha seu poder de influência. As mulheres, mesmo no século XIX, quando passavam da tutela dos pais para a dos maridos, tinham sob suas asas a formação dos filhos e a administração da casa. Se o poder constituído era dos homens, era ela quem fazia a transmissão de valores – fossem eles patriarcais ou não, por

---

<sup>7</sup> Jornal do CREMESP, número 267, Janeiro/Fevereiro 2010, p. 5.

<sup>8</sup> Gilligan C. – In a different voice. Harvard HUP, 1982: 174. Apud Bayer A. A need for more than justice. Can J Phil 1987;13(suppl):p. 41-56.

conta da imposição da sociedade – e decidia sobre a vida cotidiana. Aos homens cabia a supervisão geral e a administração dos bens. Por trás de um sim ao marido estavam escondidos muitos poréns. Hoje, essa voz de comando não precisa usar de subterfúgios e soa clara em gabinetes políticos, em bem-equipadas salas de executivos, em sisudos tribunais, à frente de batalhões de policiais e, é claro, no lar doce lar. Em grande parte das famílias, elas decidem desde o que vai à mesa até em que bens investirem o dinheiro. A entrada no mercado de trabalho, ocorrida no século XX, ampliou o poder feminino. A mulher começou a atuar na esfera pública, sem abrir mão do domínio no lar, que sempre foi seu..... O quadro social das mulheres no País ainda mostra grandes carências. A dura realidade de pobreza e violência que persiste levou o presidente Lula a instituir 2004 como o Ano da Mulher, estabelecendo como meta a criação de políticas de proteção, prevenção e inclusão mais efetivas a serem adotadas até o final de seu governo. Mas, apesar disso, as estatísticas revelam que as mulheres vêm tomando o seu espaço com determinação. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, nas áreas urbanas, elas já têm em média um ano a mais de escolaridade que os homens e que de 1992 a 2002 o índice de mulheres chefiando a casa passou de 21,9% para 28,4%. O esforço de escolarização e capacitação e a necessidade de suprir a família promovem grande reflexo no mercado de trabalho. Elas ocupam cada vez mais cargos antes tidos como estritamente masculinos, sem receio de ter sob seu comando um exército de homens nem sempre à vontade de ver, de repente, um batom misturado com documentos na mesa. A mulher está cada vez mais preparada. E, apesar de ainda ganhar 10,12% a menos, multiplicou seu campo de atuação. A área jurídica, por exemplo, que era muito masculina, conta hoje com 33,13% de mulheres, afirma Silvana Case, vice-presidente do Grupo Catho, de recolocação profissional. Uma pesquisa feita pelo grupo entre 60.211 empresas aponta que o número de mulheres no nível executivo dobrou em nove anos. Em 1994, elas

ocupavam 8,10% dos cargos de presidência. Hoje isso corresponde a 15,87%. No nível de encarregados, representam 45,63%. Presidente de banco, motorista de táxi, advogada, comandante de avião, tenente-coronel, elas estão lá..... Bem se vê que a mulher continua cuidando do bem-estar da família e do preparo da prole, mas, hoje, repaginada, ela passou também a liderar o mercado consumidor. Além de continuar sendo, na maioria dos lares, a responsável por encher a geladeira, a mulher hoje está no topo das decisões de consumo de bens e serviços. Quase sempre, é ela quem decide em que escola os filhos vão estudar e por qual pediatra serão cuidados. Quando o objetivo é comprar uma casa ou resolver onde serão as férias, ela está lá, ao lado do companheiro ou não, escolhendo como gastar o dinheiro.....Até na hora de trocar o carro, um fetiche para os homens, está comprovada a sua influência. Um estudo feito pela Volkswagen mostra que em 1993 elas eram responsáveis por 32% da compra direta de automóveis. Dez anos depois, esse índice pulou para 42%. Ao se considerar, no entanto, a influência que exercem sobre maridos, namorados e filhos, o índice sobe para 75%..... Historicamente, cuidar, acolher e conciliar são ações nitidamente femininas, enquanto mandar, conquistar e prover fazem parte do universo masculino. Mas a nova alquimia social vem mostrando que as figuras da grande mãe e do provedor forte e cheio de autoridade estão cada vez mais misturadas.... A idéia de que a mulher bem-sucedida profissionalmente é infeliz nas relações amorosas e familiares povoa o imaginário popular, mas vem perdendo espaço. Hoje, elas ainda se equilibram entre as várias funções, mas não deixam de ser realizadas, diz ele. Por isso, há muito o que comemorar. Em muitos lares, os homens já concordam em dividir as tarefas de casa e o cuidado com os filhos, enquanto a mulher senta-se ao seu lado para resolver onde aplicar a renda da família numa equação onde dividir poder corresponde a somar felicidade”.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Revista Isto É. – Matéria: O Poder do Salto Alto. Edição 1796, 10 de março de 2004.

Em entrevista à Folha de São Paulo, a psicóloga e pesquisadora canadense Susan Pinker, por ocasião do lançamento de seu livro *O Paradoxo Sexual*, declarou que:

“a mulher é mais feliz quando reconhece diferenças de gênero e defende que os salários dos homens costumam ser maiores hoje não por discriminação de mercado, mas porque eles priorizam mais isso. E mais: Eu sempre deixo claro que cada pessoa é um indivíduo único. Ciência é estatística, pessoas são únicas. Então, quando você estuda ciência, está analisando probabilidades. Sempre existirão exceções. Compare a altura. Em geral, homens são mais altos, mas existem várias mulheres mais altas do que muitos homens. As mulheres foram discriminadas por tanto tempo que as pessoas têm uma aversão à idéia de eu existe uma diferença natural, biológica. Achem que falar sobre diferenças é voltar a pensar como antigamente, quando, na verdade, não tem nada a ver com discriminação. É bobo ignorar as evidências científicas porque você tem medo do que elas vão dizer. Sobre o feminismo de Simone de Beauvoir e a leitura do *Segundo Sexo*: Sim, claro, como todo mundo naquela época. Estamos em um ponto mais alto do feminismo. Quando eu estava na Universidade, no final dos anos 1970 e começo dos 1980, a expectativa era que homens e mulheres fossem idênticos, que nós deveríamos fazer as mesmas coisas, trabalhar a mesma quantidade de horas, no mesmo tipo de emprego, ter o mesmo tipo de vínculo emocional com o trabalho doméstico e com as outras pessoas. Eu acreditava muito nisso, li todos os livros das principais feministas. Foi só quando meus filhos nasceram que percebi que havia um buraco entre a minha abordagem intelectual do assunto e os meus sentimentos. O *Segundo Sexo* era interessante na época, mas está ultrapassado. A ciência avançou muito, desde então. Não tínhamos ressonância magnética nem o mapeamento do genoma humano,

não sabíamos metade do que sabemos hoje. Hoje estamos entendendo como os hormônios afetam o comportamento humano”.<sup>10</sup>

Mas enfim, dona de casa ou não, as mulheres conquistaram liberdades que não tinham em épocas recentes e passadas. Logicamente, se fazem exceções às sociedades anacrônicas que submetem mulheres a incompreensíveis e condenáveis mutilações. Interessante ressaltar que mulheres submetidas a circuncisões, classificadas em tipos anatômicos enumerados de I a IV, experimentam maiores riscos de complicações obstétricas decorrentes da gravidez tais como hemorragias, dores severas e choque hipovolêmico, além de outras complicações ginecológicas crônicas.<sup>11</sup>

Rubem Alves aborda a questão com habitual beleza e poesia:

“Em Minas, em agradecimento a uma esmola que lhes tivesse sido dada por uma grávida, as mendigas a bendiziam com a saudação: Nossa Senhora do Bom Parto que lhe dê boa hora! Benção confortante porque a hora da grávida é hora de dor e angústia, precisando da proteção da Virgem Parteira. Vendo, ninguém acreditaria que um nenezinho pudesse passar por uma canal tão apertado. Dor para a mãe, angústia para o nenê. No lugar onde as palavras nascem elas brilham com uma clareza espantosa. Vou ao nascedouro da palavra Angustia: nasceu do verbo latino *angere*, que significa apertar, sufocar. Assim, no seu nascedouro, angústia queria dizer estreiteza. O nenezinho, que estava numa boa, vai ser apertado e sufocado dentro de uma canal. Vai sentir angústia. E, pelo resto de sua vida, sempre que tiver que passar por um

---

<sup>10</sup> Pinker S. - mulher é mais feliz quando reconhece diferenças de gênero. Folha Online – Ciência, 21 de março de 2010.

Disponível na Internet: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u709956.shtml>. Acessado em 31 de março de 2010.

<sup>11</sup> Larsen U, Okonofua FE. – Female circumcision and obstetric complications. International Journal of Gynecology and Obstetrics 77 (2002) p. 255-265.

canal apertado e escuro, vai sentir de novo o mesmo que sentiu para nascer. Angústia e dor misturadas assim, não admira que as mendigas invocassem a Virgem[...]"<sup>12</sup>

A dor do parto é reconhecida por todos e tolerada de forma e em graus diferentes por cada qual em suas peculiaridades pessoais. O fato é que, por razões várias, nestes tempos recentes, as mulheres passaram a desfrutar de Autonomia para fazer suas próprias escolhas, inclusive e, principalmente, aquelas relacionadas ao próprio corpo.

Transcrevo aqui o depoimento de Maria Jose Nogueira Pinto, jurista e política portuguesa sobre o papel transformador das mulheres na sociedade contemporânea:

“Interessa lembrar aqui o que significaram estas últimas décadas para o chamado feminismo ou a luta das mulheres pela igualdade de oportunidades. Como mulher acompanhei muito de perto mais da metade deste percurso. Como mulher que assumiu o exercício de uma atividade profissional e política, fui chamada a intervir, em diversos momentos e em várias sedes, nestas matérias. Assim, foi-me possível constatar, em linhas gerais, que em cada caminhada, se fez erros de forma e vícios de fraude. Senão vejamos:

1 – O conceito inicial de igualdade não permitiu que se chegasse tão depressa quanto o desejável ao conceito de desigualdade útil e, conseqüentemente, ao respeito e dignificação das diferenças entre homem e mulher. Confundi-se a igualdade em dignidade com o igualitarismo na vocação e no destino próprio de cada gênero.

2 – A igualização do estatuto levou, numa primeira fase, à consagração de violentas regras de competição com vista à partilha forçada de territórios e áreas de intervenção, entre mulheres e homens.

---

<sup>12</sup> Alves R. – Concerto para Corpo e Alma. Editora Papyrus. 3ª Edição, 1999 p.130-1.

3 – Considerou-se como expediente possível a masculinização da mulher como forma de vencer esta guerra ou, o que é pior, como a própria objetivação da igualdade.

4 – A diferença, vista como obstáculo e não como imensa riqueza que realmente é, apoucou a mulher no seu essencial como ser humano feminino. A família foi tida como um obstáculo, a maternidade como algo dispensável num quadro de prioridades, totalmente errado e desumano. Entretanto, se os diferentes ordenamentos jurídicos consagravam, cada vez com mais ênfase, esta igualdade, a prática mostrava o contrário. Da proclamação dos Direitos ao exercício dos mesmos, ia uma grande diferença. As mulheres sentiram na pele este presente envenenado e, progressivamente, evolui-se para o reconhecimento de um estatuto que consagrasse a diferença e permitisse a realização pessoal, familiar e profissional da mulher, sem a coagir e alienar, em trocas frustrantes, partes essenciais de si mesma. Ao longo deste processo a família foi fortemente abalada com as consequências que estão à vista. Em muitos países, nos mais ricos e desenvolvidos, a pirâmide demográfica inverteu-se alterando de forma dramática e fisionomia das sociedades. A ausência forçada da mulher de instâncias que lhe são próprias desumanizou a própria comunidade, com a transferência destas tarefas e responsabilidades para outras instâncias sem rosto e sem coração”.<sup>13</sup>

Em países europeus, nos quais o aborto é permitido por lei, cabe a própria gestante decidir se quer ou não levar adiante a gravidez, desde que a gestação não tenha ultrapassado 10 semanas. A contradição é evidentemente notável. A mulher pode decidir por métodos contraceptivos diversos, ter um “bebê de proveta”, fazer um aborto ou mesmo uma cirurgia plástica ou ainda uma cirurgia bariátrica, mas não pode fazer outro tipo de escolhas, nomeadamente a opção por uma cesariana. Não pode decidir parir o próprio filho por meio de uma cesariana porque deve obediência a uma decisão já tomada pelos burocratas da

---

<sup>13</sup> Pinto MJN. – A mulher, a educação e a família. - Desafios à sexualidade humana. Coletânea Bioética Hoje X. Org Rui Nunes e Guilhermina Rego. Gráfica de Coimbra, Janeiro de 2006. p. 46-48.



Saúde que decidiram que as mulheres devem ter filhos pela via vaginal. Melhor esclarecendo. Mulheres de classe média e alta – por opção – têm seus filhos pela via abdominal em procedimentos por elas pagos em clínicas e hospitais particulares. Mulheres brasileiras pobres 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. Uma imposição injustificada arbitrada pela burocracia estatal autoritária.

Um trabalho publicado por pesquisadoras norte-americanas, ao comparar 51.682 nascimentos em hospitais particulares de Nova Iorque, com 269.626 nascimentos ocorridos naquela mesma cidade, concluiu que existe uma associação entre a elevada incidência de cesarianas nas gestantes portadoras de seguros de saúde e também uma incidência muito maior de complicações para os neonatos nascidos nos hospitais públicos independentemente da via de parto.<sup>14</sup>

Artigo publicado no Correio Braziliense, datado em 6 de maio de 2008 e intitulado Aborto: chance para a reflexão, o médico José Gomes Temporão, Ministro da Saúde, cita uma pesquisa realizada no âmbito do SUS pela antropóloga Débora Diniz sobre as 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”.<sup>15</sup>

Parafrazeio aqui o nosso bem-intencionado ministro, transpondo esta observação ao tema em pauta. Existem mesmo dois Brasis, o de mulheres que podem pagar pelo conforto e pela tranquilidade das cesarianas e o das mulheres pobres que – sem qualquer direito e sem outra opção – são condenadas a arriscar suas vidas e a de seus rebentos nos ambientes

---

<sup>14</sup> Lipkind HS, et al. - Disparities in cesarean delivery rates and associated adverse neonatal outcomes in New York City hospitals. *Obste Gynecol* 2009;13:p. 1239-47.

<sup>15</sup> Temporão, JG. – Aborto: chance para a reflexão. *Correio Braziliense*, Distrito Federal, 06 de maio de 2008. Opinião.

inóspitos das maternidades públicas, onde recebem tratamentos impessoais em meio a odores desagradáveis e gritos desesperados.

Uma recente campanha na mídia, veiculada pelo Ministério da Saúde, preconiza que o parto normal é natural e incentiva as mulheres a optarem pela via vaginal para o nascimento de seus filhos.<sup>16</sup> Claro que o parto por via vaginal é natural, rematada tolce afirmar o contrário. Cumpre aqui fazer um comentário deveras ousado: o sal de cozinha também é natural e nem por isso deve ser usado em excesso, ou seja, nem tudo que é natural deve ser classificado como algo imperiosamente bom para a saúde. Até mesmo a água, se ingerida em excesso, causa intoxicação hídrica que pode levar ao óbito. Os argumentos que disseminam a idéia de que o Parto Normal é melhor porque é natural encontram embasamento em um encontro promovido pela Organização Mundial de Saúde promovido na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, Brasil, entre os dias 22 a 26 de abril de 1985.<sup>17</sup>

O Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth teve em torno de 60 participantes provenientes da Europa, América do Norte e América do Sul, contou com a presença de representantes de parteiras, obstetras, pediatras, administradores de Saúde, sociólogos, psicólogos, economistas e usuários dos serviços de Saúde. A resultante deste encontro, ocorrido há quase 25 anos, foi a divulgação de uma série de 21 recomendações relacionadas ao nascimento de seres humanos. E assim está descrita a recomendação de número 13:

“Countries with some of the lowest perinatal mortality rates in the world have caesarean section rates under 10%. Clearly there is no justification in any specific geographic region to have more than 10-15% caesarean section births”.

---

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth, WHO, Fortaleza, Brasil, 22-26 April, 1985. Disponível na Internet: [HTTP://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP\\_MCH\\_102\\_m02\(s\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP_MCH_102_m02(s).pdf) . Acessado em 24 de abril de 2009.

Em português: Países com os menores indicadores de mortalidade perinatal em todo o mundo têm índices de cesarianas menores que 10%. Claramente não existe justificativa para em uma região específica ter mais de 10-15% de nascimentos por meio de cesarianas.

O autor deste trabalho, caso tivesse tido a oportunidade de participar do referido Encontro, não conseguiria permanecer calado. Não suportaria o silêncio e faria uma complementação com o seguinte conteúdo: Claramente, existe uma justificativa para a realização de cesarianas com indicadores acima de 60 ou 70% em qualquer parte do planeta: o desejo das gestantes, ou seja, melhor dizendo, a autonomia das mulheres que são dotadas de liberdade e vontade própria é o que lhes atribui dignidade. Certo que no momento seguinte este humilde candidato a uma tese de doutoramento estaria condenado ao ostracismo total pelo resto desta breve e fugaz existência.

Esta recomendação da OMS definindo a taxa ideal de parto cesáreo para o mundo, com limites referenciados até os dias atuais, pode ser criticada em virtude de não diferenciar países e regiões com características culturais e sistemas de saúde diversos. Tampouco foi atualizada, apesar das novas tecnologias disponíveis e de mudanças no comportamento da população feminina, que se inseriu fortemente no mercado de trabalho, do aumento na disponibilidade de informações – científicas ou não – sobre assuntos de saúde, bem como da tentativa de maior controle sobre seus horários por parte dos profissionais.

Outro documento da Organização Mundial de Saúde, elaborado lá pelos idos de 1996, define, na página 7:

“Parto Normal é aquele que é espontâneo no seu início e que permanece espontâneo até o nascimento. O conceito nasce espontaneamente na posição correta entre 37 e 42 semanas de gravidez. Após o nascimento, mãe e conceito estão em boas condições”. Na página 8, o documento é claro ao afirmar que “genericamente, entre 70 a 80% de todas as mulheres grávidas podem ser consideradas como sendo de baixo risco no início do trabalho de parto”.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> World Health Organization. Safe Motherhood. Care in normal birth. A Practical Guide. Geneva, 1996. Disponível na Internet: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf). Acessado em 21 de abril de 2009.

Por óbvia consequência, os restantes 20 a 30% das gestantes estão sujeitas a riscos cuja gravidade é variável. Diante desta inquestionável evidência, seria honestíssimo reproduzir a cada gestante, ainda durante o pré-natal, um diálogo em um vocabulário simples algo como:

“O pré-natalista diz: - Na sua viagem pela aventura do parto, existem riscos de acidentes e o imponderável tem que ser considerado e varia de 20 a 30%. Você vai querer correr os riscos desta viagem?

Logicamente, a resposta esperada a esta pergunta seria feita com outra indagação da gestante: - Mas, o que será feito se eu e meu bebê estivermos sob risco?

O pré-natalista: - Bem, prezada gestante, se você ou o seu bebê correrem algum risco, aí o seu bebê vai ter que nascer de cesariana?

A gestante: - Então, porque não fazem logo uma cesariana?

O pré-natalista: - Olhe aqui você só pode querer ter parto normal, porque parto normal é natural e é muito melhor para você e para o seu filho.

A gestante: - Mas, e se eu quiser fazer uma cesariana?

O pré-natalista: - Bem, aí você terá que procurar um médico e um hospital particular, porque no SUS (Sistema Único de Saúde), a cesariana só é feita se o parto apresentar complicações.”

A gestante, uma brasileira simples, esposa e mãe, que faz o pré-natal no Posto de Saúde porque não dispõe de recursos financeiros e nem plano de saúde, irá, caso seja esta sua vontade, buscar alternativas para ter seu filho pela via abdominal. As mulheres de classes sociais inferiores carregam, historicamente, o fardo mais pesado das desigualdades sociais.

A este respeito, o trabalho de Yazlle e colaboradores, estabelece a seguinte conclusão: “Que a incidência de cesariana variou segundo a categoria de internação, observando-se um gradiente crescente à medida que se elevou o padrão social das gestantes, não havendo correspondência com o risco obstétrico”.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. - Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. Rev. Saúde Pública v.35 n.2 São Paulo abr. 2001

A conclusão de Yaslle é referendada por Freitas que constatou uma desigualdade étnica nas mulheres submetidas a cesarianas, sendo que ocorre uma maior incidência de cesarianas nas mulheres brancas seguidas pelas negras e indicadores ainda mais baixos nas mulheres indígenas, em especial nos estados com maior dificuldade de acesso aos serviços hospitalares.<sup>20</sup>

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas mulheres de baixa renda foram abordadas no I Congresso Internacional sobre Doenças do Trabalho, realizado em Milão em 1906 e Francesco Pestalozza resumiu as consequências:

“As doenças ginecológicas são muito mais frequentes nas regiões não industriais; com a intensificação do trabalho feminino nas oficinas e no campo aumentam os abortos, os partos prematuros, a mortalidade infantil; a mortalidade é maior entre os filhos das mulheres pobres trabalhadoras de fábricas que entre filhos de mães pobres não operárias; a morbidade e a mortalidade dos neonatos e dos lactentes são enormes para os nascidos e amamentados por mães desnutridas, intoxicadas pela estafa crônica e pelos venenos profissionais”.<sup>21</sup>

Comprovadamente, gestantes de média e alta renda, de escolaridade mais elevada, de cor branca e com mais consultas de pré-natal, optam por terem seus filhos pela via abdominal.<sup>22 23 24 25</sup>

---

<sup>20</sup> Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Marshall. – Inequalities in cesarean delivery rates ethnicity and hospital accessibility in Brasil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, volume 107, issue 3, Pgs. 198-201, December 2009.

<sup>21</sup> Pestalozza F. – II Lavoro delle donne e La proezione della maternità, nas Atas do I Congresso Internacional sobre Doenças do Trabalho, 14 de junho de 1906, Milão, Tip. Reggiani, 1906, p. 519-525.

<sup>22</sup> Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA – Risk Factors for the increasing Caesaren Section Rate in Southests Brazil: a comparision of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Internal Journal of Epidemiology*, 28(4):678-94, 1999.

<sup>23</sup> Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. – Desigualdades raciais, sócio demográficas e na assistência ao Pré-natal e ao Parto. 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, 39(1):100, 2005.

<sup>24</sup> Freitas PF, Drachler MI, Leite JCC, Grassi PR. – Desigualdade social nas Taxas de Cesarianas em Primíparas no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 39(5):761-7, 2005.

<sup>25</sup> Gould JB, Davey B, Stafford RS. – Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *The New England Journal of Medicine*. Volume 321: 233-239, July 27, 1989, Number 4.

Mulheres pobres, que têm a capacidade de consumo limitada pelos rendimentos pecuniários, têm inteligência e capacidade crítica suficientes para escolher a via de nascimento de seus filhos. Ninguém, mas ninguém mesmo, precisa escolher por elas. Autonomia é algo que as pessoas têm, não é preciso dar Autonomia para quem quer que seja.

A escolha da via de parto tem gerado acalorados debates entre aqueles que defendem pontos de vista radicalmente opostos e fraturantes. Um artigo publicado na Revista Ser Médico do CREMESP (Conselho Regional de Medicina de São Paulo), subscrito por Mário Prata retrata de forma bem humorada os conflitos gerados no momento em que se deve escolher a via de nascimento:

“Eu, do fundo de minha desprezível condição masculina, não sabia que a forma correta de dar à luz era um tema tão controverso quanto o futebol ou a política, capaz de despertar paixões e dividir o mundo em duas metades antagônicas e inconciliáveis. Num extremo, estão as mulheres que querem parir de cócoras, ao pé do abacateiro, sob os cuidados de uma parteira de cem anos, do interior da Paraíba, tendo como anestesia um chá de flor de macaúba e cantigas de roda de 1924. Na outra ponta estão as que têm tremedeiras só de pensar em parto normal, pretendem ir direto pra cesárea, tomar uma injeção e acordar algumas horas depois, tendo no colo um bebê devidamente parido, lavado, escovado, penteado e com aquela pulserinha vip no braço, já com nome, número de série e código de barras. Os dois lados acusam o outro de violência: as naturebas dizem que a cesárea é um choque; as artificialebas alegam que dar as costas à Medicina é uma irresponsabilidade. Eu, que durante meses ouvi calado as discussões, pesei bastante os argumentos e cheguei, enfim, a uma conclusão: o parto normal é um escândalo, a cesárea é uma vergonha; dar à luz, de qualquer forma que seja, é uma violência sem tamanho e sou contra. Início aqui, portanto, uma campanha: Abaixo o Nascimento! Viva a Gravidez! Imaginem só a situação: os primeiros grãos de consciência germinam em seu cérebro.

Você bóia num líquido morninho – nem a gravidade, essa pequena e constante aporrinhção, te aborrece. Você dorme, acorda, dorme, acorda e jamais tem que cortar as unhas dos pés. Então, de repente, o líquido se vai, as paredes te espremem, a fonte seca, a luz te cega e, daí pra frente, meu amigo, é só decadência: cólicas, fome, sede, pernilongos, pés na bunda, contas a pagar. Eis um resumo da nossa existência: nove meses no paraíso e noventa anos no purgatório.”<sup>26</sup>

Sônia Lansky, pediatra, doutora em saúde pública (UFMG) e supervisora do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste em publicação no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde se manifesta em defesa do parto normal e sintetiza a opinião oficial:

“Há algumas décadas enfrentamos no Brasil um paradoxo no nascimento. A intensa medicalização influenciou de forma determinante o modo de nascer, reduzindo este grande acontecimento fisiológico e natural da vida familiar e social a uma intervenção médica- cirúrgica. **Ao mesmo tempo, os índices de mortalidade materna e infantil persistem muito altos e incompatíveis com o nível de desenvolvimento do país** (grifo nosso - a afirmativa destacada em negrito requer comprovação científica) e as causas de morte são em grande parte evitáveis por ação dos serviços de saúde. É preciso mudar o modelo de atenção ao nascimento no Brasil para a solução deste grave problema de saúde pública. É preciso alcançar os níveis e os patamares desejáveis na mortalidade materna e infantil, e melhorar a satisfação da mulher e da família no momento do nascimento de seus filhos. O foco deve ser o parto respeitoso e digno, apoiado na rede de atenção articulada que garanta acesso oportuno à atenção qualificada desde o pré-natal até o parto. Que garanta o protagonismo e os direitos da mulher e da criança neste momento ímpar de celebração da vida e do afeto, de forma a promover

---

<sup>26</sup> Prata, M. – Revista Ser Médico. CREMESP. Volume 57, Ano XIV, out/nov/dez, 2011.

sua saúde e as relações humanas e da sociedade. O paradoxo perinatal brasileiro se exprime de forma peculiar nos diferentes modos de nascer na nossa sociedade, refletindo a desigualdade social brasileira. Em linhas gerais há dois cenários predominantes. De um lado o chamado “parto normal” desvirtuado, o parto traumatizante, fruto do excesso de intervenções médicas e das imposições da conveniência dos profissionais e dos serviços de saúde, que se sobrepõem aos desejos da mulher e ofuscam a sua participação e a da família no processo. Neste cenário, muito propagado pela mídia, a mulher sofre e grita de pavor durante o nascimento de seu filho. Está sozinha em um espaço exíguo, impessoal e frio, sem privacidade, com frequência um dos piores locais da maternidade, o chamado “pré-parto”. Este funciona como uma etapa da linha de produção dos hospitais, que operam com regras rígidas para atender à racionalização do trabalho, privilegiando o interesse da instituição e dos profissionais sobre o da mulher. Neste modelo tradicional, com o intuito de acelerar o processo do parto, a mulher sofre inúmeras intervenções sem indicação técnica ou respaldo científico, que interferem no processo fisiológico e natural do trabalho de parto. Intervenções que podem provocar e aumentar a intensidade das contrações uterinas e, por consequência, a dor, o stress e até mesmo as complicações no parto, muitas vezes contrariando o pressuposto da ética médica de “primeiro não causar dano”. Exemplos clássicos são o uso indiscriminado da ocitocina (medicamento que aumenta as contrações), o jejum e a imobilização no leito durante o trabalho de parto. Neste cenário, práticas baseadas em evidências científicas que propiciam o conforto da mulher, auxiliam na diminuição do stress e aumentam a liberação da ocitocina endógena que ajuda na evolução do parto, não são incorporadas: a livre movimentação, a escolha da posição de maior conforto durante o trabalho de parto e no parto, o apoio emocional por acompanhante de livre escolha e por doulas, entre outros. Assim, frustra-se a expectativa da mulher de aconchego e conforto na hora do parto, de cuidado



particularizado e pessoal, prestado por pessoas de confiança, seus laços afetivos - que representam inclusive a rede de proteção social da mulher e da criança após o parto - em um momento de extrema importância na sua vida. Especialmente por que não se trata, na sua essência, de uma situação de doença que demanda intervenção médica, mas sim um momento marcante da fisiologia da vida, que pode transcorrer da forma mais natural possível na maioria das vezes. Precisamente, a definição de parto normal da Organização Mundial da Saúde é o “parto que transcorre naturalmente, em que qualquer intervenção deve ter uma justificativa técnica válida e respaldada cientificamente”.

No outro cenário está o nascimento por cesariana desnecessária, com grande frequência programada, paradoxalmente o modo de nascer predominante entre as classes sociais mais altas e escolarizadas. A cultura da cesariana se coloca como propaganda enganosa do nascimento sem dor, riscos ou prejuízos à saúde, atendendo ao anseio do homem de controle da situação, da possibilidade de se libertar dos imprevistos ou surpresas inerentes ao parto. Ceder às forças da natureza parece diminuir a condição humana e se distancia do imaginário do status social e tecnológico aspirado pela “moderna civilização”. É apresentada como alternativa ao parto traumatizante anteriormente descrito e expressa a conquista de mais um bem de consumo que a panacéia tecnológica oferece, no afã de se racionalizar o tempo e o nascer, maiores expressões da natureza e da vida.

Entrar em trabalho de parto a qualquer hora do dia ou da noite e em qualquer dia da semana parece totalmente anacrônico em relação aos valores de se programar tudo na vida e atender às máximas de “não perder tempo” e “tempo é dinheiro” da sociedade contemporânea, que, antes de tudo, tem pressa. A artificialização do nascimento passa a ser um valor, incentivando todo tipo de exploração mercadológica. Assim, a cesariana desnecessária (a “desnecesária”) se apresenta, segundo alguns autores, como mais uma “desnecessidade” da sociedade de consumo,

banalizada como uma opção fácil, rápida e indolor, valores superficiais que se contrapõem à intensidade e profundidade das emoções e desafios que a vida, em especial a maternidade, colocam.

Nascer no Brasil é, portanto, um fenômeno complexo que conjuga tanto o efeito da incorporação pela sociedade brasileira da condenação bíblica do “parirás com dor”, quanto o efeito de interesses mercadológicos se sobrepondo a valores essenciais da vida, simbolizado pelo nascimento de uma criança.

Para superar esta contradição brasileira na atenção ao nascimento, é preciso explicitar e aprofundar a reflexão sobre as imposições colocadas à mulher na experiência do parto. Tomar como referencial ético, a dignidade no nascimento, o parto respeitoso, para contrapor à violência institucional, à violação dos direitos da mulher e da criança, ao abuso de poder nas relações entre homens e mulheres, entre gestores e profissionais de saúde e os usuários, que repercutem como iatrogenia e negligência no cuidado.

As relações de gênero influenciam diretamente o significado cultural do sofrimento no parto, expressão da punição da mulher pela própria experiência da sexualidade, da singularidade feminina e da maternidade. No Brasil e em vários países da América Latina em que a desigualdade de gênero é muito forte, a violência institucional no parto aparece em cena emblemática: no momento do parto a mulher deitada numa maca hospitalar estreita e fria, numa sala de cirurgia, rodeada por profissionais encapuzados, sem seus familiares, pernas abertas e para o alto, muitas vezes até amarradas, vítima de manipulações desnecessárias de seu corpo como o toque vaginal freqüente (e não recomendado), a manipulação do períneo e a episiotomia - o corte da vagina, na maior parte das vezes desnecessário - ferindo sua integridade moral e corporal.

O impedimento de ter um acompanhante de livre escolha durante o parto, apesar de garantido por lei desde 2005, é outro emblemático abuso de poder e violência contra a mulher. Do mesmo modo, a separação

de mãe e filho saudáveis após o nascimento - que representam a maioria absoluta dos nascimentos - por conveniência institucional e dos profissionais, é exemplar abuso e violência contra a mãe e a criança. Outras práticas não recomendadas são realizadas de rotina. O corte imediato do cordão, prejudicando o aporte sanguíneo para o bebê, podendo resultar em anemia na infância, altamente prevalente no Brasil. A aspiração de vias aéreas, a tomada do peso e da altura do bebê e a aplicação da vitamina K e do colírio de nitrato de prata, ainda nos primeiros minutos de vida, interferindo diretamente na interação plena entre mãe e filho. Os “berçários de normais”, que deveriam estar extintos desde dezembro de 2008, com a nova legislação da ANVISA para funcionamento de maternidades (a RDC 36), mas persistem como rotina nos hospitais privados do país. Mantêm os recém-nascidos afastados de suas mães nas primeiras horas de vida, momento sensível e fundamental para o contato efetivo mãe e bebê e promoção de vínculo, do aleitamento materno e, portanto, da saúde do bebê.

### **O valor do trabalho de parto e do parto normal – de que parto normal estamos falando?**

Com o início do trabalho de parto a natureza indica a hora certa de nascer nas gestações sem risco, cerca de 85% dos nascimentos. Nascer antes do tempo, com **a retirada brusca do bebê numa cesariana programada sem justificativa técnica, como vem ocorrendo em 80 a 90% dos nascimentos nos hospitais privados, traz sérias conseqüências que vem sendo demonstradas por vários estudos científicos** (grifo nosso - a afirmativa destacada em negrito requer comprovação na literatura científica relacionada ao tema). As repercussões físicas de uma cirurgia do porte de uma cesariana são reconhecidas, trazendo maiores riscos de infecção, de dor, de recuperação lenta, de complicações anestésicas. Outros efeitos adversos pouco valorizados pelos profissionais ocorrem com frequência, como a interferência na relação mãe e bebê (pela própria condição da mulher no

pós-operatório, que não está plena como no parto normal), o atraso na descida do leite e início da amamentação, e, portanto, a maior dificuldade de estabelecimento do vínculo, a insatisfação com a experiência pouco natural de parir.

A retirada artificial do bebê leva à prematuridade iatrogênica (efeito adverso decorrente de intervenção sem justificativa) ou à imaturidade, ou seja, um bebê que mesmo a termo, com mais de 37 semanas, não está completamente formado, que não alcança inclusive o peso que poderia ter, componente fundamental de proteção da saúde infantil. Priva o bebê dos benefícios do trabalho de parto, quando ocorre a liberação de substâncias e hormônios da mãe que promovem a maturação e o desenvolvimento final do bebê (neurológico, intestinal, pulmonar). Sua passagem pelo canal do parto auxilia na saída de líquidos do pulmão e favorece a colonização pelas bactérias do corpo da mãe e não pelas bactérias hospitalares. A internação do bebê por adaptação respiratória é mais freqüente na cesariana, além das complicações decorrentes da prematuridade e/ou imaturidade, como infecções, icterícia e repercussões sobre o seu desenvolvimento.

O crescimento e desenvolvimento fetal intra-útero está diretamente associado à obesidade, à diabetes e hipertensão do adulto, e, portanto, os efeitos da interrupção iatrogênica da gravidez não se restringem à saúde imediata do bebê, podendo comprometer a sua saúde na vida futura. **Assim, a promoção da saúde da mulher e do bebê e do adulto se relaciona com a gravidez e o modo de nascer. Portanto, as intervenções desnecessárias aumentam os riscos ao nascimento e ao longo da vida, contribuindo para os índices preocupantes de doenças crônico-degenerativas no país.** (grifo nosso, assertiva carece de comprovação bibliográfica).

Outro efeito relevante e ainda pouco divulgado sobre as repercussões da vivência frustrante e traumatizante do parto, do processo

de gestação e nascimento é a depressão pós-parto, cujos índices são muito elevados no país, segundo pesquisas recentes.

Nascer naturalmente demanda disponibilidade e tempo. Da família e dos profissionais que assistem o trabalho de parto, ou seja, que literalmente assistem a atuação da mulher no seu processo particular de dar à luz, e que deveriam estar à disposição para agir apenas quando necessário apenas. Que devem promover apoio, informação e segurança, além de ofertar práticas que favorecem a evolução fisiológica do trabalho de parto e do parto e trazem maior conforto à mulher.

**Os benefícios do parto normal estão amplamente comprovados pela ciência, porém o aval do conhecimento não parece suficiente para a mudança das práticas no Brasil.** (grifo nosso, o índice de cesarianas eletivas tem aumentado não somente no Brasil, mas em praticamente todos os países do mundo). É preciso rever o significado, ressignificar o parto e o nascimento na sociedade brasileira. Recuperar o valor do nascimento como momento único para a mulher no sentido maior da subjetividade feminina e da maternidade, assim como para o bebê, para propiciar o seu pleno desenvolvimento. E, em última análise, para o favorecimento do afeto para toda a família e a sociedade. E ressignificar a dor. A dor do parto é um mecanismo natural de concentração e mobilização da mulher para o momento que demanda dedicação e reunião de todas as energias. Não necessariamente significa sofrimento. Em diversas culturas no mundo a dor do parto é vivida com maior naturalidade e o parto é reconhecido como momento de força e potência da mulher. Na cultura brasileira a dor é evocada como algo intolerável e humilhante, visão que desqualifica a mulher e sua capacidade de vivenciar o parto plena e singularmente, com conforto e dignidade. Várias técnicas reconhecidas popularmente e cientificamente para alívio da dor podem ser utilizadas, mas via de regra, não são ofertadas à mulher brasileira. A começar pela ambiência, o espaço social do parto, que não deve ser um ambiente cirúrgico, asséptico e isolado

como praticado nos hospitais, e sim local agradável e aconchegante, mais próximo possível do ambiente domiciliar, com privacidade, área para ampla movimentação e banheiro acessível com chuveiro e/ou banheira, técnicas importantes para conforto e relaxamento, que favorecem o bom andamento do parto.

### **Pelo direito de dar à luz e de nascer de forma digna**

Alguns preceitos fundamentam o movimento de mudança do modelo assistencial ao parto e nascimento. Preservar o nascimento como um momento familiar, social e fisiológico, em que cerca de 85% das famílias podem vivenciar este momento de maneira integral e mais natural possível. Assegurar os direitos em saúde da mulher e da criança. Ampliar a participação e o protagonismo da mulher no processo do nascimento. Favorecer os processos naturais e fisiológicos e intervir apenas quando necessário. Reequilibrar e redimensionar o uso da tecnologia médica, para garantir os benefícios incontestes que aporta nas situações de risco e de complicações durante o parto, salvando vidas. Amplificar a importância da tecnologia leve, a tecnologia relacional para promoção da saúde e do bem-estar físico e emocional da mulher e do bebê. Pactuar, adequar e seguir (!) protocolos baseados no melhor conhecimento disponível, com a utilização da tecnologia apropriada para a atenção ao parto e nascimento. Garantir o direito à informação adequada, muitas vezes não observado na relação hierárquica entre o médico e a gestante, por conveniência ou interesse de ordem pessoal. Fomentar o trabalho em equipe, com o devido reconhecimento da importância e da necessidade de se ampliar a participação de cuidadores de saúde, que agregam valor na atenção ao parto e nascimento fisiológicos, como a enfermagem obstétrica, a doula e as parteiras tradicionais.

**Mudar o paradigma do nascimento e superar o paradoxo perinatal brasileiro para reduzir mortalidade materna e infantil: o papel do governo e da sociedade**

Iniciativas do Ministério da Saúde e de alguns governos locais vem sendo realizadas para a mudança do cenário do nascimento no Brasil. Ao mesmo tempo a sociedade civil vem se organizando cada vez mais neste sentido. No entanto, os índices de cesariana são crescentes no país (47,0% em 2009) e associados ao aumento da prematuridade e o baixo peso ao nascer, os fatores mais importantes para a sobrevivência e a qualidade de vida da criança. Este aumento decorre da interrupção indevida da gravidez, por cesarianas desnecessárias. Mortes maternas também ocorrem por cesarianas desnecessárias. Portanto, reduzir a mortalidade e infantil e a materna no país passa necessariamente pela reversão deste quadro, com o uso da tecnologia apropriada para prevenir riscos desnecessários e mortes evitáveis.

Desde 2009 a experiência inovadora e potente do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais integra o Plano de Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro. Enfoca 26 maternidades de referência para a atenção ao parto e para formação profissional, em municípios prioritários. O apoio institucional a estas maternidades vem promovendo a transformação técnica e cultural com relação ao modelo de atenção ao parto e nascimento, revisitando conceitos e promovendo a reflexão sobre os direitos da mulher e da criança e as boas práticas em obstetrícia e neonatologia. Reavalia ainda os processos de trabalho e de gestão das maternidades, que repercutem diretamente nas relações entre gestores e os profissionais e na relação destes com os usuários.

**A centralização e o autoritarismo nos serviços de saúde perpetuam relações de poder abusivas e desrespeitosas entre gestores, profissionais (com forte teor corporativista) e usuários.** (grifo nosso – o autoritarismo estatal que interfere de forma abusiva na autonomia do cidadão, não permite que a gestante escolha a via de parto de seu próprio filho). Com frequência a manutenção de práticas obsoletas e sem respaldo técnico no cotidiano dos serviços decorre da dificuldade de se estabelecer

um processo de construção coletiva de acordos para funcionamento, de protocolos de atenção, que inclui os usuários, maiores interessados e a quem se destina o cuidado em saúde. A relação de igualdade e de identidade entre pessoas reconhecidas como sujeitas de direitos é fundamento básico neste processo de melhoria e humanização da atenção. Que não haja espaço para qualquer tipo de discriminação, social, econômica ou étnica-racial. Reconhecer o direito à melhor tecnologia em saúde, se colocar no lugar do outro e promover a atenção que desejamos para nós mesmos, como princípio ético-profissional do trabalho em saúde.

Movimentos contra-hegemônicos como este, que propõem uma mudança de paradigma, requerem persistência e participação ampliada das diversas representações da sociedade. Sobretudo dos gestores da saúde e profissionais, que trabalham pelo interesse coletivo. Este movimento precisa definir-se claramente como uma política pública e impulsionar a mudança da cultura da cesária na sociedade e na formação profissional, muito distanciada das tecnologias apropriadas de atenção ao parto. As universidades e os hospitais públicos de ensino devem ser foco de atuação do Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação para o ajuste de seus conteúdos, das residências médicas e a incorporação das boas práticas, em um prazo mais próximo possível. Uma política de formação e de inclusão da enfermagem obstétrica na equipe de atenção ao parto e nascimento, assim como a inclusão das doulas, pode impactar mais rápida e efetivamente a mudança do modelo, e, conforme aponta a literatura científica, trazer melhores resultados maternos e perinatais. Campanhas do porte do aleitamento materno – que de forma muito semelhante ao parto é um processo fisiológico que promove saúde e sofreu grave interferência de interesses comerciais - devem ser continuamente realizadas. **Que seja divulgado (e ofertado) o direito da mulher e da criança ao bom parto.** (grifo nosso, parece justo que a



gestante, depois de informada, tenha o direito de optar pela via de parto, o que legitimaria a Autonomia que confere a dignidade da pessoa).

Ação específica deve se dirigir ao fortalecimento e construção das redes de atenção perinatal nos territórios, baseadas na necessidade da população, sem o que não haverá resposta definitiva e satisfatória na saúde da mulher e da criança no país. A base deve ser a saúde integral da mulher, saúde sexual na adolescência (forte lacuna no país) e saúde reprodutiva, tendo a atenção primária de saúde como eixo estruturante e coordenador do cuidado, perpassando todos os níveis de complexidade da atenção de saúde. Destaca-se a integração entre o pré-natal e o parto, uma vez que a maioria dos partos no país são hospitalares, e a rede articulada de atenção é fundamental para a vinculação desde o pré-natal para uma maternidade, de forma a prover segurança e tranquilidade para a mulher neste momento. A peregrinação da mulher em busca de vaga hospitalar para o parto é outra grave violação de direitos da mulher e omissão de cuidados pelo sistema de saúde, impactando na mortalidade materna e infantil. A regulação assistencial deve ser fortalecida no país, de modo a garantir equidade e ampliar acesso ao pré-natal de alto risco e à internação hospitalar no nível de complexidade adequado à necessidade de cada mulher e criança.

Expandir o Plano de Qualificação das Maternidades e de Redes Perinatais para as demais regiões do país é um passo importante para consolidar o processo em curso, uma vez que o Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentam os maiores índices de cesariana no país (cerca de 54% dos nascimentos) e são formadores de opinião, exercendo forte influência para o modelo cesarista.

A expectativa em relação ao governo da primeira mulher presidente do país não pode ser pequena. Traz consigo o forte simbolismo da importância da mulher na sociedade e a possibilidade de se concretizar o anseio de que seja dada a devida consideração ao parto e nascimento. A decisão por uma política pública efetiva de saúde, de cultura e educação

que promova o parto e nascimento respeitoso e saudável, o bom parto, pode ser uma marca do governo Dilma. O apoio aos processos em curso e a ampliação das ações para a sua consolidação pode contar com a participação ativa da sociedade mobilizada e dos profissionais de saúde que há décadas lutam por isto. Espera-se assim expandir e fortalecer este movimento de recuperação do valor do nascimento no país, respondendo à grave e histórica dívida social com as mulheres e a crianças brasileiras”.

27

O texto intitulado Entre o Parto Normal e a Cesariana, publicado no Jornal do Sindicato dos Médicos de Pernambuco, se contrapõe de forma incisiva aos argumentos oficiais acima elencados:

“Uma inverdade dita e repetida muitas vezes acaba se tornando realidade, alguém, de maldita memória, já disse isso e infelizmente estava certo. Sobre o parto muito se tem afirmado e se tem usado de meias verdades, se tem distorcido estatísticas e se tem emitido assertivas baseadas nestes dados, de tal maneira, que está disseminado um conceito, que toma ares de verdade absoluta e unanimidade radical. Gostaria de tecer alguns comentários sobre o tema, para tentar jogar alguma luz na questão. Tenho uma boa experiência em assistência ao recém nascido na sala de parto, nestes trinta anos de profissão e já passando dos 9.000 nascimentos. Concordo plenamente que um parto normal (vaginal) quando evolui bem e com assistência contínua do obstetra, é o ideal, isso é inquestionável. Porém, e aqui um “porém” incisivo, a indicação da cesariana em tempo hábil, antes que se manifeste algum sinal de sofrimento fetal, é imprescindível, e representará a diferença vital, entre toda uma vida saudável ou uma condenação perpétua ao sofrimento de uma seqüela neurológica. A lenda urbana que se criou é a seguinte: 'no

---

<sup>27</sup> Lansky S. - Por um novo modo de nascer no Brasil. Portal da Saúde/SUS. Disponível da Internet: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35995](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35995). Acessado em 23 de março de 2012.

Brasil a quantidade de cesáreas é maior que em qualquer outro lugar do planeta', mentira! A estatística é manipulada desta maneira: entre as pessoas que têm acesso à assistência por plano de saúde, neste universo, realmente a porcentagem de cesarianas é elevada, no entanto se a amostragem incluir todas as mulheres grávidas do Brasil (as que têm plano de saúde e as atendidas pelo SUS e as que nem ao SUS têm acesso) então a proporção é semelhante a de países como os USA, Canadá e Comunidade Europeia. Outra afirmativa da lenda: “as complicações para os recém-nascidos de cesariana são maiores e mais graves que os nascidos de parto vaginal”, mentira! Divulga-se estatística das complicações das cesarianas para os recém-nascidos (RN), que na sua maioria são transitórias e não deixam maiores sequelas e omitem-se as complicações graves de partos vaginais mal conduzidos, que trarão consequências para toda a vida, especialmente as temíveis paralisias cerebrais decorrentes da falta de oxigenação no cérebro dos RN. Não se divulga também as complicações nas parturientes de partos vaginais feitos por curiosas nesse imenso interior do Brasil onde falta tudo. Longe de mim fazer apologia à cesariana, porém posso testemunhar, que foram muito maiores as complicações, do ponto de vista do RN, em partos vaginais, mesmo em maternidades bem equipadas, que em cesarianas. O que há por detrás de tudo isso? O governo nas três esferas: federal, estadual e municipal, tem obrigação constitucional de prover assistência médica de qualidade para seus cidadãos, para isso arrecada nossos olhos e nosso sangue em impostos. Porém, e aqui um “porém” mais incisivo ainda, ele não cumpre sua obrigação. Assistência obstétrica de qualidade requer recursos, embora dentro da medicina, esta especialidade não seja das mais onerosas. Por outro lado, os planos de saúde no seu afã de lucrar, tentam baratear o custo da assistência. **Ora, um parto normal é muito mais barato que uma intervenção cirúrgica.** (grifo nosso – a assertiva requer comprovação e é motivo de discussão nas páginas seguintes deste trabalho). Governo e planos de saúde juntos com poder de

mídia. Para completar o caldo da lenda, estimula-se o parto através de parteiras, de doulas, em casa, em casas de parto, chegando aos médicos os casos já complicados, quando é fatalmente tarde uma intervenção, engrossando as estatísticas das "complicações". É sempre bom lembrar que a assistência ao parto é um ato médico e compete a ele, em última instância, as decisões relativas a esse evento, pois a responsabilidade final recairá inevitavelmente sobre o médico.<sup>28</sup>

Para Stela Barbas, jurista portuguesa, em uma inclinação kantiana e de forma apropriada, salienta que:

“A afirmação de que a dignidade pessoal é algo inerente ao ser humano, fundamenta-se na unicidade e irrepitibilidade de todo o indivíduo; em virtude de sua dignidade, o homem é sempre um valor em si e por si e como tal dever ser tratado. A dignidade pessoal é uma palavra sem sentido, despojada de valor se não tiver as suas raízes no fato de que cada ser humano é pessoa, substância individual de natureza espiritual. O reconhecimento da dignidade do homem exige o respeito e tutela dos direitos da pessoa, são direitos universais e invioláveis que não podem ser postergados. A inviolabilidade da pessoa tem a sua primeira expressão na inviolabilidade da vida humana”.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Gomes A. – Entre o Parto Normal e a Cesariana. Jornal do Sindicato dos Médicos de Pernambuco. Publicado em 26 de março de 2011. Acessado em 25 de março de 2012. Disponível na Internet: [http://www.simepe.org.br/novo2/noticias/artigo\\_131010\\_assuero\\_gomes\\_cesariana.asp](http://www.simepe.org.br/novo2/noticias/artigo_131010_assuero_gomes_cesariana.asp)

<sup>29</sup> Barbas S. – Direito do Genoma Humano. Dissertação de doutoramento em Ciências Jurídicas da Universidade Autônoma de Lisboa. Editora Almedina, Lisboa, 2007, p. 214.

## **Uma aventura cujos riscos são de 20 a 30% para complicações. Quem se arrisca?**

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas. Geram pros seus maridos os novos filhos de Atenas. Elas não têm gosto ou vontade, nem defeito, nem qualidade. Tem medo apenas[...]

Chico Buarque de Holanda e Augusto Boal (1976)<sup>30</sup>

Quando a gestante, já em trabalho de parto, adentra ao Centro Obstétrico para ter seu tão aguardado bebê, os familiares permanecem a espera, em clima de alegria, na esperança de um final feliz tanto para a mãe quanto para o bebê. Este é o cenário que mais comumente se apresenta e, inclusive, é neste ambiente que se planejam as comemorações festivas para o que no Brasil é conhecido como “o mijo do bebê”. Mas, em um parto normal, imprevistos acontecem e a alegria nem sempre é a regra.

O conselheiro do Conselho Federal de Medicina, o experiente obstetra Pablo Chacel costumeiramente cita uma frase cuja autoria é referida ao seu avô, Fernando Magalhães (878-1944), que dizia: “Em um parto não existem prognósticos, existem diagnósticos sucessivos, coisas que se vêm ao longo da evolução do trabalho de parto”.<sup>31</sup>

O tempo de duração de um trabalho de parto normal em primigestas pode durar mais de 20 horas<sup>32</sup>. Não existem padrões préestabelecidos, especialmente antes do colo uterino estar com 6 cm de dilatação.<sup>33</sup> O que se pode, categoricamente, afirmar é que a passagem do feto pelo canal de parto é um teste de difícil previsão quanto aos resultados. Uma loteria, por assim dizer, o primeiro obstáculo a ser enfrentado pelos seres humanos e que pode gerar traumas imediatos ou sequelas tardias. O parto vaginal tem uma indiscutível mecânica subjacente sendo a física do parto o conjunto de fenômenos passivos que o feto sofre no decurso de sua passagem pelo canal pelvigenital, distinguindo-se nele,

---

<sup>30</sup> Homem, Wagner. História de canções de Chico Buarque. Editora Leya, São Paulo, 2009. p. 144.

<sup>31</sup> Jornal do Conselho Federal de Medicina. Ano XXIII número 171 Maio/Junho 2008, p. 5.

<sup>32</sup> Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Trumble A. – Natural history of labor progression. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 199, issue 6, Supplement 1, December 2008, p. S51.

<sup>33</sup> Zhang J, et al. – Normal labor patterns in U.S. women. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 199, issue 6, Supplement 1, December 2008, p. S36.

didaticamente, tempos não independentes, mas concatenados, contínuos e necessariamente harmônicos.

Os bebês podem, na maioria dos nascimentos, superar as barreiras anatômicas do períneo materno com facilidade, mas podem ter o diâmetro do crânio com dimensões superiores àquelas permitidas pelos ossos do estreito superior e demais estruturas da pelve materna. O índice de cesarianas em uma determinada região dependerá dos dados antropométricos das mães e da média de peso dos recém nascidos, pois a passagem do feto pelo canal do parto somente será possível se houver uma compatibilidade entre estas medidas.<sup>34 35</sup> Mulheres primigrávidas com altura inferior a 150 cm devem ser encaminhadas para hospitais de referência para monitoramento rigoroso do trabalho de parto.<sup>36</sup> A arquitetura da pelve materna deve ter proporções compatíveis com as dimensões e com a posição ou grau de flexão do crânio do feto se este estiver na conveniente apresentação cefálica.

Não somente esta, mas outras situações obstétricas podem levar ao chamado sofrimento fetal com queda nas concentrações de oxigênio que chegam ao cérebro do feto, como as circulares de cordão, as apresentações anormais, a placenta prévia, a exaustão da parturiente, ou o trabalho de parto prolongado. Nas chamadas “*crash cesarean*”, o intervalo de alguns poucos minutos são críticos e decisivos para o bem-estar do feto em sofrimento.<sup>37</sup>

A falta de oxigênio durante 3 ou 4 minutos causa lesões neuronais irreversíveis e em graus variáveis, cujas manifestações clínicas poderão ser percebidas nos primeiros dias do puerpério ou, então, tardiamente, durante a infância ou até mesmo na adolescência.

Pesquisadores suecos, após analisarem nascimentos entre 1991 e 1996, que evoluíram para cesarianas de emergência, concluíram que:

---

<sup>34</sup> Witter FR, Caufield LE, Stoltzfus RJ. - Influence of maternal anthropometric status and birth weight on the risk of cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology* Volume 85, Issue 6, June 1995, p. 947-951.

<sup>35</sup> Sarafraz N, Bagheri A, Kafaie M. – Relationship between mother’s weight and fetal weight. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107S2 (2009) p. S413-S729.

<sup>36</sup> Kwawukume EY, Ghosh TS, Wilson JB. Maternal height as a predictor of vaginal delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Volume 41, issue 1, april 1993, p. 27-30.

<sup>37</sup> Hillemanns P. – et. al. – Crash emergency cesarean section: decision to delivery interval under 30 min and its effects on Apgar and Umbilical artery pH. *Arch Gynecol Obstet* (2005) 273; p. 161-165.

“Mulheres com cesariana prévia, primíparas, gestantes de baixa estatura e obesas com parto induzido são consideradas de alto risco. Diante da necessidade de avaliar uma gestante com cesariana prévia ou uma nulípara com outros fatores de risco associados, é prudente considerar a via de parto abdominal (cesariana eletiva)”.<sup>38</sup>

Até a metade do ano de 2012, período durante o qual ocorreu a fase de elaboração desta tese de doutoramento, nenhum trabalho foi encontrado com registros de incidência de lesões cerebrais em recém-nascidos pela via vaginal, por meio de Ressonância Magnética Funcional, por exemplo. Não será surpresa alguma encontrar micro-hemorragias ou outras lesões mensuráveis no encéfalo de recém-nascidos que tiveram a caixa craniana comprimida pelo vai e vem entre as resistentes e ainda pouco elásticas estruturas pélvicas de uma primípara durante as 6, 8, 10 ou mais horas seguidas do trabalho de parto.

Uma visita à sede da Sociedade Pestalozzi de Porto Velho permitiu a este autor testemunhar o formidável trabalho desempenhado por pessoas abnegadas que dedicam suas vidas a assistir seres humanos portadores de deficiências. Um levantamento sumário, que exclui os casos de deficiências derivadas de causas genéticas, 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 acabaram por levar a cesarianas “de urgência”. Rapazes jogam futebol e moças dançam, com desenvolvimento motor normal, jovens e adultos de boa aparência, 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 comportamentos infantis. Tornam-se dependentes dos pais e clientes permanentes de elogiáveis instituições como a Sociedade Pestalozzi, APAEs e outras.

Pesquisadores da Califórnia demonstraram que a maioria das cesarianas de emergência são indicadas durante a evolução de um parto normal em mulheres de baixo risco nas quais não se pode prever situações e riscos que poderiam ser evitadas. As

---

<sup>38</sup> Cnattingius R, Hoglund B, Kieler H. – Emergency cesarean delivery in induction of labor: an evaluation of risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 456-462.

cesarianas de emergência – *crash cesarean* – são situações de risco para os bebês e é preciso criar estratégias para evitá-las.<sup>39 40</sup>

Qual a razão de uma teimosa e irracional insistência em levar o parto normal às últimas consequências e indicar a via abdominal diante de uma complicação inesperada? (ou esperada?). Assim que ocorre a decisão de fazer uma cesariana porque o parto normal complicou, o que se pode testemunhar na maioria das maternidades públicas brasileiras é o que se pode chamar de “uma correria” para o centro cirúrgico que nem sempre tem um anestesista a postos. Sempre haverá um período de demora para se transportar a paciente, proceder à peridural ou à raquianestesia, disponibilizar o material cirúrgico, fazer a assepsia, efetuar o posicionamento dos campos operatórios, posicionar o material, proceder à abertura da parede abdominal e fazer a retirada do feto em sofrimento que irá requerer cuidados de um pediatra que nem sempre está presente. Sem qualquer receio, pode se afirmar que, mesmo num serviço organizado e eficiente, tais rotinas, se realizadas com muita rapidez, não levam menos de 20 a 25 minutos do momento da decisão até a retirada do feto. Obviamente que o centro cirúrgico deverá estar desocupado, disponível e limpo, caso contrário este período de tempo tende a aumentar desproporcionadamente com consequências imprevisíveis para o bem-estar do nascituro.

A primeira e principal vantagem de uma cesariana eletiva é a de evitar uma cesariana de emergência que carrega elevados riscos para morbidades, além do trauma psicológico. As cirurgias cesarianas estão associadas a elevados índices de complicações especialmente quando o colo está dilatado para 9 ou 10 cm, quando a paciente é submetida a anestesia geral, nos casos de baixa idade gestacional e macrosomia fetal.<sup>41</sup>

A análise de 1.153.034 nascimentos ocorridos na cidade de São Paulo no ano de 2003 conclui que:

---

<sup>39</sup> Lagrew DC, et all. Emergent (crash) cesarean delivery: indication and outcomes. American Journal of Obstetrics and Gynecology volume 194, Issue 6, June 2006, p. 1638-1643.

<sup>40</sup> Unterscheider J, McMenamin M, Abdelrahim I, Cullinane F. – Cesarean Section at full dilatation – results from a three year audit. International Journal of Gynecology and Obstetrics 107S2 (2009) S93-S396.

<sup>41</sup> Hager RME et. al. – Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) 190, p. 428-34.



“A cirurgia de cesariana quando comparada ao parto normal no setor público de saúde apresenta alto risco de mortalidade mesmo quando os índices são ajustados para hipertensão, outras desordens, problemas e complicações, assim como a idade materna”.<sup>42</sup>

O trabalho não distingue as cesarianas realizadas durante o trabalho de parto das cesarianas eletivas. É notável e recomendável que, quando se comparam os riscos do parto normal e das cesarianas tanto para a mãe quanto para o feto, se devem separar as cesarianas “de urgência” das cesarianas eletivas. A grande maioria dos textos que tratam das complicações decorrentes de cesarianas não consideram este viés (*bias*), que foi abordado, de forma sistemática, por Lilford em 1990.<sup>43</sup>

Pesquisadores de Taiwan analisaram o impacto das cesarianas no assoalho pélvico de 539 mulheres submetidas a cesarianas 1 ano após a cirurgia e demonstraram que as cesarianas realizadas durante o trabalho de parto não têm o mesmo efeito protetor no assoalho pélvico do que as cesarianas eletivas realizadas antes do início do trabalho de parto.<sup>44</sup>

Os serviços de obstetrícia noruegueses se caracterizam por baixíssimos índices de cirurgias cesarianas.<sup>45</sup> Pesquisadores daquele país demonstraram que as cesarianas têm índices de complicações de 32,6% quando são realizadas com o colo dilatado em 9 a 10 cm e 16,8% de complicações quando o colo ainda está com 0 cm de dilatação.<sup>46</sup> Olson<sup>47</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

---

<sup>42</sup> Kilsztajn S. et al. – European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 132 (2007) p. 64-69.

<sup>43</sup> 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 and others acute pre-existing physiological disturbances. BJGO 1990; 97:883-92.

<sup>44</sup> Chin HY, Chen MC, Liu YH, Wang KH. – Postpartum urinary incontinence: a comparison of vaginal delivery, elective, and emergence cesarean section. Int Urogynecol L (2006) 17: p. 631-635

<sup>45</sup> Medical Birth Registry of Norway. Annual Report 1999-2000. Bergen: Medical Birth Registry of Norway; 2002.

<sup>46</sup> Häger RME et al. – Complications of cesarean deliveries: Rate and risk factors. American Journal of Obstetric and Gynecology (2004) 190, p. 428-34.

<sup>47</sup> Olson L, Gregory K, Mongoue-Tchokote S, et all. Maternal and neonatal outcomes of planned primary cesarean versus vaginal delivery for low risk primiparous women at term. AJOG ; vol. 199, issue 6, supplement 1, December 2008, p. s37.

significativamente maior nas “*crash cesarean*”.<sup>48</sup> Além, evidentemente, de que, na memória da mãe, ficará registrado um evento desagradável, traumático e, em gravidez futura, esta mãe fará opção por nova cesariana em virtude da percepção de dor e ansiedade relacionada a uma cesariana prévia classificada como emergencial<sup>49</sup> e, nos casos extremos, denominada “*near miss*”<sup>50</sup>, casos que se caracterizam por elevada mortalidade materna.<sup>51</sup>

Baseado em levantamento de cerca de 12 mil denúncias registradas entre janeiro de 1996 e janeiro de 2002 no Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP, a especialidade que aparece no topo é a Tocoginecologia, que responde por 12% das denúncias e, destas, 86% são referentes à Obstetrícia e 14% à Ginecologia. As principais queixas colocadas em ordem decrescente são: assistência ao parto com óbito do RN, assistência ao parto com complicações maternas, assistência ao parto com sequelas no RN, assistência ao parto com óbito materno, assistência ao parto com óbito materno e do RN, etc.<sup>52</sup> Não é pouco lembrar que, no Conselho Regional de Medicina de Rondônia, abundam denúncias de complicações maternas e fetais provenientes dos centros obstétricos da rede pública que, via de regra, apresentam condições precárias para um atendimento obstétrico adequado ou dentro de padrões de qualidade minimamente aceitáveis.

Um levantamento dos nascimentos registrados na Cooperativa de Médicos da Unimed de Rondônia demonstra que no ano de 2006 foram registradas 917 cesarianas e 21 partos normais e no ano de 2007 foram registrados 782 cesarianas e 24 partos normais. O que se verifica é uma elevadíssima prevalência de cesarianas, cujos indicadores são superiores a 95% em todos os períodos avaliados, bastante superior aos 15% recomendados pela OMS. (Tabela 1)

---

<sup>48</sup> Lagrew DC, Bush MC, McKeown NA, et al. Emergent (crash) cesarean delivery: Indications and outcomes. AJOG, vol 194, issue 6, June 2006, p. 1638-1643.

<sup>49</sup> Remoortere KV, et al. – Cesarean and birth experience in Chile. AJOG, volume 195, issue 6, Supplement 1, december 2006, p. S212.

<sup>50</sup> Souza JP. Et al. – Revisão sistemática sobre a morbidade materna near miss. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2): 255-264, fevereiro, 2006.

<sup>51</sup> Luz AG. Et al – Morbidade Materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2008; 30(6): p. 281-6.

<sup>52</sup> Cadernos CREMESP – Ética em ginecologia e obstetrícia. Cristiano Fernando Rosas (coord.) 3ª Edição: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004, p. 13.

**Tabela 1 – Número de nascimentos e vias de parto das gestantes portadoras de planos de saúde da UNIMED/RO nos anos de 2005 a 2008.**

Ano	Via de Parto				Total	
	Abdominal		Vaginal		N	%
	N	%	N	%		
2005	956	95,1	50	4,9	1006	100,0
2006	917	97,8	21	2,2	938	100,0
2007	782	97,0	24	3,9	806	100,0
2008	1273	95,6	58	4,4	1331	100,0

Fonte: UNIMED/RO<sup>53</sup>

Levantamento similar foi feito na Unimed de Manaus, estado do Amazonas, e se verificou o predomínio absoluto da incidência de cesarianas no período avaliado. (Tabela 2)

**Tabela 2 – Número de nascimentos e vias de parto efetuadas nas gestantes portadoras de planos de saúde da UNIMED de Manaus entre os anos de 2005 a 2008.**

Ano	Via de Parto				Total	
	Abdominal		Vaginal		N	%
	N	%	N	%		
2005	2503	90,6	259	9,4	2762	100,0
2006	2645	82,1	226	7,9	2871	100,0
2007	2548	92,9	195	7,1	2743	100,0
2008	2815	93,9	183	6,1	2998	100,0

Fonte: UNIMED/MA<sup>54</sup>

<sup>53</sup> A UNIMED de Rondônia é uma cooperativa de médicos que presta serviços de Saúde Suplementar e tem em seu quadro de cooperados aproximadamente 270 médicos nas diversas especialidades.

Dados obtidos junto à Unimed de Rio Branco, estado do Acre, são apresentados na Tabela 3 e referendam os achados das outras cooperativas citadas.

**Tabela 3 – Número de nascimentos e vias de parto efetuadas nas gestantes portadoras de planos de saúde da UNIMED de Rio Branco entre os anos de 2007 e 2008.**

Ano	Via de Parto				Total	
	Abdominal		Vaginal		N	%
	N	%	N	%		
2007	270	92,2	23	7,8	293	100,0
2008	311	92,6	24	7,4	325	100,0

Fonte: UNIMED/Rio Branco<sup>55</sup>

Depoimentos de colegas médicos especialistas em Obstetrícia, aliados aos dados da literatura<sup>56</sup>, corroboram que a via abdominal responde pela quase totalidade dos nascimentos na rede suplementar de Saúde, ou seja, nos demais planos de saúde e nas clínicas e hospitais particulares.

Matéria publicada no Jornal do Conselho Federal de Medicina, em 2008, trata dos contrastes entre os indicadores de cesarianas nas redes pública e suplementar de Saúde:

“Um recorte separando o Sistema Único de Saúde (SUS) do setor privado revela contrastes: dentre todos os partos realizados no setor

<sup>54</sup> A UNIMED de Manaus é uma cooperativa de médicos que presta serviços de Saúde Suplementar e tem em seu quadro de cooperados aproximadamente 1.050 médicos nas diversas especialidades.

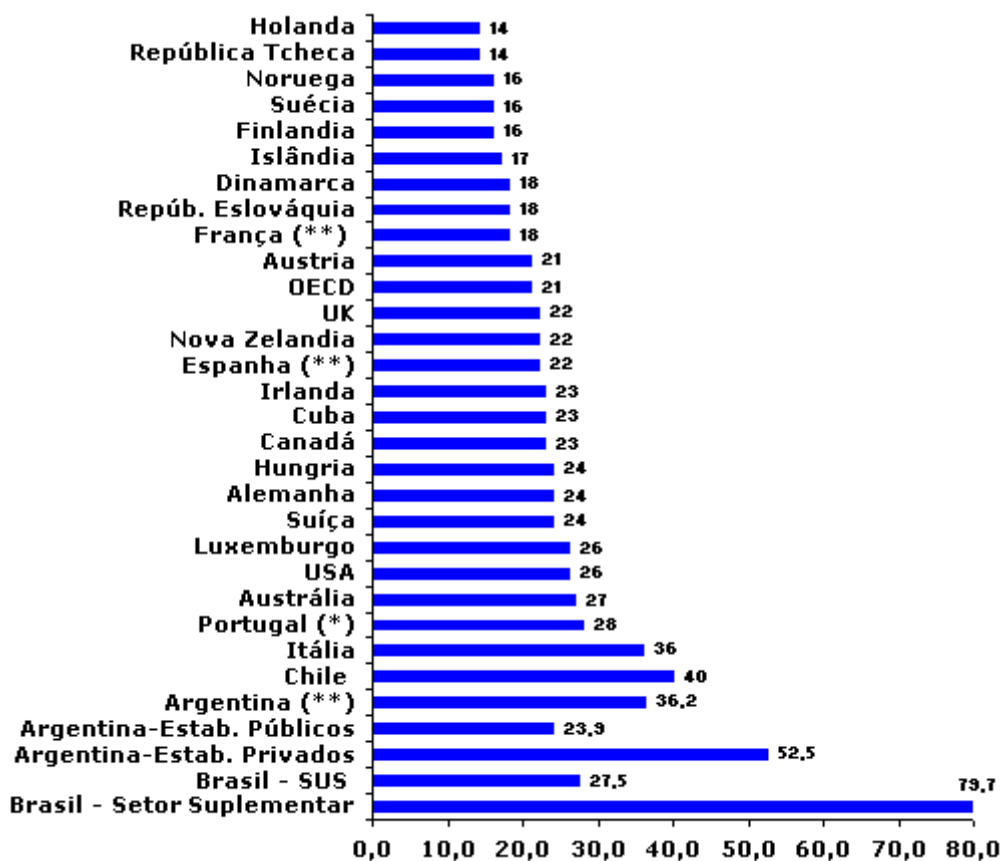
<sup>55</sup> A UNIMED de Rio Branco é uma cooperativa de médicos que presta serviços de Saúde Suplementar e tem em seu quadro de cooperados aproximadamente 192 médicos nas diversas especialidades.

<sup>56</sup> Fabri RH, Murta EFC. – Tipos de parto e formas de assistência em Uberaba, Minas Gerais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, volume 21, número 2, Rio de Janeiro, 1999.

privado, a proporção de cesarianas situa-se em torno de 80%. No SUS, as cesarianas são da ordem de 26%. Os padrões brasileiros, mesmo no SUS, estão acima da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de 15%”.<sup>57</sup>

O gráfico 1 corrobora os elevados indicadores de cesarianas encontrados na rede pública e suplementar de saúde do Brasil com indicadores internacionais.

**Gráfico 1 - Distribuição da Proporção de Parto Cesáreo em diferentes países.**



Notas: (\*) Somente dados de hospitais públicos, o que implica em superestimação dos partos cesáreos, segundo a fonte. (\*\*) O dado é referente a 2001.

Fonte<sup>58</sup>: Brasil: MS e ANS, 2004. Argentina: Pesquisa Encuesta de Condiciones de Vida 2001 - Salud. Demais Países: Health at Glance OECD Indicators 2005. In: OECD Publishing.

<sup>57</sup> Jornal do Conselho Federal de Medicina. Ano XXIII número 171 Maio/Junho 2008, p. 4.

<sup>58</sup> Página da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acessado em 8 de setembro de 2009. Disponível na Internet:

[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)

Do site do Ministério da Saúde publicados em 7 de fevereiro de 2012:

“Dados do Ministério da Saúde apontam que, em 2010, o Brasil registrou mais cesarianas do que partos normais. Enquanto em 2009 o país alcançava uma proporção de 50% de partos cesáreos, em 2010, a taxa subiu para 52%. Na rede privada, o índice de partos cesáreos chega a 82% e na rede pública, 37%. Estudos comprovam que as chamadas “cesáreas eletivas” são as que representam maior risco. Nesse tipo de parto, a mãe agenda o dia do nascimento e o bebê nasce sem que ela entre em trabalho de parto, o que pode causar problemas de saúde, principalmente respiratórios, na criança.”<sup>59</sup>

O conflito ético está posto e materializado, na rede privada de assistência à Saúde, onde as usuárias e os usuários são pessoas com níveis de renda e escolaridade notavelmente superiores, prevalecem as cesarianas. De outra forma, na rede pública, onde as usuárias e os usuários são provenientes de classes sociais menos favorecidas, prevalecem os partos normais, não por opção das parturientes, mas em decorrência de rotinas de serviço que são impostas a mulheres pobres que recorrem ao serviço público de saúde por não disporem de recursos financeiros para o pagamento da assistência médica. Curiosamente, este tratamento diferenciado no atendimento obstétrico no setor privado e no setor público não é uma exclusividade do Brasil. Na Austrália ocorre algo muito parecido.<sup>60 61</sup>

Importante ressaltar que, no Brasil, se os usuários de um e outro sistema pertencem a classes sociais francamente distintas, os médicos obstetras são os mesmos personagens. Em Porto Velho, Rondônia, os obstetras que trabalham em regimes de plantões nas maternidades públicas, “segurando” bebês de partos normais, possuem consultórios

---

<sup>59</sup> Site do Ministério da Saúde: acessado em 18 de setembro de 2012.

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4218/162/fiocruz-pesquisa-preferencia-%3Cbr%3Edas-brasileiras-pela-cesariana.html>

<sup>60</sup> Pesce AF. – Private obstetric intervention: good, bad or whatever? MJA 2009;190 (9): 467-468.

<sup>61</sup> Costa CM. – Cesarean section: a matter of choice? MJA 1999;170:572-573.

particulares e atuam na rede privada fazendo incisões suprapúblicas com bisturis na conveniente técnica de Pfannistiel.

Diante deste cenário, merecem destaque as seguintes constatações:

1 - As gestantes de renda e nível de escolaridade mais elevada optam pelas cesarianas eletivas para gerarem seus rebentos;

2 - As gestantes provenientes de classe sociais menos favorecidas são submetidas a cesarianas somente quando estas têm indicações médicas predefinidas;

3 - Os médicos obstetras apresentam uma dualidade técnica e, porventura ética, nas condutas e seguem as recomendações e rotinas do serviço público e se conduzem 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 em quase todos os nascimentos.

## **E assim, um conflito ético está desnudo e posto**

Em publicação, desta feita, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, foi divulgado um debate entre 2 renomados e respeitados especialistas da cidade de São Paulo, entre os quais, o Dr. Marcelo Zugaib, Professor Titular do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que faz uma declaração tão interessante quanto 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. Eu 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>62</sup>

A opinião do respeitável e conceituado Dr. Marcelo Zugaib 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 e o direito de optar pela via de parto, as pacientes da rede pública também têm esta mesma autonomia, mas têm o direito abolido por princípios mal determinados (desejo de padronização) que rege as rotinas técnicas e burocráticas adotadas pelo hospital escola.

Apesar de discutir outra questão, valho-me novamente das palavras de Diniz:

---

<sup>62</sup> Jornal do Cremesp – Edição 28 – Julho/Agosto/Setembro de 2004 – São Paulo, SP.



“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>63</sup>

Bem, se para Diniz “conflito materno-fetal” significa desproporção céfalo-pélvica, ou macrossomia fetal ou eclâmpsia, ou circulares de cordão, então seria de bom alvitre reconsiderar que, sob esta ótica, existe um conflito sim, não exatamente entre a mãe e seu filho, mas entre os intrincados mecanismos que regem a fisiologia da gravidez e as complexas interações hormonais e mecânicas que regem o trabalho de parto.

Claro que a mãe que carrega um filho no ventre, especialmente quando se trata de uma gravidez desejada, não existe qualquer conflito. Isto não quer dizer que o bebê vai passar no teste do parto normal, pois o resultado do teste não depende do desejo da mãe e sim das medidas da pelve que devem ser, obrigatoriamente, maiores do que os vários diâmetros do crânio do bebê. Trata-se, evidentemente, de uma questão puramente mecânica, biológica. Nas *guidelines*, via de regra as definições difundidas de parto normal descrevem o parto normal como sendo o mais simples e com as menores possibilidades de risco, tratam o parto normal como um evento fisiológico que não requer intervenção médica. É bastante comum se ouvir que o “bebê nasce com o médico e apesar do médico”.

A Organização Mundial de Saúde (WHO) define o parto normal como sendo aquele que é:

---

<sup>63</sup> Diniz D, Costa S. – Ensaio: Bioética. Letras Livres, Brasília, p. 54, 2006.

“Espontâneo em seu início, com baixo risco de complicações no início do trabalho de parto, durante o trabalho de parto e na ocasião do nascimento. O neonato nasce espontaneamente na posição cefálica entre 37 e 42 semanas completas de gravidez. Após o nascimento, a mãe e o bebê estarão em boas condições. No parto normal deverá existir uma razão válida para se interferir no processo natural”.<sup>64</sup>

A definição acima enquadra nos parâmetros de normalidade a administração de oxitocina, o rompimento artificial das membranas, utilização de analgésicos e intervenção durante o período expulsivo e inclui como cuidadores do parto normal, os obstetras, as parteiras, e os médicos generalistas e os atendentes tradicionais.

Os ingleses têm o consenso que:

“Parto normal é a avaliação que se faz durante o processo do trabalho de parto e não do resultado. O parto normal inclui mulheres nas quais o trabalho de parto se inicia espontaneamente sem prescrição de drogas e que resulta no nascimento espontâneo”.<sup>65</sup>

Para os ingleses as parteiras são tidas como cuidadoras primárias no parto normal com retaguarda de consultores obstetras. Os generalistas não são mencionados.

No Canadá:

---

<sup>64</sup> World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood, Division of Reproductive Health. Care in Normal Birth: A Practical Guide. WHO/FRH/MSM/96.24. Report of a technical working group. Geneva: WHO, 1997, Disponível na Internet: <http://who.int/reproductive-health/publications>. Acessado em 6 de janeiro de 2009.

<sup>65</sup> The Royal College of Midwives, The Royal College of Obstetricians and Gynecologists, The National Childbirth Trust. Making Normal Birth a Reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party. November 2007. Disponível na Internet: <http://www.rcog.org.uk> Acessado em 6 de janeiro de 2009.

“O parto normal é espontâneo em seu início, é de baixo risco no início do trabalho de parto e permanece assim durante todo o trabalho de parto. O neonato nasce espontaneamente na posição cefálica entre 37 e 42 semanas completas de gravidez. O parto normal inclui a oportunidade do toque pele a pele e a amamentação se inicia na primeira hora após o nascimento”.<sup>66</sup>

Os canadenses se referem aos provedores de cuidados na maternidade e também profissionais de saúde, mas não mencionam o papel das parteiras, médicos de família e nem dos especialistas em obstetrícia nos cuidados ao parto normal.

Para Diony Young,

“Claramente o parto normal tem um significado diferente em diferentes países. A definição da cultura dominante e a experiência do nascimento na América do Norte e em outros países são amplamente reconhecidas como sendo atividades médicas que empregam recursos tecnológicos na filosofia e na prática<sup>67</sup>. Na medida em que os sistemas relacionados ao nascimento evoluírem, provedores e grupos consumidores deverão ser ouvidos em suas necessidades relativas ao parto natural, para que o parto natural seja o mais normal possível”.<sup>68</sup>

Em declaração à Folha de São Paulo Marcelo Zugaig afirma:

“Não existe a melhor via de parto: ambas têm vantagens e desvantagens. Há um hábito de dizer que o normal é o parto vaginal. Não vejo assim. O normal é a maternidade segura. Fora as indicações médicas,

---

<sup>66</sup> The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada et al. – Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *J Obstet Gynaecol Canada* 2008;221:1163-1165.

<sup>67</sup> Jordan B. – *Birth in four cultures*. 4th edition. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press, 1993.

<sup>68</sup> Young D. – What is normal childbirth and do we need more statements about it? Editorial. *Birth* 36:1 March, 2009.

o casal deve escolher sua via de parto, conhecendo riscos e benefícios e o médico deve trabalhar para conseguir a via elegida com segurança”.<sup>69</sup>

Na mesma matéria da Folha de São Paulo, o ginecologista e obstetra Bussâmara Neme, com 93 anos de idade, informa que adora fazer partos, a ponto de se definir como “parteiro” e declara:

“O obstetra é um refinado. Parteiro é quem sabe fazer um parto. Seu forte, diz, é o parto normal. A cesárea é uma intervenção que qualquer débil mental faz. Basta ser médico: ele abre o abdômen, corta o útero, tira a criança e fecha. Mas fazer um parto vaginal bem-feito, isso é para poucos, pois exige muito aprendizado e experiência”.<sup>70</sup>

Obviamente, que o autor da frase acima é minimamente deselegante e contraditório ao afirmar que para se fazer uma cesariana basta ser médico e este médico pode ser até mesmo um débil mental. O Dr. Neme esqueceu-se de que tanto o parto vaginal quanto as cesarianas são procedimentos médicos passíveis de complicações imediatas e tardias e que, para dar solução a tais complicações, é preciso ter habilidades e conhecimentos que certamente não estariam ao alcance de um débil mental, adjetivo pejorativo que ele ousa utilizar para procedimentos que requerem ainda enormes responsabilidades com frequentes desdobramentos e litigâncias nas esferas ética e judicial.

Diogo Mainardi, escritor brasileiro, colunista e participante do programa Manhattan Connection, publicou, ao final de 2012, o livro A Queda: memórias de um pai em 342 passos. O livro trata de uma narrativa relacionada à experiência do pai Diogo com o filho Tito, portador de uma paralisia cerebral decorrente de um parto vaginal complicado por uma circular de cordão após a amniotomia com o colo uterino ainda impérvio. Diogo

---

<sup>69</sup> Zugaib M. – Matéria publicada na Folha de São Paulo em 15 de fevereiro de 2009. Disponível na Internet: <http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=11567> Acessado em 14 de março de 2010.

<sup>70</sup> Bussâmara Neme. Folha de São Paulo – Especial – em 15 de fevereiro de 2009. Disponível na Internet: <http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=11567> Acessado em 14 de março de 2010.

Mainardi recorreu à justiça italiana – o filho nasceu em uma maternidade pública na cidade de Veneza - e, depois de 7 anos recebeu uma significativa indenização financeira. Passo a relatar trechos da narrativa que refletem a trajetória de Digo Mainardi, homem de intelecto privilegiado, notável, mas que poderia ser reproduzida por muitos outros pais que, desprovidos de toda espécie de recursos, vivenciaram ou vivenciam situações semelhantes:

Em 30 de setembro de 2000, minha mulher e eu nos encaminhamos ao hospital de Veneza, no Campo Santi Giovanni e Paolo. O parto de nosso filho ocorreria naquele dia. Nome de minha mulher: Anna. Nome do nosso filho: sim, Tito. Quando chegamos ao Campo Santi Giovanni e Paolo, à altura de Bartolome Colleoni, Anna disse:

- Estou com medo do parto.

Ela já manifestara o mesmo temor nas semanas anteriores, porque o hospital de Veneza, que agora se ergui à nossa frente, era conhecido por seus erros médicos.

[.....] O Hospital de Veneza errou no parto de Tito. O erro no parto acarretou sua paralisia cerebral.

[.....] O nascimento de Tito foi assim. Orgulho da Ciência? Um erro médico causou sua paralisia cerebral. O Orgulho do Estado? O Hospital de Veneza é público. Orgulho do Sistema? O sistema, com suas regras, com suas normas e com seus procedimentos, falhou – falhou repetidamente – durante o nascimento de Tito.

[.....] Tito nasceu verde. Vi-o pela primeira vez em um dos claustros do hospital de Veneza. Eu acabara de conversar com o pediatra que acompanhara seu nascimento. Ele dissera que Tito permanecer sem ar por tempo demais. Ele dissera também que Tito morreria. Voltando à maternidade, depois de conversar com o pediatra, cruzei com um menino recém-nascido em uma incubadora. O menino recém-nascido na incubadora estava no corredor de um claustro, estacionado em um canto. Ninguém o atendia. Onde está o médico? Onde está o enfermeiro? Onde está o pai? Olhei-o de relance. Olhei novamente. Ele estava imóvel, com

o corpo mole e um tubo no nariz. Seu rosto era verde. Li seu nome escrito em um esparadrapo colado na tampa da incubadora: "Mingardi". Mingardi era igual a mim. Eu era igual a Mingardi. O menino na incubadora era meu filho. Mingardi era Mainardi. Até nisso o hospital de Veneza errou: em seu nome. Olhei Tito pela última vez. Seu rosto era igual ao meu – só que o dele era verde. Até aquele momento, eu sempre pensara que, se meu filho permanecesse em estado vegetativo, eu esperaria que ele morresse. Depois do primeiro contato no corredor do claustro do hospital de Veneza, tudo se transformou. Eu só queria que ele sobrevivesse, porque eu o amaria e o acudiria de qualquer maneira. Entre a vida e a morte. Aferrei-me à vida. Tito, com o rosto verde, dentro da incubadora, estacionado no corredor de um claustro do hospital de Veneza, estava à espera de uma lancha que o transferisse à UTI neonatal mais próxima dali, no hospital de Pádua.

[.....] Cheguei cedo à UTI de Pádua. Tito estava em uma incubadora. Nada se movia. Um tubo pendia de uma artéria de seu pé. Outro tubo, ligado a um respirador, alargava-lhe grotescamente uma narina. Ele tinha eletrodos espalhados por todo o corpo, conectados a uma série de aparelhos. Ocasionalmente, um desses aparelhos emitia um alarme e os médicos da UTI corriam para controlá-lo. Sempre que isso ocorria, eu era tomado pelo temor que Tito estivesse morrendo. O temor era desesperador. Era também um alento. Eu só conseguia ter a certeza de que Tito estava vivo quando temia que ele estivesse morrendo. Para poder morrer, Tito tinha que estar vivo.

[.....] Passei o dia na UTI. Acaricieei o rosto de Tito. Ele permaneceu morto. Acaricieei o peito de Tito. Ele permaneceu morto. Acaricieei a perna de Tito. Ele permaneceu morto. No momento em que acaricieei suas costas, deu-se o inesperado. Subitamente, ele contorceu o corpo e arqueou a coluna. Tito ressucitou. Chorei por meia hora. Depois de ter chorado meia hora, chorei por uma hora. Depois de ter chorado uma hora, chorei por duas horas. No dia seguinte, retornei à UTI do

hospital de Pádua. Imediatamente, acariciei as costas de Tito. Ele arqueou-se com uma intensidade ainda maior do que no dia anterior. Chorei por duas horas[...] Os primeiros meses de Tito foram iguais aos de qualquer menino. Ele mamava. Ele passeava. Ele dormia.

[...] Antes de completar seis meses de idade, Tito passou por mais um exame no hospital de Pádua. Sua neurologista deitou-o na maca. Naquele momento, ele deveria virar-se de barriga para cima. O que ocorreu foi o contrário: ele agitou os bracinhos, mas – como uma tartaruga – foi incapaz de virar o corpo. Era o primeiro sinal de sua paralisia cerebral.

[.....] Agora eu sei o que Tito tem. O parto ruinoso, segundo os neurologistas que o examinaram nos últimos anos, avariou seu tálamo. O tálamo faz parte do sistema extrapiramidal. A avaria é infinitesimal, tanto que nenhuma máquina até hoje foi capaz de detectá-la. Mas é grave o bastante para prejudicar todos os seus movimentos. Tito anda errado, pega errado, fala errado.

[.....] Quando os teste terminaram, ouvi pela primeira vez – com medo e terror – o termo que, daquele instante em diante, passaria a dominar minha vida. Tito tinha uma paralisia cerebral.<sup>71</sup>

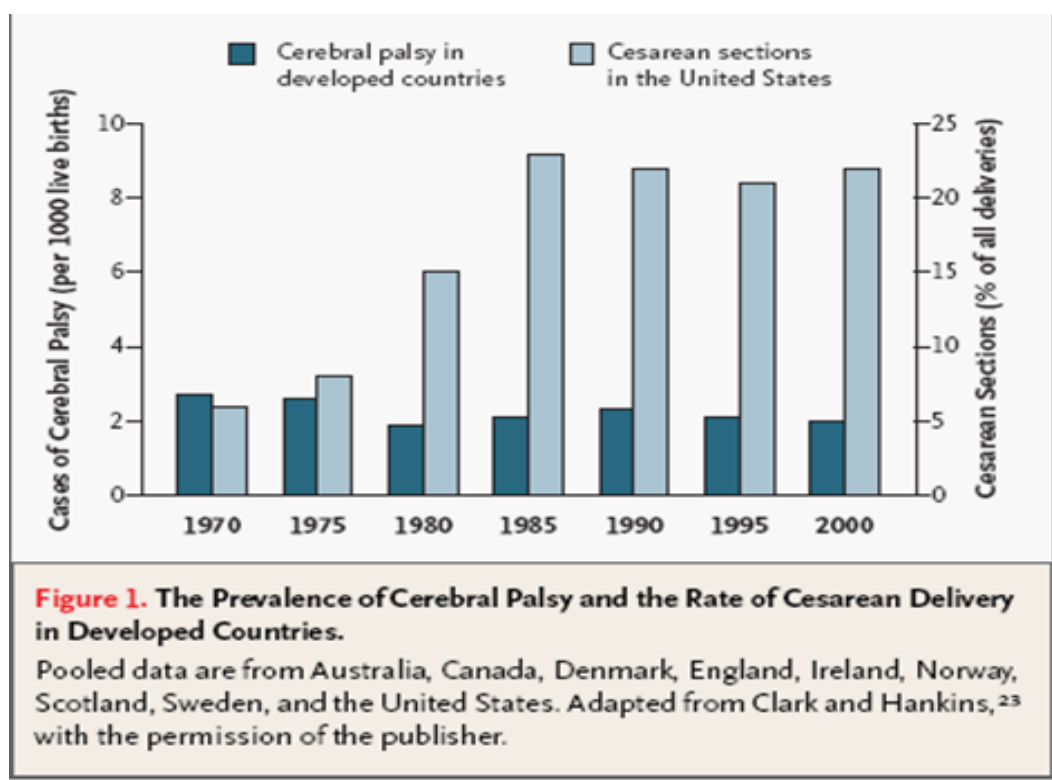
O acontecimento relatado por Diogo Mainardi, se assemelha bastante a outros casos não reportados na mídia e nunca divulgados em livros. Via de regra, a paralisia cerebral originada por anóxia neonatal, apresenta sintomas com intensidades variáveis e 3 a 6 meses após o nascimento. No caso em tela, Tito consegue caminhar, dar alguns passos, mas nem sempre é assim que ocorre. Muitos pacientes portadores de paralisia cerebral permanecem em leitos e precisam ser transportados em cadeiras de rodas. É bastante comum o fato de estas crianças nascerem com Apgar muito baixo, causado pela anóxia e só apresentarem sintomas tardiamente, meses depois. No Brasil, certamente ocorre um sub-registro destes casos, pois estas crianças não são acompanhadas nas maternidades e sim, em serviços

---

<sup>71</sup> Mainardi D. – A Queda: memórias de um pai em 424 passos. Editora Record. Rio de Janeiro/ São Paulo. 2012.

especiais destinados a tais cuidados que exigirão uma atenção e dedicação intensiva e diuturna dos pais e acarreta custos para o erário com todos os cuidados multiprofissionais e uma aposentadoria paga, obviamente, com dinheiro público.

A cesarina eletiva poderia prevenir a paralisia cerebral? Trabalho de Nelson<sup>72</sup> publicado no NEJM, insiste que, embora os indicadores de cesariana tenham aumentado nos países desenvolvidos a partir de 1970, a incidência de paralisia cerebral não apresenta alterações. Nelson justifica que é provável que menos de 1% dos casos de paralisia cerebral possam ser atribuídos a asfixia intraparto ou a causas neonatais, conforme registrado no Gráfico abaixo:



From Nelson, Karin B., Can We Prevent Cerebral Palsy? 30 October 2003 New England Journal of Medicine 349(18): 1765-1768

<sup>72</sup> Nelson, Karin B., Can We Prevent Cerebral Palsy? 30 October 2003 New England Journal of Medicine 349(18): p.1765-1768



## A Cesariana: breve histórico

Para Cunningham, a definição de parto cesáreo ou cesariana é:

“A extração do feto através da parede abdominal e na parede uterina. Em geral, a cesariana é realizada quando o trabalho de parto está contra-indicado ou quando não é provável que o parto normal seja conseguido com segurança. Esta definição não inclui a retirada do feto da cavidade abdominal no caso de rotura uterina ou no caso de prenhez abdominal”.<sup>73</sup>

A National Library of Medicine, vinculada ao National Institutes of Health, disponibiliza na Internet<sup>74</sup> o texto intitulado Cesarean Section – A Brief History, no qual se fazem comentários, sobre a realização de cesarianas na Grécia Antiga – conta-se que Apolo teria removido Asclepius do útero materno pela via abdominal e que existem inúmeras referências de cirurgias cesarianas em sociedades hindus, gregas, romanas, chinesas e europeias.

É possível que a cesariana pós-morte materna tenha sido um dos primeiros procedimentos, senão o primeiro procedimento cirúrgico executado pelo Homem<sup>75</sup>. Evidentemente que, a maioria dos casos, se refere a situações desesperadoras, ora polêmicas, em que se pretende salvar a vida de um nascituro que tem 100% de probabilidades de morte. A Tabela 4 registra os elevadíssimos índices de mortalidade após a realização de cesarianas em uma época na qual não estavam ainda disponíveis técnicas cirúrgicas apuradas, equipamentos e anestésicos, hemoterapia, antissépticos e nem antibióticos, que só vieram a fazer parte do arsenal terapêutico algumas décadas depois.

---

<sup>73</sup> Cunningham FG, McDonald PC, Leveno KJ, ET AL – Willians obstetrics, 20 th Ed. Stanford: Appleton & Lange; 1997. p. 1448.

<sup>74</sup> National Library of Medicine (NIH) – Cesarean Section – A Brief History. <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/preface.html>, Acessado em 23 de março de 2009.

<sup>75</sup> Papa ACE, Mattar R, Camano L. – Cesariana Pós-morte. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, volume 21, número 6, Rio de Janeiro, Julho 1999.

A cesariana eletiva, realizada sem pressa, com dia e hora marcados, em condições técnicas ideais se tornou um procedimento extremamente seguro, radicalmente diferente dos resultados obtidos no século XVIII (Tabela 4).

**Tabela 4- Taxas de sobrevivência das gestantes submetidas a cesarianas no século XVIII.**

País	Período	Número de Casos	% sobrevida	Fonte
EUA	até 1877	80	48	Young (1944)
Alemanha	até 1872	712	47	Schroeder (1873)
França	até 1872	344	45	Schroeder (1873)
Reino Unido	até 1879	131	18	Radford (1880)

Fonte: Francone et. al. 1993<sup>76</sup>

A Sociedade Brasileira da História da Medicina também disponibiliza uma página na Internet<sup>77</sup> com um texto assinado por Mário Guimarães intitulado “As primeiras cesarianas no Brasil” que tem o seguinte conteúdo a respeito do termo cesariana:

“O tema requer ligeiras divagações prévias. Na literatura, o termo já era existente na época de Júlio César, porém no sentido partidário, como pertencente ou relativo a César, que teria nascido de uma cesariana. É fato, contudo, historicamente desmentido, pois naquelas priscas eras só se abria o ventre de uma mulher para retirar criança viva, caso a mãe estivesse morta, o que não foi o caso de César, pois nas biografias deste, a sua mãe é citada várias vezes. O conceito médico de operação cesariana

<sup>76</sup> Francone et. al. Labor: Clinical evaluation and management. New York, Appleton, 1993.

<sup>77</sup> Sociedade Brasileira de História da Medicina. Acessado em 22 de março de 2009.

<http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=134>.

como procedimento cirúrgico, é muito posterior. Desde 700 AC que as leis de Roma proibiam funerais de gestante morta sem a retirada do feto. Quanto à primeira cesárea (ou seu esboço) em vida, que se tem notícia, foi realizada na Suíça, em 1500, na cidade de Sigershaufferr, pelo cidadão Jacob Nufer, que não era médico, mas um popular que vivia de castrar porcas. Desesperado com o sofrimento da mulher apelou para as ‘parteiras’ da época e para os cirurgiões-barbeiros, que se recusaram a ajudá-lo. Apelou então para as autoridades, que sem opções, permitiram a sua intervenção, ajudado por duas parteiras, ao que consta, com êxito. A introdução da cesariana na prática médica deu-se a partir do Sec. XVII, evidentemente com alta mortalidade materno-fetal. Segundo Larrgaard, no seu ‘Dicionário de Medicina Doméstica e Popular’ de 1873, ainda citado pelo Prof. Joffre Rezende (UFGO), a preferência de então era pelo uso do fórceps e embriotomias. Somente no Sec. XX a cesárea tornou-se rotineira. Em língua francesa, foi Ambroise Paré em 1560 que usou como termo obstétrico ‘*en fantement césarienne*’, e só em 1615 há referências em inglês, como ‘*cesarean section*’. Em português, foi Domingos Vieira entre 1871 e 1874, no seu dicionário que marcou época na lexicografia brasileira. Vale a pena reproduzir na íntegra o verbete ‘césar’ original, que não restringe-se a ato médico: ‘César, s.m. (do latim caesar, cognome dado à crianças tiradas do seio da mãe por meio da operação depois chamada de cesárea ou cesariana, da raiz *coed*, de *coedere*, cortar, fazer incisão). Nome de um caudilho romano que tão grande lugar ocupa na história do mundo, que conquistou as Gálias, derrotou Pompeu e se fez senhor da República Romana’. Antes, porém, do dicionário em tela, o termo já era usado no vocabulário médico da língua portuguesa, pois entre 1862 e 1874 foram defendidas três teses inaugurais, sendo duas na Bahia e uma no Rio de Janeiro, que usaram a palavra ‘cesariana’. Outras duas do mesmo período preferiram usar a denominação ‘gastro-hysterectomia’ em seu lugar. Voltando ao tema original. A pesquisa foi cativante, apesar do tema ser pouco explorado e, portanto, pobre em

informações. Dados conflitantes, fontes escassas, raras referências, pobreza de datas, nomes e locais. Consta, porém, que o pioneiro das cesarianas no Brasil, foi o médico José Corrêa Picanço, de rica biografia para o seu tempo, pernambucano nascido na então vila de Goiana, em 10/11/1745 e falecido no Rio de Janeiro em 20/10/1823. Iniciou seus estudos em Recife, indo depois para a Europa onde estudou Medicina, havendo dúvidas se a sua formação médica foi em Coimbra (Portugal) ou em Montpellier (França), visto que a sua presença em ambas, inclusive em Paris, é incontestável. Em Coimbra chegou em 1772, tendo-se jubilado em 1790 como lente em Anatomia. Detentor de grande prestígio junto à corte de D. João VI, com ele voltou ao Brasil em face às invasões napoleônicas, pois era Cirurgião-mor do Reino. No Brasil, em Salvador, foi sua atuação junto ao Rei, que permitiu a fundação das faculdades de Medicina da Bahia no Hospital Real, dando ênfase aos cursos de Anatomia e Obstetrícia em 18/2/1808 e a do Rio de Janeiro posteriormente, em 05/11/1808, com o nome de 'Escola de Anatomia Cirúrgica e Médica'. Agraciado com o título de Barão de Goiana, consta também que foi o parteiro da futura Rainha de Portugal, D. Maria II. Fundado, pois, dos cursos médicos no Brasil. A bem da verdade, devo referir que, para surpresa nossa, lendo a excelente obra de Fabiola Rhoden 'Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher'(da Editora Fiocruz), à pág.63, deparamos com uma referência a Luiz da Cunha Feijó, Visconde de Santa Isabel, médico da Casa Imperial e diretor da já Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que reproduz textualmente: OFICIALMENTE (o chamativo é nosso) é considerado o primeiro praticante de cesariana no país, nos idos de 1855". Em outras fontes, inclusive nas hoje credenciadas, via Internet, que sempre reproduzem dados de fontes idôneas, li já referências a um terceiro personagem, que teria sido o Dr. Francisco Furquim Werneck de Almeida, de Vassouras/RJ, este, porém, nascido em 29/9/1846. Como vemos, baseado na sua idade, não poderia competir com Corrêa Picanço,

que cesariou em 1817(?) no Hospital Militar de Recife. Convenhamos que o aparecimento desses novos protagonistas, a nosso ver, não constituem um desmentido ao pioneirismo de Corrêa Picanço, com vasta vivência na Europa, inclusive clínica em Paris, mestre de Anatomia em Lisboa, Coimbra e na Bahia. Frize-se que o “oficialmente” de Fabiola Rhoden, é bastante significativo. Reproduzimos aqui, concluindo, o texto do livro ‘Analecto Goianense’, volume V, pág.17, do historiador pernambucano Mário Santiago (pseudônimo de Álvaro Guerra), que diz o seguinte: “Há tradição em Pernambuco e até repetido pela imprensa, de que José Corrêa Picanço, praticara gratuitamente na cidade do Recife, a operação cesariana em uma mulher preta, que sobrevivera, sendo essa a primeira estupenda operação de tal natureza que se fizera nesta província. José Corrêa Picanço, goianense, pernambucano, fundador dos cursos médicos no Brasil, autor da primeira cesariana no Brasil e em Pernambuco, merece mais respeito e admiração dos médicos pernambucanos, principalmente dos toco-ginecologistas e dos ligados ao ensino médico.”

Joffre Rezende<sup>78</sup>, Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e Membro e da Sociedade Brasileira e Sociedade Internacional de História da Medicina publica na Internet um texto sobre a história das cesarianas intitulado A Primeira Operação Cesariana:

“A operação cesariana na antigüidade só era praticada após a morte da parturiente, com a finalidade de salvar o feto ainda com vida. Desde 700 a.C. a lei romana proibia os funerais de toda gestante morta, antes que se fizesse a cesárea para retirada do feto. Os fetos que nasciam com vida eram chamados cesões ou césares. A cesárea em vida, como alternativa de parturição, é bem mais recente. É interessante conhecer a

---

<sup>78</sup> Rezende, JM - Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e Membro da Sociedade Brasileira e Sociedade Internacional de História da Medicina. Acessado em 23 de março de 2009. [jmrezende@cultura.com.br](mailto:jmrezende@cultura.com.br) <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende>

história da primeira cesárea em vida de que se tem notícia. Foi a mesma realizada em 1500, em Sigershaufen, pequena cidade da Suíça, por Jacob Nufer, em sua própria esposa. Jacob Nufer não era médico e nem sequer cirurgião-barbeiro. Era um homem simples do povo, habituado a castrar porcas. Sua mulher, primípara, entrou em trabalho de parto e, como era de hábito na época, estava sendo atendida por parteira. Por alguma razão, a criança não nascia. Desesperado, o marido chamou uma a uma, todas as parteiras do lugar, em número de 13. Depois de muitas tentativas e de longa espera, vendo que as forças de sua esposa se exauriam, apelou para os cirurgiões-barbeiros do lugar, acostumados a praticar a talha hipogástrica para retirada de cálculo vesical, a fim de que fizessem a operação cesariana em sua esposa. A simples idéia de um cirurgião-barbeiro atender a uma parturiente já constituía um fato inédito que contrariava todos os costumes da época. Nenhum deles atreveu-se a prestar socorro à infeliz mulher. Nufer decidiu, então, solicitar permissão às autoridades civis da cidade para praticar, ele mesmo, a operação cesariana em sua esposa. Auxiliado por duas parteiras mais corajosas, colocou sua mulher sobre uma mesa e com uma navalha abriu-lhe o ventre. Diz a crônica que o fez com tal habilidade que a criança foi removida de um só vez, sem provocar qualquer lesão na mãe ou no filho. As outras onze parteiras que aguardavam do lado de fora, ao ouvirem o choro da criança, quiseram entrar, no que foram impedidas, até que Nufer procedesse ao fechamento da incisão, tal como fazia com as porcas que ele castrava. Houve cicatrização da ferida e a parturiente recuperou-se integralmente, tendo tido no decorrer de sua vida outras cinco gestações, com partos normais, um dos quais gemelar. A criança, que resistira à ação de 13 parteiras e à intervenção cirúrgica, sobreviveu e teve desenvolvimento normal. A introdução da cesárea na prática obstétrica só teve início a partir do século XVII. Tinha uma alta mortalidade fetal e materna e só era praticada em casos muito especiais. Langaard, em seu Dicionário de Medicina Doméstica e Popular (1873) dá-nos o seu

testemunho: ‘Apesar de que não se pode admitir que a operação seja absolutamente mortal, é o número das operadas que escapam muito limitado’. A preferência dos obstetras era para o uso do fórceps ou, se necessário, a embriotomia. Somente no século XX a cesárea tornou-se uma operação rotineira. No Brasil, a primeira operação cesariana é creditada ao Dr. José Correia Picanço, Barão de Goiana, tendo sido realizada em Pernambuco no ano de 1822”.

A operação cesariana surgiu como uma necessidade médica. Um recurso salvador para duas vidas, do qual se deve lançar mão para criar uma via de passagem para o feto que, por uma ou outra razão, não consegue ultrapassar as barreiras anatômicas do canal de parto vaginal, dito, por muitos, como sendo natural. E não há como discordar do argumento, exceto autores que insistem teimosamente em taxar a cirurgia de cesariana como procedimento “de riscos e crueldade dos partos medicalizados”.<sup>79</sup>

Jean-Louis Baudelocque (1745-1810), conhecido obstetra francês, relatou, em 1798, um trabalho sobre sua experiência na realização de cesarianas com relativo sucesso na sobrevivência das mães e seus bebês e expôs a sua opinião: “Nos casos em que o nascimento por via vaginal é fisicamente impossível, a operação tem um risco menor do que simplesmente deixar a mãe e o bebê aos cuidados da natureza, como tem sido feito até agora”.<sup>80</sup>

Baudelocque enfrentou a fúria dos anticesaristas e foi acusado de causar a morte de uma mãe e seu bebê. O índice de mortalidade materna na série de Baudelocque era de 60% naqueles tempos remotos.

Em 1806, Napoleão nomeou Jean-Louis Baudelocque como Presidente de Obstetrícia, a primeira cadeira de especialidade médica na França. Nesta época, a parturição era ainda uma atividade praticamente exclusiva das parteiras

Baudelocque deixou, entre outros legados, a descrição de conhecida manobra que é marco da semiologia obstétrica, relacionada ao mecanismo da dequitação que ocorre em

---

<sup>79</sup> Grossi M, Porto R, Tamanini M. – Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios. Editora Letras Livres, Brasília, 2003, p. 11.

<sup>80</sup> Baudelocque JL. Recherches et réflexions sur l’opération césarienne, Paris, An VII (1798), Académie Nationale de Médecine. Rapporté par J. Paul Pundel, op. Cit. p. 181.

75% dos casos e é chamada dequitação central ou de Baudelocque e Schultze, quando a placenta se torna invertida sobre si e a superfície fetal brilhante aparece primeiro na saída vaginal, com saída do hematoma retroplacentário, somente após a expulsão da placenta. Netes caso, a placenta tem inserção no fundo do útero.

De outra forma, secundamento se dá segundo o mecanismo de Baudelocque e Duncan, quando ocorre primeiro a saída do hematoma retroplacentário e em seguida a saída da placenta que, nestes casos tem de inserção na parede lateral do útero.<sup>81</sup>

Baudelocque argumentou a importância de pelvimetria clínica com a criação do pelvímtero. O ‘Diâmetro de Baudelocque’ serviu como parâmetro para a mensuração do diâmetro posterior-anterior da pelve, o que foi uma tentativa de antever a compatibilidade da pelve ao perímetro cefálico bebê.

O professor Michael Greene, do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Biologia Reprodutiva, da Harvard Medical School e do Hospital Geral do Massachusetts, em Boston, publicou um artigo por ocasião do aniversário da revista *New England Journal of Medicine* cujo título é: *Two Hundred Years of Progress in the Practice of Midwifery*.<sup>82</sup> Na introdução, o autor cita os avanços da tecnologia tais como as técnicas de assepsia, anestesia, facilidade na mensuração da pressão arterial e associação com eclâmpsia, a segurança com hemotransfusões, as técnicas de imagem e cita ainda as mudanças de atitudes das mulheres relacionadas ao seu papel na sociedade e a autonomia da mulher em controlar seu próprio destino reprodutivo. Reproduzo abaixo alguns trechos do artigo:

“Uma aula em 1912. Em uma fria manhã de janeiro de 1912, Dr. Walter Franklin, profere uma aula nas dependências do Boston Lying-In Hospital, por ocasião da comemoração dos 51 anos da Sociedade de Obstetrícia de Boston. ‘Cavalheiros, eu gostaria de discutir com os senhores o estado atual da nossa especialidade, incluindo nossa experiência em Boston com as 100 primeiras cesarianas realizadas em nosso hospital e publicadas em detalhes no *Boston Medical and Surgical*

---

<sup>81</sup> Carrara HHA, Duarte G. – *Semiologia Obstétrica*. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 88-103, jan./mar. 1996.

<sup>82</sup> Tradução para o português: Duzentos anos de progresso na prática da Obstetrícia.



Journal.<sup>83</sup> A primeira cesariana no Boston Lying-In Hospital foi realizada em 15 de julho de 1894 e a centésima em 29 de junho de 1907. Na presente série de casos, as cirurgias foram indicadas e realizadas quase que exclusivamente por apresentação pélvica, havendo apenas quatro casos em que havia deformidade da pelve materna e, por consequência, óbitos repetidos de crianças em gestações anteriores. Os casos podem ser divididos em três grupos de acordo com o sistema de classificação descrito pelo Dr. Reynolds. Cesarianas primárias foram aquelas realizadas no início do trabalho de parto. Cesarianas secundárias foram aquelas realizadas após o trabalho de parto ter sido iniciado, porém antes da exaustão da mãe. Cesarianas tardias foram realizadas após a completa da exaustão da mãe em virtude da desproporção céfalo-pélvica com a parada de progressão do feto. Na série de 100 cesarianas, houveram oito mortes maternas. isto é uma mortalidade demasiado elevada para qualquer operação abdominal, sendo que, nestes casos, a salvação da vida da criança é o objetivo da operação. Mas, quando estudamos os resultados de acordo com a classificação do procedimento, conclusões interessantes podem ser tiradas. Nas 43 cesarianas primárias realizadas nesta série, ocorreu a morte de apenas uma mãe. A causa da morte foi peritonite, provavelmente devido a algum deslize na técnica operatória. Um recém-nascido morreu de doença cardíaca congênita alguns minutos após o parto. Assim, neste grupo, 2,3% das mães e 2,3% das crianças morreram. Houveram 26 casos de cesarianas secundárias, com uma morte materna que foi causada por septicemia e ocorreu no oitavo dia após a operação [...]. Assim, entre as cesarianas secundárias, a mortalidade materna foi de 4% e a mortalidade infantil foi de 8%, e as complicações durante a convalescença foram muito mais proeminentes do que após as cesarianas primárias. Entre as 31 cesarianas tardias ocorreram seis mortes maternas (19%). A causa da morte em todas as pacientes, exceto uma, foi peritonite

---

<sup>83</sup> Green CM, Newell FB, Friedman LV, Mason NR, Torbert JR, De Normandie RL.- A study of the first series of one hundred caesarean sections performed in the Boston Lying-In Hospital. Boston Med Surg J 1909; 161:803-16.

difusa. [...] Uma morte não foi devido à peritonite e ocorreu devido a uma compressa deixada no abdômen. A ferida abdominal se abriu no quarto dia e a compressa foi removida da cavidade abdominal. Ela morreu no dia 25º dia do pós operatório de obstrução intestinal por aderências. Cinco bebês morreram ou antes da operação ser iniciada ou logo após o parto (16%). Nas cesarianas tardias, o resultado foi muito pior do que nas cesarianas primárias ou secundárias, com uma mortalidade materna de 19% e uma mortalidade neonatal de 16%. Após as tentativas de parto pélvico por via vaginal, 50% das nossas pacientes estavam seriamente comprometidas e um terço dos bebês morreram. Assim, hoje, diante a elevada mortalidade materna quando não ocorre a progressão do trabalho de parto, o obstetra não deve permitir que uma paciente entre em trabalho de parto sem um estudo cuidadoso para avaliar o mais precisamente quanto possível, as possibilidades de resultados adversos para a mãe e a criança. Quando uma paciente tem uma cesariana anterior, existe o risco de que a cicatriz da ferida uterina possa romper durante o parto. Por isso, não é aconselhável permitir que uma paciente com cesariana anterior entre em trabalho de parto. As condições que tornam a cesariana indevidamente perigosa são tentativas anteriores de parto com apresentação pélvica e infecção do útero, o que é demonstrado pelo aumento da temperatura e, pode ter como causa provável, repetidos exames vaginais realizados sem adequada assepsia. Em alguns casos raros, pode ser aconselhável remover o útero após a cesariana, em especial quando a paciente tiver o útero infectado. A histerectomia, nestes casos, fornece a única possibilidade de sobrevivência da mãe, uma vez que o fechamento de um útero séptico na cavidade peritoneal limpa equivale, praticamente, a assinar o atestado de óbito da mãe. Das 100 seções desta série, 25 eram de cesarianas de repetição. A razão para esta grande proporção é que é a política do Boston Lying-In Hospital é a de jamais remover ou danificar a função de órgãos saudáveis para evitar a gravidez subsequente. [...] No momento atual, os bons resultados

decorrentes de um grande número de cesarianas para as várias condições levou a um alargamento gradual nas indicações para a operação. Estamos, agora, no limiar de uma das mais mudanças marcantes a serem considerados para a prática obstétrica. Diante de uma parada de progressão do trabalho de parto, mesmo de baixo grau, deve se considerar a possibilidade de recorrer a uma cesariana primária para o benefício de ambos, mãe e filho em vez de permitir que o paciente submeter-se a um cansativo e arriscado trabalho de parto com o risco de ser necessário realizar uma operação difícil, que é duvidosa em seu resultado, tanto a mãe quanto a criança. Senhores, obrigado pela sua atenção esta noite.

Uma aula em 2012. Em uma manhã de março de 2012, o Dr. Katherine J. Reagan, professor de medicina reprodutiva no Universidade da Califórnia, San Diego, da Escola de Medicina ministra uma aula para estudantes do segundo ano de medicina e projeta sua apresentação PowerPoint no quadro. Bom dia. Vocês devem estar preparados para ver pacientes da Obstetrícia e Ginecologia em seus estágios rotativos com o objetivo de assistir pessoas que desejam ter famílias saudáveis. Em primeiro lugar eu gostaria de lembrar que a despeito da disponibilidade de uma ampla variedade de métodos contraceptivos disponíveis, cerca de metade de todas as gestações nos Estados Unidos são não intencionais e esta taxa e aproximadamente 43% das gestações terminam em abortos induzidos. Em 1972, o último ano civil antes da decisão do Supremo Tribunal dos EUA, que abriu o caminho para a legalização do aborto, houveram 39 mortes maternas causadas por abortos ilegais nos Estados Unidos. Na década mais recente para o qual temos dados (1998-2007), foram registradas 2 mortes maternas causadas por abortos ilegais. Uma redução de 99,5%.<sup>84</sup> Cerca de 10% dos casais não concebem depois de ter relações sexuais desprotegidas no período de 1 ano. Esses casais, cada vez mais recorrem a fertilização in vitro, ou FIV. A técnica da microinjeção de um único espermatozóide pronúcleo em um óvulo, que é

---

<sup>84</sup> Abortion surveillance — United States, 2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011; 60:2-12.

conhecido como injeção intracitoplasmática de esperma, ou ICSI, que também pode ser utilizado em pacientes com infertilidade masculina. Coletivamente conhecidos como tecnologia de reprodução assistida, ou ART, estas técnicas estão associados com a elevadas taxas de sucesso entre casais subférteis.<sup>85</sup> O percentual de sucesso a cada ciclo diminui a medida que aumenta a idade materna. Entre as mulheres mais jovens, a taxa de de sucesso é de 50% e aumenta cumulativamente a 70%, após vários ciclos.<sup>86</sup> De uma forma geral, tratamentos de infertilidade são responsáveis por mais de 1% de todos os bebês nascido nos Estados Unidos<sup>87</sup> e mais de 2% dos nascidos na Suécia.<sup>88</sup> [...] Sir William Liley foi a primeira pessoa a tratar de um feto ainda no útero, quando ele realizou uma transfusão fetal intra-uterina na cavidade peritoneal sob orientação fluoroscópica para a doença hemolítica grave isoimmune na Nova Zelândia em 1963<sup>89</sup> e os relatos entusiasmados de séries de casos não controlados de cirurgia fetal no século 20, resultaram em ensaios controlados, randomizados, no século 21<sup>90 91</sup>. Você vai notar muita atenção no rastreio e tratamento das infecções, especialmente o vírus da imunodeficiência humana (HIV) na gravidez. Entre as mulheres com infecção por VIH não tratada durante a gravidez, a probabilidade de transmissão da infecção verticalmente para os seus fetos e recém-nascidos é de 25%. Tratamento com zidovudina na mãe durante a gravidez, trabalho de parto e no recém-nascido e durante várias semanas após o nascimento foi realizado pela primeira vez em 1994, e o risco de

---

<sup>85</sup> Van Voorhis, BJ. - In vitro fertilization. N Engl J Med 2007; 356:379-86.

<sup>86</sup> Luke B, Brown MB, Wantman E, et al. - Cumulative birth rates with linked assisted reproductive technology cycles. N Engl J Med 2012; 366:2483-91.

<sup>87</sup> Martin JA, Menacker F. - Expanded health data from the new birth certificate,2004. Natl Vital Stat Rep 2007;55:1-22.

<sup>88</sup> Källén B, Finnström O, Lindam A, et al. - Trends in delivery and neonatal outcome after in vitro fertilization in Sweden: data for 25 years. Human Reprod 2010; 25: 1026-34.

<sup>89</sup> Liley AW. Intrauterine transfusion of fetus in haemolytic disease. BMJ 1963; 2:1107-9.

<sup>90</sup> Harrison MR, Keller RL, Hawgood SB, et al. A randomized trial of fetal endoscopic tracheal occlusion for severe fetal congenital diaphragmatic hernia. N Engl J Med 2003; 349:1916-24.

<sup>91</sup> Adzick NS, Thom EA, Spong CY, et al. - A randomized trial of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. N Engl J Med 2011; 364:993-1004.

transmissão vertical do HIV foi reduzido para 8% <sup>92</sup>. O tratamento da mãe com terapia antiretroviral altamente ativa apresenta bons resultados na redução da carga viral materna para menos de 50 cópias por mililitro e pode reduzir o risco de transmissão vertical para menos de 0,2% <sup>93</sup>. No conjunto de trabalho médico e parto, você irá se deparar com médicos e os pacientes envolvidos em diálogos sobre o via de nascimento mais adequada para cada paciente individualmente. Essas conversas são um fenômeno relativamente novo. Nos últimos 100 anos, a conduta mais comum é aquela de se tentar o parto por via vaginal e a cesariana fica reservada para circunstâncias clínicas nas quais o parto vaginal não foi possível e se tornou arriscado para a mãe ou para o feto. Ocorreu uma mudança no padrão desta prática o que resultou em um aumento progressivo da taxa de cesarianas nos Estados Unidos a partir de um único dígito percentual, na primeira década do século 20 para 32,8% em 2011.<sup>94</sup> Atualmente, a mortalidade materna é de 1 milésimo e a mortalidade dos recém-nascidos é de 1 centésimo das taxas correspondentes no início do século 20. Além disso, como os riscos de todos os tipos de resultados adversos devem diminuir com a prática obstétrica moderna e também porque os prestadores de cuidados devem respeitar a autonomia e as decisões tomadas por futuros pais, muitas das nossas perspectivas e práticas tradicionais estão mudando. Seria a pior forma de arrogância para os médicos pensar que podemos antecipar os detalhes da prática obstétrica em 100 anos a partir de agora, mais do que um prestador de cuidados obstétricos de 100 anos atrás poderia ter previsto onde estamos hoje.

---

<sup>92</sup> Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al.- Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency vírus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 994;331:1173-80.

<sup>93</sup> Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, de Ruiter A, Lyall H, Rookey PA.- Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. *AIDS* 2008;22:973-81.

<sup>94</sup> Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ.- Births: preliminary data for 2011. *Natl Vital Stat Rep* 2012;61.

O Futuro. As gerações futuras vão julgar o sucesso das mudanças introduzidas na assistência obstétrica nos próximos 100 anos, por meio de um conjunto mais amplo, complexo e multidimensional de critérios que têm sido geralmente utilizado até a presente data. Eles esperam que os médicos continuem a reduzir a morbidade e mortalidade, aumentando as opções e a autonomia dos pacientes sob seus cuidados. Mas eles também vão exigir que, para que esses objetivos sejam alcançados, que os médicos devem assumir mais responsabilidade e prestação de contas para os encargos financeiros de suas decisões e práticas. Enquanto nós que prestamos cuidados para os pacientes que atualmente têm acesso a cuidados, temos que negociar para a gestão dos recursos da sociedade para levar atendimento para aqueles que estão atualmente sem ele. Também devemos encontrar formas de reduzir a carga de morbidade e mortalidade perinatal em áreas do mundo que atualmente têm resultados que são semelhantes àquelas dos Estados Unidos de um século atrás. Ciência e tecnologia, sem dúvida, devem ajudar a ampliar e prestar cuidados cada vez mais seguros, no entanto, mais fundamentalmente, o progresso na saúde obstétrica mundial dependerá do desenvolvimento da infra-estrutura, vontade política e cultura que valoriza a saúde das mulheres e suas gestações.”<sup>95</sup>

O artigo do professor Greene é de uma clareza exorbitante e vem corroborar a idéia de que a tentativa de parto pela via vaginal tem limites temporais e não deve ser levada às últimas consequências como é de praxe em alguns serviços de obstetrícia sob pena de colocar em risco a vida da mãe e do seu rebento.

---

<sup>95</sup> Greene MF. - Two Hundred Years of Progress in the Practice of Midwifery. *New Engl J Med* 367;18 november 1, 2012, 1732-1740.

## A “Epidemia” de Cesarianas

Quem se leva a sério é, no fundo, um inquisidor. Está só à espera que a ocasião apareça. As grandes atrocidades que se cometeram contra pessoas foram levadas a cabo com espírito grave, com um senso de missão, de salvação do mundo.

Rubem Alves<sup>96</sup>

Os defensores do parto normal ou natural muito frequentemente utilizam o termo Epidemia de cesarianas que traz no seu bojo uma entonação pejorativa.<sup>97</sup> Epidemia, neste caso, traz o sentido de um malefício para a população, significa algo catastrófico para as mulheres e, quiçá, para toda a Humanidade. Claro que não é bem assim. O autor desta tese de doutoramento defende uma opinião bastante diferente, mesmo porque a chamada Epidemia de Cesarianas é perfeitamente sincrônica com a redução na mortalidade materna em 181 países pesquisados<sup>98</sup>, assim com a redução da mortalidade neonatal entre os anos de 1970 e 2010 em 187 países pesquisados.<sup>99</sup>

Em maio de 2012, foi divulgada uma relevante notícia no site da UOL com o seguinte título: Mortalidade materna no Brasil tem queda recorde de 21% em um ano. A seguir passo a descrever o conteúdo na matéria na íntegra:

---

<sup>96</sup> Alves R. - Da esperança. Editora Papirus, Campinas, 1987, p.19.

<sup>97</sup> Waniez P, Wurtz B, Brustlein V. Abuse of caesarean Delivery in Brazil: Geographic Dimensions of a Medical Aberration. *Sante*,16 (1):21-31, 2006.

<sup>98</sup> Hogan MC. Et. al. – Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal. *The Lancet*, early online publication, 12 April, 2010. Disponível na Internet: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960518-1/fulltext?&elsca1=WB-TLO&elsca2=email&elsca3=segment>. Acessado em 23 de abril de 2010.

<sup>99</sup> Rajaratam JK. Et. al. – Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 197 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *The Lancet*, volume 375, issue 9730, p. 1988-2008, June 2010.

“Pesquisa divulgada nesta sexta-feira (25) pelo Ministério da Saúde indica que a mortalidade materna no Brasil caiu 21%. Entre janeiro e setembro de 2011, as mortes decorrentes por complicações na gravidez e no parto totalizaram 1.038, contra 1.317 no mesmo período de 2010.

‘Essa marca histórica de 21% em 2011 não nos permite descansar. Queremos perseguir a Meta do Milênio de chegar a 25% de redução até 2015’, destacou o ministro da Saúde. A pasta associa a queda dos números ao primeiro ano do programa Rede Cegonha, lançado em março do ano passado. Ao todo, foram investidos R\$ 2,5 bilhões para qualificar a assistência à mulher e ao bebê. A iniciativa, de acordo com o ministério, já atende a 36% das gestantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2011, 1,7 milhão de mulheres fizeram, no mínimo, sete consultas pré-natais. ‘Houve uma importante intensificação da redução quando comparada aos anos anteriores. Nos últimos dez anos, sempre esteve variando entre 5 e 7%. É a primeira vez que a gente chega a reduzir [a mortalidade materna] fortemente, com mais de 20%. E, pelos dados preliminares, essa tendência continua ao longo do último trimestre de 2011’, avaliou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha. De 1990 a 2010, o indicador de mortalidade materna no país passou de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Também durante o período, houve redução em todas as causas diretas de mortalidade materna: hipertensão arterial (66,1%), hemorragia (69,2%), infecções pós-parto (60,3%), aborto (81,9%), e doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, pelo parto ou pelo pós-parto (42,7%). Desde 2008, o governo realiza uma espécie de gerenciamento das investigações de mortes de mulheres em idade fértil (entre 10 e 49 anos). Os casos são analisados por equipes de vigilância dos estados e municípios, e as informações são repassadas ao ministério. O objetivo é avaliar as causas e as circunstâncias da morte e verificar se os casos foram provocados por complicações gestacionais. Durante a divulgação do estudo, Padilha disse que um outro levantamento feito pela própria pasta no ano passado indica



que, de cada quatro gestantes atendidas pelo SUS, uma se queixa de algum tipo de negligência ou maus-tratos identificados no momento do parto”.<sup>100</sup>

Na mesma matéria, uma outra notícia com o seguinte título: Mortalidade materna caiu 47% nos últimos 20 anos, diz ONU. E com o conteúdo que abaixo transcrevo:

“O número de mulheres que morrem durante a gravidez ou por complicações durante o parto caiu quase à metade nos últimos 20 anos, segundo os dados publicados nesta quarta-feira em um estudo das Nações Unidas. Sob o nome de ‘Tendências da mortalidade materna’, a ONU concluiu que houve 543 mil mortes deste tipo em 1990, número que passou para 287 mil em 2010, uma redução de 47%. ‘O número de mulheres que morrem segue diminuindo, mas não podemos parar. Nosso trabalho deve continuar para que cada gravidez seja desejada e cada parto seja seguro’, disse o diretor-executivo do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Babatunde Osotimehin. Apesar desse importante avanço, muitos países, particularmente localizados na África Subsaariana, não cumprirão com a meta estipulada nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que contempla a redução da mortalidade materna em 75% até 2015. Segundo o estudo, elaborado pelo UNFPA, o Fundo da ONU para a Infância (Unicef) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), o índice mundial de mortalidade materna em 2010 ficou em 210 mortes por cada 100 mil nascimentos, enquanto esses países africanos registraram 500 falecimentos, a taxa mais alta no mundo. Na África Subsaariana, a chance de uma mulher morrer durante a gravidez ou por complicações no parto é

---

<sup>100</sup> Site da UOL. Mortalidade materna no Brasil tem queda recorde de 21% em um ano. Publicado em 25 de maio de 2012. Acessado em 25 de maio de 2012. <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/05/25/mortalidade-materna-no-brasil-teve-queda-de-21-de-2010-para-2011.htm>

de 1 em 39, enquanto no sudeste asiático é de 1 em 290 e nos países desenvolvidos é de 1 em 3.800, indica o relatório. O estudo mostra que 99% das mortes contabilizadas em 2010 ocorreram em países em vias de desenvolvimento, sendo um terço de todas elas em apenas dois países: Índia, com 56 mil (20%), e Nigéria, com 40 mil (14%). A lista dos dez países com as taxas mais altas de mortalidade materna, sob os números de 2010, é completada por República Democrática do Congo (15 mil), Paquistão (12 mil), Sudão (10 mil), Indonésia (9,6 mil), Etiópia (9 mil), Tanzânia (8,5 mil), Bangladesh (7,2 mil) e Afeganistão (6,4 mil). O relatório destaca, no entanto, que dez países conseguiram nos últimos anos cumprir com essa meta dos ODM, ao reduzir o índice em 75%: Belarus, Butão, Estônia, Guiné Equatorial, Irã, Lituânia, Maldivas, Nepal, Romênia e Vietnã. O estudo assegura que uma mulher morre no mundo a cada dois minutos devido a complicações relacionadas com o parto ou a gravidez, e que as quatro principais causas de falecimento são: hemorragia após o parto, infecções, pressão alta durante a gravidez e aborto em condições perigosas. ‘Sabemos exatamente o que é preciso fazer para prevenir mais mortes deste tipo: melhorar o acesso ao planejamento familiar voluntário, investir em parteiras e garantir o acesso a cuidados obstétricos de emergência quando aparecerem as complicações’, avaliou Osotimehin<sup>101</sup>.

As quedas globais nas taxas de mortalidade materna nos últimos 20 anos não teriam nenhuma relação com a elevação dos indicadores de cesariana. Ou teriam?

As elevadas taxas de mortalidade materna em países da África são sabidamente causadas pelas deficiências no atendimento ao parto.<sup>102 103 104 105</sup> Não causará nenhum

---

<sup>101</sup> Site da UOL. Mortalidade materna caiu 47% nos últimos 20 anos, diz ONU. Publicado em 16 de maio de 2012. Acessado em 25 de maio de 2012. <http://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/efe/2012/05/16/mortalidade-materna-caiu-47-nos-ultimos-20-anos-diz-onu.htm>

<sup>102</sup> Fesseha N, et. al. – A national review of cesarean delivery in Ethiopia. International Journal of Gynecology & Obstetrics, volume.115, issue 1, pgs 106-111, october 2011.

<sup>103</sup> Bhutta ZA, et al. - Delivering interventions to reduce the global burden of stillbirths: improving service supply and community demand. BMC Pregnancy Childbirth. 2009 May 7;9 Suppl 1:S7.

espanto a quem quer que seja se as taxas de mortalidade materna despencarem na contrapartida de um aumento nos indicadores de cesarianas que, certamente acontecerão na medida em que houverem investimentos na qualidade da assistência obstétrica em regiões miseráveis do continente africano.

A diminuição nos índices de mortalidade materna e também de outras morbidades verificadas em países pobres como a Etiópia foi acompanhada de uma elevação em 6 vezes no índice de cesarianas como consequência da disponibilização de serviços para atendimento das emergências obstétricas, em Projeto capitaneado pela FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).<sup>106</sup> Não somente na Etiópia, uma nação paupérrima do continente africano, mas também na Suécia, os indicadores de cesarianas apresentaram elevação significativa na última década.<sup>107</sup>

Para o Ministério da Saúde do Brasil, a queda na mortalidade materna no Brasil se deve ao programa denominado Rede Cegonha que é, segundo o site Portal da Saúde:

“ A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza.

---

<sup>104</sup> Lawn JE, et al. - Setting Research Priorities to Reduce Almost One Million Deaths from Birth Asphyxia by 2015. PLoS Med. 2011 January; 8(1): e1000389. Published online 2011 January 11. doi: [10.1371/journal.pmed.1000389](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000389) Acessado em 21 de setembro de 2012.

<sup>105</sup> Lawn JE, et al. - Reducing intrapartum-related deaths and disability: can the health system deliver? Int J Gynaecol Obstet. 2009 Oct;107 Suppl 1:S123-40, S140-2. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19815205> Acessado em 20 de setembro de 2012.

<sup>106</sup> Mekbib T et. al. – The FIGO Seve the Mothers Initiative: the Ethiopia – Sweden collaboration. International Journal of Gynecology and Obstetrics 81 (2003) 93-102.

<sup>107</sup> Karlstrom A. et. al. – Cesarean Section without Medical Reason, 1997 to 2006: a Swedish Register Study. Birth volume 37, issue 1, p. 11-20, Feb 2010.

Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a).”<sup>108</sup>

Na mesma página é noticiado em destaque Ações da Rede Cegonha reduzem a mortalidade materna em 21%, cujo texto transcrevo abaixo:

*“Programa do Ministério da Saúde promove melhora no atendimento à gestante e reduz óbitos decorrentes de complicações na gravidez e no parto.*

O Brasil registrou queda recorde nos números de mortes maternas em 2011, primeiro ano de funcionamento do programa Rede Cegonha, do Ministério da Saúde. Entre janeiro e setembro do ano passado, foram contabilizados 1.038 óbitos decorrentes de complicações na gravidez e no parto, o que representa queda de 21% em comparação ao mesmo período de 2010, quando 1.317 mulheres morreram por estas causas. Lançada em março do ano passado, a Rede Cegonha já destinou investimentos federais R\$ 2,5 bilhões para qualificar a assistência à mulher e ao bebê. Com pouco mais de um ano, a iniciativa já atende 36% das gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as melhorias, o avanço no acesso das mulheres às consultas de pré-natal – em 2011, mais de 1,7 milhão de mulheres fizeram no mínimo sete consultas pré-natais. Essa conquista é muito importante para o país, mas o desafio ainda existe. Nosso esforço é para impedir mortes maternas evitáveis, em parceria entre o governo federal, os estados e os municípios. A Rede Cegonha é uma importante aliada da mulher, pois oferece cuidados integrais à saúde da mulher e da criança”, destacou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, durante a apresentação dos dados, nesta sexta-feira (25), em videoconferência do Ministério da Saúde com as Secretarias Estaduais de Saúde. O encontro,

---

<sup>108</sup> Portal da Saúde – SUS. Acessado em 30 de maio de 2012.  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1)

que ocorrerá periodicamente, permitirá melhor acompanhamento das avaliações do óbito materno e compartilhamento das ações de enfrentamento. ‘Esses encontros são importantes para analisar onde podemos reduzir mais os índices de mortalidade materna, identificando as gestantes de alto risco para realizarem um pré-natal precoce’, afirmou Padilha.

**ESTRATÉGIA** – A Rede Cegonha busca assegurar e prevê a expansão e qualificação de maternidades; leitos; Centros de Parto Normal; Casas da Gestante, do Bebê e Puérpera; o direito ao acompanhante no parto; exames de pré-natal; planejamento familiar, acompanhamento das crianças até os 2 anos de idade, entre outras ações. Todos os estados e o Distrito Federal já aderiram à Rede Cegonha. Outra novidade é a distribuição - para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam o pré-natal - do sonar, equipamento para auscultar, ouvir e monitorar o coração do bebê ainda na barriga da mãe e verificar as condições físicas dele. Já foram entregues mais de seis mil sonares para os estados da Bahia e Pernambuco. Nos próximos meses serão entregues 19,3 mil nas regiões Norte e Nordeste. A Rede Cegonha também auxilia as gestantes no deslocamento para as consultas de pré-natal. Até o momento, 1.291 gestantes estão cadastradas em 59 municípios de 11 estados para receberem o auxílio de até R\$ 50,00. ‘O objetivo é que esse recurso permita a gestante o seu deslocamento para a realização do pré-natal completo e o mais cedo possível, garantindo uma assistência completa à gestante’, destaca Padilha.

**SERVIÇO** - O Ministério da Saúde também quer conhecer cada mulher que teve seu filho no SUS e saber como foi o atendimento recebido durante toda gestação, parto e pós-parto. A Ouvidoria Geral do Ministério da Saúde está ligando para essas mães avaliarem os serviços prestados. Já existem mais de 75 mil mulheres cadastradas.

**SÉRIE HISTÓRICA** - A redução de 21% na mortalidade materna em 2011 é um marco histórico, que aprofunda vigorosamente a

tendência registrada nos últimos anos - de 1990 a 2010, o indicador caiu à metade: de 141 para 68 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. No período, houve diminuição em todas as causas diretas de mortalidade materna: hipertensão arterial (66,1%); hemorragia (69,2%); infecções pós-parto (60,3%); aborto (81,9%); e doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou pós-parto (42,7%).

Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Fundo de População das Nações Unidas e o Banco Mundial Organização das Nações Unidas (ONU), publicado neste mês de maio, também registrou a queda de 51% do número de óbitos maternos neste período no Brasil. Em 2008, o Ministério da Saúde assumiu o gerenciamento das investigações das mortes de mulheres em idade fértil – entre 10 e 49 anos. Todos os casos são analisados por equipes de vigilância dos estados e dos municípios, e as informações repassadas ao órgão federal. A intenção é avaliar as causas e circunstâncias da morte e verificar se os casos foram gerados por complicações gestacionais. Para melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção à saúde materna, principalmente às gestantes de risco, a notificação está sendo aperfeiçoada com o novo Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna. Também está prevista a criação de comissões responsáveis por manter atualizadas as informações cadastrais de todas as gestantes atendidas pela referida unidade de saúde”.

Em que pesem as melhores intenções explicitadas no Programa Rede Cegonha e as efusivas comemorações contidas nas declarações do Ministro Alexandre Padilha, a este autor parece um tanto pretencioso relacionar os resultados da mortalidade materna a um programa que tem apenas um ano de duração. Obviamente, não se pode desconsiderar que as condições econômicas do Brasil tiveram saldos bastantes positivos e as condições de vida das classes C e D tiveram um incremento notável a partir de 2008, impulsionadas pela elevação no padrão de consumo, as mulheres recorrem às cesarianas que são responsáveis

por 52% dos nascimentos no país. Concomitantemente, as taxas de fecundidade apresentaram queda substancial em todas as regiões do Brasil e já é semelhante a dos países mais ricos do mundo.

Segundo o Comunicado 64 do IPEA que é o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada:

“o País deve parar de crescer em 2030, devido ao fato de a taxa média de fecundidade (1,8 filho por mulher) se encontrar abaixo do patamar de reposição – que seria de 2,1 filhos. O nível de fecundidade passou de 91 filhos nascidos vivos a cada mil mulheres em 1992 para 63 em 2009 e houve redução no número de adolescentes grávidas. A população brasileira está envelhecendo, o que nos faz pensar também em novas políticas públicas pelo aumento na demanda por cuidados de longa duração e por serviços de saúde. Em 2040, a previsão é de que teremos 204,7 milhões de pessoas no Brasil”.<sup>109</sup>

Mulheres que optam por cesarianas tem taxas de fecundidade menores. É muito raro encontrar mulheres submetidas a mais de 3 cesarianas consecutivas.

A cesariana também está enraizada no inconsciente coletivo como uma medida extrema, utilizada para salvar a vida de bebês de mães mortas ou como derradeiro recurso, com implicações prognósticas muito desfavoráveis. O que se vê, neste início do século XXI, é que a cesariana se tornou e se torna um procedimento cada vez mais seguro tanto para a mãe como para o feto e, ainda, permite uma opção de respeito ao direito da mãe na escolha de uma via de parto num cenário muito diferente de tempos renascentistas. A cirurgia cesariana traz consigo alguns mitos<sup>110</sup> que estão ligados a relatos heróicos e que o imperador romano César teria nascido de uma cesariana.

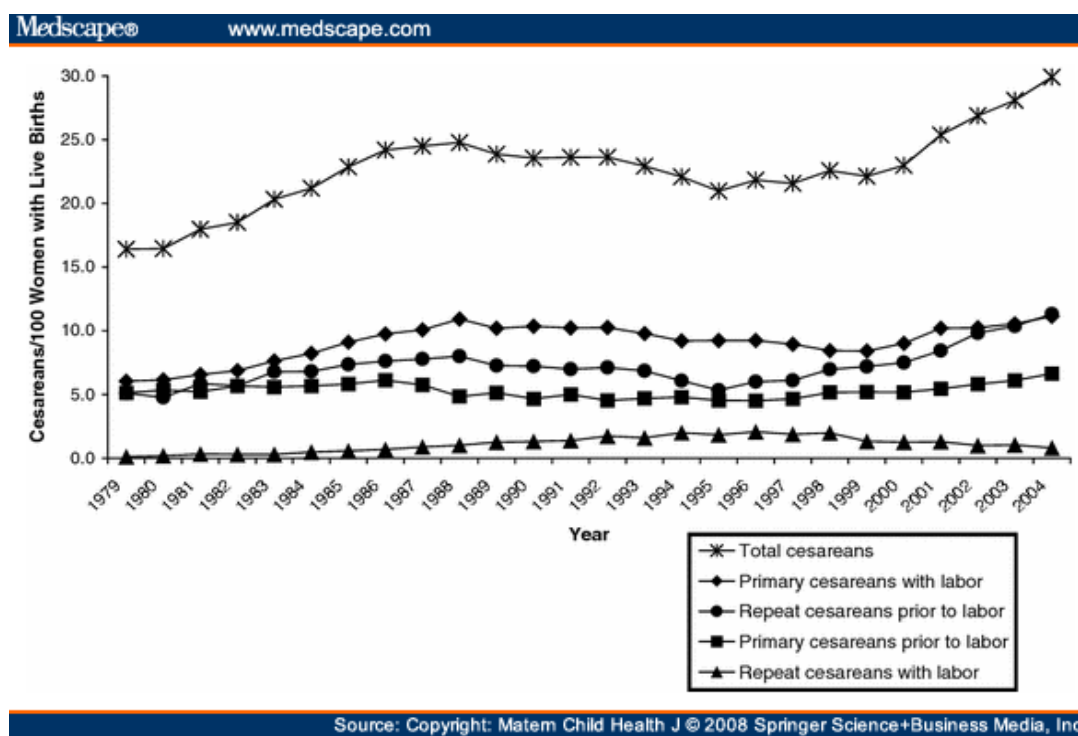
---

<sup>109</sup> Site do IPEA (O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) – Acessada em 30 de maio de 2012. [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5531](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5531)

<sup>110</sup> Lurie S. – The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. Arch Gynecol Obstet (2005) 271: 281-285.

A cesariana é o procedimento cirúrgico mais frequentemente realizado nos Estados Unidos, onde são feitas, aproximadamente, 1 milhão de cesarianas a cada ano<sup>111</sup> e Clark<sup>112</sup> demonstrou que existe uma variação regional nos indicadores de cesarianas atribuída a uma falta de uniformidade nas condutas para a tomada de decisões.

**Gráfico 2 – Número de nascimentos por cesarianas conforme o tipo por 100 mulheres com nascidos vivos nos Estados Unidos de 1979 a 2004.**



Fonte: National Hospital Discharge Survey

Em 2007, o índice de cesarianas foi o mais elevado já registrado nos Estados Unidos. Foram realizadas 1,4 milhões de cesarianas, representando aproximadamente 1/3 de todos os nascimentos nos Estados Unidos. Após um declínio no início dos anos 90, o índice de cesarianas aumentou em 53% entre 1996 e 2007, quando foi registrada a marca de

<sup>111</sup> Martin JÁ, Hamilton BE, Menacher F, Sutton PD, Mathews TJ. – Preliminary births in 2004, Infant and Maternal Health. Health E-stats. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics, november 15, 2005.

<sup>112</sup> Clark SL, Belfort MA, Hankins GDV, et al. Variation in the rates of operative deliveries in the United States. American Journal of Obstetric and Gynecology 2007;196:526.e1-526.e5.

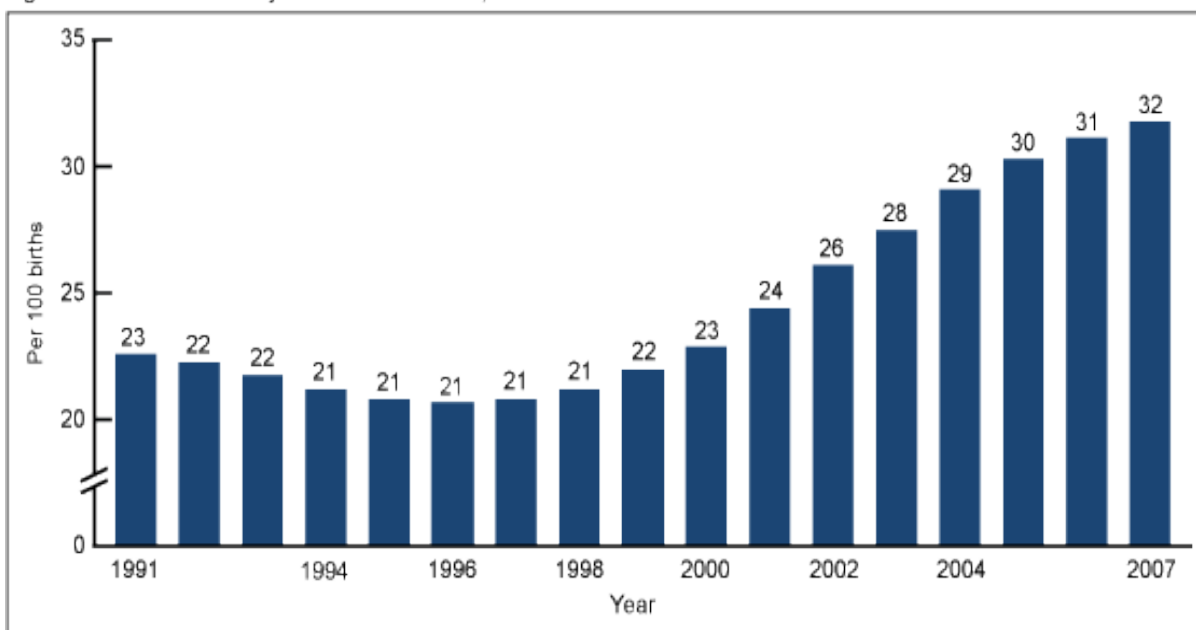


32%. O número de nascimentos por cesariana aumentou em torno de 71% de 1996 (797.119) até 2007 (1.367.049).<sup>113</sup>

O Gráfico 3 demonstra a curva de crescimento nos indicadores de cesarianas ocorrida nos Estados Unidos entre os anos de 1991 até 2007.

### Gráfico 3 – Índice de cesarianas nos Estados Unidos de 1991 até 2007.

Figure 1. Cesarean delivery rates: United States, 1991–2007



SOURCE: CDC/NCHS, National Vital Statistics System.

Nos Estados Unidos, o incremento nos indicadores de cesarianas ocorreram em todas as faixas etárias entre os anos de 1996 a 2007, sendo que este indicador é o dobro ( 2 vezes maior) nas gestantes com mais de 40 anos em relação às gestantes abaixo de 20 anos de idade (48% e 23% respectivamente).<sup>114</sup>

O Gráfico 4 demonstra que os indicadores de cesarianas aumentaram em todas as faixas etárias, em especial nas gestantes com mais de 40 anos, possivelmente em virtude de

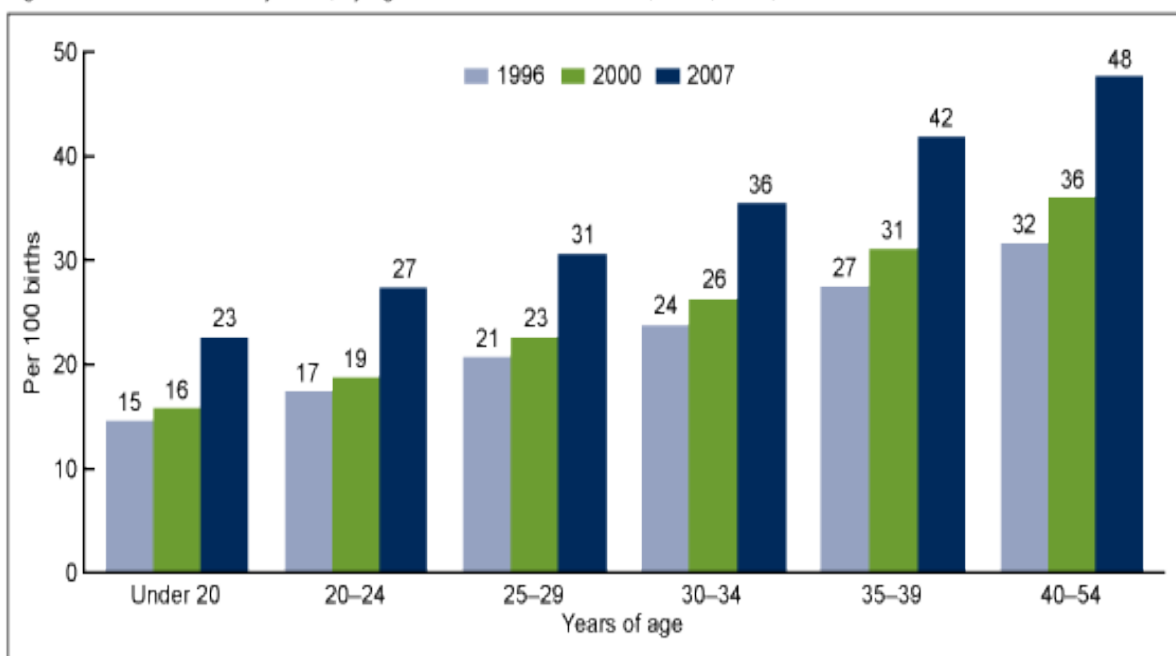
<sup>113</sup> NCHS Data Brief – No 35 – March, 2010.

<sup>114</sup> NCHS Data Brief – No 35 – March, 2010.

que as mulheres modernas engravidam mais tardiamente e têm poucos filhos e, por consequência, constituem a faixa etária na qual ocorrem com maior frequência as chamadas gestações supervalorizadas.

**Gráfico 4 – Indicadores de cesarianas de acordo com a idade da mãe: Estados Unidos, 1996, 2000 e 2007.**

Figure 2. Cesarean delivery rates, by age of mother: United States, 1996, 2000, and 2007



SOURCE: CDC/NCHS, National Vital Statistics System.

Nas últimas décadas, tem havido incrementos significativos nas taxas de cesarianas em todo o mundo. Países que tradicionalmente apresentavam taxas muito baixas de cesariana, como a Turquia e a Itália, por exemplo, alcançaram, no início dos anos 2000, taxas de 30 e 33%, respectivamente.<sup>115</sup> O índice de cesarianas passou a ser indicador de qualidade dos serviços prestados pelas maternidades públicas que demonizam as cesarianas e pregam os postulados advindos do encontro de Fortaleza que estabeleceu o índice de 15% como aceitável para qualquer região do planeta. Qual é o percentual ideal para as cesarianas em uma determinada instituição que presta serviços a uma determinada comunidade?

<sup>115</sup> Donati S, Gandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth*, 2003; 30(2):89-93.

Em relação a esta questão, o professor Marcelo Zugaib comenta:

“ Tentativas de se definir ou até impor a taxa ideal de cesárea são fúteis e devem ser abandonadas, porque no atual estágio de evolução cultural da sociedade moderna a autonomia da paciente aflora de maneira muito soberana. As taxas muito variáveis, no mundo, refletem o incontrolável montante de fatores que interferem na sua determinação, mesmo que na atenção à saúde de alguns países ou comunidades os órgãos oficiais imponham autoritariamente suas diretrizes. Parece até jocoso que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomende taxas ideais de 15%. Isso realmente se tornou em pouco tempo obsoleto, porque os indicadores de saúde atuais não podem estabelecer de forma segura esses índices. O aumento no número de cesáreas pode ter como contrapartida a diminuição da mortalidade e da morbidade em virtude do aprimoramento da medicina perinatal, ainda que pese a prevalência da idéia de que a instrumentalização do parto representa riscos adicionais ao feto e à mãe. Sem desconsiderar outros aperfeiçoamentos, é inegável o robusto avanço na esfera dos direitos, e, na saúde, o direito à ampla informação sobre os detalhes dos procedimentos, seus riscos e alternativas, leva, muitas vezes, as gestantes a optarem pela via abdominal”.<sup>116</sup>

A partir do momento no qual se decide realizar uma cesariana entram em cena vários atores que são partícipes e responsáveis pela decisão tomada e, conseqüentemente, pelos percentuais resultantes. O médico assistente, o pré-natalista, a parteira, a gestante, o casal, a família, a comunidade, enfim, é notável e registrável que a realidade caminha em sentido contrário à recomendação de 15% para o índice de cesarianas que foi o indicador arbitrado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 1985. Ou, então, o indicador arbitrado pela OMS só se aplica para o serviço público de Saúde, onde parem as mulheres

---

<sup>116</sup> Zugaib, M. *Obstetrícia*. Editora Manole, Barueri, São Paulo, 2008.

pobres, porque no setor privado, onde parem as mulheres ricas, educadas e de cor branca, ninguém se submete ao cansado e repetido jargão de que o parto normal é melhor simplesmente porque é natural. O parto vaginal é, também, medicamente assistido, muito embora seja classificado como natural.

Para Popper,

“A ciência começa, portanto, com os mitos e a crítica dos mitos, não se origina numa coleção de observações ou na intervenção de experimentos, mas sim, na discussão crítica dos mitos, das técnicas e práticas mágicas”.<sup>117</sup>

**Tabela 5 - Informações materno-neonatais do Brasil em 2004.**

Ano de 2004			
	SUS	Suplementar	Total
Número de Beneficiários do setor	-	39.216.376	39.216.376
Número de Operadoras com assistência médico-hospitalar	-	1.540	1.540
Total de Mulheres 10 a 49 anos(1)	58.623.425	14.003.735	72.627.160
% da população de mulheres 10-49 anos(1)	80,72	19,28	100,00
Total de Partos(2)	2.243.779	308.987	2.552.766
% partos em relação ao total no Brasil	87,90	12,10	100,00
Total de partos vaginais	1.626.092	62.723	1.688.815
Total de partos cesáreos	617.687	246.264	863.951
% parto cesáreo em relação ao total de partos cesáreos no Brasil	71,49	28,51	100,00
Proporção de parto cesáreo por segmento	27,53	79,70	-

Notas:

(1) Mulheres em idade fértil.

(2) Foram considerados todos os partos informados pelas operadoras ao Sistema de Informações de Produtos (SIP) da ANS em novembro/2005. Fontes: SIP & Programa de Qualificação/NA SIH/SUS IBGE

<sup>117</sup> Popper KR. – Conjecturas e Refutações. O progresso do conhecimento científico. Editora UNB 5ª Edição, 2008. p. 80.

Em relação aos dados da Tabela 5, a Agência Nacional de Saúde Suplementar divulgou que:

“Em 2004, no Brasil, ocorreram 2.552.766 nascimentos, desses 87,90% (2.243.779) foram atendidos pelo SUS e 12,10% (308.987) no setor de saúde suplementar. Dentre os nascimentos ocorridos no setor de saúde suplementar, 79,70% (246.264) foram de parto cesáreo. Para o mesmo período, o SUS registrou uma taxa de 27,53% de partos cesáreos (Tabela 5). Entre os 863.951 partos cesáreos do Brasil, 28,51% foram realizados no setor de saúde suplementar. Este dado evidencia o impacto negativo que esta elevada taxa de cesarianas, encontrada neste segmento, provoca nos indicadores nacionais”.<sup>118</sup>

O texto da ANS continua:

“Entendendo que o enfrentamento do problema das altas taxas de cesarianas e suas conseqüências implica no envolvimento de diferentes atores sociais, é preciso garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades, de forma a garantir um atendimento integral e humanizado à gestante e sua família. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vem traçando estratégias neste sentido junto às operadoras de planos privados de saúde através do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. O primeiro passo já foi dado com a estruturação do setor para a coleta, envio regular e monitoramento de informações sobre o parto e condições de nascimento. Outras informações importantes para a análise mais completa da situação materno-neonatal na saúde suplementar, tais como, taxas de mortalidade materna e prematuridade ainda encontram-se subestimadas

---

<sup>118</sup> Página da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acessado em 8 de setembro de 2009. Disponível na Internet: [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)

em virtude da dificuldade das operadoras na obtenção e envio regular dos dados. Apesar das dificuldades, o cenário começa a ser desenhado, trazendo desafios importantes na linha de cuidado materno-neonatal da dimensão de atenção à saúde. Esta área do programa visa a melhoria da atenção obstétrica e neonatal através da qualificação da assistência prestada, com a conseqüente redução da morbi-mortalidade materna e infantil no setor. O próximo passo importante é a redução das cesáreas. O objetivo inicial é pactuar que as operadoras apresentem uma redução de 15%, num período de 3 anos, da proporção de partos cesáreos em relação ao ano de referência de 2003 (76% de partos cesáreos). Com o objetivo de promover e aprofundar a discussão de temas relacionados à assistência materna e perinatal no Brasil e no mundo, sobretudo no tocante às novas possibilidades de atuação da saúde suplementar no contexto nacional, faz-se necessário entender os motivos das altas taxas de cesarianas. É também fundamental questionar quais serão as conseqüências futuras deste número excessivo de cesarianas, realizadas muitas vezes sem uma indicação médica precisa e sem que as crianças tenham atingido seu completo potencial de desenvolvimento. Entender a complexa realidade da atual situação é também um passo importante para o enfrentamento deste problema de tamanha relevância para a saúde dos usuários, sejam eles do sistema público ou privado”.

A proposta da ANS, fazer um pacto com as operadoras de planos privados de saúde, é francamente impraticável. As operadoras não interferem na relação do médico com pacientes que têm direito a livre escolha dos profissionais credenciados. Será até mesmo redundante comentar o que todos os registros confirmam: que nenhuma mudança ocorreu nos índices de cesarianas no setor privado de 2004 até estes primeiros meses de 2011.

Para Rui Nunes,

“Uma ética fundada na dignidade humana pressupõe, necessariamente, que novos conhecimentos na área das ciências biológicas possam questionar axiomas considerados imutáveis, de modo a proporcionar – através de uma análise introspectiva permanente – uma mudança gradual da visão antropológica de ser humano. Pretender que a dignidade humana e os direitos a ela associados, sejam considerados irrevogáveis, é não apenas um erro conceitual, como também uma tarefa difícil de alcançar. A *fortiori* toda a visão da dignidade humana deve ser periodicamente revista, não no sentido de uma total substituição, mas no sentido de uma reavaliação conceitual. Esta caducidade dos critérios operativos associa-se, também, à característica intercultural da humanidade.”<sup>119</sup>

Em relação à questão ética na indicação de cesarianas, uma publicação do Conselho Regional de Medicina do Paraná em 2005 aborda a questão sob o título “Quem decide a indicação de Cesariana?”. O parecer foi relatado pelo conselheiro Hércio Bertolozzi Soares e aprovado na Sessão Plenária de 26 de março de 2004<sup>120</sup> e traz o seguinte conteúdo:

“Trata o presente sobre a Consulta número 065/2004, encaminhada pela Unimed Costa Oeste, em correspondência com o seguinte teor: Somos auditores da Unimed Costa Oeste – Toledo – Paraná e estamos tendo alguns problemas com cesarianas. Os índices variam conforme os médicos, entre 60 e 80% em relação ao total de partos. As indicações são pouco convincentes, algumas vem como indicação: a pedido da paciente ou a mesma se nega a ter parto normal, outras pacientes contatadas pela assistente social afirmam que combinaram previamente cesárea para a realização de laqueadura. Qual a melhor conduta a ser tomada: Glosar essas contas? Cobrar da paciente a conta total? Pagar como normal e cobrar a diferença da paciente? Sobre o

---

<sup>119</sup> Nunes R, Melo HP. – Testamento Vital. Edições Almedina, Coimbra, Maio, 2011, p. 32.

<sup>120</sup> Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, Curitiba, volume 22, número 85, jan/Mar, 2005, p. 48-49.

exposto temos a aduzir: As indicações de cesarianas têm seus índices aumentados em todo o mundo. Em recente editorial de revista americana das mais conceituadas do mundo em todo o meio, da especialidade, faz estimativas de risco do parto normal para o assoalho pélvico e de suas complicações. Certamente os índices de infecção produzidos pela cesariana quando cotejadas com o parto normal superam cerca de três vezes mais aqueles do parto normal. Os estudos recentes de mortalidade materna para as cesarianas, quando indicadas em momento oportuno, têm seus valores amenizados quanto aos índices. Evidentemente, não se podem ter índices apresentados de 80% como valores de normalidade. A melhor técnica e conhecimento da realização de cesariana têm produzido maior frequência de suas indicações. A cesárea a pedido, motivada pela pressão da paciente e de seus familiares, acrescido da banalização das queixas contra profissionais e da judicialização do exercício profissional, tem aumentado de forma significativa os índices este ano. É mister que se esclareça que este fenômeno é pertinente em todo o mundo. Dentro da Bioética, o princípio da Autonomia pode ser abordado dentro da relação médico paciente, conferindo dificuldade em não se atender tal propositura por parte da paciente. Fica claro que a decisão é absolutamente do médico. Com relação às indicações para a realização de laqueadura tubária, existe lei devidamente conhecida dos profissionais da área da saúde e que deve ser levada em consideração. Para tanto, anexamos a legislação ora citada. Quanto às condutas a serem tomadas pela administração da Cooperativa, devem ser as mesmas norteadas pelos parâmetros do bom senso e de conhecimento prévio dos cooperados. É o Parecer, Curitiba, 4 de março de 2004, Hércio Betolozzi Soares, Conselheiro Relator”.

Conclusão: para as cooperativas, que são empresas privadas, a prioridade é para com as questões econômicas. Então, para as cooperativas, a preocupação prioritária é com o caixa. Se até a presente data não houve pressão ou restrição por parte das empresas de



planos de saúde em reduzir as taxas de cesarianas, é somente porque o custo destas não afeta o balanço das contas, ou seja, se as cesarianas redundassem em prejuízos, aí sim, seriam demonizadas pelos gestores destas empresas.

Freitas, ao analisar a elevação nas taxas de cesariana em um Hospital Universitário do Sul do Brasil, cujos índices eram de 28,4% em 2002 e aumentaram para 36,7% em 2004, verificou que a distribuição das variáveis sociais, demográficas e reprodutivas eram semelhantes nos 2 anos analisados, exceto para escolaridade mais elevada, primiparidade e cesariana prévia, cujas proporções foram maiores em 2004 quando comparadas a 2002. Ao final do texto, Freitas conclui que fatores não médicos influenciaram os resultados e aponta para uma maior permeabilidade do sistema público às práticas do sistema privado.<sup>121</sup> Que o parto normal é, dentro de certos limites, natural, ninguém ousa duvidar, entretanto, que o parto normal é desejável, bem, esta é outra questão a ser ponderada.

Michael Stephen, responde à pergunta que dá título ao seu próprio artigo:

*“Can we reduce the caesarean section rate? Yes, but only when it can be justified, accepted by women and safely implemented”.*<sup>122</sup>

Na América Latina, o Chile é o país com a maior taxa de cesariana, com 45% em 1999<sup>123</sup>, seguido de perto pelo Brasil, que tinha 31% de cesarianas em 1982 e 37% de cesarianas em 2000.<sup>124</sup> Nas zonas urbanas da China os índices de cesarianas aumentaram de

---

<sup>121</sup> Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP.- Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesarianas em um hospital universitário no Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, volume 24, número 5, Rio de Janeiro, maio de 2008.

<sup>122</sup> Robson MS. - Can we reduce the caesarean section rate? Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Vol 15 No. 1 p. 179-194, 2001. (Em português: Nós podemos reduzir o índice de cesarianas? Sim, mas somente quando isto for justificado e aceito pelas mulheres e implementado com segurança.)

<sup>123</sup> Murray SF, Serani F. Recent trends in cesarean sections rates in Chile – the political economy of maternal care. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas; 2000 Disponible in: <http://www.ine.cl/chile-cifras>.

<sup>124</sup> IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Matéria publicada na Folha de São Paulo. Disponível na Internet: [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). Acessado em 11 de janeiro de 2006.:

18,2% de 1990 até 1992 para 39,5% de 1998 até 2002.<sup>125</sup> Apesar de o Comitê de Aspectos Éticos em Reprodução Humana e Saúde das Mulheres da FIGO deliberar que é antiético realizar uma cesariana sem indicação médica<sup>126</sup>, cada vez mais se tem discutido a pertinência ou não da realização de uma cesariana “a pedido”.

Fato notável é que o índice de cesariana nos EUA era de 3% em 1937<sup>127</sup> e de 5,5% em 1970<sup>128</sup>. Até então a cirurgia de cesariana era considerada um recurso excepcional destinado a solucionar situações emergenciais em obstetrícia. Tais indicadores se mantiveram estáveis e inferiores a 23% por mais de 20 anos, chegaram a 27,5% de cesáreas em 2003. As taxas de cesarianas se aproximam de 30%, ou seja, índices 10 vezes maiores, do que ocorria em 1937<sup>129</sup>, ou seja, praticamente uma em cada três gestantes pare seus filhos por meio de incisões abdominais.

É claro, de 1937 até 2007, 70 anos se passaram. Ocorreu um aumento na quantidade e na qualidade dos recursos humanos, rotinas de assepsia se tornaram mais rigorosas, as técnicas cirúrgicas se aprimoraram, os riscos anestésicos diminuíram, ocorreu uma melhora no controle das infecções e no importante e decisivo suporte dos bancos de sangue e aumentou substancialmente a disponibilidade de medicamentos e antibióticos. Em 1985, um corajoso e provocativo artigo foi publicado por Feldamn no NEJM<sup>130</sup> relacionado à indicação de cesariana eletiva, à época denominada cesariana profilática, com o objetivo de evitar os riscos relacionados ao parto vaginal. No entanto, não ocorreu qualquer impacto

---

<sup>125</sup> Tang S, Li X, Wu Z. – Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban China: evidence from three nationwide household health surveys. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Volume 195, issue 6, December 2006, p. 1527-1532.

<sup>126</sup> 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 Gynaecology Obstet*. 1999; 64 (3):317-22.

<sup>127</sup> Duncan CJ, Doyle JB. Cesarean section: a ten year study of 703 cases at the Boston City Hospital. *NEJM* 1937; 216:1-5.

<sup>128</sup> Centers for Disease Control and Prevention. Rates of Cesarean delivery – United States, 1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1993;42 (15):285-9.

<sup>129</sup> Hamilton BE, Martin JA, Ventura, SJ. Births: preliminary data for 2005. *Health e-stats*. Hyattsville, MD; National Center for Health Statistics, November 21, 2006.

<sup>130</sup> Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic cesarean section at term? *N Engl J Med* 1985; 312:1264-1267.

na conduta obstétrica “clássica” que se manteve standard, ou seja, ficou mantido o mesmo e universal discurso em defesa do parto vaginal, porque esta é a via natural.

No Brasil, uma campanha em defesa do parto normal sob o título “Normal é Parto Natural” foi promovida em 1997 pelo Conselho Federal de Medicina<sup>131</sup> com a participação de entidades da sociedade civil. A campanha teve como ícone e madrinha a atriz Malu Mader e teve uma repercussão bastante positiva junto ao Ministério da Saúde, que direcionou um volume maior de recursos para o Programa de Assistência à Saúde da Mulher como a melhor remuneração dos partos, o pagamento da analgesia para o parto normal, incentivo à criação de serviços de alto risco, UTI neonatal, etc.

Mas, é no mínimo bastante curioso o conteúdo da capa do periódico do CFM que ostenta na capa uma foto da atriz Malu Mader segurando um bebê e, ao lado, uma vinheta intitulada CESÁREAS: VERGONHA NACIONAL que tem o seguinte conteúdo:

“O lançamento da campanha Natural é Parto Normal, promovida pelo Conselho Federal de Medicina, mobilizou dezenas de entidades e organizações vinculadas ao direito e à saúde das mulheres, também preocupadas com a alta incidência de cesarianas no Brasil. A campanha, que tem como madrinha a atriz Malu Mader, deve-se estender por tempo suficiente para que médicos, hospitais e, principalmente, as mulheres, conscientizem-se do fato de que a cesariana é uma intervenção cirúrgica que só deve ser realizada quando tecnicamente indicada e não por simples escolha da paciente ou do médico. Com isso pretende-se não apenas baixar a níveis aceitáveis os índices de cesarianas, como reduzir os riscos tanto para a mãe como para o feto. O Brasil não pode continuar ostentando o triste estigma de ser o líder mundial em operações cesáreas desnecessárias. Vários outros países, como os Estados Unidos, também estão realizando esforços para reduzir suas taxas, igualmente consideradas altas. Sabemos que a iniciativa do CFM pode, inicialmente,

---

<sup>131</sup> Jornal do Conselho Federal de Medicina Ano X número 87, Novembro 1997.

encontrar resistências. Porém, acreditamos que este é o caminho certo. Não podemos mais, nós, os próprios médicos, continuarmos contribuindo para a existência dessa verdadeira epidemia invisível. É nossa a responsabilidade de sermos os primeiros a enfrentar esse problema e reverter este vergonhoso quadro. É esse o sentido da campanha lançada pelo Conselho Federal de Medicina. É preciso, agora, que cada um de nós, colegas, e nossas gestantes tomem essa bandeira e convençamos aos demais que, efetivamente, natural é o parto normal”.

Bem, se o parto normal é assim tão natural porque tem sido o hábito da Humanidade ao longo de milênios e, sobretudo, porque é natural deve ser sempre considerado ético e normativo, então não haveria razão para a aplicação de vacinas, anestésicos e muito menos haveria razão para ocorrerem cesarianas de emergência, afinal de contas, morrer de parto, em outras épocas, constituía um infortúnio compreensível e absolutamente natural.

Nem é preciso dizer que a campanha lançada pelo Conselho Federal de Medicina não surtiu qualquer efeito em termos estatísticos. Os indicadores de cesarianas podem ser expressos em números e números refletem fatos. Promover a redução dos índices de cesarianas é uma tarefa muito mais complexa e requer esforços que superam uma campanha midiática. A literatura internacional associa os indicadores de cesarianas a fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes<sup>132</sup>, que estão obviamente inseparados da solicitação materna pelo tipo de parto e a fatores relacionados ao modelo assistencial da região ou do país que envolvem aspectos do trabalho médico e de outros profissionais, assim como as preferências médicas e interesses econômicos dos atores desse processo.<sup>133</sup>

O fracasso da campanha em prol do parto normal, pode ser explicado, de forma indireta, por David Hume que, em seu Tratado da Natureza Humana transcorre:

---

<sup>132</sup> Alves B, Sheikh A. Investigating the relationship between affluence and elective caesarean sections. *Br L Obstet Gynaecol.* 2005; 112 (7):994-6.

<sup>133</sup> Grant D. Explaining source of payment differences in U.S. cesareans rates: why do privately insured mothers receive more cesarean than mothers who are not privately assured? *Health Care Manag Sci.* 2005;8(1)5-17. DOI:10.1007/s10729-005-5212-7.

“A natureza humana se compõe de duas partes principais, requeridas para todas as suas ações, ou seja, os afetos e o entendimento; certamente os movimentos cegos daqueles, sem a direção deste, incapacitam o homem para a sociedade. Mas podemos considerar separadamente os efeitos resultantes das operações de cada uma dessas duas partes que compõem a mente. Pode-se conceder aos filósofos morais a mesma liberdade concedida aos filósofos naturais; estes últimos muito frequentemente consideram um movimento qualquer como composto e consistindo em duas partes separadas, embora ao mesmo tempo reconheçam que, em si mesmo, esse movimento é simples e indivisível. Esse estado de natureza, portanto, deve ser visto com uma simples ficção, não muito diversa da ficção de uma Idade de Ouro, inventada pelos poetas; com a única diferença que aquele é descrito como cheio de guerras, violência e injustiça, ao passo que esta nos é pintada como condição mais encantadora e pacífica que se pode imaginar. Ao se acreditar nos poetas, as estações, naquela primeira idade da natureza, eram tão temperadas que os homens não precisavam de roupas e casas para se proteger da violência do calor do frio. Os rios corriam cheios de vinho e leite; os carvalhos davam mel; e a natureza produzia espontaneamente as melhores iguarias”.<sup>134</sup>

O Tratado na Natureza Humana é uma obra do filósofo David Hume que viveu na Inglaterra entre 1711 e 1776 e que comenta na mesma página do texto acima:

“Sem dúvida, tudo isto é vã ficção; entretanto, é uma ficção que merece nossa atenção, porque nada é capaz de mostrar com mais evidência a origem dessas virtudes que são o objeto de nossa investigação presente. Já observei que a Justiça nasce das convenções humanas e que estas têm como objetivo remediar alguns inconvenientes procedentes da

---

<sup>134</sup> Hume D. – Tratado da Natureza Humana. Editora UNESP 2ª Edição, 2009. p. 533-534.

concorrência de certas qualidades de mente humana com a situação dos objetos externos. Tais qualidades da mente são o egoísmo e a generosidade restrita; e a situação dos objetos externos é a facilidade de sua troca, juntamente com sua escassez em comparação com as necessidades e os desejos dos homens. Aumentai até um grau suficiente a benevolência dos homens ou a generosidade da natureza e tornareis a justiça inútil, preenchendo seu lugar com virtudes muito mais nobres e bênçãos valiosas. O egoísmo humano é atizado pela escassez de nossos bens, quando comparados às nossas necessidades e é para restringir esse egoísmo que os homens se viram obrigados a se separar da comunidade e a distinguir entre seus próprios bens e os dos outros”.

Ao comentar a implementação de tecnologias destinadas à reprodução assistida, Helena Melo promove uma breve reflexão entre o natural e o artificial:

“É, assim, indiscutível a intervenção do artificial no processo reprodutivo humano. O recurso a estas técnicas ao permitir o aparecimento da vida humana em momentos e enquadramentos diferentes daqueles em que ele sempre se deu (traduz, no fundo, a intervenção do homem em domínios onde ela era praticamente nula no passado) tem reflexos na própria concepção que fazemos de pessoa humana e torna progressivamente mais difícil a delimitação entre o que é artificial e o que resulta das leis da natureza. Pouco a pouco, esbate-se a linha que separa o ser do não ser e ressurgem em novos moldes e com uma pertinência que há muito não se fazia sentir as questões que sempre inquietaram o Homem: o que é vida, o que é ser humano?”<sup>135</sup>

A questão, para os defensores de que o parto normal é melhor porque é natural, passou a ser doutrinária, mas, como se costuma dizer, “não colou”. Assim como também

---

<sup>135</sup> Melo HP. O embrião e o Direito. A ética e o direito no início da vida humana. Coord. Rui Nunes e Helena Melo. Gráfica de Coimbra, outubro de 2001, p. 160.

“não colou” a pregação dos jesuítas que, na época do Descobrimento, tentaram transformar indígenas em cristãos fervorosos. Ainda nos dias atuais, pregadores de diversas crenças evangelizadoras frequentam aldeias indígenas no Estado de Rondônia, para transformar os índios em obedientes servos de um ou outro credo religioso.

Lya Luft, em artigo intitulado *Trabalhar e Sofrer*, , faz interessantes comentários sobre as frases “O trabalho enobrece” e “A quem Deus ama, ele faz sofrer”. Reproduzo os comentários da escritora gaúcha:

“Servos de uma culpa generalizada, fabricamos cada elo do círculo infernal da nossa infelicidade e alienação. Essas frases feitas, das quais aqui citei só duas, podem parecer banais. Até rimos delas, quando alguém nos leva a refletir a respeito. Mas, na verdade, são instrumentos de dominação de mentes: sofra e não se queixe, não se poupe, não se dê folga, mate-se trabalhando, seja humilde, seja pobre, sofrer é nosso destino, darás à luz com dor – e todo o resto da tola e desumana lavagem cerebral de muitos séculos, que a gente, em geral, nem questiona mais”.<sup>136</sup>

Na opinião deste autor, sofrer as dores do parto não é mais uma obra do destino e nem castigo divino. A opção, a escolha pela cesariana é fruto da modernidade. Assim como o computador, a Internet, o telefone celular, o Ipad ou o Iphone. Trata-se de uma escolha pelo conforto, um desejo, uma busca por segurança. Não estamos vivendo em tempos pré-históricos. Em décadas passadas, não existia a opção por cesariana porque não existiam médicos em número suficiente, hospitais aparelhados, anestesistas a postos, bancos de sangue, oxímetros precisos, monitorização fetal, a tecnologia era escassa e engravidar significava algo como “a sorte está lançada”. Os indicadores de mortalidade materna certamente eram representados por números colossais.

---

<sup>136</sup> Luft L. – *Trabalhar e sofrer*. Revista Veja, 20 de janeiro de 2010, Editora Abril, edição 2148 – ano 43 – número 2, p. 24.

Nos dias atuais, os índices de cesarianas estão ao alcance de qualquer pessoa com conhecimentos rudimentares de informática. Tais índices irão diminuir com campanhas que ensejam o argumento de que “parto normal é melhor porque é natural?” De jeito algum, é claro.

Em Santa Catarina, ao analisar as taxas de cesarianas que subiram de 28,4% em 2002 para 36,7% em 2004, Freitas concluiu que: “A escolaridade materna, a hora do parto, a presença de patologia e a maior frequência ao pré-natal são os fatores que representaram a contribuição mais expressiva para esse aumento”.<sup>137</sup>

Discordo completamente de D’Orsi que afirma:

“A maior parte dos fatores associados à realização de cesárea são modificáveis. A reorganização da prática obstétrica que deve incentivar o trabalho de parto após cesáreas, evitar cesáreas em primíparas, reduzir as internações precoces, e reforçar o trabalho em equipe podem contribuir para a redução da proporção de cesáreas e melhoria na qualidade da atenção ao parto em nosso meio”.<sup>138</sup>

Os argumentos de D’Orsi são totalmente contrários aos fatos e estatísticas que registram um aumento dos índices de cesarianas de todo o planeta. Em contraposição, concordo totalmente com Durkheim que:

---

<sup>137</sup> Freitas, PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. – Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário do Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, volume 4, número 5, Rio de Janeiro, maio de 2008.

<sup>138</sup> D’Orsi E. – Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade de atenção ao parto no município do Rio de Janeiro. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, maio de 2003. Disponível na Internet:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LJLACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=345682&indexSearch=ID>

Acessado em 17 de julho de 2007.



“A forma não precede a matéria, mas deriva dela e a expressa. Não se pode construir uma moral completa e impô-la mais tarde à realidade; ao contrário, é preciso observar a realidade para de ela inferir a moral. É necessário entender a moral em suas múltiplas relações com os inúmeros fatos que lhe definem a forma e que ela, por sua vez, regula. Se é isolada deles, a moral parece não se relacionar a coisa alguma, mas flutuar no vazio. Isolada de todas as inter-relações com a fonte da própria vida, ela fenece a ponto de se reduzir a nada além de um conceito abstrato, inteiramente contido numa fórmula vazia e seca”.<sup>139</sup>

Na contramão deste movimento em defesa do Parto Normal, a Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro publicou em seu Boletim Informativo, datado em novembro/dezembro de 2008, o texto intitulado Cesariana: a polêmica das taxas, com o conteúdo abaixo transcrito:

“Atualmente, há uma forte campanha governamental a favor da humanização do parto e do parto vaginal. Este conceito de humanização, há muito distorcido, é usado para retirar substancialmente o médico do atendimento obstétrico. Para isto, são divulgadas informações erradas e levianas de que os médicos são menos ‘humanizados’ do que outros profissionais de saúde, que são os únicos responsáveis por altas taxas de cesariana com o objetivo único de preservar sua rotina e aumentar seus ganhos e que não respeitam a autonomia e o desejo das mulheres pelo parto vaginal. Vem sendo dito, inclusive, que o médico não sabe realizar um parto vaginal, dando a entender que esta capacidade somente é dominada pelas parteiras, enfermeiras, obstetizas, etc. Para solucionar este problema, foi criado na USP um curso de obstetrícia. Vocês leram bem: um curso de obstetrícia! Após 4 anos, o formando está apto a fazer partos vaginais. Este curso não tem nada a ver com a enfermagem. A primeira turma forma-se este ano de 2008. O curso está vinculado à

---

<sup>139</sup> Durkheim É. - Ética e Sociologia da Moral. Landy Editora, São Paulo, 2006, p. 33.

Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP. Espera-se, com isto, resolver a falta de formação médica para o parto vaginal”.<sup>140</sup>

Chama a atenção o fato de que, no Brasil, o pré-natal das mulheres é realizado, geralmente, por enfermeiras e o parto é feito em maternidades públicas.

Assinala a enfermeira da USP Ana Cristina Tanaka:

“Outro ponto importante, que interfere no momento oportuno da assistência, é a falta de integração entre os diversos níveis de serviços de saúde. Isto é, cada serviço trabalha de modo estanque, como se sua atividade tivesse um fim em si mesmo. Para a mulher no ciclo gravídico puerperal, as assistências no pré-natal, no parto e no puerpério estão intimamente interligadas e a impossibilidade de acesso às informações, de forma contínua e integral, em qualquer desses períodos, fragiliza a assistência, expondo a mulher a risco de vida. A falta de integração entre os serviços acaba gerando a descontinuidade da atenção. Isto se agrava uma vez que o médico dá pouca importância às informações trazidas pela gestante no cartão pré-natal”.<sup>141</sup>

Além disto, os profissionais que trabalham nas maternidades trabalham em regime de plantões e são pessoas desconhecidas da gestante. A relação entre estes personagens estranhos é totalmente impessoal o que acarreta inevitáveis temores e inseguranças para a gestante, uma vez que ficará completa e literalmente exposta nas suas mais recônditas intimidades. Chamam tal procedimento de Parto Humanizado.

Para Spadari não existe outro lado da Medicina que não o lado humano e cita:

---

<sup>140</sup> Parente, RCM. – Cesariana: a polêmica das taxas. Boletim Informativo da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro. Novembro/Dezembro de 2008.

Disponível na Internet: <http://www.sgorj.org.br/>

<sup>141</sup> Tanaka ACA. – Maternidade: dilema entre nascimento e morte. Editora Hucitec, Abrasco, 1995.

“Muito se fala em uma sociedade desumana e muito se teoriza a respeito de humanização. No mesmo sentido, humanizar uma Medicina desumanizada tem sido o motivo para uma série de posturas, atitudes e muita controvérsia. Muitas vezes ficamos com a impressão de que há lugar para uma Medicina mais técnica, mais profissional, mais científica (desumanizada) em oposição a uma medicina ultrapassada em que o envolvimento com o paciente soa mais como um vício (humanizada). Na verdade, existe apenas uma Medicina: se não for humana pode ser qualquer coisa, menos Medicina. Por isso, de forma despreziosa, procuraremos trazer algumas questões para discussão. O que seria uma Medicina mais humanizada? Na literatura encontramos várias atitudes de humanização, como pintar as paredes do hospital, uniformizar os servidores, abolir camas ou macas nos corredores, implantar serviço de voluntariado, aumentar o número de ambulâncias, acabar com as filas, agendar por telefone, saúde da família, etc. Atitudes todas corretas, se considerarmos como forma de humanizar o atendimento ao doente. Mas que, apesar de positivas, ficam muito longe de equacionar totalmente o problema”<sup>142</sup>.

Este autor não se lembra, após cursar seis longos anos do curso de Medicina de ter aprendido qualquer procedimento médico que não fosse humanizado. Na prática médica, simplesmente e conceitualmente, não existe nenhum procedimento que não seja humanizado.

Para Corina Bontempo e Willian Saad:

“Entendemos, porém, como humanização o esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas, considerando a sua Autonomia nas escolhas, para defender seus interesses, sua necessidade

---

<sup>142</sup> Spadari MJ. – Procurando o Lado Humano da Medicina. Existe outro? Ética e Bioética. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. 1ª Edição, Porto Alegre, Editora Stampa, 2006, p. 32.

de valorização e desenvolvimento do autovalor, de pertencer a determinado grupo social e de se sentir aceito, de ser escutado e compreendido, entre outras coisas que constroem a sua dignidade. Os sistemas sociais justos baseiam-se na busca do atendimento a necessidades básicas específicas (ex. atendimento às necessidades para manutenção e recuperação da vida), além das necessidades intrínsecas, devendo ainda prover proteção especial às pessoas que, por algum motivo tenham capacidade, mesmo que relativa, de exigir por si próprias o que lhes deveria ser garantido, os mais vulneráveis”.<sup>143</sup>

Sobre humanização, cita o Prof. Antonio Carlos Lopes:

“Humanização tem origem na escola, no ensino médico de qualidade, na segurança e no conforto de todas as gestantes, independentemente da indicação clínica para o tipo de parto. A Humanização deve contemplar maternidades e centros obstétricos e enfermagem obstétrica à altura do bem-estar materno-fetal. Também envolve extinguir as malfadadas Casas de Parto, que se prestam apenas ao menos favorecidos, enquanto os que as preconizam buscam para suas filhas e esposas as melhores maternidades e os melhores obstetras”.<sup>144</sup>

Sobre a mesma temática, cabe aqui outra citação de Durkheim:

“Fenômenos coletivos não saem dos indivíduos para se espalharem pela sociedade; emanam da sociedade e se difundem entre os indivíduos. Os indivíduos os aceitam, não os criam, embora cada um tenha contribuído infinitesimalmente para a sua criação”.<sup>145</sup>

---

<sup>143</sup> Freitas CBD, Hossne WS. O papel dos Comitês de Ética em Pesquisa na Proteção do Ser Humano. Publicação do Conselho Federal de Medicina. Revista Bioética, volume 10, número 2, 2002, p. 131.

<sup>144</sup> Lopes AC- Parto Normal ou Cesárea: a opinião de um clínico. Jornal do Conselho Federal de Medicina Ano XXII – número 174, novembro/dezembro/2008, p. 13.

<sup>145</sup> Durkheim É. - Ética e Sociologia da Moral. Landy Editora, São Paulo, 2006, p. 83.

Apesar de todo o ideário, no entanto, a bibliografia é farta em documentar o aumento dos índices de cesarianas não somente no Brasil, mas em vários países do mundo o que, na opinião deste autor, se trata de um evento multiplicador, inexorável, fruto da modernidade. Não vivemos em épocas medievais e os homens mudam e adequam seus comportamentos de forma concatenada aos novos acontecimentos.

Para Fabio Konder Comparato, da USP:

“A substância da Natureza Humana é histórica, isto é, vive em perpétua transformação, pela memória do passado e o projeto do futuro. Tal significa dizer que o ser próprio do Homem é um incessante devir. Mas um devir que se desenvolve e transforma deixando sempre rastros de sua trajetória, numa incessante acumulação de invenções culturais de todo gênero. A especificidade da condição humana, aliás, não se esgota na mera transformação do mundo circunstancial, com a acumulação da ‘cultura objetiva’, mas compreende também uma alteração essencial do próprio sujeito histórico. O Homem aparece, portanto, como um ente cujo ser não se completa nem se consuma jamais (o permanente inacabamento de que falou Heidegger), mas que vai, ao longo da História, modificando-se pela experiência acumulada e o projeto de novos ensaios de vida. Daí poder-se dizer que o Homem contemporâneo é em sua essência – e não apenas em sua condição ou circunstância existencial – diverso do Homem da idade Média, do Renascimento ou do Século das Luzes. Finalmente, outra característica essencial da condição humana é o fato de que cada um de nós se apresenta como um ente único e rigorosamente insubstituível no mundo”<sup>146</sup>.

---

<sup>146</sup> Comparato FK. – Fundamento dos Direitos Humanos. Editado pelo Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo em 1997. Disponível na Internet: <http://www.iea.usp.br/artigos> Acessado em 31 de julho de 2009.

Pioneiro nas discussões sobre as elevações das taxas de cesarianas no Brasil, Aníbal Faúndes <sup>147</sup>, em estudo publicado em 1991, aborda os fatores que influenciam a elevada incidência de cesarianas no Brasil e faz algumas ponderações, muito embora, até aquele momento, o próprio Faúndes afirmava desconhecer qualquer estudo brasileiro para avaliar, por exemplo, a influência de fatores sócio culturais sobre a incidência de cesarianas. Faúndes comenta que as mulheres, ao optarem pela cesariana, buscam evitar as dores do parto normal e o outro fator é o estético relacionado à manutenção da anatomia do períneo apesar da inconveniência estética da cicatriz abdominal causada pela cirurgia. Faúndes relata que existe um fator cultural importante que é de que o parto vaginal é mais arriscado que uma cesariana e o medo generalizado do parto a fórceps ou parto instrumentalizado.

Seria absolutamente redundante tecer comentários sobre o parto normal com utilização de fórceps ou outros instrumentos do gênero, pois estes instrumentos deveriam – na opinião deste autor – ser expostos apenas nos museus para visitas de um público que ficará, senão nos dias atuais, mas dentro de pouco tempo, atônito, perplexo, quando se deparar com a brutalidade destes instrumentos que, por incrível que pareça, ainda são considerados como sendo úteis por alguns profissionais da obstetrícia que alardeiam larga experiência pessoal com estes equipamentos por mim considerados como desnecessários, obsoletos e causadores de furtas e documentadas complicações relatadas por Towner.<sup>148</sup> Faúndes 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 quando entrevistou o Dr. Oscar Dória, um respeitabilíssimo médico da cidade de São Jose do Rio Preto 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?”<sup>149</sup>

---

<sup>147</sup> Faúndes A., Cecatti JG. A operação cesariana no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cadernos de Saúde Pública volume 7 número 2 Abril/Junho 1991, Rio de Janeiro, RJ.

<sup>148</sup> Townner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. NEJM 1999; 341:1709-1714.

<sup>149</sup> Moraes MS, Goldenberg P. – Cesáreas: um perfil epidêmico. Cadernos de Saúde Pública vol.17 no.3 Rio de Janeiro May/June 2001

A observação do médico riopretense pode parecer deveras audaciosa, mas reflete uma realidade incontestável e reprodutível. A cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, ostenta indicadores de cesariana de 52,8% na rede SUS e o quartil de hora mais prevalente para a realização das cesarianas foi das 18 às 24 horas.<sup>150</sup> Não se pode negar que a ultrassonografia é um recurso que permite, cada vez mais, estimar, com rigorosa precisão, a maturidade fetal. Os novos aparelhos de ultrassonografia permitem avaliar o feto sob várias dimensões com imagens perfeitas que incluem as expressões faciais do bebê dentro do útero materno. As imagens, digam-se, geniais, têm um poderoso efeito mercadológico e constituem motivos de sobra para comemorações e sorrisos para a futura mãe e seus acompanhantes.

Matéria publicada no Jornal do Conselho Federal de Medicina traz o seguinte conteúdo com a opinião da Dra. Dilair de Faria e Vasconcelos que difere, vertiginosamente, daquela do médico Oscar Dória:

“Pioneira da Medicina em Goiânia, capital de Goiás, ela tornou a defesa do parto normal uma causa pela qual até hoje milita. Assim, após 50 anos de trabalho, Dilair acumula experiências que a tornam um exemplo perfeito para a coluna Personagem Médico. Nos tempos atuais, quando a ciência e a modernidade se pautam, principalmente, pela tecnologia e pela corrida contra o relógio, Dilair se mantém firme na contramão. Para ela, apesar de todo o esforço da humanidade, a dinâmica da vida ainda é soberana: ‘A natureza é sábia; a criança bate na porta só quando está madura – não há nada de tecnológico que dê segurança quanto à maturidade fetal’, diz ela, testemunhado incremento da opção pelo parto cesáreo a partir da década de 60. Esse perfil – que privilegia a intervenção humana, em detrimento do ciclo natural das coisas – a deixa entristecida. O descontentamento tem endereço certo: a banalização ‘de uma cirurgia nobre’, que, segundo ela, deve ser utilizada em

---

<sup>150</sup> Hoffmann B. et al. – Fatores associados à prevalência de cesarianas em Pelotas (RS), em 2007. Disponível na Internet: [http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS\\_00429.pdf](http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_00429.pdf) Acessado em 4 de março de 2010.

circunstâncias de necessidade real. ‘Sempre digo às minhas pacientes que, se confiam em mim, precisam confiar na minha opção. Não concordo com cesárea pré-marcada sem indicação’, explica. Tal convicção mostra que a mulher doce também sabe ser firme, como são os bons profissionais. ‘Não precisamos agradar aos pacientes, mas, sim à vida’, defende.”<sup>151</sup>

Claro que, às vezes, é preciso agradar aos pacientes que estão incluídos nos programas para controle da natalidade e, para as quais, se indica a laqueadura tubárea. Para Faúndes, a esterilização cirúrgica consiste em um importante fator para aumentar a incidência de cesarianas. Não há como discordar do professor Faúndes. Cumpre ainda acrescentar que, especialmente no interior do Brasil, é típico que, nos períodos que antecedem as eleições ocorram verdadeiras pandemias de laqueaduras com finalidades eleitoreiras.

No último parágrafo do texto, o Dr. Faúndes recomenda estratégias para a implementação de ações e de mudanças de políticas com vistas à redução nos elevados índices de cesarianas. Prega informação adequada ao público, colaboração da imprensa escrita, rádio e TV, grupos de mulheres fortes e organizados e, finalmente, “a condição fundamental para se ter sucesso na reversão a atual tendência da taxa de cesáreas é uma liderança política forte e bem informada, com uma visão clara do problema e suas soluções e, sobretudo, com vontade de realizar as mudanças necessárias”.

Pois bem, o texto do Dr. Faúndes foi publicado em 1991 quando a Internet começou a se popularizar no Brasil. Duas décadas se passaram desde então e os índices de cesarianas cresceram universalmente. É, indubitavelmente, a forma preferida para o nascimento dos filhos das mulheres mais ricas, mais educadas e muito mais informadas.

Atualmente, em 2011, a informação é simultânea. Qualquer acontecimento é noticiado em poucos segundos em todos os continentes do planeta. É possível que as

---

<sup>151</sup> Jornal do Conselho Federal de Medicina. Ano XXVI, número 198, Julho de 2011, p. 12.



mulheres, independentemente de qual classe social sejam provenientes, tenham um nível de conhecimento bastante similar em relação à forma de nascer. A diferença pode residir na qualidade da atenção prestada e é quase certo que as gestantes pobres atendidas nos Postos de Saúde não são devidamente ouvidas<sup>152</sup>. Não recebem uma atenção particularizada e tão necessária neste momento importante de suas vidas.

A conclusão dos pesquisadores canadenses de Halifax, Nova Scotia, parece bastante razoável:

“O substancial recente aumento observado nas taxas de cesariana pode ser explicado pelas concomitantes mudanças na idade materna, o número de filhos, o ganho de peso durante a gravidez. A prática obstétrica, que tem mudado acompanhando as mudanças nas características maternas e relacionadas aos conceitos de segurança para a mãe e para o feto. As tentativas de reduzir as taxas de cesarianas, em especial aquelas dirigidas e restritivas, deveriam ser temperadas com o entendimento das mudanças temporais das características maternas com a racional mudança na prática obstétrica.”<sup>153</sup>

Opinião parecida têm os doutores Jeffrey Ecker e Fredric Frigoletto, após análise crítica do risco benefício das cesarianas, concluem: “de momento, portanto, poucos dos relevantes fatores parecem favorecer mudanças e o índice de cesarianas pode ser previsto para continuar seu aumento”.<sup>154</sup>

Não é nem um pouco diferente a conclusão de trabalho de pesquisa feito com primíparas em regiões rurais da China<sup>155</sup> e até mesmo na Suécia.<sup>156</sup> Conclusão: a cesariana

---

<sup>152</sup> Simkin P. – Birth Plans: after 25 years, women still want to be heard. Birth 34:1 March 2007.

<sup>153</sup> Joseph KS. et al. – Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. Obstetrics and Gynecology vol. 102, n 4, october, 2003.

<sup>154</sup> Ecker J and Frigoletto F. Cesarean Delivery and the risk-Benefit Calculus. N Engl J Med 2007;356:885-888.

<sup>155</sup> Klemetti R. et. al. – Cesarean section delivery among primiparous women in rural China: an emerging epidemic. American Journal of Obstetrics and Gynecology, January 2010, 65.e1.

veio para ficar, assim como o Google e o Windows. Não com estas palavras, mas por meio de artigo científico publicado no Lancet em 2005, Villar et. al. analisaram a incidência de cesarianas em 120 instituições da América Latina e concluíram que os índices de cesarianas continuam a aumentar em todo o mundo.<sup>157</sup>

A disponibilidade dos recursos da tecnologia está, cada vez mais, ao alcance de todos e de todas. Não é preciso ser astro de Hollywood para ser reproduzido e visto por todos. O Twitter, o Youtube e o Facebook que o digam.

Interroga André Petry:

“O que é o Youtube senão o púlpito do homem com audiência planetária? A Internet criou o paradoxo da modernidade. Ele se traduz pela absoluta necessidade que regimes de força têm das novas tecnologias para saciar a fome do povo. Mas, junto com o empuxo econômico, a tecnologia digital traz a possibilidade do arejamento político.”<sup>158</sup>

William Brian Arthur, economista do Santa Fe Institute, declarou à Revista Veja:

“Graças à tecnologia, hoje vivemos o bastante para ver nossos filhos e netos crescer. Quem imagina que estaríamos em situação melhor sem a tecnologia moderna precisa pensar nas durezas da vida da Idade Média. O pensamento religioso, traduzido na ideia de que somos criaturas divinamente concebidas, tende a turvar a percepção de que nossa condição natural é miserável. No tempo das cavernas, tudo era pior: o medo, a dor, a fome, a doença, o frio. A tecnologia nos retirou dessa

---

<sup>156</sup> Karlstrom A, Rubertson C, Radestad I, Hildongson I. – Caesarean Section without medical reasons – A Swedish register study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107S2 (2009) S413-S729.

<sup>157</sup> Villar J. et al. - Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet* Volume 367, Issue 9525, 3 June 2006-9 June 2006, Pages 1819-1829.

<sup>158</sup> Petry A. - Revista Veja. Editora Abril, edição 2163 – ano 43 – número 18, 5 de maio de 2009. p.133-4.

miséria. Não a todos, mas o pedaço da humanidade que ainda vive na dor e na miséria sair de lá com mais, e não com menos tecnologia.”<sup>159</sup>

Para Rui Nunes,

“O livre acesso à informação em qualquer ponto do planeta é, provavelmente, o melhor contributo que a sociedade do conhecimento e da informação pode dar para uma verdadeira igualdade de oportunidades transcultural. E portanto, para a construção de uma sociedade plural. Mais ainda, a evolução científica mudou a relação do homem com a sociedade de um modo relativamente radical. De uma perspectiva reflexiva e contemplativa, a ciência e a tecnologia dela decorrentes permitem ao homem uma intervenção direta no seu destino, devendo a rede social garantir que o ser humano é um fim em si mesmo, na sequência de um valor que lhe é intrínseco e, portanto, auto-realizador. A tecno-ciência deve então construir autonomia da pessoa e não sua instrumentalização. Ou seja, é num contexto de explosão do conhecimento que o modelo de desenvolvimento cultural – e portanto, social, econômico e político, da sociedade plural – se debate com o consumo ilimitado dos benefícios decorrentes deste conhecimento. Esta cultura baseada no conhecimento está intimamente relacionada com a satisfação das necessidades básicas dos cidadãos o que implica que o conhecimento científico seja continuamente revisitado sob o olhar atento da sociedade que, de uma ingenuidade passiva do passado, assume no presente uma postura proativa não apenas de crítica e escrutínio, mas de parceria construtiva sobre o modelo de sociedade que deseja para as gerações futuras. E, por maioria de razão, o conhecimento científico, nomeadamente no domínio das

---

<sup>159</sup> Arthur WB. – autor de Nature of Techonology. Revista Veja. Editora Abril, edição 2163 – ano 43 – número 18, 5 de maio de 2009. p.134.

ciências biomédicas, abre novos horizontes, tais como o mito do controle do envelhecimento ou da imortalidade do ser humano.”<sup>160</sup>

A disseminação da tecnologia alcança os pontos mais remotos de todo o planeta. Deve aqui ser mencionado que nos territórios palestinos ocupados o índice de cesarianas passou de 6.0% in 1996 to 14.8% in 2006 e estão associados à idade materna (gestantes com 35 ou mais anos de idade) primiparidade, baixo peso ao nascer e área de residência em West Bank e na faixa de Gaza.<sup>161</sup> Opinião parecida é referendada pelo National Institutes of Health (Instituto Nacional de Saúde), instituição que divulgou documento em 2006 com recomendações “oficiais” e também bastante apropriadas em relação à cesariana a pedido. O documento traz as seguintes conclusões:

- 1 - A incidência de nascimentos por meio de cesarianas sem indicação médica ou obstétrica está aumentando nos Estados Unidos e um componente deste aumento é a cesariana a pedido materno (*maternal request*). Os instrumentos disponíveis não permitem quantificar a magnitude do problema;
- 2 - Não existem evidências suficientes para avaliar amplamente os benefícios e riscos da cesariana a pedido em comparação ao parto vaginal e novas pesquisas são necessárias;
- 3 - Até que evidências confiáveis estejam disponíveis, qualquer decisão para indicar a cesariana a pedido deve ser cuidadosamente individualizada e consistente com princípios éticos;
- 4 - Visto que os riscos de placenta prévia e placenta acreta aumentam a cada cesariana realizada, a cesariana a pedido não é recomendável para mulheres que desejam ter muitos filhos;
- 5 - A cesariana a pedido não deve ser realizada antes de 39 semanas de gestação ou sem a verificação da maturidade

---

<sup>160</sup> Nunes R, Melo HP. – Testamento Vital. Edições Almedina, Coimbra, Maio, 2011, p. 19.

<sup>161</sup> Abdul-Rahim HF, Abu-Rmeileh NM, Wick L. - Cesarean section deliveries in the occupied Palestinian territory (oPt): an analysis of the 2006 Palestinian Family Health Survey. Health Policy. 2009 Dec;93(2-3):151-6. Epub 2009 Aug 11.

pulmonar, em virtude dos significantes riscos de complicações respiratórias para o neonato;

6 - pedido da mãe pela cesariana não deve ser motivado pela indisponibilidade de mecanismos para controle da dor;

7 - O National Institute of Health (Instituto Nacional de Saúde) ou outra agência do governo federal (dos EEUU) deve manter um site de informações na WEB atualizado com informações sobre os riscos e benefícios de todas as vias de nascimento.<sup>162</sup>

No Afeganistão, país politicamente instável e conflituoso, o que certamente influencia a qualidade das práticas de saúde oferecidas à população, a mortalidade perinatal atinge 89 a cada 1000 nascimentos, sendo 57% de natimortos no período do anteparto e 37% de natimortos no intraparto. A taxa de cesarianas é de 10,2% e os autores concluem que a elevada percentagem de natimortos intraparto entre fetos com peso normal para a idade gestacional decorre da baixa qualidade do atendimento obstétrico e que há uma necessidade de melhorar e aprimorar as práticas obstétricas.<sup>163</sup>

Um trabalho de revisão conduzido por pesquisadores da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo traz as seguintes conclusões finais:

“Seria simplista, como relatado em alguns trabalhos, apenas responsabilizar a decisão médica pelas elevadas taxas de cesárea, ignorando aspectos do relacionamento médico-paciente, bem como aspectos do contexto social e do atual modelo assistencial, público ou privado, de cada país. Portanto, o estudo das taxas de cesárea sob qualquer prisma de análise terá necessidade dessa contextualização sociocultural e econômica da população estudada, avaliando os interesses

---

<sup>162</sup> NIH Consensus and State-of-the-Science Statements on Cesarean Delivery on Maternal Request. Volume 23, number 1, March 27-29, 2006. Disponível na Internet: [consensus.nih.gov/2006/CesareanStatement\\_Final053106.pdf](http://consensus.nih.gov/2006/CesareanStatement_Final053106.pdf) . Acessado em 15 de março de 2010.

<sup>163</sup> Tharani Kandasamy T. et al. - Cesarean delivery surveillance system at a maternity hospital in Kabul, Afghanistan. International Journal of Gynecology & Obstetrics Volume 104, Issue 1, January 2009, p. 14-17.

de todos os envolvidos nessa cadeia assistencial. Não há evidências claras sobre qual seria a proporção adequada de partos por cesariana. Observa-se que, em muitos locais do mundo, taxas dessa cirurgia são superiores às preconizadas há 25 anos pela OMS. Porém, o ‘bom parto’, seja ele vaginal, seja cesáreo, deve ser aquele que assegure o bem-estar da mãe e do recém-nascido.<sup>164</sup> As decisões pelo tipo de parto devem considerar as preferências das gestantes, desde que elas tenham condições de escolher, de forma isenta, aquele que melhor lhes convém. Além disso, as análises das taxas de cesárea não devem estar descoladas do modelo assistencial em vigor, tampouco das características sociais e culturais de determinada sociedade. Portanto, sugerimos que o modelo de assistência obstétrica definido por um determinado país, estado, região ou financiador, constituído, dentre outros fatores, pela relação médico-paciente, pelos incentivos econômicos e pela utilização de tecnologia médica, terá extrema relevância na realização de parto cesáreo.”<sup>165</sup>

O texto acima comenta os modelos de assistência ao parto e atribui o incremento das taxas de cesariana a vários fatores que incluem o modelo assistencial em vigor, o modelo da assistência obstétrica, questões culturais e econômicas, o acesso à tecnologia, relação médico-paciente e, obviamente, às questões econômicas. A conclusão dos autores pode ser corroborada pelos dados publicados em 2010 sobre a variação nos indicadores de cesarianas nos Estados Unidos quando considerados cada um dos estados americanos, conforme dados da Tabela 6:

---

<sup>164</sup> Rezende J. - Operação cesariana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1969. Obstetrícia; p.952-91.

<sup>165</sup> Patah LEM, Malik AM. - Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev. Saúde Pública vol.45 no.1 São Paulo Fev. 2011.

**Tabela 6 – Índice de cesarianas em cada Estado nos Estados Unidos nos anos de 1996 e 2007 e mudanças percentuais.**

	1996	2007	Percent change 1996-2007
	20.7	31.8	54
Alabama	23.3	33.8	45
Alaska	16.7	22.6	35
Arizona	16.1	26.2	63
Arkansas	25.3	34.8	38
California	20.6	32.1	56
Colorado	15.1	25.8	71
Connecticut	19.8	34.6	75
Delaware	21.0	32.1	53
District of Columbia	21.3	32.6	53
Florida	21.6	37.2	72
Georgia	20.9	32.0	53
Hawaii	17.5	26.4	51
Idaho	16.0	24.0	50
Illinois	19.3	30.3	57
Indiana	20.3	29.4	45
Iowa	18.6	29.4	58
Kansas	19.2	29.8	55
Kentucky	21.3	34.6	62
Louisiana	26.4	35.9	36
Maine	20.8	30.0	44
Maryland	21.6	33.1	53
Massachusetts	19.8	33.5	69
Michigan	20.2	30.4	50

	1996	2007	Percent change 1996-2007
Minnesota	16.9	26.2	55
Mississippi	26.6	36.2	36
Missouri	20.4	30.3	49
Montana	19.1	29.4	54
Nebraska	19.8	30.9	56
Nevada	19.3	33.1	72
New Hampshire	20.3	30.8	52
New Jersey	24.0	38.3	60
New Mexico	17.2	23.3	35
New York	22.9	33.7	47
North Carolina	21.1	30.7	45
North Dakota	18.9	28.4	50
Ohio	19.0	29.8	57
Oklahoma	22.5	33.6	49
Oregon	16.9	28.2	67
Pennsylvania	19.4	30.1	55
Rhode Island	17.7	32.2	82
South Carolina	22.6	33.4	48
South Dakota	20.8	26.6	28
Tennessee	21.7	33.3	53
Texas	23.1	33.7	46
Utah	15.9	22.2	40
Vermont	16.5	26.8	62
Virginia	21.1	33.5	59
Washington	16.8	29.0	73
West Virginia	22.8	35.2	54



	1996	2007	Percent change 1996-2007
Wisconsin	15.6	25.0	60
Wyoming	18.3	26.9	47

Fonte: NCHS Data Brief – No 35 – March 2010

Fato é que se realmente existe uma “epidemia” de cesarianas em quase todo o mundo, infelizmente esta “epidemia”, pelo menos no Brasil, só acomete os mais ricos, porque as gestantes brasileiras pobres ficam sentenciadas pelos burocratas a terem seus filhos de parto normal nas maternidades da rede pública.

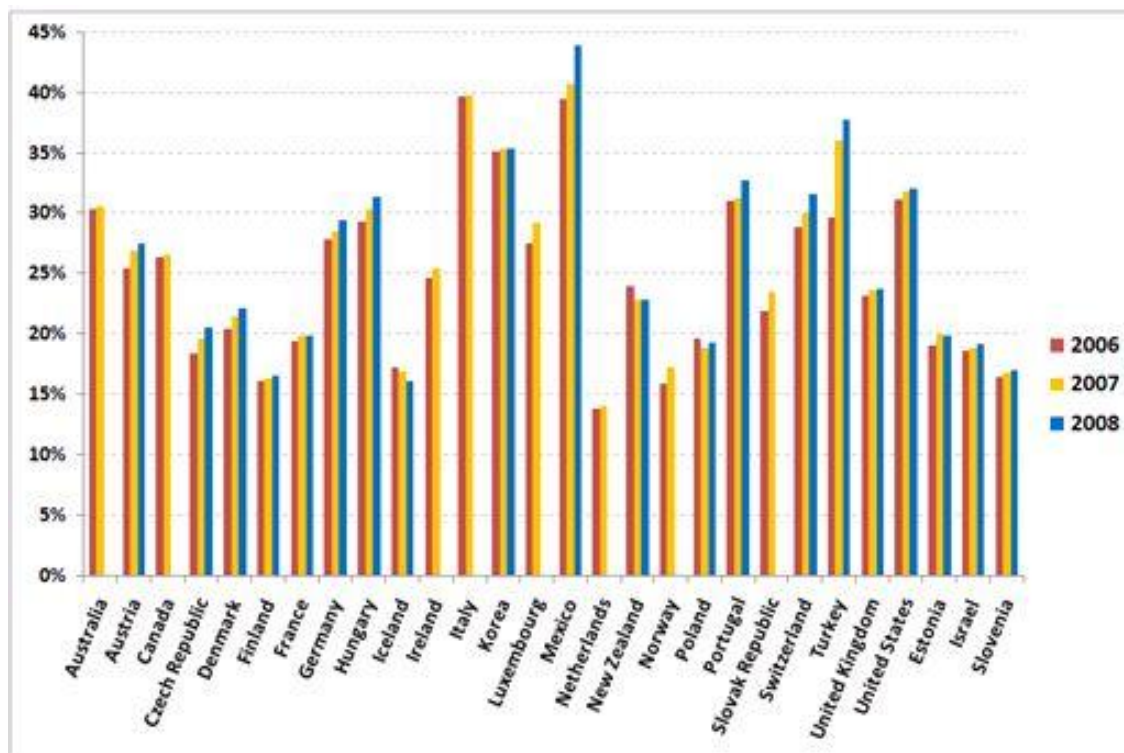
Em estudo transversal no qual foram analisados dados de 15.354 mulheres que tiveram parto entre setembro/2004 e março/2005, segundo características sociodemográficas e reprodutivas e do hospital, os pesquisadores da UNICAMP chegaram aos seguintes resultados e respectivas conclusões:

“A razão de prevalência de cesarianas foi significativamente maior entre mulheres com maior idade, entre as casadas/unidas, e com maior índice de massa corporal. As condições apresentadas durante a gravidez ou parto, como diagnóstico de HIV da parturiente, maior peso e perímetro cefálico do recém-nascido, e maior número de consultas de pré-natal, se associaram à maior razão de prevalência de cesariana. Na análise de regressão mostraram associação direta com o desfecho: maior idade e escolaridade da parturiente; presença de hipertensão/eclâmpsia, doenças crônicas e de outras condições médicas; maior perímetro cefálico do recém-nascido, ser primípara, ter tido cesariana na última gravidez, e ter recebido analgesia peridural ou raquidiana durante o trabalho de parto. Embora a proporção de cesarianas tenha sido maior nos hospitais com índice de complexidade alto, a diferença não foi estatisticamente significativa, assim como para as demais características dos hospitais. As condições da gravidez, do recém-nascido e as características

sociodemográficas e reprodutivas da parturiente associaram-se independentemente à realização de cesariana. O índice de complexidade hospitalar não esteve associado, provavelmente pela homogeneidade da amostra de hospitais.”<sup>166</sup>

O Gráfico abaixo mostra a ascensão das cirurgias de cesariana em vários países do mundo:

**Gráfico 5 - Indicadores de cesarianas entre os países da OECD nos anos de 2006 a 2008 (Organization for Economic Co-operation and Development) <sup>167</sup>**



<sup>166</sup> Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. - Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. Rev. Saúde Pública vol.44 no.1 São Paulo Feb. 2010.

<sup>167</sup> OECD Health Data 2010 - Version: June 2010 Disponível na Internet: [http://www.oecd.org/home/0,2987,en\\_2649\\_201185\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1_1,00.html)

## Uma vez cesariana, quase sempre outra cesariana

Artigo do Health, com o curioso título “What Doctors Don’t Tell You About Cesarean Sections”, elenca as seguintes razões para a elevação dos índices de cesarianas que é de 21,6% no Estado do Utah, 36,8% no Estado da Louisiana, e ainda afirma que mães com cesariana prévia têm 90% de chances de nova cesariana, mães com idades entre 40 e 54 anos fazem cesarianas em 47,6% dos casos, mães com idade entre 35 e 39 anos fazem cesariana em 40,9% dos casos e mães entre 30 e 34 anos são cesariadas em 34,9% dos casos. A autora do artigo levanta hipóteses de que o índice de cesarianas está relacionado a:

1. Mulheres engravidarem mais tardiamente;
2. Gestantes estarem mais obesas;
3. Partos induzidos redundarem em mais indicações para cesarianas; e
4. Uma cesariana levar a nova cesariana.<sup>168</sup>

Evidencia-se que, seja qual for a indicação da cesariana, a gravidez subsequente ocorrerá, na maioria das vezes, com a realização de nova cesariana, no Brasil chamada de Cesariana Iterativa. Obviamente que este fator tem contribuído sobremaneira para o aumento dos índices de cesarianas.<sup>169</sup>

Em tese, a cicatriz transversal na parede uterina pode levar a complicações como a implantação baixa ou anterior da placenta, além de constituir um local de fragilidade que pode ocasionar rotura uterina em uma tentativa de trabalho de parto normal com contrações uterinas efetivas. Conhecida em língua inglesa com a sigla VBAC (Vaginal Birth After Cesarean), existe uma polêmica entre aqueles que defendem que para as mulheres com relato de cesariana prévia por qualquer indicação deve-se fazer uma tentativa de Parto Normal, também conhecido pela sigla TOLAC (Trial Of Labour After Cesarean). O gráfico a seguir retrata, sinteticamente, o que ocorre com mulheres que se submetem a cesariana na

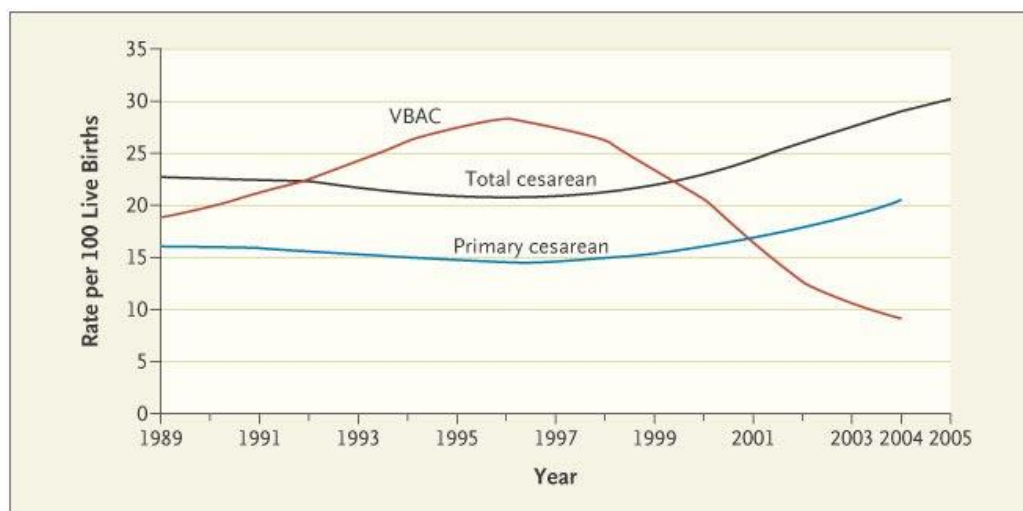
---

<sup>168</sup> Birnbaum, C. - What Doctors Don’t Tell You About Cesarean Sections. Health (Time Inc.); nov 2009, vol 23, issue 9, p. 122-125.

<sup>169</sup> Brennan D, Murphy M, Robson M, O’Herlihy C. – Correlation between cesarean section rates in singleton cephalic nulliparas and overall institutional rates over 25 years. American Journal of Obstetric and Gynecology 2009;201:308.e1-8.

primeira gestação por indicação médica, como, por exemplo, macrossomia fetal ou apresentação pélvica.

**Gráfico 6 - 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.**



Ecker J and Frigoletto F. - N Engl J Med 2007;356:885-888.

Não resta qualquer dúvida que a realização de uma cesariana, independentemente da indicação, acarretará na realização de nova cesariana e, invariavelmente, haverá um incremento nos indicadores de cesarianas.<sup>170</sup>

Sonya Charles afirma que diante das evidências científicas disponíveis, uma mulher que opta por uma tentativa de trabalho de parto após cesariana prévia, não está fazendo uma escolha desarrazoada ou irracional e ainda, se os provedores não facilitarem ou não permitirem tal escolha, então a “escolha” de nova cesariana não é uma escolha e, nestes casos, a Autonomia de muitas mulheres fica comprometida.<sup>171</sup>

<sup>170</sup> Howell S, Johnston T, Macleod S. – Trends and determinants of caesareans sections in Queensland, 1997-2006. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, volume 49, issue 6, p. 606-611, december 2009.

<sup>171</sup> Charles S – The Ethics of Vaginal Birth after Cesarean. The Hastings Center Report Journal. July-August 2012, p. 24-27.

Rochelle publicou sua conclusão no NEJM, observando que:

“Para mulheres com uma cesariana prévia, o risco de ruptura uterina é maior entre aquelas cujo trabalho de parto foi induzido do que entre aquelas com cesariana sem tentativa de trabalho de parto. O trabalho de parto induzido com prostaglandinas confere o mais alto risco de ruptura uterina”.<sup>172</sup>

A utilização de prostaglandinas deve ser evitada nas tentativas de trabalho de parto pós-cesariana prévia mesmo que também tenha ocorrido um parto normal prévio.<sup>173</sup>

Estudo transversal de Faisal-Cury em clínica privada na cidade de Osasco demonstra claramente que a opção por cesariana está relacionada ao nível de renda – o que já se sabe – e ao grau de satisfação com cesariana prévia.<sup>174</sup>

Audrey Gilbert analisou 1.910 casos de mulheres submetidas à cesariana iterativa no Royal Victoria Hospital da Universidade de Montreal e concluiu que o nível educacional das mulheres parece ser determinante na opção por cesariana em mulheres com cesariana prévia.<sup>175</sup>

Dodd, em trabalho metanalítico de revisão conclui que:

“A cesariana eletiva planejada e o parto vaginal planejados e realizados em mulheres submetidas a cesarianas prévias são, ambos,

---

<sup>172</sup> Rochelle ML, Holt VL, Esterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. NEJM, volume 345, July 5, 2005, number 1, 3-8.

<sup>173</sup> Macones GA, et al. – Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 193, issue 5, November 2005, p. 1656-1662.

<sup>174</sup> Faisal-Cury A, Menezes PR. – Fatores associados à preferência por cesariana. Revista de Saúde Pública 2006;40(2):226-32.

<sup>175</sup> Gilbert A, Fraser W, Benjamin A, Abenhaim H. – Does education level influence request for elective repeat cesarean delivery among women with a previous cesarean delivery? American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 199, issue 6, Supplement 1, December 2008, p. S107.

associados a riscos e benefícios. As evidências para estas duas práticas se baseiam em trabalhos não randomizados, associados com potenciais bias (viéses). Qualquer resultado deve, portanto, ser interpretado com cautela. Trabalhos randomizados controlados são necessários para prover melhores evidências a respeito dos riscos e benefícios de cada procedimento quando realizado após uma cesariana prévia”.<sup>176</sup>

Pesquisadores israelenses são pontuais na indicação de cesariana subsequente para os casos de cesariana prévia considerando a possibilidade de complicações como encefalopatia isquêmica, mortalidade neonatal, implantação anormal da placenta, indicação de histerectomia e morte materna decorrentes ou sucedâneos a cada um dos procedimentos.<sup>177</sup> Pesquisadores escoceses publicam conclusões semelhantes aos últimos citados, ou seja, de que a cesariana prévia aumenta o risco de complicações em uma segunda gravidez.<sup>178</sup>

O Clinical Guideline 13, publicado pelo National Institute for Clinical Excellence (NICE), autoridade de saúde inglesa, é bastante claro no primeiro parágrafo no que diz respeito à tentativa de parto normal após cesariana prévia:

“Para a maioria das mulheres com cesariana prévia, uma tentativa de parto normal deve ser encorajada. Menor morbidade é encontrada em mulheres que obtiveram sucesso em parto vaginal após cesariana prévia quando comparada com aquelas submetidas à cesariana eletiva subsequente. Ocorrem menos transfusões sanguíneas, menos infecções e a

---

<sup>176</sup> Dodd JM, Crowther CA, Huertas WE, Guise JM, Horey D. – Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. (Review) The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2009, issue 2. Acessado em 11 de maio de 2009. Disponível na Internet:

[http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004224/pdf\\_abstract\\_fs.html](http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004224/pdf_abstract_fs.html)

<sup>177</sup> Sadan O, et all. – Once a cesarean, always a cesarean? A computer-assisted decision analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 195, issue 6, Supplement 1, December 2006, p. S113.

<sup>178</sup> Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. – Cesarean delivery in the first birth increased the risk of unexplained stillbirth in the second pregnancy. Lancet 2003; 362:1779-1784.

estadia hospitalar é mais curta e não há aumento da mortalidade perinatal.

Uma gestante com cesariana prévia tem riscos aumentados independentemente da via de parto”.<sup>179</sup>

Outro Guideline, desta vez do American College of Obstetricians and Gynecologists, basicamente apresenta o mesmo conteúdo do anterior, com as mesmas recomendações e cuidados nas indicações de tentativa de parto normal após cesariana anterior e também com o objetivo de reduzir as elevadas taxas de cesariana.<sup>180</sup>

As controvérsias na literatura obstétrica não param por aí. Um trabalho metanalítico<sup>181</sup> realizado de 1989 a 1999 contradiz as recomendações de ambos Guidelines e afirma que a tentativa de parto normal após cesariana anterior resulta em um risco duas vezes maior de rotura uterina e mortalidade perinatal quando comparado a cesariana iterativa. Em contraposição a esta conclusão, um trabalho retrospectivo publicado no mesmo periódico, com envolvimento de 17 hospitais e 25.065 mulheres cesariadas conclui que o índice de complicações associadas ao VBAC (Vaginal Birth After Cesarean) é baixo, independentemente do grau de complexidade do hospital onde o parto é realizado.<sup>182</sup>

Outro trabalho multicêntrico publicado no AJOB com o envolvimento de 19 instituições acadêmicas procurou identificar as causas de fracasso para as tentativas de parto normal após cesariana prévia e conclui que os níveis de sucesso são menores para os casos de cesarianas prévias indicadas por distócia, necessidade de indução do parto normal e para as gestantes com índice de massa corpórea (IMC) maior que 30.<sup>183</sup>

---

<sup>179</sup> Clinical Guideline 13. National Institute for Clinical Excellence, London. (VBAC Guidelines) Disponível na Internet no site; <http://www.birthrites.org/guidelines.html> Acessado em 2 de outubro de 2008.

<sup>180</sup> Vaginal Birth After Previous Cesarean Section. ACOG. Practice Bulletin N°54. American College of Obstetricians and Gynecologists 2004; 104:203-12.

<sup>181</sup> Mozurkewich EL, Hutton EK. Trial of labour results in twice the risks of uterine rupture and perinatal death, compared to elective repeat cesarean. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2000, 1187-1197.

<sup>182</sup> DeFranco EA, et al. – Do Vaginal Birth after cesarean outcomes difer on hospital setting? American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2007; 197:400e1- 400e6.

<sup>183</sup> Landon MA, et all – The Maternal Fetal Medicine Units (MFMU) Registry: Factors affecting the sucesso of Trial of Labour After Previous Cesarean Delivery. AJOG, 2005, 193, 1016-23.

A conclusão deste autor é a mais óbvia possível: pelo menos no Brasil e até onde se sabe, poucos ou quase ninguém segue as recomendações do Clinical Guidelines inglês e nem do Practice Bulletin da ACOG.

Se uma gravidez normal, sem qualquer risco aparente, apresenta complicações imprevisíveis por ocasião do parto vaginal em torno de 20%, o que se pode dizer de um parto normal que se segue após uma cesariana prévia realizada a pedido ou por indicação médica no qual os riscos de morbidades são maiores para a mãe e para o feto?<sup>184</sup> <sup>185</sup> Quem se arrisca?

Após estudarem 602 mulheres que tiveram cesarianas repetidas, pesquisadores irlandeses concluíram que a mortalidade e morbidade, tanto materna quanto fetal, em mulheres que tiveram duas ou mais cesarianas prévias não difere do grupo de mulheres que tiveram apenas uma cesariana prévia.<sup>186</sup> Pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas, após analisarem uma amostra de 1746 mulheres com relato de uma única cesariana anterior, concluem que: “Ainda persistem dúvidas quanto à efetividade e a segurança da prova de trabalho de parto para mulheres com uma cesárea anterior”.<sup>187</sup>

Muito divergente é a opinião dos pesquisadores americanos, em estudo multicêntrico, que após análise retrospectiva de tentativas de parto normal em 3757 gestantes com relato de uma cesariana prévia e em 134 gestantes com duas cesarianas prévias, concluíram que uma mulher com relato de duas cesarianas prévias tem,

---

<sup>184</sup> El-Sayed YY, Watkins MM, Fix M, Druzin ML, Pullen KM, Caughey AB. – Perinatal outcomes successful and failed trials of labor after cesarean delivery. American Journal of Obstetric and Gynecology. Volume 196, issue 6, June 2007, p. 583.e1- 583.e5.

<sup>185</sup> Mozurkewich EL, Hutton Ek. – Elective repeat cesarean delivery trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. American Journal of Obstetric and Gynecology, volume 183, issue 5, November 2000, p.1187-1197.

<sup>186</sup> Uygur D. et al. – Multiple caesarean section: is it safe? Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 119 (2205) 171-175.

<sup>187</sup> Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG. – A prova de trabalho e a via de parto em primíparas com uma cesárea anterior. Revista da Associação Médica Brasileira. Volume 53, n. 2, São Paulo, mar/abr., 2007.



aproximadamente cinco (cinco) vezes mais risco de ruptura uterina do que mulheres com apenas 1 cesariana prévia.<sup>188</sup>

No Brasil, exceções raríssimas à parte, após cesariana, outra vez cesariana. Os resultados dessa conduta quanto aos benefícios e riscos inerentes, ainda carecem de abordagens científicas rigorosas, como fizeram pesquisadores no Canadá que analisaram 308.755 cesarianas eletivas (iterativas) e concluíram que: “A tentativa de trabalho de parto está associada a um risco aumentado de rotura uterina, mas a cesariana eletiva pode aumentar o risco de morte materna”.<sup>189</sup>

Sadan, de Israel, conclui que:

“Ao contrário dos modelos anteriores, quando se leva em conta a ocorrência de nascidos vivos, encefalopatia hipóxica em pósmaturos, mortalidade neonatal, implantação anormal da placenta, histerectomia e morte materna, a via preferida de abordagem para mulheres com cesariana prévia é uma cesariana eletiva ao invés de parto vaginal”.<sup>190</sup>

Opinião muito semelhante defendem os pesquisadores de OHIO<sup>191</sup> e também de pesquisadores turcos que estudaram casos de re-laparotomia após cesarianas:

“Embora o índice de re-laparotomias após cesarianas prévias seja baixo, várias medidas podem ser tomadas para diminuir a necessidade de re-laparotomias. Em particular, casos com placenta prévia em mais de 3

---

<sup>188</sup> Caughey AB et. al. - Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:872-6.

<sup>189</sup> Wen SW. Et. al. – Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2004) 191, 1263-9.

<sup>190</sup> Sadan O. et. al. – Once a cesarean, always a cesarean? A computer-assisted decision analysis. *Arch Gynecol Obstet* (2007) 276: 517-521.

<sup>191</sup> Landon MB. - Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Clinics in Perinatology* Volume 35, Issue 3, September 2008, p. 491-504

cesarianas prévias que são o maior risco para re-laparotomias com risco 15 vezes maior para re-laparotomia após cirurgia de cesariana”.<sup>192</sup>

Conclusões semelhantes têm os nigerianos de um hospital terciário de Uganda que afirmam que a tentativa de parto vaginal após cesariana prévia está associada a elevados riscos de insucesso e efeitos colaterais adversos para o feto.<sup>193</sup> Conclusões semelhantes foram registradas por pesquisadores do Oeste da África.<sup>194</sup>

Jefrey Ecker afirma que os dados atualmente disponíveis não permitem indicar esta ou aquela conduta e recomenda que estudos controlados e randomizados são necessários para esclarecer a abordagem. Estudos que sejam éticos e realizáveis.<sup>195</sup>

Fato é que, se existem dúvidas relacionadas aos riscos e desvantagens da prova de trabalho de parto, assim como da morbidade da cesariana eletiva, não existem dúvidas dos riscos que correm os médicos que induzem a paciente a este ou aquele procedimento sem discutir o caso com a maior interessada que é a própria paciente. Claro que, neste caso, como em todos os demais, a autonomia e a vontade das gestantes deve ser levada em conta. Pelo menos é o que ocorre na rede privada de assistência. Fica claro, portanto, que o médico não deve induzir a gestante a optar por uma cesariana eletiva, caso ela já tenha tomado uma decisão de parir o filho pela via vaginal. E também não deve induzir a paciente a ter um parto vaginal caso ela já tenha optado pela cesariana. Caso assuma qualquer conduta, o médico estará multiplicando para si uma enorme responsabilidade e, se houver qualquer tipo de complicações, as consequências serão unicamente remetidas ao profissional.

---

<sup>192</sup> Gedikbasi A. et. al. – Re-lapatomy after cesarean section: operative complications in surgical delivery. Arch Gynecol Obstet (2008) 278:419-425.

<sup>193</sup> Olusanya BO, Solanke AO. - Adverse neonatal outcomes associated with trial of labor after previous cesarean delivery in an inner-city hospital in Lagos, Nigeria. International Journal of Gynecology & Obstetrics Volume 107, Issue 2, November 2009, p. 135-139.

<sup>194</sup> Adanu RMK, McCarthy MY. - Vaginal birth after cesarean delivery in the West African setting. International Journal of Gynecology & Obstetrics. Volume 98, Issue 3, September 2007, p. 227-231.

<sup>195</sup> Ecker JL. – Once a pregnancy, always a cesarean? Rationale and feasibility of a randomized controlled Trial. American Journal of Obstetrci and Gynecology (2004) 190, 314-8.

## O Papel do Médico Assistente

Dialética

É claro que a vida é boa  
E a alegria, a única indizível emoção  
É claro que te acho linda  
Em ti bendigo o amor das coisas simples  
É claro que te amo  
E tenho tudo para ser feliz  
Mas acontece que eu sou triste...

(Vinícius de Moraes) <sup>196</sup>

Não são poucos os textos publicados que investigam ou atribuem ao médico obstetra a culpa pela epidemia de cesarianas chamadas desnecessárias<sup>197 198 199</sup>, ou seja, cesarianas realizadas sem uma indicação baseada em evidências científicas. E, assim, mulheres querem parir seus filhos por parto normal, mas por influência do médico pré-natalista, acabam mudando de opinião e deixam prevalecer a opinião e a conveniência do obstetra<sup>200</sup>. Chamam a este modelo como sendo o modelo medicocentrista, tecnológico, no qual o médico, dono de todas as verdades, induz mulheres a fazerem cesarianas sob o fio da lâmina impávida e no ambiente tecnológico e frio dos centros cirúrgicos ao invés de terem partos domiciliares “*like*” determinados pelas Leis da Natureza, assim como nascem os cães, os bezerros, os gatos e outros mamíferos. Cabe aqui um parêntese, não são poucas as

---

<sup>196</sup> Vinicius de Moraes foi diplomata, dramaturgo, jornalista, poeta e compositor brasileiro (1913-1980). O poema A Dialética está disponível da Internet:

[http://www.pensador.info/poemas\\_vinicius\\_de\\_moraes/](http://www.pensador.info/poemas_vinicius_de_moraes/) Acessado em 17 de abril de 2010.

<sup>197</sup> Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. – Women’s Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale. *Birth* 35:1 march, 2008.

<sup>198</sup> Souza MR. - Parto: entre o desejo e a realização. Trabalho apresentado no XIII Encontro Brasileiro de Estudos Populacionais em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, de 4 a 8 de novembro de 2002. A pesquisa foi coordenada pela Dra. Elza Berquó e contou com financiamento do Fundo de Populações das Nações Unidas (FNUAP) e National Institute of Health (NIH). Disponível na Internet no site:

[http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos\\_cientificos/arquivos/parto\\_entre\\_o\\_desejo\\_e\\_a\\_realizacao.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos_cientificos/arquivos/parto_entre_o_desejo_e_a_realizacao.pdf). Acessado em 16 de julho de 2009.

<sup>199</sup> Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. - Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Volume 24 número 5, Maio de 2008.

<sup>200</sup> JA, Creed DK. – Women’s request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 27:4 December, 2000.

chamadas “cachorrinhas de madame” que têm seus filhotinhos em elegantes e sofisticadas clínicas veterinárias por meio de cesarianas.

Para Desmond Morris,

“ nenhum outro animal desenvolve o mesmo tipo de relação de amor, que, no caso dos seres humanos, é complexa, duradoura, e tem profundas alterações no plano da sexualidade. Comparando a biologia do amor humano com a de outros primatas, este autor refere-se mesmo a mudanças básicas na nossa biologia sexual, mudanças que se aplicam a todos os seres humanos, onde quer que se encontrem ao longo do tempo. Mais, a presença destes atributos na forma potencial, como nas crianças e recém-nascidos, em nada diminui a sua concretização futura pelo que o conceito de dignidade enquanto gênese dos direitos mantém-se, no plano conceitual, intacto e inabalável. Pode mesmo invocar o conceito de solidariedade ontológica entre todos os membros da espécie humana para incluir todos, sem exceção, na esfera protetora da dignidade humana.”<sup>201</sup>

Em artigo publicado sobre a História da Parturição no Brasil, a autora anuncia o texto com um apelo francamente depreciativo para a classe dos profissionais médicos que são expostos como comerciantes de conhecimento:

“Mulheres: anatomia é destino, venham se consultar conosco. Está posto novamente o problema do corpo. Aos médicos cabia alcançar dois objetivos: um local para observação do corpo — a clínica de partos, a maternidade, o hospital junto à escola. Inúmeras vezes os médicos reclamaram sobre a falta de prática durante o curso, especialmente na área obstétrica, a falta de uma clínica de partos junto às escolas. O segundo objetivo a ser alcançado pelos médicos é o que nos interessa mais nesse

---

<sup>201</sup> Morris D. – The Human animal. BBC Books, London, 1994.

momento, ou seja, conseguir trazer à clínica, ao hospital, ao consultório a mulher ou, também, pode-se dizer, o corpo feminino”.<sup>202</sup>

A autora do texto acima demoniza a interferência dos médicos na especialidade da obstetrícia e o último parágrafo do mesmo texto registra:

“Assim, se no início do século XIX a arte obstétrica priorizava a vida da mulher ao menor sinal de perigo, as ‘novas’ técnicas alcançadas (fórceps e cesariana) possibilitaram que o discurso fosse modificado. Hoje se prioriza que o processo finalize com uma mãe e filho saudáveis, apesar do desejo ou não da mulher ou mesmo de uma gravidez que coloque em risco sua saúde e vida.”

Em outro texto intitulado “A institucionalização médica do parto no Brasil”, as pesquisadoras do Hospital Universitário de Maringá refletem sobre o que talvez represente o pensamento corrente dos demonizadores das cesarianas e advogam o parto normal até as últimas consequências para as gestantes que, sem alternativa, dependem do serviço público de saúde. E assim relatam:

“Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva das mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade -, pois, em sua dedicação à atividade como um sacerdócio, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria e eram carregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Sendo assim, as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais. Neste período, o atendimento ao nascimento era

---

<sup>202</sup> Brennes AC. – A História da Parturição no Brasil. Cadernos de Saúde Pública volume 7, número 2, Rio de Janeiro, abr./jun. 1991

considerado atividade desvalorizada e, portanto, poderia ser deixado aos cuidados femininos, pois não estava à altura do cirurgião – o Homem da Arte.”

E concluem ao final:

“O cuidado prestado à mulher e à família sofreu modificações significativas principalmente a partir do século 20 com a institucionalização da assistência, passando a predominar o parto hospitalar. O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do Saber Médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo humano. O preço da melhoria das condições do parto foi sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto do parto e nascimento. Desta forma, a apropriação do Saber Médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento”.<sup>203</sup>

Não posso me isentar de uma crítica ao texto, pois o texto não apresenta dados de mortalidade materna e ou mortalidade fetal no parto “humanizado” realizado pelas parteiras e nem foram feitas comparações com as complicações do parto “medicalizado” feito pelos atuais especialistas em Obstetrícia. Volto a, novamente, citar Aníbal Faúndes o qual, 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. Como explicar esse

---

<sup>203</sup> Nagahama EEI, Santiago SM. - A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):651- 657,2005.

abismo entre a declaração das mulheres e a percepção dos médicos acerca do que pensam suas pacientes?”<sup>204</sup>

O Dr. Aníbal Faúndes (2004), respeitável pesquisador da Universidade de Campinas, 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 de Pernambuco e a conclusão da pesquisa é clara e conclui por uma notável contradição entre as opiniões de médicos e pacientes quanto ao desejo pela via de parto, ou seja, Faúndes atribui ao autoritarismo e à conveniência dos médicos a responsabilidade pelas altas taxas de cesarianas realizadas.

Autoritarismo, nos dias atuais, abrange um conceito muito questionável, exceto se se considerar as mulheres como ovelhas desprotegidas, desamparadas, desinformadas e obedientes. Quanto à conveniência, esta sim, logicamente existe. É interesse do médico e da gestante fazer a cesariana com hora marcada, com feto a termo, em dia e horário conveniente para ambos. É claro! O número de profissionais médicos praticantes da obstetrícia está em declínio, provavelmente em virtude da sobrecarga de horas trabalhadas e os impactos causados no âmbito familiar e pessoal.<sup>205</sup> A verdade é que as políticas de saúde ditam os rumos seguidos pela Medicina e pelos médicos.<sup>206</sup>

Um interessante estudo, realizado por pesquisadores sul-coreanos, merece destaque pela sutileza da abordagem contida nas perguntas dirigidas a 505 mulheres daquele país, no qual também se verifica uma elevação no índice de cesarianas que alcançou 37.7% dos nascimentos no ano de 2.000. Os sul-coreanos concluíram que a maioria das mulheres entrevistadas prefere a via de parto vaginal e que esta atitude é contraditória com a “epidemia” de cesarianas, que afeta a Coreia do Sul e que a principal causa para a elevação

---

<sup>204</sup> Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Souza MH. A opinião das mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Revista de Saúde Pública* 2004; 38(4):488- 494.

<sup>205</sup> Dresden GM. et al. – Influence of obstetric practice on workload and practice of family physicians and obstetrician-gynecologists. *Annals of Family Medicine*, vol. 6, supplement 1, January/February 2008.

<sup>206</sup> Jorge Filho, I. – Políticas de saúde ditam os rumos da Medicina. *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Publicação do CREMESP, 2010, p. 7.

dos índices de cesarianas verificada nas duas décadas anteriores, está relacionada a dois fatores associados e inseparados: a prática dos profissionais e o sistema de saúde no qual os mesmos trabalham.<sup>207 208</sup>

Um estudo transversal australiano, semelhante, porém com conclusões divergentes à do Dr. Faúndes, após analisar as respostas de 278 mulheres que responderam a um questionário estruturado e realizado 7 semanas após o nascimento dos filhos por via vaginal, conclui que 81,4% das mulheres submetidas a cesariana eletiva reportaram participação na decisão de serem operadas.<sup>209</sup>

Obviamente, este autor se atreve a discordar do renomado professor e a discordar também de que o maior ou menor índice de cesarianas deve ser um parâmetro de avaliação de qualidade da saúde pública. Senão, como explicar a absoluta prevalência de cesarianas na rede suplementar que presta serviços a 40 milhões de brasileiras que têm o privilégio de poder pagar a assistência médica e receber um atendimento digno?

Ouso acentuar ainda mais minha discordância do Dr. Faúndes. Quem opta pela via de parto abdominal são mulheres de classe média e alta, presumivelmente mulheres muito mais informadas e esclarecidas do que as desfavorecidas que, sem opção, 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. Principalmente porque se trata de mulheres informadas e esclarecidas<sup>210</sup>. Além do mais, estaria se fazendo um pré-julgamento de praticamente todos os médicos que atuam na rede privada que têm indicadores de quase 100% para a via de parto abdominal.

---

<sup>207</sup> Lee SII, Khang Y, Lee M. – Women's attitudes towards mode of delivery in South Korea – a Society with high cesarean section rates. *Birth* 31: 2 June 2004.

<sup>208</sup> Kim SK, Cho AJ, Lee SS. et al. 2.000 National Fertility and Family Health Survey Report, Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs, 2000.

<sup>209</sup> Turnbull DA, Wilkinson C, Yaser A, et. al. – Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Medical Journal of Australia*, 1999; 170 : 580-583.

<sup>210</sup> Fabri RH, Lima e Silva HS, Lima RV, Murta EFC. – Estudo comparativo de cesariana entre um hospital público universitário e um hospital privado. *Revista Brasileira Materno Infantil*. Recife, 2(1): 29-35, jan-abril, 2002.



No raciocínio de Faúndes, os médicos seriam todos autoritários e as mulheres cesariadas todas submissas, desinformadas e acrílicas a ponto de aceitar passivamente o procedimento. Tenho que discordar frontalmente do professor Faúndes. Para este autor, autoritarismo é obrigar gestante pobre a ter parto normal. Impor o parto normal para gestante pobre é violar o direito à liberdade e à autodeterminação.

E qual a via de parto escolhida pelos médicos obstetras para suas esposas e filhas? Resposta: é a mesma via de parto escolhida pelas médicas obstetras que, assim como todas as outras mulheres, também têm filhos. Na medida em que têm esclarecimento e o direito e a oportunidade de optar, os médicos e as médicas têm preferência pela cesariana<sup>211</sup>, inclusive, a mesma opção apresenta repetitibilidade em trabalhos publicados nos Estados Unidos<sup>212</sup>, no Canadá<sup>213</sup>, na Inglaterra<sup>214</sup>, na Dinamarca<sup>215</sup>, na Turquia<sup>216</sup>, na Finlândia<sup>217</sup>, e na Noruega<sup>218 219</sup>. Na Holanda, os médicos mais experientes são mais susceptíveis em aceitar a opção das gestantes por uma cesariana e as causas alegadas para esta disposição em realizar o procedimento são a autonomia, a imprevisibilidade do parto vaginal, a litigância. O sexo do profissional não interferiu nas respostas do questionário.<sup>220</sup>

---

<sup>211</sup> Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. – Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996;347:544.

<sup>212</sup> Gabbe SG, Holzrnan GB. – Obstetrician's choice delivery. *Lancet* 2001; issue 9257, 357: 722. doi:10.1016/S0140-6736 (05)71484-7.

<sup>213</sup> Farrell AS, Baskett TF, Farrell KD. – The choice of elective cesarean delivery in obstetric: a voluntary survey of Canadian health care professionals. *Int Urogynecol J* (2005) 16: 378-383.

<sup>214</sup> Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. – Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *Eur J Gynecol Reprod Biol* 1997;73:1-4.

<sup>215</sup> Bergholt T, Osteberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request. A nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:262-266.

<sup>216</sup> Arikian DC. et al. - Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Archives of Gynecology and Obstetrics* Volume 284, Number 3 (2011), 543-549, DOI: 10.1007/s00404-010-1682-z

<sup>217</sup> Hemminki E, Klemeti R, Gisslar M. – Cesarean section rates among health professionals in Finland, 1990-2006. *Acta Obstetricia & Gynecologica Scandinavica*, October 2009, volume 88, issue 10, p. 1131-1144.

<sup>218</sup> Finsen V, Storeheir AH, Aasland OG. - Cesarean Section: Norwegian Women Do as Obstetrician Do – Not as Obstetricians Say. *Birth* 35:2 June 2008.

<sup>219</sup> Backe B, Salvesen KA, Sviggun O. – Norwegian obstetricians prefer vaginal route of delivery. *Lancet* 2002;359:629.

<sup>220</sup> Kwee A. et al. – Caesarean section on request: a survey in the Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 113 (2004) 186-190.

Conclusão diferente chegaram os pesquisadores do Oregon que verificaram que as obstetras do sexo feminino são mais relutantes em aceitar o pedido da paciente que requer o nascimento pela via abdominal.<sup>221</sup> Ora, a opção pela cesariana não é simplesmente uma escolha do médico. É uma escolha da gestante que busca segurança para seu bebê, conforto para si e proteção para a própria pelve. A decisão da gestante é baseada em questões intrinsecamente pessoais, como a própria tolerância à dor, sentimentos de alegria, ansiedade, angústia, medo<sup>222</sup>, raça<sup>223</sup>, experiência anterior<sup>224 225</sup>, grau de aculturação<sup>226</sup>, ocupação<sup>227</sup>, padrão social<sup>228</sup>, escolaridade<sup>229</sup>, etc.

Em entrevista à revista *Veja*, assim declarou o Dr. Gilbert Grant, anestesista americano, autor do livro *Enjoy Your Labor – A New Approach to Pain Relief for Childbirth*:

“Na origem disso, muitas vezes de forma inconsciente, está a referência religiosa, com a menção bíblica ao sofrimento no parto como castigo coletivo às mulheres porque Eva pecou no Jardim do Éden. Existe

---

<sup>221</sup> Ghetti C, Chan BKS, Guise JM. – Physicians’ responses to patient requested cesarean delivery. *Birth* 31:4 December 2004.

<sup>222</sup> McCourt C. et al. Elective Cesarean Section and decision making: a critical review of the literature. *Birth* 34:1 March 2007.

<sup>223</sup> Azad AK. et al. Racial differences in Cesareans: an analysis of US 2001 National Inpatient Sample Data. *Obstetrics & Gynecology* 2005;105:710-718.

<sup>224</sup> Pare E, Stamilio D, Cahil A, Stevens E, Peipert J, Macones G. – Maternal morbidity with elective repeat cesarean section: the influence of the number of previous cesarean sections. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, volume 191, issue 6, supplement 1, December 2004, Page S153.

<sup>225</sup> Kottmel A, Huang D, Hoesli I, Bitzer J, Tschudin S. Maternal request for cesarean section due to previous traumatic birth experience – Quantifying an increasing obstetric care problem. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107S32 (2009) S413-S729.

<sup>226</sup> Zlot AI, Jackson DJ, Korenbrot C. – Association of acculturation with cesarean section among Latinas. *Maternal and Child Health Journal* volume 9, n. 1, March 2005.

<sup>227</sup> Simoes E, Kunz S, Bosing-Schwenkgleds M, Schmahl. Occupation and risk of cesarean section: study based on the perinatal survey of Baden-Württemberg, Germany. *Arch Gynecol Obstet* (2005) 271: 338 - 342.

<sup>228</sup> Yazlle MEHS, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. – Incidência de cesáreas segundo financiamento da assistência ao parto. *Revista de Saúde Pública*, volume 35, número 2, São Paulo, abril de 2001.

<sup>229</sup> Knupp VMAO, Melo ECP, Oliveira RB. – Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2008, Março; 12 (1): 39-44.

muita pressão na sociedade, dos amigos dos parentes. Espera-se que elas agüentem a dor do parto, porque isso é natural. Tenho certeza de que, se os homens dessem à luz, essa discussão nem existiria. Sentir dor não tem vantagem nenhuma e ainda pode ser perigoso. Além do sofrimento em si, há efeitos fisiológicos e psicológicos. Quando se sente dor, as veias se estreitam, o que diminui o fluxo de sangue para a placenta, conseqüentemente o bebê recebe menos sangue. Algumas pesquisas mostram que as mulheres sob dor intensa acabam desenvolvendo mais problemas psicológicos depois do parto, como depressão e stress pós-traumático, a doença dos veteranos de guerra. A experiência pode deixar marcas profundas. Tenho três filhas lindas, as três nasceram de cesariana.”

230

O documento intitulado O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas, subscrito pela Agência Nacional de Saúde Suplementar é pródigo e farto em argumentos que atribuem ao médico a culpa pelas elevadas taxas de cesarianas que vêm ocorrendo em todos os continentes do planeta.<sup>231</sup>

Vejamos o conteúdo da página 121:

“Entretanto, diante dos resultados encontrados, torna-se evidente que qualquer estratégia adotada terá alcance muito limitado se não for modificada a forma de atuação do profissional médico na assistência ao parto na rede de saúde suplementar. O peso da opinião médica e sua capacidade de convencimento da mulher a favor da realização do parto cesáreo, em um momento de grande fragilidade como o final da gravidez, podem tornar inócuas todas as outras iniciativas em prol do parto normal.

---

<sup>230</sup> Revista Veja – Edição 2079 – ano 41 – número 38, de 24 de setembro de 2008, p. 150-152. Em português: Aproveite seu Parto – Uma nova abordagem no alívio da dor durante o nascimento.

<sup>231</sup> Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. – Rio de Janeiro, 2008. Disponível na Internet: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro\\_parto\\_web.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro_parto_web.pdf) . Acessado em 21 de abril de 2008.

As várias distorções observadas na assistência, tais como excesso de cesarianas eletivas, ausência de prova de trabalho de parto em mulheres com cesariana anterior, ausência de partos vaginais operatórios, baixíssima proporção de induções, indicações inadequadas de cesarianas e o próprio manejo inadequado do trabalho de parto, resultam em taxas elevadíssimas de partos cesáreos, não observados em outros países onde predomina o mesmo modelo médico de assistência. A mudança das práticas assistenciais vigentes certamente é a tarefa mais difícil para a redução de tantas cesarianas desnecessárias. Diversas estratégias possíveis esbarram no modelo de atenção focado no profissional médico, no uso rotineiro de suas intervenções e na baixa valorização de aspectos psico-sociais do parto de nascimento. A atuação junto aos estudantes de medicina e aos médicos obstetras na avaliação do atual modelo de assistência ao parto e seus resultados maternos e perinatais é fundamental e as evidências científicas que sustentam os modelos de outros países, onde os indicadores maternos e perinatais são muito superiores e onde as mulheres têm a oportunidade de exercer sua autonomia, devem subsidiar este debate. Entretanto, a grande mudança dependerá de transformações profundas no modelo de atenção à gestação e ao parto, com a ampliação do número de serviços, com novas propostas assistenciais e a incorporação de outros profissionais na assistência à gestação, ao parto e nascimento, tais como enfermeiras obstetras e doulas”.

Na opinião deste autor, o texto acima tem vários equívocos. Claro que a opinião do médico é importante e influencia as decisões da gestante.<sup>232</sup> É para esta finalidade que a gestante – pelo menos as de melhor renda – procura um profissional de sua confiança para fazer o pré-natal. Neste momento se estabelece uma relação de muita proximidade entre ambos. A gestante precisa se sentir segura, protegida, amparada e utiliza o médico assistente para conversas íntimas, fazer desabafos, fazer seus “dengos”, precisa ter a

---

<sup>232</sup> Habiba M. et al. – Caesarean section on request: a comparison of obstetrician’s attitudes in eight European countries. BMOG. 2006 Jun;113(6) : 647-56.

liberdade de telefonar a qualquer hora para receber palavras de orientação ou de conforto em qualquer fase da gestação, quando a fêmea fica vulnerável e fragilizada.

Maldonado e Canella, com muita lucidez:

“Tecnicamente falando, o vínculo profissional-cliente é assimétrico: o profissional é um especialista e tem competência para atuar na sua área. É claro que ele só fará isso adequadamente quando atender uma pessoa em sua totalidade e não de modo fragmentado e dissociado. No entanto, a noção de co-responsabilidade implica em reconhecer que profissional e cliente, embora tenham funções diferentes, compõem um vínculo humanamente simétrico”.<sup>233</sup>

Enfim, a relação da gestante com seu médico pressupõe sólida e inabalável confiança. Caso a gestante tenha uma opinião já formada pela via de parto, dificilmente o médico poderá mudar tal conceito, pois aí se corre o risco de uma quebra nesta relação de confiança. Atribuir ao médico a responsabilidade pelas elevadas taxas de cesarianas é subestimar a opinião das mulheres que, certo dia, tomaram a decisão de engravidar e parir um filho e isto corresponde ao exercício da autonomia reprodutiva.

Agora, qual é a autonomia da gestante que não pode escolher o profissional assistente, não pode escolher o profissional que vai fazer seu parto, que não pode escolher a via de parto, porque a via de parto já foi escolhida e é imposta, de forma autoritária, pelos gestores da saúde? Os mesmos gestores que decidiram incorporar enfermeiras e doulas na assistência ao parto e nascimento para exorcizar o demônio das cesarianas consideradas iatrogênicas, desnecessárias. Porém, para frustração dos autores de uma imposição arbitrária e restritiva, as cesarianas são cada vez mais e mais desejáveis. Pelo menos para as gestantes cuja Autonomia não foi castrada por normas e rotinas de serviço implantadas de forma vertical e autoritária na Rede Pública de Saúde.

---

<sup>233</sup> Maldonado AJ, Canella P. – Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Reichmann & Affonso Editores, Rio de Janeiro, 2003.

Assim concluem pesquisadores do nordeste brasileiro:

“Esses resultados mostraram os grandes diferenciais existentes entre as categorias público e privado, demonstrando um claro favorecimento do setor privado e que a prática obstétrica no Brasil precisa mudar e melhorar, tanto entre aquelas mulheres com acesso ao serviço privado, que conseguem a realização da cesárea sem consistentes indicações médicas, quanto entre as mulheres com acesso ao serviço público que enfrentam dificuldades para a realização deste procedimento, mesmo com procedentes indicações médicas, de modo a proporcionar igualdade no direito reprodutivo dessas mulheres”.<sup>234</sup>

O conteúdo do texto oportuniza a seguinte questão: será que os médicos não sabem fazer partos por via vaginal? Resposta: claro que sabem, até os integrantes do corpo de bombeiros fazem partos dentro daquelas viaturas vermelhas, desde, é claro, que não ocorram complicações. Para a Dra. Márcia Rosa Araújo, a evolução de um parto é imprevisível e a ocorrência de complicações é esperada em aproximadamente 15 a 20% dos casos e ignorar o benefício e os avanços da ciência e da tecnologia é um retrocesso inaceitável que priva gestantes e recém-nascidos de um atendimento digno e põe suas vidas em risco.<sup>235</sup>

Transcrevo as palavras do Dr. Helvécio Neves Feitosa, conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Ceará:

“Existe, há algum tempo, uma orquestração contra a participação do médico na assistência ao parto, promovida por determinada categoria profissional e com o apoio de alguns gestores do sistema de saúde, sendo

---

<sup>234</sup> Costa NDL, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCC. – Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do nordeste do Brasil. RBGO, 2006; 28 (7): 388-96.

<sup>235</sup> Araújo MR. - Parto em casa: retrocesso. Jornal do CREMERJ, março 2008, p. 4. Artigo também publicado no Jornal do Brasil em 16 de março de 2008.

que um dos motivos residiria no suposto fato de que o médico estaria contribuindo para que tal assistência seja desumana. Nós, médicos, não vestimos esta carapuça, pois não constam em nosso *curriculum* disciplinas que aprimorem nosso lado desumano. Pelo contrário, o estudo da ética médica e da bioética nos orienta exatamente no sentido contrário. Lamentamos que alguns casos de atitudes grosseiras na relação médico-paciente efetivamente ocorram. Entretanto, felizmente, não se constituem em maioria, e a grosseria não é atributo de uma profissão, e sim, do ser humano, que na sua formação moral, sofre influências as mais diversas, sendo que, talvez, a educação familiar seja a preponderante. Entendemos, porém, que o ser humano pode ser sempre melhorado, e que é importante que haja investimento contínuo neste sentido”.<sup>236</sup>

O depoimento do Dr. Helvécio é corroborado pelos depoimentos prestados pelos alunos do curso de Medicina da Universidade de Federal de Rondônia que, durante a graduação, fazem estágio na Maternidade Municipal, e que, segundo eles próprios, são praticamente proibidos de fazer acompanhamento dos partos normais que se tornou uma “exclusividade” dos alunos do curso de enfermagem. É prudente citar trabalho randomizado, multicêntrico, publicado no JAMA com 6.915 mulheres, cuja conclusão é de que o trabalho de parto acompanhado por enfermeira treinada não reduz a incidência de cesariana. O trabalho exclui os partos realizados por parteiras ou doulas e inclui apenas enfermeiras treinadas.<sup>237</sup>

O trabalho publicado em periódico de enfermagem obstétrica simplifica a questão e finaliza com uma postura direta e reducionista:

---

<sup>236</sup> Feitosa HN – Casas de parto: posição do CREMEC. Página da FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível na Internet: [http://www.febrasgo.org.br/?op=300&id\\_srv=2&id\\_tpc=0&nid\\_tpc=&id\\_grp=1&add=&lk=1&nti=11&l\\_nti=S&itg=S&st=&dst=3](http://www.febrasgo.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=0&nid_tpc=&id_grp=1&add=&lk=1&nti=11&l_nti=S&itg=S&st=&dst=3) Acessado em 25 de maio de 2009.

<sup>237</sup> Hodnet ED, Lowe NK, Hanna ME, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labour support in North American Hospitals: a randomized controlled Trial. JAMA 2002; 288: 1373-1381.

“Até que as evidências comportem que as cesarianas eletivas sejam as melhores opções para otimizar os riscos do nascimento tanto para a mãe como para o feto, os serviços de obstetrícia devem continuar advogando que o parto vaginal é a melhor forma de nascer”.<sup>238</sup>

Claro está que o médico assistente interfere na indicação de cesariana durante o trabalho de parto e a decisão de realizar o procedimento cirúrgico dependerá de decisões pessoais, vivência, experiências anteriores, especialmente nos casos de primigestas com trabalho de parto induzido.<sup>239 240</sup>

Pesquisadores nigerianos investigaram os motivos que levaram mulheres cesariadas a requerer a cirurgia para o nascimento do filho e concluíram que as mulheres requisitaram a cesariana por achar que esta é a via mais segura para o nascimento. Das 27 mulheres entrevistadas, 23 (85,2%) responderam que os médicos não colocaram objeções ao procedimento e que os outros quatro (14,8%) só concordaram depois de insistência por parte das gestantes. A idade média das mulheres era de 36 anos e 40,7% tinham relatos de infertilidade.<sup>241</sup>

Outro aspecto que precisa ser abordado é com relação aos aspectos jurídicos e legais da responsabilidade profissional do médico e as consequências das ações judiciais cada vez mais comuns contra médicos. Estudo norueguês aponta que o julgamento dos obstetras é influenciado pela percepção do risco de litigância para a paciente que requisita a cesariana a

---

<sup>238</sup> Miesnik SR, Reale BJ. – A review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *Obstetric Gynecol Neonatal Nurs*, 2007, Nov-Dec; 36(6): 605-15.

<sup>239</sup> Dias MAB, Deslandes SF. – Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1):109-116, Jan-Fev, 2004.

<sup>240</sup> Luthy DA, Malmgren JÁ, Zinghein RW. – Cesarean delivery after induction in nulliparous women: the physician effect. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 191, issue 5, november 2004, p. 1511- 1515.

<sup>241</sup> Chigbu CO, Ezeome IV, Iloabachie GC. – Cesarean section on request in a developing country. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 96, 54-56.



pedido.<sup>242</sup> O diálogo exposto a seguir ocorre entre um obstetra e a gestante em final de gestação:

- Doutor, eu queria marcar a data da cesariana para o próximo dia 25 porque é interesse da família.

- Olha, eu devo seguir a recomendação da OMS de que cesariana só com indicação médica. Sinto muito.

- Mas doutor, eu quero ter meu filho por cesariana. Meu marido também.

- Bem, vamos fazer o seguinte: a gente tenta o parto normal. Se não der “passagem”, ou se ocorrer qualquer problema, a gente faz uma cesariana. Está bom assim?

Primeiro desfecho: a paciente irá procurar outro médico que aceite fazer a cesariana.

Segundo desfecho: a paciente concorda em tentar o parto normal. Neste caso, o senhor doutor se torna candidato a um desgastante processo judicial de consequências bastante funestas e dispendiosas se algo der errado.

O cenário acima descrito obviamente influencia a opção dos médicos em proceder a cesarianas e a literatura é farta na comprovação desta ocorrência e a concordância dos médicos com a escolha das gestantes pela cesariana.<sup>243 244 245</sup>

Pesquisadores do American College of Obstetricis and Gynecologists enviaram questionários para 1.031 associados e as respostas evidenciam que a maioria dos ginecologistas e obstetras inquiridos reconhece um aumento por cesarianas a pedido em suas práticas e acreditam que os riscos do procedimento compensam os benefícios da

---

<sup>242</sup> Fuglenes D, Oian P, Kristiansen IS. – Obstetrician’s choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigations? American Journal of Obstetrics and Gynecology, January 2009, 48.e1.

<sup>243</sup> Fuglenes D, Oian P, Kristiansen IS. - Obstetrician’s choice of cesarean: delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? American Journal of Obstetrics and Gynecology. Article in Press. Presented at the Annual Meeting of the Norwegian Society of Gynecology and Obstetrics, Farde, Norway, Aug 30- Sept 1, and at the 29th Annual Meeting of the Society for Medical Decision Making, Pittsburg, PA, Oct. 20-24, 2007 . Disponível na internet: [HTTP://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6W9P-4TT715N-4\\$](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W9P-4TT715N-4$) acessado em 25 de setembro de 2008.

<sup>244</sup> Cotzias CS, Paterson-Brown S, Fisk NM. Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001 July;97(1) : 15-6.

<sup>245</sup> Bergholt T, Ostberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetrician’s personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004 March; 83(3) : 262-6.

cesariana a pedido e que carecem de fortes evidências a respeito dos riscos e benefícios para definir uma conduta relacionada a cesariana à pedido.<sup>246</sup>

Claro que se o desejo da gestante for pelo nascimento por via vaginal e o médico insistir na via de parto abdominal porque é um adepto da “cultura das cesarianas”<sup>247</sup>, os riscos de litígio judicial em casos de complicações obstétricas são equivalentes. A literatura relata casos nos quais a gestante recusa, inclusive, a cesariana de emergência.<sup>248</sup>

A reflexão levantada pelos pesquisadores do Departamento de Saúde da Família e da Comunidade da Universidade do Novo México é feliz e bastante conveniente:

“Antes de nós (médicos) entusiasticamente adotarmos o direito universal de as mulheres escolherem o nascimento por meio da cesariana eletiva, nós devemos nos perguntar se esta é realmente uma escolha da paciente. Se nós concordarmos que a escolha é da paciente, então nós devemos concordar com todas as situações que permitem a escolha do parto normal”.<sup>249</sup>

Leeman, em publicação posterior, insiste que as mulheres que requisitam cesarianas durante o pré-natal devem ser aconselhadas, orientadas a tentar o parto vaginal.<sup>250</sup> Pesquisadores suecos, em publicação de 2006, concluíram que o aumento no índice de cesarianas naquele país se dava muito mais pela preferência das gestantes do que pela decisão dos médicos assistentes.<sup>251</sup> Não há como discordar da autonomia das mulheres para fazer as próprias escolhas, mesmo que o direito formal em fazer esta ou aquela escolha não esteja, pra já, garantido.

---

<sup>246</sup> Bettes BA et al. – Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstetrics and Gynecology* vol 109, n 1, January 2007.

<sup>247</sup> Barbosa GP, et al. Parto Cesáreo: quem o deseja e em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*, volume 19, número 6, Rio de Janeiro, novembro/dezembro, 2003.

<sup>248</sup> Cuttini M. et al. – Patient refusal of emergency cesarean delivery: a study of obstetrician’s attitudes in Europe. *Obstet Gynecol.* 2006; Nov; 108(5) : 1121-9.

<sup>249</sup> Leeman LM, Plante La. – Patient choice Vaginal Delivery? *Annals of Family Medicine*, volume 4, number 3, may/june, 2006.

<sup>250</sup> Leeman LM. – Prenatal counseling regarding cesarean delivery. *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 473-95.

<sup>251</sup> Florica M, Stephansson O, Nordstrom L. – Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2002), 181-185.

## Os Riscos e Benefícios de cada uma das vias de nascimento

Para Sempre

Por que Deus permite que as mães vão-se embora?  
Mãe não tem limite, é tempo sem hora,  
luz que não apaga quando sopra o vento  
e chuva desaba, veludo escondido  
na pele enrugada, água pura, ar puro,  
puro pensamento.  
Morrer acontece com o que é breve e passa  
sem deixar vestígio.  
Mãe, na sua graça, é eternidade.  
Por que Deus se lembra  
- mistério profundo - de tirá-la um dia?  
Fosse eu Rei do Mundo, baixava uma lei:  
Mãe não morre nunca, mãe ficará sempre  
junto de seu filho e ele, velho embora,  
será pequenino feito grão de milho.

(Carlos Drummond de Andrade)<sup>252</sup>

A literatura é um tanto controversa quando trata dos riscos do parto normal e das cesarianas tanto para a mãe quanto para o feto. O documento da ANS, publicado em 2008, corrobora as mesmas recomendações elencadas pelo Encontro da WHO de Fortaleza, em março de 1985, que preconiza índices de cesarianas em torno de 15% como aceitáveis para qualquer região do planeta.<sup>253</sup>

Vale ressaltar que cada um dos eventos está separado por um período de 27 anos no qual ocorreram verdadeiras revoluções na tecnologia e nos meios de comunicação. O

---

<sup>252</sup> Carlos Drummond de Andrade – Poeta, contista e cronista brasileiro (1902-1987). Poema Para Sempre. Disponível na Internet: <http://www.aindamelhor.com/poesia/poesias04-carlos-drummond.php> Acessado em 17 de abril de 2010.

<sup>253</sup> Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. – Rio de Janeiro, 2008. Disponível na Internet: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro\\_parto\\_web.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro_parto_web.pdf) Acessado em 21 de abril de 2008.

conhecimento humano foi democratizado com o recurso da Internet e a informação é simultânea, instantânea em todos os continentes do planeta.

A recomendação do índice de 15% foi baseada em uma realidade bastante diferente da atual. Nos dias de hoje é sabido que a evolução do nascimento depende, entre outros tantos fatores, da medida da altitude no local onde se desencadeia o trabalho de parto.<sup>254</sup> Nos dias atuais, é preponderante a incorporação das novas tecnologias aliadas ao papel social desempenhado pelas mulheres que, segundo o obstetra francês Bruno Carbonne, em Editorial Especial do International Journal of Gynecology and Obstetrics:

1. Engravidam mais tardiamente (depois dos 30 anos em países desenvolvidos);
2. São mais sujeitas à obesidade, hipertensão, diabetes;
3. O desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida que frequentemente se associam a gestação múltipla;
4. O surgimento das técnicas eletrônicas de monitorização fetal a partir de 1970;
5. A possibilidade de indução do parto normal está relacionada a elevados índices de cesarianas especialmente em primigestas;
6. A apresentação pélvica passou a ser contra-indicada para partos normais a despeito de controvérsias posteriores na literatura<sup>255</sup>;
7. As questões de litigância que levam o obstetra a se antecipar às complicações de um parto normal sob a lógica de que realizar uma cesariana tardiamente ocasiona desgastantes e danosos processos judiciais;

---

<sup>254</sup> Miller S. et. al. Maternal and neonatal outcomes of hospital vaginal deliveries in Tibet. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 98, 217-221.

<sup>255</sup> Ghaffari Z, Bener A, Ahmed B. – Safety of vaginal birth after cesarean delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics 92 (2006) 38 - 42.

8. A realização de uma cesariana leva a realização de nova cesariana o que faz com que o índice de cesarianas cresça de forma exponencial;

9. As mulheres de classes sociais mais elevadas optam sistematicamente por cesarianas.<sup>256</sup>

Ronald Cyr opina sobre o estabelecimento de indicadores de cesarianas:

“Tentativas para definir um indicador ideal para as cesarianas são fúteis e deveriam ser abandonadas. Apesar 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>257</sup>

Ronald 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>258</sup>

No Canadá, onde a incidência de cesarianas aumentou de 5,2% em 1969 para 25,6 em 2003<sup>259</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

---

<sup>256</sup> Carbonne B. – Increase in cesarean delivery: Are we facing a pandemic? *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107 (2009) 183-184.

<sup>257</sup> Cyr, RM. – Myth of the ideal cesarean section rate. Commentary and historic perspective. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Volume 194, issue 4, april 2006. p. 932-936.

<sup>258</sup> Humpstone, OP. – Cesarean section VS spontaneous delivery. *American Journal Obstetr Gynecol* 1 (1920), p. 986-989 994-6.

<sup>259</sup> Nair C. – Trends in cesarean deliveries in Canada. *Health Reproductive* 1991 ; 3:(3) : 203-19.

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>260</sup>

Estudo retrospectivo analisou 1.748 nascimentos, realizados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de abril a dezembro de 2001 chegou à conclusão que: “Não foram constatadas associações significativas entre as complicações maternas e o tipo de parto no período analisado”.<sup>261</sup>

Trabalho semelhante com análise de 77.350 nascimentos registrados em um período de 12 anos, entre os anos de 1989 a 2000 em Dublin, na Irlanda, verificou que ocorreu um aumento no índice de cesarianas de 6,9% em 1989 para 15,1% em 2000. A despeito deste incremento nas taxas de cesariana, não houve correspondente aumento nas taxas de mortalidade perinatal.<sup>262</sup>

No Massachusetts, foram analisados os registros 649.375 nascimentos entre os anos de 1954 a 1985, sendo que neste período 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>263</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

---

<sup>260</sup> Armson, BA. – Is planned cesarean childbirth a safe alternative? CMAJ, February 13, 2007 – 176(4):475 - 476.

<sup>261</sup> Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. – Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. Revista de Saúde Pública, 2004;38(1):9-15.

<sup>262</sup> Foley ME, et. al. – Term neonatal asphyxia seizures and peripartum deaths: lack of correlation with a rising cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol, Jan 2005; 192 : 102-8.

<sup>263</sup> Sachs BP. et al. Cesarean section related maternal mortality in Massachusetts, 1954-1985. Obstet Gynecol 1988 Mar;71(3Pt 1): 385-8.

controversa e a utilização do procedimento requer uma complexa colaboração das condições temporais e envolve aspectos psicológicos e também o desejo da mãe.<sup>264</sup>

Existe ainda outro viés quando se comparam as complicações ou benefícios de cada procedimento, especialmente quando se trata de pacientes submetidas a cesarianas em maternidades públicas que funcionam em regime de plantões. O obstetra que realiza a cirurgia não é o mesmo obstetra 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 médico acompanhou o pós-operatório e, possivelmente, a alta hospitalar ficará sob a responsabilidade de outro médico visitador. Será que não existe nada de inadequado em todo este processo?

Pesquisadores franceses analisaram as condutas e resultados obstétricos em 9 hospitais europeus de referência e concluíram que existem diferenças significativas nas práticas obstétricas que não se traduzem em diferenças nos indicadores de mortalidade materna e perinatal.<sup>265</sup>

A análise de 12.591 nascimentos por via vaginal foi comparada a 3.062 cesarianas eletivas e outras 4.328 cesarianas de urgência em hospitais asiáticos revelou que as complicações maternas estão aumentadas nas cesarianas, mas as cesarianas eletivas diminuem os riscos de complicações para os neonatos.<sup>266</sup>

Pesquisadores da Carolina do Norte ingleses analisaram 54 trabalhos científicos em língua inglesa relacionados à via de parto e consequências para a mãe e para o feto em

---

<sup>264</sup> Ros A. et al. – Arch Gynecol Obstet (2007) 275:269-274.

<sup>265</sup> Alran S. et al. – Differences in management and results in term-delivery in nine European Referral hospitals: descriptive study. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 103 (2002) 4-13.

<sup>266</sup> Chongsuvivatwong V. et. al. – Maternal and fetal mortality and complications associated with cesarean section deliveries in teaching hospitals in Asia. Journal of Obstetrics and Gynaecologic Research volume 36, Jan 2010, issue 1, p. 45-51.

situações “planejadas”, ou seja, partos vaginais normais e cesarianas eletivas. Concluíram que:

“primariamente, tanto a cesariana a pedido quanto o parto normal planejado diferem em relação a questões individualizadas, por exemplo, os riscos de incontinência urinária e hemorragia materna são inferiores nas cesarianas, na contrapartida o risco de morbidades respiratórias para o nascituro são maiores e a estada hospitalar é mais longa. De forma geral, a compreensão é de que, considerando muitas variáveis, não existem consideráveis diferenças entre a cesariana a pedido e o parto normal planejado, mas as evidências são frágeis para conclusões definitivas de que as as diferenças estão completamente ausentes”.<sup>267</sup>

Na Irlanda, a despeito dos indicadores de cesarianas terem aumentado de 14,1% em 1995 para 26,5% em 2009, não ocorreu qualquer impacto no índice de mortalidade materna que ficou em 2,7 por 100.000 nascidos vivos. Foram registrados 2 óbitos maternos que não tiveram relação com o procedimento cirúrgico.<sup>268</sup>

Em várias regiões do continente africano, nos quais prevecelem condições de assistência à saúde ainda bastante precárias, a queda nos indicadores de mortalidade materna está associada a uma elevação nos indicadores de cesarianas que se situavam em torno de 8,8% em 2009. As cesarianas de emergência apresentam maior morbidade perinatal ao contrário das cesarianas eletivas apesar das dificuldades de acesso ao sistema de saúde.<sup>269</sup>

---

<sup>267</sup> Visgo AG, et. al. - Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2006 Dec;108(6): 1517 - 29.

<sup>268</sup> O'Dwyer V. et. al. – Maternal mortality and the rising cesarean rate. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, volume 116, issue 2, p. 162-164, February 2012.

<sup>269</sup> Shah A, et. al. - Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. *Int J Gynecol Obstet* volume 107, issue 103, p. 191-197, December 2009, doi:10.1016/j.ijgo.2009.08.013



## Os riscos para a mãe

Os corpos não sofrem, as pessoas sofrem.

Eric Cassel.<sup>270</sup>

Documento da Organização Mundial de Saúde publicado em 2008 e intitulado Safe Surgery Save Lives ressalta 5 fatores relacionados à segurança das cirurgias de uma maneira geral:

1. Complicações ocorrem em 25% dos pacientes hospitalizados;
2. A mortalidade pós-operatória das grandes cirurgias se situa na faixa de 0,5 a 5%;
3. Nos países industrializados, aproximadamente metade dos eventos adversos em pacientes hospitalizados são relacionados a procedimentos cirúrgicos;
4. Pelo menos metade dos casos nos quais as cirurgias ocasionaram danos são considerados preveníveis;
5. Princípios conhecidos de segurança em cirurgia são inconsistentemente aplicados mesmo em ambientes sofisticados.

Ressalta ainda o documento: nos países industrializados são registradas complicações em 3 a 16% dos pacientes operados e morte ou seqüela permanente em 0,4 a 0,8% das cirurgias. Nos países em desenvolvimento, os estudos sugerem um índice de mortalidade de 5 a 10% nas principais cirurgias.<sup>271</sup>

---

<sup>270</sup> Cassel EJ. The nature of suffering and goal of Medicine. New York: Oxford University Press, 1991.

<sup>271</sup> Safe Surgery Save Lives. Documento da Organização Mundial de Saúde, 2008. Em português: Cirurgia Segura Salva Vidas. Acessado em 8 de março de 2010. Disponível na Internet: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge\\_base/SSSL\\_Brochure\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf).

Logicamente, quando se fazem referências à morbidade dos nascimentos, sejam partos normais ou cesarianas, se deve, obrigatoriamente, levar em conta o ambiente no qual os mesmo são realizados. Seguramente, as diferenças nos indicadores de morbidade serão diferentes entre os nascimentos ocorridos no interior da Amazônia e aqueles ocorridos em ambientes hospitalares com disponibilidade de oxímetros de pulso, anestesistas, desfibriladores, unidades de hemoterapia. Muito embora os mais ardentes defensores do parto normal repitam que gravidez não é doença e que o bebê nasce com o médico e apesar do médico, é de bom alvitre convir que os riscos existem e é prudente que sejam sempre evitados e contornados.

Em relação à cesariana sob demanda, Lavender e colaboradores apontaram a ausência de ensaios clínicos comparando cesarianas planejadas e parto vaginal planejado e reforçaram a necessidade de revisões sistemáticas de estudos observacionais de boa qualidade,

“Tem sido difícil avaliar o risco de cesariana sob demanda ou eletiva ou planejada, já que essas entidades não têm classificação clínica homogênea e/ou não são registradas. O conhecimento tem se baseado em evidências indiretas e, portanto, limitadas.”<sup>272</sup>

Ou seja, Lavender é conclusivo ao afirmar que os riscos inerentes para cada procedimento ainda carecem de estudos observacionais e que os estudos até agora apresentados, não se apresentam claros. A opinião de que novos estudos são necessários para aprofundar e esclarecer o conhecimento dos riscos e morbidades de cada uma das vias de parto é compartilhada por muitos autores.<sup>273 274</sup>

---

<sup>272</sup>Lavender T, Hofmeyer GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GMI. Caesarean Section for non-medical reasons. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No:CD0046660. DOI:10.1002/14651858. CD004660. Pub2, 2006.

<sup>273</sup> Lee YM, D’Alton ME. – Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. Current opinion in Obstetric and Gynecology, 2008, 20:1-5.

<sup>274</sup>Tamin H. et al. – Cesarean delivery among nulliparous women em Beirut: assessing predictors in nine hospitals. Birth 34:1. March, 2007.

Monica Schindl é categórica em sua conclusão ao estudar 1050 gestantes da Universidade de Viena:

*“Elective Cesarean is a safe and psychologically well tolerated procedure. The results are comparable with uncomplicated vaginal delivery and far superior to secondary intervention such as vacuum delivery or emergency CS”.*<sup>275</sup>

De fato, a maioria dos estudos que compara os riscos de cada procedimento não distinguem as cesarianas eletivas, feitas sem indicação médica, daquelas cesarianas indicadas em consequência de complicações de partos normais ou em decorrência de outros estados “não normais” associados a patologias concomitantes à gravidez.<sup>276</sup> Lydon-Rochelle e outros publicaram um estudo retrospectivo em nascidos vivos no Estado de Washington entre 1987 e 1996 e relataram que a mortalidade materna por cesariana era de 10,3 para cada 100.000 ou aproximadamente 4 vezes mais do que o índice conhecido para o parto vaginal. Após fazer o controle para a idade e para pré-eclâmpsia grave, no entanto, não foi encontrada qualquer diferença nos indicadores. Os pesquisadores concluíram que as cesarianas poderiam estar relacionadas a morbidades pré-existentes graves o que aumenta o índice de mortalidade, mas que, o procedimento, isoladamente, não representa riscos de morte.<sup>277</sup>

Uma revisão da literatura realizada por pesquisadores de Boston que analisaram trabalhos publicados entre 1975 e 2001 conclui que não existem evidências estatísticas que

---

<sup>275</sup> 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; 82:834-840. Em português: A cesariana eletiva é um procedimento seguro e psicologicamente bem tolerado. Os resultados são comparáveis àqueles obtidos com partos normais não complicados e muito superiores à intervenções secundárias tais como extração à vácuo ou à cesariana realizada em caráter de emergência.

<sup>276</sup> Ophir E. et al – Delivery mode and maternal rehospitalization. Arch Gynecol Obstet, 2008, 277:401 - 404.

<sup>277</sup> Lydon-Rochelle M, Holy VL, Easternling TR. – Cesarean delivery and postpartum mortality among primiparas in Washington State, 1987-1996. Obstet Gynecol, 2001;97:169 - 74.

comprovem risco aumentado de mortalidade materna na realização de cesariana eletiva quando comparada ao parto vaginal.<sup>278</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, ao longo de duas décadas (1980 a 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>279</sup>

Evidentemente 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.

Em trabalho multicêntrico que envolveu instituições de 8 países da América Latina publicado no BMJ, com uma amostragem muito significativa de 97.095 gestantes ficou cristalizado que as cesarianas eletivas têm morbidade maior para a mãe e para o feto nas apresentações cefálicas e conclui também que as cesarianas estão indicadas nas apresentações pélvicas, independentemente da idade gestacional, e ainda que a incidência de óbito fetal e complicações vaginais estão reduzidas nos nascimentos por cesariana. Este trabalho, muitas vezes citado por vários autores, que teve a importante participação do Dr. Aníbal Faúndes, tem uma limitação importante que é o grande número de instituições envolvidas com profissionais e protocolos terapêuticos diferentes e com bancos de dados de diferentes formatos. Estes eventos podem causar erros de classificação entre cesarianas

---

<sup>278</sup> Vadnais M, Sachs B. – Maternal Mortality with Cesarean Delivery: a Literature Review. *Seminars in Perinatology* 30:242-246, 2006.

<sup>279</sup> Ramos JGL, Costa SM, Stuczynski JV, Brietze E. – Morte materna em Hospital Terciário no Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(6): 431-436, 2003.

eletivas ou necessárias. Mas o que chama bastante a atenção é que dos 94.307 nascimentos analisados, 62.486 foram partos normais, 13.208 foram cesarianas eletivas e 18.613 foram cesarianas intrapartum. Bem, excluídas as cesarianas classificadas como eletivas tem-se um total de 81.099 de nascimentos sendo que destes, 77% ocorreram por via vaginal e os demais 23% ocorreram necessariamente por via abdominal.<sup>280</sup> Daí conclui-se que a probabilidade de uma cesariana ocorrer em decorrência do trabalho de parto é de 23% em qualquer nascimento e este percentual é, significativamente, superior àquele recomendado pela Organização Mundial de Saúde em 1985.

As 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<sup>281</sup>, embora a utilização profilática de antibióticos reduza a estadia no hospital em 1 dia, em média.<sup>282 283 284</sup> As hemorragias severas pós-parto que causam perdas sanguíneas superiores a 1.000 ml, constituem importante causa de mortalidade materna e acarretam 1 morte a cada 100.000 nascimentos no Reino Unido e têm uma prevalência que varia de 1,86% a 6% nas várias regiões do planeta, com indicadores mais significativos no oeste da Europa seguido pela América Latina e Caribenha.<sup>285</sup>

As cesarianas não eletivas, particularmente aquelas realizadas após a rotura das membranas apresentam um fator de risco muito maior para cultura positiva de material

---

<sup>280</sup> Villar J, Carroli G, Zavaleta A, et. al. – Maternal and neonatal individual risks and benefits with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335;1025 published online 30 Oct 2007. <http://bmj.com/cgi/content/full/335/7628/1025> acessado em 5 de maio de 2009.

<sup>281</sup> Rizk DEE. Et. al. - Systemic antibiotic prophylaxis in elective cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* Volume 61, Issue 3, 1 June 1998, Pages 245-251.

<sup>282</sup> Smaill F, Hofmeyer GF. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database System Rev* 2002; 3 CD000933-CD000933.

<sup>283</sup> Bagratee JS, et all. – Prophylactic antibiotics at elective cesarean section did not reduce infectious morbidity. *BR J Obstet Gynaecolo* 2001; 108: 143-148.

<sup>284</sup> Yildirin G. et al. – When should we perform prophylactic antibiotics in elective cesarean cases. *Arch Gynecol Obstet* (2009) 280:13-18.

<sup>285</sup> Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu MA. – Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, volume 22 No 6, p. 999-2008, 2008.

obtido do útero imediatamente após a remoção da placenta. A presença de cultura uterina positiva está associada com recém-nascidos com baixo peso e endometrite pós-parto.<sup>286</sup>

Haverá que se ressaltar que as morbidades são mais acentuadas após a realização de cesarianas intraparto, ou seja, cesarianas realizadas em trabalhos de partos complicados.<sup>287</sup>

Uma interessante pesquisa, realizada por neurologistas chineses, demonstrou que mulheres submetidas a cesarianas têm maior risco de apresentar acidente vascular cerebral do que as mulheres que tiveram parto normal nos meses subsequentes a cada um dos procedimentos. Segundo a pesquisa, o risco é 1,67 vezes maior aos 3 meses, 1,61 vezes maior aos 6 meses e 1,49 vezes maior aos 12 meses.<sup>288</sup>

Outros pesquisadores levantam algumas hipóteses para justificar os mecanismos que ocasionam maior risco para a ocorrência do evento nas mulheres cesariadas: primeiro, as alterações hemodinâmicas resultam em hipo ou hiperperfusão do cérebro decorrentes do procedimento anestésico e da retirada súbita da placenta. Segundo, o stress causado pelo procedimento com redução na concentração da proteína C, que interfere na cascata da coagulação e influenciaria a formação de coágulos. Terceiro, o procedimento anestésico isoladamente, causaria alterações na composição e na circulação do líquido céfalo raquidiano que, por consequência, provocaria alterações na função dos vasos sanguíneos cerebrais. Trabalhos semelhantes em outros países corroboram os resultados encontrados pelos pesquisadores chineses.<sup>289 290</sup>

No Japão, pesquisadores de Sedai demonstraram a maior incidência de embolia pulmonar em mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas e uma maior incidência de

---

<sup>286</sup> Solt I. – Is cesarean a clean surgery? American Journal of Obstetric and Gynecology, supplement to December 2009, S234.

<sup>287</sup> Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal Morbidity associated with cesarean without labor compared with spontaneous onset of labor at term. Obstet Gynecol, 2003, 102: 477-482.

<sup>288</sup> Lin SY, Hu CJ, Lin HC. – Increased risk of stroke in patients Who undergo cesarean section delivery: a nationwide population-based study. American Journal of Obstetric Gynecology, volume 198, issue 4, April 2008, p. 391.2-391.e7.

<sup>289</sup> James A, Bushnell CD, Jamison M, Myers E. – Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the purperium. Obstet Gynecol 106 (2005), p. 509-516.

<sup>290</sup> Bushnell CD, Hurn P, Cotton C et al. – Advancing the study of stroke in women: summary and recommendations for future research from a NINDS-sponsored multidisciplinary working group. Stroke 47 (2006), p. 2387-2399.

tromboembolismo quando as cesarianas são realizadas em gestantes obesas ou idosas.<sup>291 292</sup> Puérperas submetidas a cesarianas apresentam um risco aumentado de readmissões ao hospital<sup>293 294</sup> e existe o risco de complicações decorrentes do trauma e da manipulação de vísceras como as aderências que podem trazer complicações em futuros e necessários procedimentos cirúrgicos na cavidade abdominal, incluindo aí uma nova cesariana o que irá causar demora na retirada do feto<sup>295</sup> e certamente acarretará limitação na possibilidade de optar por famílias numerosas.<sup>296 297</sup>

A incidência de placenta acreta, estimada em 1 para cada 2500 nascimentos, tem tido um aumento significativo concomitante ao aumento dos índices de cesarianas e um trabalho recente reportou uma incidência de 1 caso de placenta acreta para 533 gestações no período de estudado de 1982 até 2002.<sup>298 299</sup>

---

<sup>291</sup> Chisaka H, Utsunomiya H, Okamura K, Yaegashi N. – Pulmonary thromboembolism following gynecologic surgery and cesarean section. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 84 (2004) 47-53.

<sup>292</sup> Banerjee M, Raje G, Sule M. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107S2 (2009) S413-S729

<sup>293</sup> Murphy C, Geisler M, Brophy C, McAuliffe F. – Re-admission in the puerperium is more likely IF delivery by cesarean section and is related to non FEE-paying status. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, volume 199, issue 6, Supplement 1, December 2008, p. S125.

<sup>294</sup> Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, Kramer MS. Risk of Maternal Postpartum Readmission Associated with Mode of Delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, volume 105, n. 4, april 2005.

<sup>295</sup> Morales KJ, Gordon MC, Bates Jr. WB. – Postcesarean delivery adhesions with delayed delivery of infant. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* May 2007, 461.e2.

<sup>296</sup> Grobman W, Caughey, Hahn K. – Reproductive consequences of elective cesarean: a decision analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, volume 199, issue 6, Supplement1, December 2008, p. S61.

<sup>297</sup> Mankuta D, Shaul Y, Leshno M, Brezis M. – Spontaneous normal vaginal birth versus elective cesarean section by request – a decision analysis of maternal and perinatal complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, volume 197, issue 6, Supplement1, December 2007, p. S77.

<sup>298</sup> Miller DA, Chollet JÁ, Goodwin TM. Clinical risks factors for placenta previa-placenta accreta. *American Journal of Obstetric Gynecology* 1997;177:210-4.

<sup>299</sup> Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. – Abnormal placentations: twenty-year analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005;192: 1458-61.

Pesquisadores de Istambul, na Turquia, demonstraram que a cirurgia cesariana não tem impacto sobre a fertilidade e que novos estudos são necessários para determinar os impactos na fecundidade.<sup>300</sup>

### **Os benefícios para a mãe**

Trabalho publicado no *The Lancet* em 2010 relata que a mortalidade materna global tem diminuído entre 1 a 3% a cada ano, a partir de 1990, em todo o planeta.<sup>301</sup> Este período é coincidente com o período no qual muitos alegam ter ocorrido uma epidemia de cesarianas.

Rortveit afirmou, em 2003, que a prevalência de todos os tipos de incontinência urinária em mulheres acima de 20 anos é de 20,7%. A prevalência de incontinência urinária moderada ou severa é de 8,7% e a prevalência de incontinência urinária de stress é de 12,2%. Após analisar uma amostra de 15.307 mulheres, observou-se que o risco de incontinência urinária é menor nas nulíparas, um pouco maior nas mulheres submetidas à cesariana e maior nas mulheres que tiveram filhos pela via vaginal.<sup>302</sup>

Vários autores referem que a cesariana tem um efeito protetor do assoalho pélvico semelhante à nuliparidade.<sup>303 304 305 306</sup> De uma forma geral, em relação ao efeito protetor do assoalho pélvico, parece evidente que a cirurgia cesariana, quando realizada na primeira

---

<sup>300</sup> Oral E, Elter K. – The impact of cesarean birth on subsequent fertility. *Current opinion in Obstetric and gynecology*, 2007, 19:238-243. *American Journal of Obstetric Gynecology* 2005;192:1458-61.

<sup>301</sup> Hogan MC. et. al. - Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, Volume 375, Issue 9726, p. 1609 - 1623, 8 May 2010

<sup>302</sup> Rortveit G. et al. – Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section. *NEJM*, volume 348:900-907 March 6, 2003, número 10.

<sup>303</sup> Lukacs ES, Lawrence JM, Conteras R, Nager CW, Luber KM. – Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*, 2006 Jun;107(6):1253-60.

<sup>304</sup> Handa VL, Harvey L, Fox HE, Kjerulff KH. Parity and route of delivery: does cesarean delivery reduce bladder symptoms later in life? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004 Aug;191(2):463-9.

<sup>305</sup> Ekstron A. et al. – Planned cesarean section versus planned vaginal delivery: comparison of lower urinary tract symptoms. *Int Urogynecol J* (2008) 19:459 - 465.

<sup>306</sup> Guise JM. Et. al. – Does cesarean protect against fecal incontinence in primiparous women? *Int Urogynecol J* (2009) 20:61-67.



gravidez, protege o assoalho na vida adulta da mulher<sup>307</sup>, muito embora a literatura seja controversa<sup>308 309 310</sup> em rastrear os danos causados ao assoalho pélvico pela gravidez, propriamente dita, ou pela via de nascimento planejada.

Minkoff, em artigo publicado em 2003 no NEJM aborda, cauteloso, o tema Cesariana Eletiva e, de forma um tanto didática, explana sobre os riscos e benefícios de cada uma das vias de parto para a mãe e para o feto e inicia seu texto com:

“o mais importante benefício de longo prazo para a gestante submetida à cesariana é a proteção do assoalho pélvico, reduzindo a incidência de incontinência fecal, flatos e urina, assim como reduz a incidência de prolapso de órgãos da pelve”.<sup>311</sup> O próprio Minkoff já havia publicado um trabalho em 1980 no qual avaliou o impacto das cesarianas na melhora dos indicadores perinatais ocorrido nos 17 anos anteriores.<sup>312</sup>

A literatura é farta em documentar o risco de incontinência urinária em mulheres submetidas a parto normal, em especial, nas multíparas e nas gestações de mulheres jovens.<sup>313 314 315 316 317</sup>

---

<sup>307</sup> Uma R, Libby G, Murphy DJ. – Obstetric management of a woman’s first delivery and the implications for pelvic floor in later life. BJOG, 2005, August;112(8):1043-6.

<sup>308</sup> Faltin DL, et al. – Women’s health 18 years after rupture of the anal sphincter during childbirth: I. Fecal Incontinence. American Journal of Obstetric and Gynecology, volume 194, issue 5, May 2006, p. 1255-1259.

<sup>309</sup> Rachna B, Bryony S, Deirdre JM. – Pelvic floor at 3 years after instrumental delivery and cesarean delivery in the second stage of labor and the impact of a subsequent delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 192, issue 3, March 2005, p. 789-794.

<sup>310</sup> McKinnie V. et al – The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 193, issue 2, August 2005, p. 512-517.

<sup>311</sup> Minkoff HL, Chervenak, FA. - Elective Primary Cesarean Delivery. NEJM, Volume 348: 946-950 March 6, 2003.

<sup>312</sup> Minkoff HL, Richard H, Schwartz RH. - The rising cesarean section rate: can it safely be reversed? Journal of American College of Obstetric and Gynecologists, volume 56, August 1980, number 2.

<sup>313</sup> Goldberg RP, et all. – Urinary incontinence after multiple gestations and delivery: impact on quality of life. Int Urogynecol J (2005) 16: 334-336.

A probabilidade de sintomas relacionados a danos ao assoalho pélvico é maior em mulheres cujo trabalho de parto foi induzido com oxitocina, nos partos com fórceps e quando os nascituros pesam mais de 4.000 mg.<sup>318</sup> O impacto na qualidade de vida destas mulheres é notável e, em muitas ocasiões, requerem correção cirúrgica que, no Brasil, é popularmente conhecida como cirurgia “para levantar a bexiga”. A proteção do assoalho pélvico em longo prazo, foi comprovada em recente trabalho prospectivo de base populacional, no sul da Austrália e demonstra claramente uma maior prevalência de distúrbios no assoalho pélvico em partos vaginais em relação às cesarianas eletivas, excluídos os demais riscos.<sup>319</sup>

Publicação do NEJM de Rortveit<sup>320</sup>, em 2003, demonstra que a incidência de incontinência urinária é reduzida de 10 para 5% quando se realiza cesariana profilática em mulheres portadoras de riscos para a patologia e os riscos diminuem ainda mais quando a cesariana é realizada antes do início do trabalho de parto<sup>321 322</sup>, e a incontinência anal está

---

<sup>314</sup> Sze EHM. – Prevalence and Severity of Anal Incontinence in Women With and Without Additional Vaginal Deliveries After a Fourth-Degree Perineal Laceration. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2005 Volume 48 n. 1 66-69. Disponível na Internet: <http://journals.lww.com/dcrjournal/pages/results.aspx?k=EDDIE%20SZE&Scope=AllIssues&txtKeywords=EDDIE%20SZE>

<sup>315</sup> Connolly TJ, et al. – The effect of mode of delivery, parity, and birth weight on risk of urinary incontinence. *Internal Urogynecological Journal* 2007, 18: 1033-1042.

<sup>316</sup> Handa VL, Harvey L, Fox HE, Kjerulff KH. – Parity and route of delivery: does cesarean delivery reduce bladder symptoms later in life? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 191, issue 2, August 2004, p. 463-469.

<sup>317</sup> Maclennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. – The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity, and mode of delivery. *BJOG*, 2000 Dec;107(12);1460-70.

<sup>318</sup> Casey BM. Et al – Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 192, issue 5, May 2005, p. 1655-1662.

<sup>319</sup> Maclennan AH, Taylor AW, Wilsons D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000; 107:1460-1470.

<sup>320</sup> Rortveit G, Daltveit, AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *NEJM* 2003; 348:900-907.

<sup>321</sup> Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartrn CI. – Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *NEJM* 1993;329:1905 - 1911

<sup>322</sup> Farrell AS, Allen VM, Basket TF. – Parturition and urinary incontinence in primiparas, *Obstetric Gynecol* 2001;97:350-356.

fortemente associada a lacerações ocultas do esfíncter anal após partos vaginais operatórios.<sup>323</sup>

Peter Sand, após analisar vários trabalhos que comparam a incidência de incontinência urinária e anal em mulheres submetidas a cesarianas e partos normais, levanta uma polêmica em torno de se a cesariana não deveria ser oferecida para as gestantes de forma rotineira com o objetivo de preservar o assoalho pélvico, afirmando categoricamente que o parto vaginal está associado com injúria do nervo pudendo e, portanto, com risco aumentado de incontinência urinária e incontinência anal.<sup>324</sup> Mira Lal, de Birmingham, ao estudar incontinência urinária e anal pós cesarianas, sustenta idéia contrária a de Sand e conclui que as evidências científicas disponíveis não suportam o argumento de que a indicação rotineira de cesariana eletiva previne danos ao assoalho pélvico.<sup>325</sup>

Trabalho multicêntrico, realizado em vários centros obstétricos suecos com questionários dirigidos a 2.490 mulheres, conclui que lacerações na vagina, períneo, esfíncter anal, ou retal estão associados com um retardo na retomada das atividades sexuais no intercurso de 6 meses após os nascimentos ocorridos na Suécia.<sup>326</sup>

A transmissão vertical do HIV está comprovadamente diminuída, por meio de trabalhos metanalíticos, com a indicação de cesariana eletiva.<sup>327 328</sup> Nishimoto e Eluf Neto analisaram amostra significativa de gestantes portadoras do HIV e concluíram que:

---

<sup>323</sup> Eason E, Labrecque M, Marcoux S, et. al. – Anal incontinence after childbirth. *CMAJ* 2002;30:267-271.

<sup>324</sup> Sand PK. – Should women be offered elective cesarean section in the hope of preserving pelvic floor function? *Int. Urogynecol Journal* (2005) 16: 255-256.

<sup>325</sup> Lal M. – Prevention of urinary and anal incontinence: role of elective cesarean delivery. *Current Opinion in Obstetric and Gynecology* 2003, 15:439 - 448.

<sup>326</sup> Radestad I, et all. – Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after Childbirth: a Nationwide follow-up. *Birth* 35:2 June 2008.

<sup>327</sup> The International Perinatal HIV Group. A Meta-Analysis of 15 cohort Studies. The Mode of delivery and the risk of vertical transmission of HIV Type I. *NEJM* 1999 Volume 340 Number 13, April 1:977-987.

<sup>328</sup> Jamieson, DJ et al. – Cesarean Delivery for HIV-infected women: recommendations and controversies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, S97, September, 2007.

“As medidas de prevenção recomendadas pela Coordenação Nacional de DST/AIDS<sup>18</sup> pela sua eficácia comprovada são: o uso de AZT oral, injetável e xarope, realização de cesariana eletiva e não amamentação destas crianças. Neste trabalho, o parto por via alta protegeu contra a transmissão do HIV, mas esta associação não foi estatisticamente significativa. A realização de apenas duas (1,4%) cesarianas eletivas tendo como indicação a sorologia materna positiva para o HIV pode ser justificada pelo fato de que somente a partir de março de 2001 foi adotado protocolo específico para realização de cesárea eletiva nas gestantes HIV soropositivas, segundo normas da Coordenação Nacional de DST/AIDS.<sup>329</sup> Nas cesarianas restantes não se soube se foram de emergência ou eletiva”.<sup>330</sup>

Pesquisadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro demonstraram que as cesarianas eletivas realizadas na 38<sup>a</sup> semana de gravidez em gestantes portadoras de HIV não causam aumento da morbidade.<sup>331</sup> A depressão pós-parto caracterizada por pensamentos negativos ocorre com a mesma frequência em gestantes submetidas a parto vaginal e em gestantes submetidas às cesarianas com indicação técnica por apresentação pélvica.<sup>332</sup> A incidência desta entidade psiquiátrica ainda não foi avaliada para as puérperas submetidas a cesarianas por opção.<sup>333</sup>

---

<sup>329</sup> Brasília. Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral. 2004. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante\\_2004/ConsensoGestante2004.doc](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante_2004/ConsensoGestante2004.doc).

<sup>330</sup> Nishimoto TMI, Eluf Neto J, Rozman MA. - Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.51 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2005.

<sup>331</sup> Rocco R. et al. – Morbidade associada a cesariana eletiva em portadoras do HIV. RBGO, volume 25, número 5, 2003, p. 323-328.

<sup>332</sup> Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. JAMA 2002; 287:1822-1831.

<sup>333</sup> Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression: influence of timing of elective cesarean section. Br Journal Psychiatry 1992; 160:777-780.

Uma diferença significativa na incidência de constipação intestinal nas pacientes submetidas a cesarianas foi registrada por Hannah num follow-up de 2 anos no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Toronto, Canadá.<sup>334</sup>

Trabalho realizado por pesquisadores holandeses demonstra que a apendicectomia profilática realizada em mulheres submetidas a cesarianas não aumenta a morbidade do procedimento e a retirada do apêndice pode ser realizada caso sejam detectadas anormalidades.<sup>335</sup>

Finalmente, a mais inegável das vantagens é a de que a cesariana eletiva extirpa o risco de uma cesariana de emergência (intraparto), visto que esta é motivadora de diminuição do grau de satisfação da mãe com o nascer da criança.<sup>336</sup>

### **Os riscos para o feto**

Pesquisadores noruegueses analisaram 18.653 nascimentos e concluíram que a cirurgia de cesariana ocasiona um número duas vezes maior de transferências dos bebês para unidades de terapia intensiva em virtude de problemas pulmonares do que em partos normais. O trabalho norueguês foi realizado durante um período de 6 meses em 24 maternidades diferentes, o que poderia ocasionar erros de avaliação, registro e compilação dos dados, especialmente no que tange à idade gestacional e maturidade fetal.<sup>337</sup>

Em relação ao feto normal é sabido que a mortalidade ante parto ou intraparto é de 2 em 1000 em gestações a termo com 39 semanas.<sup>338</sup> É bastante razoável supor que este indicador poderia ser diminuído com intervenção cirúrgica via abdominal nesta mesma

---

<sup>334</sup> Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwak K, Cheng M. et al. maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *American Journal Obstetric Gynaecology* 2004; 191(3):917-927.

<sup>335</sup> Pearce C. et al. – Elective appendectomy at the time of cesarean delivery: a randomized controlled Trial. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, volume 199, issue 5, November 2008, p. 491.e - 491.e5.

<sup>336</sup> Grahon WJ, Hundley V, McCheyne AL. *Obstetrics Gynaecology* 1992; 79:547-553.

<sup>337</sup> Koiás T. et al. – Planned cesarean versus planned vaginal delivery aterm: comparison of newborn infant outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, volume 195, 2006, 1538 - 43.

<sup>338</sup> Feldman GB. - Prospective risk of stillbirth, *Obstetrics Gynaecology* 1992; 79:547-553.

idade gestacional e as mortes poderiam ser evitadas com a indicação de cesarianas, excluídos, obviamente, os casos de má formação congênita.

Morrison, pesquisador inglês, demonstrou que a incidência de distúrbio respiratório e necessidade de ventilação mecânica em neonatos nascidos por meio de cesariana eletiva após 39 semanas de gestação é de 1 para cada 10.000 nascimentos.<sup>339</sup> Complicações como aspiração de mecônio e entubação neonatal são muito mais freqüentes em partos vaginais quando comparados a cesarianas nesta mesma idade gestacional.<sup>340</sup>

Alan Tita, da Universidade do Alabama, analisou 24.077 cesarianas realizadas a termo das quais 13.248 foram eletivas. Registrou apenas 1 óbito neonatal e concluiu que as cesarianas realizadas antes de 39 semanas apresentam riscos maiores de complicações para o feto com índices aumentados 2,1 vezes para os nascimentos com 37 semanas e 1,5 vezes para os nascimentos com 38 semanas em relação aos nascimentos ocorridos com 39 semanas.<sup>341</sup> Os riscos neonatais para cesarianas realizadas antes de completadas 39 semanas de gestação são referendados em trabalho retrospectivo realizado na Holanda em 7 anos de observação.<sup>342</sup> Trabalho na Grã-Bretanha demonstra que ocorreu apenas 1 óbito fetal em 78.000 cesarianas eletivas<sup>343</sup> e um trabalho similar foi publicado por pesquisadores israelenses<sup>344</sup>.

Na contrapartida, são abundantes os relatos de uma maior incidência de complicações como ruptura uterina, placenta prévia, placenta acreta, descolamento de

---

<sup>339</sup> Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. – Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective cesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 101-6.

<sup>340</sup> Saunders N, Paterson C. - Effect of gestational age on obstetric performance: when is “term” over? *Lancet* 1991; 338:1190 - 1192.

<sup>341</sup> Tita A. et al. – Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at term and Neonatal Outcomes. *NEJM*, volume 360, n. 2, January 8, 2009; 111-120.

<sup>342</sup> Wilmink FA. Et. al. – Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7 year retrospective analysis of a national registry. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, March 2010, 250 e.1.

<sup>343</sup> Lucas DN, Yentis SM, Kinsela SM et al. Urgency of cesarean section: a new classification. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2000; 93:346 - 350.

<sup>344</sup> Yoles I, Maschiac S. - Increased maternal mortality in cesarean section as compared to vaginal delivery? Time for re-evaluation. *American Journal of Obstetrics Gynaecology* 1998; 178:Suppl:S78 - S79.

placenta, placenta ectópica e gestantes com histórico de cesarianas prévias.<sup>345 346</sup> Em relação ao feto, os problemas respiratórios e outras morbidades são registrados quando a cesariana é realizada antes de 39 semanas de gestação<sup>347 348</sup>, ou quando a idade gestacional é incerta<sup>349</sup>. Os riscos e complicações respiratórias para o feto decorrentes de cesariana eletiva são muito diminuídos nas cirurgias realizadas após as 39 semanas de gravidez<sup>350 351</sup> ou no início do trabalho de parto<sup>352</sup> e vários autores recomendam que as cesarianas eletivas devem ser realizadas sempre após 39 semanas de gravidez<sup>353 354</sup> visto que os riscos de morbidades são maiores para a mãe e para o feto em cesarianas eletivas realizadas antes de completadas 39 semanas.<sup>355 356</sup> Muito embora os estudos demonstrem que exista um risco aumentado para distúrbios respiratórios e maior risco de internação nas unidades de terapia intensiva, para os recém-nascidos de cesariana, estes diagnósticos incluem taquipnéia transitória, hipertensão pulmonar persistente, hipóxia respiratória ao invés de doença da membrana hialina. Apesar da opinião geral de que as morbidades respiratórias nos nascidos

---

<sup>345</sup> Gillian M, Rosenberg D, Davis F. - The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity, *Obstetric Gynaecology* 2002; 99: 976 - 980.

<sup>346</sup> Hofmeyer GF, Hannah ME. - Planned cesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database System Rev* 2001; 12:CD000166-CD000166.

<sup>347</sup> Tita A. - The Maternal Fetal Medicine Units (MFMU) cesarean registry: Impact of gestational age at elective cesarean on neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, volume 197, issue 6, Supplement 1, December 2007, p. S37.

<sup>348</sup> Tita A. et al - Timing of elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. - *NEJM*, volume 360, n. 2, January 8, 2009.

<sup>349</sup> Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. - Neonatal respiratory morbidity and the mode of delivery at term: influence of elective cesarean section. *Br Journal Obstetric Gynaecology* 1995; 102:101-106.

<sup>350</sup> Parilla BV, Dooley SL, Jansen RD, Socol ML. - Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeat cesarean delivery. *Obstetric Gynaecology* 1993; 81:392 - 395.

<sup>351</sup> Van der Berg A, van Elburg RM, van Geijn HP, Fetter WPF. - Neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section in term infants. A 5 year retrospective study and a review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* volume 98, 2001, p. 9-13.

<sup>352</sup> Gerten KA, Coonrod DV, Bay RC, Chambis LR. - Cesarean delivery and respiratory distress syndrome: does labor make a difference? *American Journal of Obstetric and Gynecology*, volume 193, issue 3, supplement 1, September 2005, p. 1061 - 1064.

<sup>353</sup> Tita A. - Timing of elective repeat cesarean delivery at term and maternal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology Supplement to December 2009* S 246.

<sup>354</sup> Pray- Dede M. et al. - Timing of elective cesarean delivery at term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology Supplement to December 2009* S 242.

<sup>355</sup> Clark SL. et. al. - Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* February 2009, 156 e1.

<sup>356</sup> Wilmink FA. Et. al. - Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestations: a 7 year retrospective analysis of a national registry. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* March 2010, 250.e1.

a termo tenham curso benigno e auto-limitado, muitos acabam por requerer intervenções prolongadas, oxigênio terapia, ventilação mecânica e oxigenação com membrana extracorpórea. Algumas vezes, porém raramente, os bebês morrem.<sup>357</sup>

Whyte et. al., diante das evidências de que os partos com apresentação pélvica apresentam mais riscos para o nascimento do que aqueles em apresentação cefálica<sup>358</sup>, analisou as intercorrências neurológicas nas crianças aos 2 anos de idade decorrentes de cesarianas e/ou partos vaginais em gestações com apresentação pélvica e concluiu que a indicação de cesariana em apresentação pélvica não está associada ao risco mais elevado de morte ou dano neurológico quando as crianças são avaliadas aos 2 anos de idade.<sup>359</sup>

Em relação à amamentação que deve ser iniciada poucas horas após o nascimento, nenhum retardo ou complicação tem sido verificada em mulheres que optaram por cesarianas eletivas.<sup>360</sup> As lacerações e traumatismos ao feto ocasionados por ocasião de cesarianas eletivas são eventos muito pouco frequentes.<sup>361</sup> A hipotensão materna que ocorre com mais frequência na anestesia raquidiana do que na anestesia peridural<sup>362</sup>, as quais ocasionam uma diminuição da perfusão sanguínea para a placenta, tende a ser bem tolerada pelo feto, sem ocasionar sequelas.<sup>363</sup>

---

<sup>357</sup> Jain L, Dudell GG. – Respiratory transition in infants delivered by cesarean section. *Semin Perinatol* 2006; 30:296-304.

<sup>358</sup> Schutte MF, van Hemel OJC, van der Berg C, van de Pol A. – Perinatal mortality in breech presentations as compared to vertex presentation in singleton pregnancies: an analysis based upon 57.819 computer registered pregnancies in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 19 (1985), p. 391-400.

<sup>359</sup> Whyte et al. – Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, volume 191, issue 3, september 2004, p. 864-871.

<sup>360</sup> Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287:1822-1831.

<sup>361</sup> Hass DM, Ayres AW. - Laceration injury at cesarean section. *Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 11:196-198.

<sup>362</sup> Ratcliffe FM, Evans JM. – Neonatal wellbeing after caesarean delivery with general spinal, and epidural anesthesia. *Eur J Anaesthesiol* 1993;10:175-81.

<sup>363</sup> Maayan- Metzger A. et. al. - *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, January 2010, 56.e1.



## Os benefícios para o feto

Os benefícios da cesariana nos casos de apresentação pélvica estão bem registrados na literatura, na contrapartida de aparente aumento nas morbidades para a mãe.<sup>364</sup> A cesariana eletiva está indicada nos casos de mães portadoras do HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), porque reduz a transmissão vertical em 80% dos casos.<sup>365</sup> Duarte demonstrou que a cesariana eletiva tem baixa morbidade pós-parto quando realizada durante o trabalho de parto ou após a ruptura de membranas em mães portadoras do HIV.<sup>366</sup> Existem evidências que recomendam o nascimento por via abdominal nas gestantes portadoras de vírus da Hepatite B.<sup>367</sup>

Na Oceania, uma análise de 82.251 nascimentos de fetos únicos com peso superior a 2.500 mg., ocorridos entre os anos de 1987 a 2006, período no qual se verificou um aumento nos índices de cesarianas de 11,9 para 16,7%, não foram registradas alterações significativas nas taxas de mortalidade perinatal que se mantiveram próximas de 2 para cada 1000 nascimentos. Entre as nulíparas, os indicadores de cesarianas aumentaram de 13,1 para 17,9% e as taxas de mortalidade perinatal permaneceram na média de 1,7 para cada mil nascimentos. Os autores concluíram que não há correlação entre o aumento nos indicadores de cesarianas e a mortalidade perinatal em fetos únicos com mais de 2.500 mg de peso corporal.<sup>368</sup>

---

<sup>364</sup> Sanchez-Ramos L. et al. - Route of breech delivery and maternal and neonatal outcomes. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 73 (2001) 7-14.

<sup>365</sup> The European Mode of Delivery Collaboration. *The Lancet* March 1999 volume 353, issue 9158, p. 1035-1039.

<sup>366</sup> Mode of delivery and postpartum morbidity in Latin American and Caribbean Countries among women Who are infected with human immunodeficiency vírus-1: The NICHD International Site Development Initiative Perinatal Study. *American Journal of Obstetric and Gynecology* (2006) 195, 215-229.

<sup>367</sup> Yang J. et al – Elective Caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to child transmission of hepatitis B vírus – a systematic review. *Virology Journal* 2008, 5:100. Disponível na Internet: [HTTP://WWW.virologyj.com/content/5/1/100](http://www.virologyj.com/content/5/1/100) acessado em 2 de outubro de 2008

<sup>368</sup> Jonsdottir G, Smarason AK, Geirsson RT, Bjarnadottir RI. - No correlation between cesarean section rates and perinatal mortality of singleton infants over 2,500 g. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(5):621-3.

Um estudo retrospectivo publicado no NEJM, em 1999, analisou 583.540 nascimentos de nulíparas no estado da Califórnia entre os anos de 1992 e 1994<sup>369</sup> e, e o risco de hemorragia intracraniana nos recém-nascidos está registrado na Tabela 7:

**Tabela 7 – Risco de hemorragia intracraniana em recém nascidos de acordo com a via de parto.**

VIA DE PARTO	Risco
Cesariana Eletiva	1: 2750
Parto Vaginal Espontâneo	1: 1900
Cesariana durante o trabalho de parto, sem tentativa de parto normal	1: 954
Parto Vaginal com uso de vácuo extração	1: 860
Parto Vaginal com uso de fórceps	1: 664
Cesariana após tentativa de parto vaginal complicado	1: 334

Fonte: Towner 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(23):1709-1714.

Estudo canadense de base populacional, com análise de 142.929 nascimentos, revela que a cesariana eletiva, realizada antes do trabalho de parto, protege o neonato de traumatismo em relação às cesarianas realizadas durante o trabalho de parto<sup>370</sup> e também se registra uma diminuição da mortalidade neonatal em recém nascidos de muito baixo peso (*Very Low Birth Weight Infants*) submetidos a cesarianas, especialmente quando em apresentação pélvica.<sup>371</sup>

Pesquisadores da Universidade do Texas demonstraram que as cesarianas ‘*on request*’ (a pedido) , quando realizadas após as 39 semanas de gravidez, apresentam

<sup>369</sup> Towner 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(23):1709 - 1714.

<sup>370</sup> Liston FA. Et all. – Neonatal outcomes with caesarean delivery at term. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2008;93 F176-F182. Doi:10.1136/adc.2006.112565.

<sup>371</sup> Muhuri PK. Et al. – Method of delivery and neonatal mortality among Very Low Birth Weight Infants in the United States. *Maternal and Child Journal.* Volume 10, No 1, January 2006.

impactos significativamente negativos em relação ao parto vaginal quando consideradas as complicações distócia de ombro, trauma fetal, encefalopatia neonatal, morte fetal.<sup>372</sup> Em alguns países da Europa, como a Croácia, por exemplo, se faz a indicação de cesariana eletiva para gestantes com miopia dado que, nestas, existe um risco significativamente maior de descolamento de retina nos recém-nascidos.<sup>373</sup>

### **Os custos de cada procedimento**

Sachs publicou no NEJM:

“O custo do nascimento inclui ambos, os honorários médicos e a taxa de hospitalização. Muitas pessoas assumem que a cesariana custa mais do que o parto vaginal em virtude das taxas de uma estadia hospitalar mais prolongada e pela utilização do centro cirúrgico. Isto pode não ser verdadeiro sob a perspectiva hospitalar. A unidade de pré-parto é similar a uma Unidade de Terapia Intensiva com relação aos custos, um trabalho de parto prolongado, mesmo quando o nascimento se dá pela via vaginal, é muito mais caro para a instituição do que a cesariana. No Beth Deaconess Medical Center, em Boston, uma cesariana iterativa custa aproximadamente 7.700 dólares e um parto vaginal consome aproximadamente 6.800 dólares – uma diferença de 900 dólares. No entanto, um trabalho de parto complicado que tem indicação de cesariana custa 3.000 dólares a mais do que um nascimento pela via vaginal sem complicações. Além do mais, se a mãe ou o recém nato apresentam complicações (por exemplo, uma rotura uterina na mãe ou um distúrbio no recém nato que requeira admissão na Unidade de Tratamento

---

<sup>372</sup> Hankins GD, Clark SM, Munn MB. – Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder distocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol.* 2006 Oct;30(5):276:87.

<sup>373</sup> Loncarek K, Petrovic O, Brajac I. – Myopia and operative delivery in Croatia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 85 (2004) 287-288.

Intensivo) os custos aumentam em 4.000 dólares para a mãe e em 2.000 dólares para o feto, em média.”.<sup>374</sup>

No Brasil, o SUS (Sistema Único de Saúde)<sup>375</sup> remunera o parto normal (procedimento 0310010039) a R\$ 443,40 – sendo R\$ 267,60 para serviços hospitalares e R\$ 175,80 para serviços profissionais e a cesariana (procedimento 0411010034) a R\$ 545,73 – sendo R\$ 395,68 para serviços hospitalares e R\$ 150,05 para serviços profissionais, uma diferença de R\$ 102,33. Claríssimo está que a remuneração destinada ao pagamento de cada um dos procedimentos, inferior a 300 dólares nos dias atuais, é quase irrisória e não cobre os custos totais (honorários + hospitais), nem do parto vaginal, nem da cirurgia cesariana. Muito diferente e aquém dos custos apresentados pelo Hospital de Boston que são pelos menos 20 vezes maiores. E por quais motivos os custos – em dólares – de um nascimento nos Estados Unidos são 20 vezes (ou mais) do que no Brasil? Uma resposta possível para esta brutal diferença de custos poderia ser explicada após uma visita a uma maternidade pública no Brasil, comparando-a com uma maternidade nos Estados Unidos.

Fato é que o argumento de que a cesariana eletiva tem custos mais elevados do que o parto normal não se comprova. O que se comprova é que a cesariana indicada durante o trabalho de parto implica em custos mais elevados para o procedimento.<sup>376</sup>

Uma revisão estruturada sobre os custos de cada uma das vias de parto, realizada por pesquisadores da Universidade de Oxford conclui:

“Esta revisão demonstra a pobreza da literatura econômica relacionada ao parto em casa e ao parto em centros de natalidade

---

<sup>374</sup> Sachs BP, Castro MA. – The Risks of lowering the Cesarean Delivery Rate. NEJM, Sounding Board, volume 340:54-57, January 7, 1999, number 1.

<sup>375</sup> DATASUS. Página da Internet. Disponível no site <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php> Acessado em 16 de junho de 2009 na base de dados de junho de 2009.

<sup>376</sup> Allen VM, O’Connell CM, Farrell AS, Baskett TF. - Economic implications of method of delivery. American Journal of Obstetric and Gynecology, volume 193, issue 1, July 2005, p. 192-197.

(maternidades). As diferenças de resultados entre os estudos podem ser atribuídas às diferenças nos sistemas de saúde, diferenças nos métodos utilizados e diferenças nos custos incluídos. Pesquisa econômica adicional com envolvimento detalhado e pleno dos custos em cada uma das alternativas para o local do nascimento e variações prognósticas, incluindo a preferência das mulheres, poderia auxiliar a esclarecer a questão se o nascimento fora do hospital é benéfico em termos de custo”.

377

Outro estudo randomizado realizado em 3 hospitais na área urbana de Baltimore, com uma amostragem contendo 1172 nascimentos recomendou que: “Para a prática obstétrica, assim como para as políticas de saúde pública não se deve assumir que as cirurgias cesarianas sempre custam mais do que os nascimentos por via vaginal”.<sup>378</sup>

Uma crítica bastante criteriosa sobre os custos de cada um dos procedimentos foi publicada por pesquisadores da Universidade de Aberdeen<sup>379</sup> e conclui que a análise do tema deve, idealmente, adotar uma ampla perspectiva que necessariamente deveria incluir:

- “1 - Os custos atribuídos ao trabalho de parto e nascimento;
- 2 - Os custos atribuídos à estadia hospitalar pós nascimento;
- 3 - Os custos das readmissões ao hospital;
- 4 - Os custos das complicações de curto prazo que podem ser financiadas pelo setor público ou por outros setores da economia;
- 5 - Os custos das complicações de longo prazo que podem ser financiadas pelo setor público ou por outros setores da economia;

---

<sup>377</sup> Henderson J, Petrou S. – Economic Implications of Home Births and Birth Centers: a Structured Review. *Birth*, 35:2 June 2008.

<sup>378</sup> Kazandjian VA, et all. – Does a Cesarean section delivery always cost more than a vaginal delivery? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, (2007) 16-20. ISSN 1356-1294.

<sup>379</sup> Petrou S, Henderson J, Glazener C. – Economic aspects of caesarean section and alternative modes of delivery. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* Volume 15 No 1 p. 145-163, 2001.

- 6 - Os custos diretos do processo de cuidados com a saúde assumidos pelas mulheres e por seus cuidadores;
- 7 - Os custos associados com a perda da produtividade (dias trabalhados);
- 8 - Os custos associados com a dor, com o medo e com o sofrimento (incomensuráveis).”

A leitura cuidadosa dos itens acima elencados demonstra claramente a complexidade da questão. Um modelo analítico de custos foi elaborado por pesquisadores do Kentucky para o custo das cesarianas em fetos com mais de 4.500 gm. para a prevenção de incontinência anal materna e injúria ao plexo braquial nos neonatos em comparação com os riscos destas complicações em partos vaginais e concluíram pelo vantajoso custo efetivo da cesariana eletiva em fetos com mais de 4.500 mg em primigestas.<sup>380</sup>

Pesquisadores da Universidade de Lamar, no Estado do Texas analisaram os custos financeiros de partos vaginais planejados e cesarianas eletivas em um período de 12 meses em um hospital comunitário, cujo resumo segue abaixo na íntegra:

“Objetivo: O objetivo deste estudo foi estimar as diferenças de custo entre cesariana eletiva e a alternativa de tentativa de parto vaginal e avaliar o impacto econômico da cesariana a pedido. Desenho do Estudo: Os dados de custo foram obtidas em um período de 12 meses a partir de um hospital comunitário sem fins lucrativos para calcular o custo por paciente em cada uma das alternativa. Resultados: O custo médio de um parto vaginal sem utilização de oxitocina (Pitocin) ou anestesia peridural foi de 15,1% menor em mulheres nulíparas e 20% menor em mulheres múltíparas do que com a cesariana eletiva. No entanto, em mulheres nulíparas, a adição de Pitocin anulou eventuais diferenças de custo e quando se anestesia peridural também foi utilizado, os custos totais

---

<sup>380</sup> Culligan PJ. Et. al. – Elective cesarean section to prevent anal incontinence and brachial plexus injuries associated with macrosomia – a decision analysis. *Int Urogynecol J* (2005) 16: 19 - 28.

superaram o custo de cesariana eletiva em quase 10%. O custo de uma tentativa fracassada de parto vaginal foi muito maior do que cesariana eletiva para ambos os grupos. O custo médio para todas as mulheres que tentaram o parto vaginal foi de apenas 0,2% menor que o custo por paciente de cesariana eletiva. Conclusão: A adoção de uma política de cesariana sob demanda deve ter pouco impacto sobre o custo total da assistência obstétrica.<sup>381</sup>

De qualquer forma, a interferência de Durkheim no que tange custos financeiros e qualidade de vida das pessoas se faz conveniente:

“Economia social não se restringe apenas na produção empresarial. Importante acima de tudo não é saber como produzir tanto quanto seja possível, mas saber como vivem as pessoas, saber até que ponto a atividade econômica realiza os fins morais da vida, as exigências da justiça, humanidade e moralidade que se impõe a toda a sociedade humana.<sup>382</sup>

Rui Nunes, ao escrever sobre Regulação da Saúde afirma que:

“Autonomia pressupõe o princípio lapidar de liberdade de escolha. De fato, esta será uma das grandes conquistas do nosso sistema de saúde. Isto é, a possibilidade de o utente (usuário) escolher de um modo esclarecido o meio de diagnóstico e tratamento, assim como o profissional desejado e a unidade prestadora de cuidados de saúde que melhor se adequa aos seus interesses. No âmbito de um sistema de saúde, no qual operam agentes com distintas motivações e objetivos, a liberdade de escolha, no quadro de uma redução significativa da assimetria de

---

<sup>381</sup> Bost BW. - Cesarean delivery on demand: What will it cost?. American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 188, Issue 6, June 2003, p 1418–1423.

<sup>382</sup> Durkheim É. - Ética e Sociologia da Moral. Landy Editora, São Paulo, 2006, p. 18.

informação, revela-se, então, instrumental para racionalizar as relações econômicas entre os diversos atores”.<sup>383</sup>

Vale aqui enfatizar que os índices de cesarianas nas gestantes que possuem cobertura das cooperativas médicas no Brasil, as Unimed, são acima de 90%. As Unimed são empresas independentes, singulares, administradas e fiscalizadas pelos próprios cooperados que são médicos de várias especialidades. Se os custos das cesarianas fossem elevados ou impeditivos, haveria, com a mais absoluta certeza, restrições impositivas para a realização de cesarianas no âmbito dessas cooperativas.

Zupancic, neonatologista da Harvard Medical School, após analisar artigos relevantes e relacionados a aspectos econômicos da cesariana a pedido, sumariza que a qualidade metodológica e os resultados disponíveis na literatura recomendam mais estudos para uma conclusão sobre os custos do procedimento.<sup>384</sup>

Este autor, ao longo de mais de 30 anos de exercício da Medicina, teve conhecimento de vários casos de crianças nascidas de parto vaginal e que sofreram anóxia cerebral peripartal, cujas sequelas só puderam ser notadas ou percebidas pelos pais alguns meses após o nascimento. Tais crianças apresentam deficiências motoras e ou mentais em graus variados. No entanto, o que se torna notável é a ligação afetiva entre os pais com estes filhos que se exacerba quanto maior é a dependência dos filhos. Estas crianças recebem proventos (aposentadorias) desde a mais tenra infância e pelo resto de suas vidas requerem cuidados especiais que demandam custos elevados, além da dedicação quase exclusiva de cuidados – em geral - da mãe. A sociedade arca com boa parte destes custos, cujos limites são de difícilíssima abordagem e a rigorosa mensuração destes custos é praticamente impossível.

O autor deste trabalho, faz uma representação comparativa no quadro abaixo, entre os custos de um parto vaginal “normal” e uma cesariana eletiva. Os custos de cada

---

<sup>383</sup> Nunes R. – Regulação da Saúde. Vida Económica, Porto, maio de 2005.

<sup>384</sup> Zupancic JÁ. – The Economic of Elective Cesarean Section. Clin Perinatol 35 (2008) 591-599.



procedimento não são aqui quantificados. O que se pretende é demonstrar a dificuldade em mensurar os custos e inferir que o princípio da equidade, neste caso, não pode ser avaliado por meio de uma simples comparação numérica entre os custos materiais e financeiros de cada procedimento, tendo em vista que os fatores relacionados às imprevisibilidades acarretam viéses no dimensionamento dos custos financeiros, propriamente ditos.

<b>Parto Normal</b>	<b>Cesariana Eletiva</b>
<b>Custos Diretos</b>	
O Serviço deve permanecer em funcionamento 24 horas 7 dias por semana.	Possibilidade de limitação de horários de funcionamento.
<b>Comentário:</b> uma maternidade funciona em regime de plantões e deve manter as portas abertas 24 horas por dias em todos os 7 dias da semana como uma UTI. Uma cesariana eletiva pode ser realizada com “hora marcada” em um hospital geral que possua centro cirúrgico e condições para o atendimento do nascituro.	
1 a 2 dias de internação.	3 a 4 dias de internação.
<b>Comentário:</b> normalmente, a cesariana requer mais tempo de internação.	
Utilização da Sala de Pré-parto e Parto.	Utilização de Centro Cirúrgico.
<b>Comentário:</b> os gastos materiais em cada um destes ambientes pode ser calculado e mensurado sem se considerar as imprevisibilidades.	
Anestesista de “sobrevivo”.	Anestesista Presente.
<b>Comentário:</b> nas cesariana eletivas, a presença do anestesista é indispensável. Nas cidades do interior do Brasil, normalmente, o obstetra realiza o procedimento anestésico, faz a cesariana e atende o nascituro.	
Equipamentos cirúrgicos mínimos.	Caixa de equipamentos adequada para o procedimento.
<b>Comentário:</b> a aquisição e esterilização do material cirúrgico utilizado em uma operação cesariana, eleva os custos do procedimento.	
Não utiliza fios de sutura.	Utiliza fios de sutura variados.
Comentários dispensados.	
Raramente se utiliza sonda vesical.	Uso de sonda vesical.
Comentários dispensados.	

Não utiliza sedativos ou anestésicos gerais.	Utilização de sedativos e anestésicos.
Comentários dispensados.	
<b>Custos Indiretos</b>	
Recuperação mais rápida da puérpera.	Recuperação mais lenta da puérpera.
<b>Comentário:</b> para a gestante de baixa renda este é uma fator decisivo na escolha da via de parto, visto que ela poderá assumir as responsabilidades domésticas e os cuidados com o bebê sem ter que passar pelo chamado período de “resguardo”.	
Baixa taxa de retorno ao Hospital.	Taxa de retorno ao Hospital mais elevada.
<b>Comentário:</b> as cesarianas acarretam uma taxa de retorno mais elevada ao hospital o que foi verificado nos dados do autor registrados nas próximas páginas.	
Anóxia cerebral do feto (?).	Anóxia cerebral do feto rara.
<b>Comentário:</b> a anóxia cerebral do feto durante a passagem pelo canal de parto tem consequências imediatas e tardias. As sequelas tardias causadas pela falta de oxigênio no cérebro do nascituro, pode ter como consequência uma série de cuidados especiais que irão requerer, além da atenção permanente e diuturna da mãe, ajuda de custo – aposentadoria - do Estado pelo resto da sua existência.	
Partos normais complicados levam à cesarianas de urgência.	Cesarianas eletivas raramente complicam e evitam cesarianas de urgência.
<b>Comentário:</b> as cesarianas de urgência, durante o trabalho de parto, causam muito mais complicações e elevam os custos do procedimento.	
Lesão do assoalho pélvico.	Preservação do assoalho pélvic.
<b>Comentário:</b> A cesariana eletiva evita uma cirurgia futura para correção de incontinência dos esfínteres.	
Complicações anestésicas raras.	Possibilidade de complicações anestésicas.
Comentários dispensados.	

## Do ponto de vista das gestantes

It doesn't matter if you do it naturally  
without drugs or have a Cesarean.  
Because you end up with a baby,  
and what could be more natural than that? <sup>385</sup>

Neste tópico, que aborda o ponto de vista das gestantes, a literatura é farta em documentos e trabalhos que buscam esclarecer o desejo das mulheres por esta ou aquela via de parto sob vários ângulos e situações de vida diversas e em grupos populacionais diferentes. Artigo publicado no *Journal of Midwifery* salienta que, excetuadas as indicações médicas, existem 5 (cinco) motivos não excludentes entre si pelos quais a gestante pode optar pela cesariana eletiva:

- “1 - A crença de que a cesariana irá prevenir problemas tardios como a incontinência urinária ou anal, as quais a paciente acredita estarem relacionadas ao parto vaginal;
- 2 - A crença de que a cesariana é mais segura para ela própria;
- 3 - A crença de que a cesariana é mais segura para o bebê;
- 4 - O receio da dor do trabalho de parto;
- 5 - O desejo de programar a data para o nascimento do bebê.” <sup>386</sup>

Todos os motivos elencados são providos de uma lógica própria que pode ser contestada do ponto de vista científico ou do ponto de vista filosófico. Os defensores do parto vaginal tentarão persuadir as mulheres com argumentos contrários e os cesaristas não irão fazer oposição à opinião das mulheres, mesmo porque, ao convencer a paciente a mudar de opinião, o médico assume para si os riscos que não podem, em nenhuma hipótese, ser descartados, porque a prática da Medicina não é de índole cartesiana e, mesmo os

---

<sup>385</sup> Declaração de uma mãe recente. Citado por Rosemary Mander no texto *Caesarean: Just another way of Birth?* *Birth* 35:1 March 2008.

<sup>386</sup> Sagadyleslie M. – *Counseling women about elective cesarean section.* *Journal of Midwifery & Women's Health.* Volume 49, issue 2, March-April 2004, p. 155-159.

procedimentos mais simples comportam riscos. Um dos principais motivos que levam as mulheres a escolherem a via de parto vaginal é a crença de uma recuperação mais rápida.<sup>387</sup> As mulheres provenientes de classes sociais inferiores não podem pagar pelo trabalho de babás e precisam elas próprias cuidar de seus rebentos e, muitas vezes, dos outros filhos que a esperam em casa.

As mulheres mais idosas preferem cesarianas, assim concluiu o trabalho realizado por pesquisadores do Taiwan que investigaram 904.657 nascimentos, ocorridos entre os anos de 1997 a 2001 e os mesmos concluem ainda que as gestantes com mais de 34 anos, em especial as primigestas, preferem as cesarianas porque assim fazendo se sentem mais seguras.<sup>388</sup> Um trabalho similar demonstrou que 45,1% das mulheres chinesas que optam por cesarianas eletivas o fazem por razões astrológicas. A hipótese para a investigação partiu da observação da ocorrência de um elevado número de cesarianas a cada mês de junho, propositadamente antecipadas para que os bebês não nasçam no mês de julho, que é considerado o “mês do fantasma” (*the ghost month*).<sup>389</sup>

Diferentes culturas têm diferentes pontos de vista sobre o nascer e o morrer. Os tailandeses gostam de escolher datas específicas para eventos importantes como casamentos e nascimentos porque acreditam que isto melhora o destino das pessoas.<sup>390</sup> Assim, trabalhos relatam que algumas cesarianas são indicadas somente por que se trata de um desejo dos parentes que escolhem uma data conveniente para os aniversários.<sup>391</sup>

---

<sup>387</sup> Riesco MLG, MIYA CFR, Vidotto P. - Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002, vol.10, n.5, p. 667-674.

<sup>388</sup> Lin HC, Sudha Xirasaghar MBBS. – Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: a 5-year population-based study. American Journal of Obstetric and Gynecology. Volume 192, issue 3, March 2005, p. 848-855.

<sup>389</sup> Huang CY, Yang MC, Chen WC. – Maternal factors associates with use of cesarean section: a case study of the National University Hospital (in Chinese). Journal of Public Health 16 (1997) p. 309-318. Disponível na Internet: <http://pt.wkhealth.com/pt/re/jech/abstract.00004773-200606000-00017.htm;jsessionid=Kt4DXh31DXzXVQpRM2GCs2QXQ5LSwxSgbCgLMGmcsGQIFL6q0v4v!1032775582!181195628!8091!-1> Acessado em 27 de julho de 2009.

<sup>390</sup> Hsu CY et. al. – Cesarean births in Taiwan. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 96, 57-61.

<sup>391</sup> Lo Joan C. – Patient’s attitudes vs. Physicians determination: implication of cesarean section. Soc Sci Med 2002;57:91-96.

Um trabalho realizado por pesquisadores da Universidade da Carolina do Sul com mulheres não gestantes revelou que as mulheres não brancas têm uma forte preferência por cesarianas e que a ampla maioria das mulheres interrogadas convergiu que a cesariana eletiva é um direito e que deve ter cobertura pelos seguros saúde.<sup>392</sup>

Ao pesquisar o aumento dramático dos índices de cesarianas no sudoeste da China, entre os anos de 1994 até 2006, Zhang concluiu que a principal causa para o elevado percentual de cesarianas é o “*maternal request*” (pedido da mãe), que apresenta variações em função de alguns fatores tais como: nuliparidade, nível de escolaridade elevada, gestantes idosas, acesso a determinados hospitais e o tipo de ocupação da gestante.<sup>393</sup>

Faúndes, em seus estudos sobre as elevações nas taxas de cesarianas concluiu:

“O conceito de que a principal causa na taxa de cesárea é o respeito dos desejos das mulheres por parte dos médicos não tem sustentação na opinião declarada pelas mulheres. Uma melhor comunicação entre médicos e mulheres grávidas talvez possa contribuir para melhoria da situação atual”.<sup>394</sup>

Dias analisou uma população de 437 mulheres com o objetivo de descrever as características socioeconômicas, demográficas, culturais e reprodutivas de puérperas e os determinantes da decisão por parto cesáreo em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro. Através de regressão logística não condicional, avaliou os fatores associados à decisão por cesariana como via de parto, seguindo os modelos hierárquicos estabelecidos em três momentos definidos: no início, ao longo da gestação e no momento do parto. Observou-se que, embora 70% das entrevistadas não relatassem preferência inicial pela cesariana, 90% apresentaram esse tipo de parto.

---

<sup>392</sup> Thurman AR, Zoller JS, Swift SE. – Non-pregnant patient’s preference for delivery route. *Int Urogynecol J* (2004) 15: 308-12.

<sup>393</sup> Zhang J, Meikle S, Zheng J, Sun W, Li Z. – Cesarean delivery on maternal request in southeast China. *Obstetric Gynecol*, 2008 May;111(5):1077-82.

<sup>394</sup> Faúndes A. et al. – Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Revista de Saúde Pública*, 2004;38(4):488-94.

Verificou-se que, independente do desejo inicial da gestante, a interação com o serviço de saúde resultou na cesariana como via final de parto. Dias conclui que trabalhos educativos direcionados às gestantes e à população geral para reverter este quadro.<sup>395</sup> Presume-se, a partir daí, que para melhorar a situação atual é preciso reduzir as taxas de cesariana a pedido.

Um trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Jundiaí, estado de São Paulo, sobre os fatores que determinam a via de parto em primigestas tem conclusões bastante parecidas com as referenciadas acima.<sup>396</sup>

O desejo de “eu mesma empurrar o bebê para fora” parece ser determinante naquelas gestantes que optam pelo parto vaginal e, dentre estas, o relato de incontinência urinária ou anal no passado não foi determinante na preferência pela via de parto vaginal neste grupo de mulheres<sup>397</sup>, muito embora puérperas do Oregon<sup>398</sup> alegam que desejariam ter recebido mais informações sobre incontinência urinária ou anal e que isso poderia ter influenciado a escolha da via parto.

No Bronx, bairro de New York, a ampla maioria das mulheres entrevistadas<sup>399</sup> acredita que a cesariana a pedido não é um procedimento seguro, oportuno, ou prudente (*advisable*). No entanto, em Hong Kong é muito frequente<sup>400</sup> que primigestas submetidas a

---

<sup>395</sup> Dias MAB ET AL. - Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva vol.13 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2008

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017>

<sup>396</sup> Tedesco RP. et al. – Fatores Determinantes para as expectativas de primigestas acerca da Via de Parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 26(10):791-798, 2004.

<sup>397</sup> Kudish B, McNeeley G, Hendrix S. – Factors affecting patient preferences for mode of delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology volume197, issue 6, Supplement 1, December 2007, p. S78.

<sup>398</sup> Renner RM. Et. al – Informational factors influencing patient’s childbirth preferences after prior cesarean. American Journal of Obstetrics and Gynecology volume196, issue 5, May 2007, p. e14-e16.

<sup>399</sup> Pevzner L. et. al. – Patient’s attitudes associated with cesarean delivery on maternal request in a urban population. American Journal of Obstetrics and Gynecology volume198, issue 5, May 2008, p. e35-e37..

<sup>400</sup> Pang MW. et. al. – Impact of first childbirth on changes in women’s preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. Birth 35:2 June 2008.

parto normal mudem a preferência para a via de parto abdominal em nova gestação, especialmente diante de intercorrências ou complicações durante o primeiro nascimento. Os dados levantados por este autor, nas puérperas de Porto Velho, revelam que 70% das mulheres tinham preferência pela via de parto normal, antes de ter seus filhos na Maternidade Pública.

Em São Luis do Maranhão, Brasil, um estudo transversal comparativo entre os nascimentos em maternidade pública e uma da rede privada demonstrou taxas de cesariana de 46% na rede pública e em 97,8% da rede privada. A satisfação das parturientes foi elevada com ambas as vias de parto, porém o desejo de repetir o mesmo tipo de parto foi mais frequentemente referido pelas mulheres submetidas ao parto vaginal.<sup>401</sup>

A opinião das gestantes quanto à preferência pela via de parto depende de vários fatores, como por exemplo, o impacto do nascimento anterior<sup>402</sup>, o medo natural da dor que acomete as mulheres<sup>403</sup>, problemas psicossociais<sup>404</sup>, complicações em partos vaginais prévios.<sup>405</sup>

Estudo multicêntrico europeu registra que mulheres com relato de abuso sexual preferem as cesarianas.<sup>406</sup>

---

<sup>401</sup> Mandarino NR. Et al. – Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada em Sçao Luiz do Maranhão, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1587-1596, julho, 2009.

<sup>402</sup> 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 observational study. Birth. 2008 Jun;35(2):121-8.

<sup>403</sup> Waldestron U, Hildingsoon I, Ryding EL. – Antenatal fear of childbirth and its associations with subsequent caesarean cection and experience of childbirth. BJOG. 2006 Jun;113(6):638-46.

<sup>404</sup> Waldestron U. – Why do some women change their opinion about childbirth over time. Birth. 2004 Jun;31(2):102-7.

<sup>405</sup> Kudish B, et al. – Delivery route preferences of urban women of low socioeconomic status. International Journal of Gynecology & Obstetrics, volume 111, issue 1, p. 28-31, october 2010.

<sup>406</sup> Schei B. et. al. – Women's preference for caesarean section and history of sexual abuse – preliminary results from a multi-country study: the BIDENS study. International Journal of Gynecology and Obstetrics 107S2 (2009) S93-S396.

Esta multifatorialidade que faz com que as mulheres tenham esta ou aquela opinião quanto à preferência por esta ou aquela via de parto é modificável com o passar do tempo e no intercurso de uma gravidez para a gravidez subsequente. As citações acima deixam claro que os fatores educacionais e culturais influenciam notavelmente a opinião das mulheres.

Na Nigéria, a maioria das mulheres que optaram por cesarianas eletivas assim o fez por acreditar que a cesariana é o procedimento mais seguro para o nascimento.<sup>407</sup>

Na Suécia, a preferência das mulheres é determinante na elevação dos índices de cesarianas e, segundo os autores, o medo de dar à luz é subjacente no diagnóstico de uma indicação “psíquica e social” para as cesarianas.<sup>408</sup> A ampla maioria das mulheres, quando inquiridas, declara a preferência pela via de parto vaginal, inclusive foi o que se verificou neste trabalho como se verá adiante e em outros trabalhos compilados na literatura.<sup>409</sup>

Psicólogos nova-iorquinos relatam que as mulheres submetidas a cesarianas tem menor grau de satisfação com esta via de parto e que os bebês incorporam as reações negativas das mães e interagem menos do que os bebês nascidos de parto vaginal e estes fatores dificultam o desenvolvimento cognitivo, social e emocional e ainda o crescimento físico das crianças nascidas por cesariana que começam suas vidas em desvantagem.<sup>410</sup>

---

<sup>407</sup> Chigbu CO, Ezeome IV, Iloabachie GC. – Cesarean section on request in a developing country. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 96, 54-56.

<sup>408</sup> Hildingsson I. – How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women’s preferences in early pregnancy. *Midwifery* (2008) 24, 46-54.

<sup>409</sup> Hotimski SN et. al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública* vol.18 n.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2002.

<sup>410</sup> Lobel M, DeLuca RS. – Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine* 64 (2007) 2272-2284.



## Do ponto de vista da Ética Profissional

Somos assim. Sonhamos o vôo, mas tememos as alturas.  
Para voar, é preciso ter coragem para enfrentar o terror do vazio.  
Porque só no vazio que o vôo acontece.  
O vazio é o espaço da liberdade, a ausência de certezas.  
Mas é isto que tememos: o não ter certezas.  
Por isso trocamos o vôo por gaiolas.  
As gaiolas são o lugar onde as certezas moram.

Rubem Alves <sup>411</sup>

O Volume II do Projeto Diretrizes<sup>412</sup>, publicação subscrita pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina, traz um tópico intitulado Cesariana – Indicações. Baseado em Graus de Recomendação e Forças de Evidência que são classificadas com a letra A para forte evidência baseada em estudos experimentais consistentes, letra B para evidências baseadas em estudos menos consistentes, letra C para evidências baseadas em relatos ou série de casos e a letra D para evidências menos consistentes, baseadas em consensos e opiniões de especialistas, o texto apresenta as seguintes indicações de cesariana:

- “1 - Apresentação Pélvica (A)
- 2 - Gestação Gemelar (A, quando o primeiro feto tem apresentação pélvica)
- 3 - Prematuridade ou Baixo Peso (A)
- 4 - Sofrimento Fetal Agudo (D)
- 5 - Macrosomia (A para fetos com mais de 4.500 mg. em primíparas)
- 6 - Situação Transversa (C)
- 7- Placenta Prévia (B)

---

<sup>411</sup> Alves R. – O infinito na palma da sua mão. Editora Verus, Campinas SP, 2007, p. 25.

<sup>412</sup> Projeto Diretrizes, volume II. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2003, p. 185-191.

- 8 - Descolamento Prematuro da Placenta (B)
- 9 - Procidência do Cordão (C)
- 10 - Malformações Congênitas (D)
- 11 - Herpes Genital Ativo (C)
- 12 - Infecção pelo HIV (A)
- 13 - Cesarianas Prévias (A) (B)
- 14 - Outras Condições (patológicas) Maternas (D)”

A elaboração final do texto está datada em 14 de agosto de 2002 e todas as referências, obviamente, antecedem esta data. O texto do Projeto Diretrizes não menciona a 15ª indicação de cesariana que é a Cesariana a Pedido, responsável por mais de 90% das cesarianas realizadas nos hospitais particulares (primeiro parágrafo da Introdução) que são classificadas como “desnecessárias” no segundo parágrafo da Introdução. Fica a inadiável pergunta: se são desnecessárias, então porque são tão frequentes? Sobre a mesma temática assim se manifestou o presidente da ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*): “Estamos chegando no tempo – se é que não já chegamos – da escolha materna pela cesariana (*maternal choice cesarean*)”<sup>413</sup>.

Opinião discordante tem o Comitê de Ética da FIGO (*International Federation of Gynecologists and Obstetrician*), manifestada em 1999: “A realização de cesariana sem indicação médica não tem justificativa ética”.<sup>414</sup>

Em publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, intitulado Cadernos do CREMESP<sup>415</sup> sob o título Ética em Ginecologia e Obstetrícia há o relato de um levantamento de cerca de 12.000 denúncias registradas entre janeiro de 1996 e janeiro de 2002 no CREMESP e a especialidade que aparece no topo é a Toco ginecologia que responde por 12% das denúncias. Em relação à Obstetrícia, as principais queixas colocadas em ordem decrescente são:

---

<sup>413</sup> Harer B. – Patient choie cesarean. ACOG Clinical Review 2005;5:1, 13-6.

<sup>414</sup> FIGO Committee Report. Figo Committee for ethical aspects of human reproduction and women’s health. Intern Obstet Gynecol 1999;64:317-32.

<sup>415</sup> Cadernos CREMESP. Ética em Ginecologia e Obstetrícia 2ª edição. CREMESP, 2002 São Paulo SP.

- 1 - Assistência ao parto com óbito do recém-nascido;
- 2 - Assistência ao parto com complicações maternas;
- 3 - Parto com sequelas ao recém-nascido;
- 4 - Assistência ao parto com óbito materno;
- 5 - Assistência ao parto com óbito materno e do recém-nascido;
- 6 - Outras causas.

No Conselho Regional de Medicina de Rondônia não foi ainda feito um levantamento das causas de denúncias, mas, com a mais absoluta convicção, pode se afirmar que, não somente as denúncias, mas as causas para condenações de médicos são preponderantes na esfera da Obstetrícia. Vale ressaltar que praticamente todas as denúncias estão relacionadas ao trabalho dos obstetras plantonistas do Centro Obstétrico do Hospital de Base, um hospital público que, habitualmente, apresenta sofríveis condições de trabalho.

Em texto intitulado “A questão das cesarianas”, Sérgio Costa cita que:

“Entre 1988 a 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. Os 3 quesitos mais frequentemente feitos pelo juiz aos peritos foram: 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”.<sup>416</sup>

---

<sup>416</sup> Costa SM, Ramos JGL. A questão das cesarianas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Volume 27 número 10 Rio de Janeiro, outubro, 2005.

Transcrevo e concordo com a afirmação de Sérgio Costa 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”.

A afirmação de Costa é corroborada em pesquisa científica com especialistas em obstetrícia alemães, no qual são destacados os aspectos forenses da prática obstétrica.<sup>417</sup>

Os riscos obstétricos são percebidos pelos médicos como sendo menores nas cesarianas eletivas. Prova indefectível disso é que a cesariana é o método preferencial para as chamadas gestações supervalorizadas, cada vez mais frequentes em mulheres que engravidam tardiamente e nos casos nos quais se empregam tecnologias de reprodução assistida, ou os chamados “*precious babies*” (bebês supervalorizados).

O assunto foi abordado por Minkoff em 2005 que relata elevadíssimos índices de cesarianas para as “*precious pregnancies*” (gestações supervalorizadas).<sup>418</sup>

Diante de uma gravidez supervalorizada, em gestante idosa, primigesta, a indicação de um parto normal embute um enorme risco de litigância, pois caso ocorra qualquer tipo de complicação para a mãe ou para o feto, certamente a cobrança virá sobreposta a uma repetitiva pergunta: “porque não fez uma cesariana, doutor?”. Cito aqui o depoimento da Dra. Lauren Plante, da Universidade Thomas Jefferson, Philadelphia, Peensylvania:

“Eu sou provavelmente a última obstetra em minha instituição que não irá realizar uma cesariana a pedido. As mulheres chegam para os médicos ainda no primeiro trimestre da gestação e solicitam o planejamento para a cesariana. Elas citam medo do parto, problemas com o assoalho pélvico, ou a conveniência de uma data favorável futura. O trabalho de parto é um processo arriscado, então porque se submeter ao parto vaginal se elas podem fazer cesariana? Mas eu penso que a

---

<sup>417</sup> Fass-Fehervary P, Schwarz K, Bauer L, Melchert F. – Caesarean Section on demand: Influence of personal birth experience and workink enviroment on attitude of German Gynaecologists. *Obstetrics and Gynecology and Reproductive Health Biology* 122 (2005) 162-166.

<sup>418</sup> Minkoff HL, Berkowitz R. The Myth of the Precious Baby. *Obstetrics and Gynecology*, volume 106, n. 3, September 2005.

cesariana a pedido é a estrada errada para viajar. É uma boa coisa, claro, visto que as complicações de cesariana a pedido são relativamente raras. Eu estou convencida de que as mulheres têm autonomia para escolher a via de parto. Eu não estou certa sobre a minha própria autonomia”.<sup>419</sup>

A notícia abaixo transcrita foi publicada no site da Folha de São Paulo<sup>420</sup>: Justiça do Rio condena obstetra a indenizar casal que perdeu bebê em cesariana tardia, Carolina Farias, Folha Online:

“Uma médica obstetra foi condenada pelo TJ (Tribunal de Justiça) do Rio a indenizar um casal que perdeu o bebê porque a médica demorou em diagnosticar a necessidade de realizar um parto cesariano. Maria de Nazareth Gamboa Ritto terá de pagar R\$ 90 mil por danos morais ao casal, de acordo com a decisão que ainda cabe recurso. De acordo com a sentença da 7ª Câmara Cível do TJ, a mulher deve receber R\$ 50 mil e seu marido R\$ 40 mil. No pedido inicial, o casal afirmou que no dia 12 de agosto de 2005 a mulher começou a sentir os sintomas do trabalho de parto e foi orientada pela obstetra a ir ao hospital, onde foi atendida por um médico de plantão. Ele a examinou e passou as informações para Ritto, que lhe receitou um analgésico e mandou que ela voltasse para casa. Segundo o processo, dois dias depois, com muitas contrações e uma cólica forte, a gestante entrou em contato com a obstetra novamente, que a examinou pessoalmente na Casa de Saúde Laranjeiras, mandando que a mulher retornasse para casa, pois ainda não havia chegado a hora do nascimento. Apesar do analgésico, as dores da mulher não passaram e ela voltou ao hospital pela madrugada, quando passou a ser acompanhada pela obstetra, de acordo com o TJ. Somente às 10h30 da manhã do dia 15

---

<sup>419</sup> Plante LA. – One Cheer for choice. *Obstetrics and Gynecology*, volume 108, n.3, part 1, september 2006.

<sup>420</sup> Justiça do Rio condena obstetra a indenizar casal que perdeu bebê em cesariana tardia, Folha Online, publicado em 11 de maio de 2009. <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u563749.shtml> acessado em 16 de maio de 2009.

de agosto de 2005, a médica decidiu fazer a cesariana, que começou às 11h10. O feto nasceu morto, de acordo com o processo. Os laudos periciais confirmaram que o feto gozava de boa saúde durante a gestação e concluíram que houve um diagnóstico tardio sobre a necessidade da cesariana, de acordo com a decisão. ‘A indenização por dano moral representa na verdade o reconhecimento judicial de um ato reprovável, que de modo algum substitui a dor sofrida, que não tem preço’, declarou o relator do processo, desembargador Carlos Lavigne de Lemos. Na decisão do TJ, o desembargador também destaca que houve culpa da médica, ‘na forma de imperícia, uma vez que, num momento de infelicidade, embora tenha permanecido ao lado da gestante durante toda a noite, demorou em identificar a hora exata de realizar a cesariana, retardamento que causou a morte do feto. Não se vislumbra, todavia, um comportamento doloso [com intenção] da ré [médica]’. O casal também pediu a condenação do convênio e do hospital, no entanto, o TJ entendeu que ambos não demonstraram falha nos atendimentos. A Folha Online procurou a obstetra por meio de um telefone fornecido pelo hospital. Ninguém atendeu aos telefonemas. A Casa de Saúde informou que a médica somente utilizou o espaço para a realização do parto. Que não há vínculo entre o hospital e a obstetra.”

O comentário deste autor, que é também conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Rondônia, repete uma frase ouvida centenas de vezes provenientes de colegas médicos, de gestantes e familiares: “Mas porque não operou logo, porque esperou tanto?”.

Definitivamente, a Humanidade não vive mais em seus primórdios e, conseqüentemente, as mulheres não precisam mais ter filhos como pariram nossos ancestrais. Pesquisas realizadas entre obstetras demonstram que a vasta maioria prefere o parto instrumentalizado para elas próprias, ou seja, as obstetras do sexo feminino. E

também é esta a preferência quando se trata das esposas e filhas de obstetras.<sup>421 422 423 424 425</sup>

426 427

Sobre as verdades e valores embutidos na moral de cada pessoa, cita Durkheim,

“Quando se coloca a moral fora do tempo e do espaço, torna-se impossível fazê-la voltar aos fatos. Se tivessem sido aplicadas a determinadas sociedades, essas supostas verdades eternas teriam causado a sua dissolução. Assim, independentemente de quais sejam a origem e o objetivo último da moral, é certo que ela é uma ciência da vida, acima de tudo ela tem a função de tornar possível às pessoas viverem juntas. Assim, caso se torne uma fonte de morte, ela deixa de ser o que é e se transforma no seu contrário”.<sup>428</sup>

As escolhas éticas individuais advém dos valores morais que cada ser humano carrega consigo. As rotinas preconizadas para os serviços de obstetrícia das maternidades públicas se sobrepõem à vontade e aos desejos das gestantes que têm sua autonomia negada e seus direitos mais naturais corrompidos.

---

<sup>421</sup> Land R, Parry A, Wilson D. - Personal preferences of obstetricians towards childbirth. Australia New Zelan Journal of Obstetrics and Gynaecology 2001; 41:249-52.

<sup>422</sup> McGurgan P, Coulter-Smith S, Op Donovan PJ. – A National survey of obstetrician´s personal preferences regarding mode of delivery. European Journal of Obstetric and Gynecology Reproductive Biology. 2001 July; 97(1) :17-9.

<sup>423</sup> Wright JB, Wright AL, Simpson NA, Bryce FC. - A survey of trainee obstetricians preferences for childbirth. European Journal of Obstetric and Gynecology Reproductive Biology. 2001 July;97(1) :1723-5.

<sup>424</sup> Jacquemyn Y, Ahankour F, Martens G. – Flemish obstetrician´s personal regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. European Journal of Obstetric and Gynecology Reproductive Biology. 2003 December;10;111(2) :164-6.

<sup>425</sup> Wu JM, Hundley AF, Visco AG. – Elective primary caesarean delivery: attitudes of urogynecology and maternal-fetal medicine specialists. Obstet Gynecol, 2005 Feb;105(2) :301-6.

<sup>426</sup> Farrel AS, Baskett TF, Farrel KD. – The choice of elective cesarean delivery in obstetrics: a voluntary survey of Canadian health care professionals. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2005 Sept-Oct;16(5) :378-83.

<sup>427</sup> Gonen R, Tamir A, Degani S. – Obstetrician´s opinions regarding patient choice in cesarean delivery. Obstet Gynecol, 2002 April;99(4) :577-80.

<sup>428</sup> Durkheim É. - Ética e Sociologia da Moral. Landy Editora, São Paulo, 2006, p. 44-45.

Alguns artigos do Código de Ética Médica de 1988, abaixo relacionados, foram transcritos de palestra intitulada “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 o médico ressaltou que ao indicar uma cesariana eletiva ou a pedido da paciente, o profissional deve se preocupar com possíveis infrações a alguns artigos mencionados abaixo, 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.” Assim sendo, as gestantes pobres e subjugadas ao sistema público de saúde não podem ser discriminadas e devem ter, assim como todas as demais, assegurado o direito de optar, de forma livre e esclarecida, pela via de parto que melhor lhes aprouver. Obrigá-las a se submeter a um parto normal é sim, indubitavelmente, uma prática discriminatória.

“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.” Na questão em apreço, o médico agirá com o máximo de zelo para com as gestantes que, de forma livre e esclarecida, consentirem e optarem por qualquer via para o nascimento de seus filhos.

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. A má remuneração não pode, de forma nenhuma, influenciar a padronização de condutas nocivas com amparo em normas burocráticas autoritárias ultrapassadas, como, por exemplo, a de que o parto normal deva ser sempre, levado, irresponsavelmente, até as últimas consequências.

Art. 4º - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão. O desempenho ético pressupõe oportunidades e direitos iguais para as gestantes, independentemente da classe social da qual sejam provenientes, de modo a poderem optar pela via de parto que desejarem.

Art. 21º - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País. A indicação de cesariana eletiva ou a pedido é uma prática reconhecida em todo o país, especialmente nos consultórios particulares onde passou a ser uma conduta rotineira.



Art. 29º - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência. Quem pratica cesariana a pedido não infringe nenhum efeito danoso ao paciente, exceto se o médico não estiver tecnicamente preparado. Claro que a data da cirurgia deve ser realizada após 39 semanas de gestação, caso contrário, o médico poderá estar cometendo uma imprudência, pois, pode se correr o risco de retirar um feto ainda prematuro.

Art. 42º - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País. A cesariana a pedido não é desnecessária, haja vista que é praticada de forma rotineira ou “epidêmica” nos consultórios particulares. Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida. Ao optar ou ao pedir uma cesariana, a gestante ou, melhor ainda, o casal deve ser alertado sobre todos os riscos e benefícios para ela própria e para o neonato e formalizar o procedimento, ou seja, devem, ambos, preferencialmente, assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O italiano Tranquilli emite a seguinte opinião ao comentar a cesariana a pedido em seu país:

“O nascimento é o momento mais delicado da maternidade, e a resolução cirúrgica deste momento, rápida e aparentemente sem riscos, parece ser a panacéia da Medicina dos Desejos que dá um final feliz à experiência da maternidade – que, ao contrário, começa no momento do nascimento. Em conclusão, se o pedido é informado, se a gestante recebe informações corretas e completas sobre os riscos e sobre a alternativa do parto natural – e especialmente se o pedido é comparado com os danos de uma cesariana de emergência – nós acreditamos que a cesariana a pedido deve ter uma ocorrência cada vez maior e cada vez menos debatida”.<sup>429</sup>

---

<sup>429</sup> Tranquilli AL, Giannubilo SR. – Cesarean delivery on maternal request in Italy. Brief Communication. International Journal of Gynecology and Obstetrics 84 (2004) 169-170.

Em 13 de abril de 2010, entrou em vigência o Código de Ética Médica revisto, atualizado e ampliado, cujo texto foi resultado de dois anos de trabalho com a análise de 2.775 sugestões encaminhadas por profissionais, especialistas e instituições. O Ofício Circular CFM 017/2010-Presidência endereçado às bibliotecas das escolas médicas e subscrito pelo Presidente do Conselho Federal de Medicina, Dr. Roberto Luiz D´Ávila traz no segundo parágrafo o seguinte conteúdo:

“As regras agora delineadas confirmam no presente o reconhecimento de que o mundo e o Homem mudaram. A ciência, a tecnologia e as relações sociais atingiram patamares nunca antes alcançados e, portanto, necessitam de um balizador atual e atento a estas transformações. Enfim, o Novo Código de Ética Médica traz em seu bojo o compromisso voluntário, assumido individual e coletivamente, com o exercício da Medicina, representado em sua gênese, pelo Juramento de Hipócrates”.<sup>430</sup>

Tem plena e total razão o Dr. Roberto D´Ávila, os tempos mudaram impulsionados pela exuberante tecnologia que democratiza a informação e a dissemina aos quatro cantos do planeta em velocidade cibernética. O Novo Código de Ética está, portanto, consonante com a modernidade. Ainda falta avançar em outras frentes como, por exemplo, tornar simples, acessível e desburocratizada a decisão de cada gestante em optar pela forma de parir seu filho.

Obviamente, adverte Kalish, que os médicos não podem utilizar o argumento de defender a autonomia da gestante para realizar cesarianas à sua própria conveniência<sup>431</sup>, como, por exemplo, realizar cesarianas eletivas antes de serem completadas 39 semanas de gravidez, o que caracterizaria imprudência do profissional.

---

<sup>430</sup> D´Ávila RL. - Ofício Circular CFM 017/2010 - Presidência, 09 de junho de 2010.

<sup>431</sup> Kalish RB, McCullough, Chervenack FA. – Decision-making about caesarean delivery. The Lancet, volume 367, March 18, 2006, 883-885.

## O Parecer do CREMERJ

Em Sessão Plenária no dia 23 de julho de 2007, os conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, aprovaram um Parecer relacionado ao Direito da Gestante Escolher o Tipo de Parto.<sup>432</sup> O texto do relator faz referência aos artigos 48 e 56 do Código de Ética Médica que iniciam sempre com a mesma frase que “É vedado ao médico:

Art. 48º - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito de o paciente decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar.

Art. 56º - 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 do Relator, o Parecer 190/2008 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.”

E ainda no último parágrafo: “Na escolha ética devem ser consideradas as condições orçamentárias do serviço para não prejudicar outros pacientes[...]”.

O Parecer do Relator é consonante com a opinião pessoal deste autor e é referendado por artigo publicado na Revista Médica do Chile que conclui:

“Na controvérsia sobre o aumento do número de cesarianas, não parece eticamente lícito que somente critérios de custos econômicos, ou de ordem “naturalista” participem decisivamente na escolha da via de parto. A decisão deve primar sempre pelo critério clínico: a via que assegure o melhor resultado para os dois pacientes e, nos casos de perplexidade, será também válido levar em consideração a autonomia da mãe. Atualmente, com a progressiva diminuição das complicações da

---

<sup>432</sup> Jornal do CREMERJ, número 217, janeiro de 2009, p. 9. Disponível no site [http://www.cremelj.org.br/jornais/jornais\\_pdf/100.pdf](http://www.cremelj.org.br/jornais/jornais_pdf/100.pdf). Acessado em 19 de fevereiro de 2010.

operação cesariana, a maneira adequada para diminuir a frequência desta operação deve ser implementando medidas que fortaleçam o desejo da paciente e do médico para obter um parto normal”.<sup>433</sup>

Como conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Rondônia, teria aplaudido e daria um entusiasmado voto favorável ao Parecer do CREMERJ e, ainda tomaria a liberdade de distribuir cópia das conclusões do Dr. Peter Bernstein, professor e chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia e Saúde da Mulher do Albert Einstein College of Medicine and Montefiore Medical Center, no Bronx, em Nova York. Dr. Peter, em suas conclusões, aponta que:

- “1 -Existem evidências insuficientes para avaliar profundamente os benefícios e riscos da cesariana a pedido quando comparada com parto vaginal planejado e mais pesquisas são necessárias;
- 2 - Até que as evidências se tornem disponíveis, qualquer decisão em realizar a cirurgia de cesariana a pedido deve ser cuidadosamente individualizada e consistente com princípios éticos;
- 3 - Dado que os casos de placenta prévia ou acreta são mais incidentes após cesariana prévia, a cesariana a pedido não deve ser recomendada para mulheres que desejam ter muitos filhos;
- 4 - A cesariana a pedido não deve ser realizada antes de completar 39 semanas de gestação ou sem a verificação de maturidade pulmonar, porque existe risco significativo de complicações respiratórias para o neonato”.<sup>434</sup>

Na mesma linha de raciocínio, assim conclui o texto do médico gaúcho Marco Antonio Azevedo, intitulado Decisões Clínicas Eticamente Orientadas:

---

<sup>433</sup> Mauricio Besio R. – Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. Revista Médica de Chile, volume 127, n. 9, Santiago, set. 1999.

<sup>434</sup> Bernstein OS. – Patient- Choice Cesarean Delivery: Really a Choice? Birth 34:1 March 2007.

“Decisões médicas corretas, com efeito, são decisões práticas criteriosamente embasadas nas informações clínicas que fornecem as melhores provas ou evidências a seu favor e que, igualmente, atendem a certos requisitos morais, a saber, o respeito às preferências do paciente, a proteção à sua qualidade de vida, evitando também com isso o dano iatrogênico. É possível que o médico chegue à conclusão definitiva de que uma certa conclusão é a que melhor atende a esses requisitos, mas que o paciente, ainda assim, a recuse. Seus direitos à liberdade (incluindo o direito à não interferência), o direito à não agressão à sua integridade física e o conseqüente direito a recusar um certo tratamento (independentemente de quais sejam suas razões pessoais) constroem externamente a conduta do médico. Mas isso ainda não implica a tese de que a Medicina deixou de ter valores e princípios morais internos legítimos. Ao contrário, continua sendo verdadeiro que a Medicina comporta uma moralidade especial que lhe fornece sentido e finalidade. Sociedade democráticas e multiculturais são compatíveis com sistema de moralidade especial. De fato, é justamente a proteção da liberdade civil o que garante a coexistência de múltiplas culturas, em que possam conjuntamente vicejar e, de um modo politicamente compatível, sistemas particulares de moralidade, dentre os quais os que subjazem às práticas de natureza profissional. A consequência é justamente o pluralismo, uma condição que torna inevitável a circunstância de que, eventualmente, as ações em consonância com certos sistemas de racionalidade se choquem com as decisões livremente tomadas pelos indivíduos, já que há valores diversos além daqueles buscados por cada um desses sistemas. Em Medicina há exemplos de ‘choques de valores’ (um exemplo clássico é o do paciente que recusa a orientação médica de não fumar e prossegue em seu hábito; outro exemplo é o do paciente que opta por não se submeter a um tratamento por razões religiosas; há inúmeros outros exemplos que contrastam a visão médica sobre o que é melhor para seus pacientes e as diferentes visões destes sobre que valores devem orientar suas vidas, sem

falar na multiplicidade de visões conflitantes sobre que tipo de escolhas conduzem a uma vida com ‘qualidade’). Reduzir a Medicina a um ofício ou ocupação comum sem princípios ou valores internos ou especiais é torná-la um mero serviço ou produto subordinado aos múltiplos interesses em jogo nas relações de mercado. Ora, isso implicaria extinguir da Medicina aquilo que há de melhor em sua herança hipocrática: o Humanismo”.<sup>435</sup>

O Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Setúbal, em Portugal, sobre a Cesariana a Pedido corrobora as idéias anteriores e tem o seguinte conteúdo:

**“Parecer sobre parto por cesariana a pedido da utente”**

29 de Maio de 2009

A questão do parto por cesariana a pedido da utente, parece apresentar desde logo dois conflitos:

(1) entre o princípio da não maleficência (de não colocar a grávida em risco desnecessário) e o princípio do respeito pela autonomia da pessoa (face a uma vontade livre e esclarecida a respeito das diversas formas de parto e riscos respectivos);

(2) entre a justiça de direitos iguais individuais e a justiça na alocação de recursos públicos de saúde, ou seja, da correcção de financiamento público para procedimentos mais caros.

Associa-se, igualmente, a questão da *legis artis* e da escolha da melhor prática clínica, adequada a cada situação, bem como a diversidade de argumentos face às opções possíveis.

---

<sup>435</sup> Azevedo AOA. – Decisões Clínicas Eticamente Orientadas. Ética e Bioética. Coletânea de artigos. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Editora Stampa, Porto Alegre, 2006, 1ª Edição, p. 78-79.

Existem argumentos, do ponto de vista científico e técnico, que favorecem o parto natural – de que são exemplo: menor risco de hemorragia e infecções pós-parto, tempo de recuperação materna muito mais rápido, menor incidência de depressão pós-parto, vantagens para o recém-nascido pela via do nascimento, melhor recuperação das estruturas do corpo materno e menor custo financeiro do procedimento. Existem igualmente argumentos que favorecem a cesariana a pedido da utente: a possibilidade de programação prévia (imprevisibilidade do parto natural em relação ao início do processo), a vontade informada e esclarecida da mulher, a promoção da igualdade de situação entre os mais e os menos favorecidos financeiramente, numa dimensão de justiça social. Ainda dentro dos argumentos que favorecem a cesariana a pedido da utente há a considerar que a saúde psicológica faz parte da visão biopsicossocial nos cuidados de saúde.

Do ponto de vista da saúde pública, colocam-se as questões da distribuição de recursos, bem como os critérios standardizados para a opção por parto cirúrgico. Pode acontecer que a *cesariana a pedido da utente* seja uma decisão compartilhada pela equipa clínica e pela mulher, mas também que seja solicitada sem que exista acordo quanto a ser alternativa do melhor interesse da mãe e do neonato. Sobre este assunto, em termos nacionais, é conhecido o Parecer 12/APB/08, da *Associação Portuguesa de Bioética* sobre o direito da escolha da via de parto. São igualmente referenciáveis documentos estrangeiros, como o Relatório sobre a prática da cesariana do National Institute for Health and Clinical Excellence, autoridade reguladora neste domínio no National Health Service (UK), que considerando o pedido materno não ser em si mesmo indicação para a cesariana, defende que a vontade da mulher deve ser respeitada e ser disponibilizada segunda opinião (National Institute for Health and Clinical Excellence: *Caesarian section – Clinical Guideline 13*, April 2004).

Estamos perante um enumerar de questões de ordem ética, de boas práticas clínicas e de natureza financeira. A questão da *cesariana a pedido da utente* é efectivamente complexa e o estabelecimento de normas e protocolos deve utilizar o conhecimento científico como ferramenta para um juízo adequado e valorizar as questões subjectivas envolvidas em cada caso.

Assim, a decisão para a realização de cesariana depende necessariamente de consentimento livre e esclarecido (suportado na formação de uma vontade detentora da informação adequada sobre os procedimentos e as suas consequências previsíveis) e da formulação de orientações de boas práticas, de critérios de qualidade definidos quanto à realização de cesarianas para as organizações de saúde. Estas *Guidelines* deveriam ser as mesmas em todos os sectores da saúde, por forma a dissipar a injustiça relativa entre os sectores público e privado - a não existirem, cada organização pode formalizar *Guidelines*, por forma a suportar a tomada de decisão.

Em síntese:

(1) No respeito pelo princípio ético da autonomia, do qual resulta que cada pessoa é livre para tomar as decisões que achar melhor para si, dentro dos limites, ética e juridicamente aceitáveis;

(2) Na premissa de que a decisão da pessoa resulta de uma deliberação informada e de uma escolha esclarecida;

(3) No fundamento da melhor prática de cuidados, em juízo fundamentado e decorrente de análise caso a caso, não sendo aceitável que a vontade da grávida ou a conveniência do profissional de saúde aumente os riscos desnecessários (como em antecipação do nascimento);

Somos de parecer que pode o CHS permitir que sejam realizadas cesarianas a pedido desde que se trate de uma decisão livre e esclarecida



(a grávida seja informada dos riscos inerentes à cirurgia), o formulário de consentimento tenha, além da informação fornecida, a descrição da situação – se se trata de uma indicação clínica para cesariana, se é decisão partilhada da grávida e do médico, se a pedido da utente - e não se coloque em causa a *legis artis*, no sentido de existirem eventuais contra-indicações reais à cesariana.

A CES disponibiliza-se para apreciar o formulário de consentimento que vier a ser produzido neste sentido pelo Serviço.

O Presidente da Comissão de Ética Dr. José Vinhas <sup>436</sup>

Esta é a conclusão dos pesquisadores americanos do Texas, que traz um síntese das discussões sobre o tema em tela:

“Nossos resultados sugerem mudanças nos nascimentos por cesarianas antes do início do trabalho de parto que contribuem pouco para explicar as mudanças na frequência de cesarianas nos Estados Unidos entre 1979 e 1998. A partir de 1998, o percentual de cesarianas realizadas antes do trabalho de parto tem aumentado pouco, mas menos do que o percentual de cesarianas realizadas durante o trabalho de parto. Dada a relativa estabilidade no percentual de cesarianas realizadas antes do trabalho de parto nos últimos 25 anos, se torna desejável focar um trabalho futuro com cesarianas durante o trabalho de parto para evitar um aumento ainda maior nos nascimentos por cesarianas, como a velha máxima de que uma vez cesariana, sempre cesariana, que ainda é relevante nos dias de hoje”. <sup>437</sup>

---

<sup>436</sup> Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Setúbal. Datado em 29 de maio de 2009. Parecer sobre parto por cesariana a pedido da utente. Disponível na Internet: [http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/pages/comissao\\_etica\\_saude/pareceres\\_03.htm](http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/pages/comissao_etica_saude/pareceres_03.htm). Acessado em 23 de agosto de 2011.

<sup>437</sup> Joesh JM, Gossman GL, Tanfer K. – Primary Cesarean Deliveries Prior to Labor in the United States, 1979-2004. *Maternal Child Health* (2008) 12: 323-331.

## **A cesariana eletiva do ponto de vista Bioético**

O parecer da Associação Portuguesa de Bioética traz avanços consideráveis em defesa do princípio da Autonomia e reflete, sobremaneira, o pensamento moderno em direção à liberdade da pessoa, aqui representada pela gestante que, esclarecida e informada, se capacita para optar pela via de nascimento do filho que carrega no próprio ventre.

### **Parecer da Associação Portuguesa de Bioética**

Assim se pronunciou a Associação Portuguesa de Bioética, por meio do Parecer número P/12/APB/08<sup>438</sup> aprovado em 26 de março de 2008:

Nas sociedades democráticas e plurais as pessoas são portadoras de direitos. E, em especial, a afirmação do direito à liberdade de autodeterminação implicou ao longo das últimas duas décadas uma reconfiguração da relação médico/doente, com profundas implicações não apenas no universo desta relação, mas também, no modo como os utentes se relacionam com o sistema de saúde. A par desta evolução da relação clínica, assiste-se também a um dever de proteção da saúde em condições de equidade, de modo a que ninguém seja injustamente discriminado no acesso aos serviços de saúde. Esta perspectiva configura mesmo uma importante conquista civilizacional.

No plano da evolução humana, as sociedades pluralistas plasmaram este quadro axiológico na sua vivência interna e a recente alteração do regime jurídico da interrupção voluntária da gravidez em Portugal, através de um referendo à população portuguesa sobre esta temática, reforçou a noção de que se reconhece aos casais o direito de tomar decisões informadas sobre a reprodução e os mecanismos de a controlar.

---

<sup>438</sup> Associação Portuguesa de Bioética.

[http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1206955463p\\_12\\_apb\\_08\\_cesariana.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1206955463p_12_apb_08_cesariana.pdf) Acessado em 11 de maio de 2009.

Neste contexto evolutivo, a Associação Portuguesa de Bioética entendeu pronunciar-se sobre uma questão que se encontra profundamente relacionada com o princípio da autonomia reprodutiva e que reflete, aliás, uma preocupação constante da população portuguesa nesta matéria. Ou seja, se assiste ao casal e à mulher grávida em particular, um direito à escolha da via de parto. Nomeadamente, se deve ser dada a possibilidade à mulher grávida de escolher – de modo livre e esclarecido – o modo como seu filho irá nascer: por via vaginal ou através de uma cesariana.

A obtenção de um consenso sobre este tema revela-se particularmente pertinente de modo a padronizar as práticas no sistema de saúde português, independentemente da natureza jurídica da instituição prestadora de cuidados de saúde. De fato, assiste-se a disparidades gritantes entre as práticas verificadas no setor público e no setor privado sem uma razão suficientemente plausível que o justifique.

Considerando:

- 1- Que em uma sociedade democrática e plural, o respeito da pessoa humana é o valor ético nuclear;
- 2 - Que, em consequência, nenhuma pessoa pode ser discriminada em razão de características arbitrárias, pressupondo-se igualdade de oportunidades e de tratamento perante a sociedade e as suas instituições e igualdade de oportunidade no acesso a determinados bens sociais;
- 3 - Que, na esfera da relação clínica, o direito à liberdade de autodeterminação e o correspondente princípio do respeito pela autonomia implicam o dever de obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido para qualquer

intervenção médica que comporte risco significativo para o sujeito;

4 - Que existe um direito inalienável à recusa de intervenção médica – mesmo que persiga o interesse do sujeito – desde que o sujeito esteja competente e capaz para entender o alcance e os riscos da sua decisão;

5 - Que a autonomia não é ilimitada e que esta se encontra balizada pelas boas práticas existentes – *leges artis* –, sendo estas “leis da arte” periodicamente revistas de acordo com a melhor evidência científica existente sobre os riscos e benefícios de uma determinada intervenção;

6 - Que sobre os profissionais da saúde, designadamente médicos e enfermeiros, impende o dever de não, apenas respeitar o princípio da Autonomia, mas também de ponderar aquele que é o melhor interesse do sujeito (princípio de Beneficência) e quais os efeitos potencialmente perversos de uma intervenção;

7 - Que, num contexto plural, não existe consenso sobre o conceito de “melhor interesse do sujeito” dado que a percepção axiológica difere substancialmente de acordo com a mundividência do observador;

8 - Que, apesar deste relativismo no campo da apreciação individual dos valores, a intervenção médica não se limita apenas ao diagnóstico e tratamento de uma doença de acordo com o critério biomédico tradicional;

9 - Que são ética e juridicamente legítimos alguns tipos de intervenções que visem o melhoramento da pessoa, sendo exemplos candentes a cirurgia estética, a ortodontia, ou determinadas intervenções na esfera psicológica;

10 - Que a saúde sexual e reprodutiva é um valor especialmente acarinhado nas sociedades ocidentais,

nomeadamente face à diminuição verificada na taxa de natalidade e a consequente inversão da pirâmide demográfica;

11 - Que o enquadramento axiológico no âmbito da saúde sexual e reprodutiva tem evoluído substancialmente, designadamente no que se refere à licitude da interrupção voluntária da gravidez ou ao recurso a técnicas de procriação medicamente assistida;

12 - Que, tradicionalmente, o parto por via abdominal era considerado um método subsidiário em relação ao parto por via vaginal (princípio da subsidiariedade), mas que se assiste a uma evolução substancial neste domínio;

13 - Que existem indicações médicas específicas para a realização de cesariana, quer em caso de urgência, quer de modo programado (cesariana eletiva);

14 - Que algumas grávidas têm receio sobre a vivência e consequências do parto por via vaginal – tocofobia – independentemente dos fundamentos subjacentes a este receio;

15 - Que a escolha de cesariana se pode dever também a uma melhor programação do parto com vantagens evidentes quer para a grávida quer para a equipe médica;

16 - Que a generalização da possibilidade da escolha da via de parto pode originar um agravamento dos custos com a prestação de cuidados de saúde;

17 - Que, em todo caso, para confirmar esta possibilidade, é necessário efetuar uma avaliação econômica rigorosa para determinar o verdadeiro custo unitário de uma cesariana eletiva não complicada *versus* o custo de um parto por via vaginal não programado (não induzido);

18 - Que existe uma desigualdade gritante no que respeita à escolha da via de parto entre o setor público e o setor privado, o que denota não existir consenso entre os profissionais de saúde sobre a melhor via a adotar;

19 - Que, em todo o caso, qualquer decisão neste domínio deve ter em consideração a evidência clínica existente sobre os riscos associados a cada uma das vias de parto.

A Associação Portuguesa de Bioética é de parecer que:

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 maior celeridade possível.

Bem, dito e posto, registrado e publicado, segue a manifestação da combativa Associação Portuguesa de Doulas.

Sobre o Parecer emitido pela Associação Portuguesa de Bioética, assim se manifestou a Associação Portuguesa de Doulas em 16 de maio de 2008.<sup>439</sup>

Exmos. Senhores,

A Associação de Doulas, após tomar conhecimento do vosso Parecer número P/12/APB/08, sobre o direito por via de parto, vem esclarecer o seguinte:

Consideramos que o parto deve ser considerado um evento fisiológico e natural que deve decorrer em ambiente íntimo, privado e com nenhuma intervenção desnecessária possível, sendo este um evento da família e para a família. O parto por cesariana não é um ato inócuo, a operação cesariana é considerada uma cirurgia de grande porte com

---

<sup>439</sup> Grupo Sobre(viver) Cesariana. Associação Doulas de Portugal.  
<http://sobcesaria.blogspot.com/2008/05/comunicado-associao-portuguesa-de.html>.  
Acessado em 10 de maio de 2008.

contra-indicações comprovadas para a mãe e para o feto. A problemática da humanização do parto não pode centrar-se apenas na escolha da via de parto. Em nossa opinião, o parto humanizado é muito mais do que uma escolha pela via de parto e muito mais do que um tratamento gentil, carinhoso e focado apenas nas necessidades afetivas da mulher. Um parto respeitado é aquele que a mulher é respeitada nas suas opções, a ela cabe o poder de decisão sobre eventuais procedimentos durante o parto, onde são evitados procedimentos agressivos, rotineiros e que na maior parte dos casos não lhes trazem a si e nem ao bebê mais valias. Existem recomendações da Organização Mundial de Saúde que têm como finalidade um parto humanizado. A questão que colocamos é esta: porque tantas mulheres optam/optariam por uma via de parto que é claramente mais prejudicial aos seus corpos e aos bebês? A resposta é fácil, basta apenas conhecer a realidade dos partos hospitalares que ocorrem em Portugal para compreender porque tantas mulheres preferem alienar-se de parir um filho transformando-o num evento cirúrgico. Só conhecendo esta realidade é que se poderá compreender como a escolha da mulher pode ser na maioria dos casos uma opção pela dignidade. É evidente que por trás desta escolha existem outras razões de foro psicológico, social, cultural e sexual. Em nossa opinião, este Parecer não beneficia os interesses das mulheres e dos seus filhos como beneficia os técnicos que atuam na área da obstetrícia. A prática das cesarianas beneficia a economia (principalmente do setor privado), poupa ainda mais o escasso tempo dos técnicos da saúde, evita surpresas noturnas e de férias e propicia aos obstetras uma salvaguarda para qualquer incidente negativo que possa eventualmente ocorrer durante um parto. (Não são raros os casos de obstetras processados por negligência por terem insistido no parto normal, mas não o contrário). No entanto, felicitamos a Associação Portuguesa de Bioética pelo vosso interesse na problemática do parto e bem-estar físico e psicossocial das mulheres/casais, mas acreditamos que as mulheres/casais e seus filhos beneficiariam muito mais se fosse



emitido um parecer sobre o direito ao seguimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde no atendimento do parto vaginal em meio hospitalar. Com os melhores cumprimentos, Cristina Silva.

Claro, claríssimo está que se todas as mulheres grávidas optarem por ter seus filhos por via abdominal, o papel desempenhado pelas “doulas” passará a não ter mais sentido, assim como não existirá também mais nenhuma Associação de Doulas para defender os interesses francamente corporativos da categoria.

Em relação aos limites das partes interessadas, comenta Rawls,

“Uma das características da justiça como equidade é conceber as partes na posição inicial como racional e mutuamente desinteressadas. Isso não significa que as partes sejam egoístas, isto é, indivíduos que têm apenas certos tipos de interesses, por exemplo, riqueza, prestígio e poder. Mas são concebidas como pessoas que não têm interesse nos interesses alheios”.<sup>440</sup>

A manifestação subscrita por Cristina Silva constitui um notável equívoco, uma emaranhado de idéias preconcebidas e contraditórias, como, por exemplo, a citação no quarto parágrafo de que: “Um parto respeitado é aquele que a mulher é respeitada nas suas opções, a ela cabe o poder de decisão sobre eventuais procedimentos durante o parto”. O enunciado está perfeitamente de acordo com o Parecer da Associação Portuguesa de Bioética para o qual a mulher grávida tem o direito legítimo de escolher a via de parto – Princípio da Autonomia – seja o parto feito por via vaginal ou abdominal.

A literatura documenta que, tanto profissionais da obstetrícia, assim como a minoria de mulheres que prefere a cesariana como via de parto, assim optam em virtude dos medos e da percepção pessoal dos riscos que são assimilados nas experiências e estórias e outros

---

<sup>440</sup> Rawls, J. – Uma teoria da Justiça. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2008, P.16.

relatos transmitidos pelos amigos, familiares e pela mídia <sup>441</sup>, sendo também notável a diferença de opiniões e atitudes das parteiras e dos obstetras em relação à cirurgia de cesariana.<sup>442</sup>

Engelhardt Jr. comenta sobre conflitos desta natureza:

“A resolução de controvérsias valorativas concernentes ao conteúdo, como ocorre na Bioética, vem, dessa forma, junto com a exigência de que se assumam determinadas premissas desde o início. Os sistemas lógicos podem ser aceitos ou rejeitados, dependendo de sua capacidade de preservar a verdade e de evitar contradições internas. Eles não precisam ser vistos como refletindo uma realidade lógica independente ou objetiva. As avaliações empíricas podem ser aceitas ou rejeitadas, conforme sua capacidade de fazer predições ou retrodições com sucesso – não é preciso entendê-las como revelando a realidade como ela é em si. Em cada caso particular, há um padrão interno que pode ser reconhecido pelos participantes para resolver a controvérsia: são escolhidos os sistemas lógicos que permitem raciocínios de um tipo particular, e as formas de investigação que reproduzem predições confiáveis. Aí se identificar uma área restrita de raciocínio ou de prática para o mundo, escolhem-se objetivos e se buscam as questões úteis, porém esquivas acerca do que deve ser considerado bom ou verdadeiro. Similarmente, na moralidade (incluindo a Bioética e as políticas de saúde), a solução de controvérsias depende da aceitação de uma ordenação particular dos valores morais ou dos princípios morais em detrimento de outras ordenações possíveis. Ao longo do tempo, deve-se escolher um determinado grau de flexibilidade para as preferências, uma intuição moral normativa particular, etc. O que está em jogo é a questão

---

<sup>441</sup> Weaver JJ, et al. – Are there “unnecessary” cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 34:1 March 2007.

<sup>442</sup> Monari F, Di Mario S, Facchinetti F, Basevi V. – Obstetrician’s and midwives attitudes toward Cesarean Section. *Birth* 35:2, June 2008.

de qual padrão usar. Os indivíduos não precisam possuir visões morais radicalmente diferentes para que possuam moralidades diferentes. Por exemplo, os indivíduos necessitam apenas sustentar diferentes ordenações da importância moral de bens essenciais como a Liberdade, a Igualdade, a Prosperidade e a Segurança”.<sup>443</sup>

Pesquisadores e bioeticistas da Universidade do Sul da Flórida resumem de forma bastante equilibrada a questão das cesarianas eletivas:

“Ao longo dos últimos anos, como as cesarianas têm cada vez mais comuns, tem havido um grande interesse público e profissional no fenômeno de de as mulheres ‘escolherem’ esta via de parto na ausência de qualquer indicação médica específica. A questão tem motivado discussões intensas, já que levanta questões sobre a natureza da autonomia no nascimento. Enquanto o discurso bioético é usado para associar autonomia com a possibilidade de escolhas diante de uma grande variedade de opções, essa concepção de autonomia não parece adequada para captar as preocupações e intuições que divergem deste discurso. Uma exploração empírica e conceitual de como as decisões relativas ao nascimento devem ser negociadas e devem ser guiadas por uma rica compreensão da agência das mulheres e sua colocação dentro de um complicado conjunto de significados culturais e pressões em torno do nascimento. É muito cedo para ser "a favor" ou "contra" o acesso das mulheres à cesariana na ausência de indicações médicas tradicionais - e, na verdade, uma simples opinião a favor ou contra nunca vai fazer justiça com a sutileza da questão . A pergunta certa não é se as mulheres podem escolher a via de nascimento de seus filhos, mas, sim, promovendo a necessária autonomia das mulheres na tomada de decisão em torno do nascimento por meio de esclarecimentos, orientações, dentro da realidade prática de suas condições sociais, se tornará possível promover e proteger a inclusão plena das mulheres no processo de nascimento de forma segura e positiva.”<sup>444</sup>

---

<sup>443</sup> Engelhardt Junior HT.- Fundamentos da Bioética Ortodoxa. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2003, P. 76.

<sup>444</sup> Kukla R. et. al. - Finding autonomy in birth. Bioethics. 2009 Jan;23(1):1-8.

## **Autonomia da Gestante e o Respeito ao Direito**

### **Kant e a Dignidade Humana**

As explicações que se seguem acerca da obra de Immanuel Kant (1724-1804) pretendem abordar conceitos básicos de ética que foram desenvolvidos há mais de dois séculos por um homem metódico, de hábitos regulares. Conta-se que o passeio que fazia às 15:30 horas de todas as tardes era tão pontual que os moradores das redondezas podiam acertar os relógios por ele. Immanuel Kant viveu uma época na qual eram certamente muito elevados os indicadores de mortalidade materna. Morrer de parto era um acontecimento fútil, banal, pois os seres humanos nasciam pelo único trajeto disponível, o canal vaginal e certamente, naquela época, não haviam sido criados os departamentos de epidemiologia.

Muito tempo antes de existir uma suposta “epidemia de cesarianas”, Kant retratou um elevado conceito de pessoa humana colocando o Homem no centro de todas as realidades. A autonomia da vontade é o grande marco neste edifício. A finalidade da filosofia kantiana é a de um conhecimento *a priori*, isto é, um conhecimento independente da experiência onde se permeiam as bases da moral de cada ser humano. A moral é analisada sob a “pesada” linguagem kantiana em “Fundamentação da Metafísica dos Costumes”<sup>445</sup> (FMC) que é constituída por um prefácio e três secções. Kant inicia desta forma a FMC: “Neste mundo, e até também fora dele, nada é possível pensar que possa ser considerado como bom sem limitação a não ser uma só coisa: uma boa vontade” (FMC, p. 21).

Que boa vontade existe para com as mulheres pobres que desejam escolher a via de nascimento dos seus próprios filhos em seu próprio corpo? A vontade – segundo Kant – é boa não pelos fins, não pela inclinação, mas pelo seu querer. Esta surge como a condição de possibilidade do bem. Para sabermos o que torna boa a vontade, devemos esclarecer o conceito de dever..

---

<sup>445</sup> Kant, I.- Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Texto Integral. Tradução de Leopoldo Holzbach. Editora Martin Claret, 2006.

Na página 25 da FMC,

“Os homens conservam a vida conforme o dever, sem dúvida, mas não por dever. Em contraposição, quando as adversidades e o desgosto desesperançado arrebatam a um homem totalmente o gosto pelo viver; se este infeliz, com fortaleza de alma, mais enfadado ou sem alento, deseja a morte, mas conserva a vida sem a amar, só por dever. Apenas a razão pode fundamentar a ética e é na luta contra aquilo que se apresenta como natural que a vontade deve agir por dever. O valor moral do ato não advém da finalidade, mas do princípio do querer, ou seja, da lei que determina o agir. O que determina a vontade é uma lei *a priori*. Sendo universal e necessária.”

Na segunda seção: “O princípio supremo da moralidade deve ser independente da experiência e funda-se na razão pura, é *a priori*.”

Assim, Kant procura chegar aos fundamentos para depois chegar ao concreto. Tudo na natureza age segundo leis, mas os homens têm consciência de obedecer às mesmas. Mas como para agir em obediência à lei é preciso razão, Kant conclui que a vontade é a razão prática, a vontade é a razão de agir. Logo, a razão pode determinar a vontade. Logo, a vontade não pode escolher senão o que a razão determina: “A razão, ao determinar a vontade, faz com que as ações sejam necessárias, senão seriam contingentes.”

Na terceira seção: “A autonomia da vontade é a de fazer as leis e de estar subordinado às mesmas.”

Kant pretende agora referir a condição de possibilidade da vontade e afirma:

“Como ser racional e, portanto, pertencente ao mundo inteligível, o homem não pode intuir nunca a causalidade de sua própria vontade senão sob a idéia da liberdade, pois a independência das causas

determinantes do mundo sensível (independência que a razão tem sempre de atribuir-se) é a liberdade. Ora a idéia da liberdade está inseparavelmente ligada ao conceito de autonomia e, este, o princípio universal da moralidade, que serve de fundamento à idéia de todas as ações de seres racionais, tal como a lei natural está na base de todos os fenômenos”. (FMC, p. 85).

É a idéia de liberdade que permite a existência de autonomia. Se o homem não fosse livre estaria completamente determinado pela causalidade. Todo o ser só pode agir sobre a idéia de liberdade. E assim posto, ao homem não se pode atribuir valor – assim entendido como preço –, justamente na medida em que deve ser considerado como um fim em si mesmo e em função da sua autonomia enquanto ser racional: “A natureza racional existe como um fim em si”. (FMC, p. 59).

Para Kant, “Uma vontade boa é o cumprimento da lei não é uma obrigação, uma vez que aderir ao imperativo categórico (FMC, p. 44) é realizar-se na sua racionalidade”.

Mas como a vontade é imperfeita o imperativo estabelece a necessidade de obediência à lei. O imperativo determina o que se deve ou não se deve fazer:

“A vontade não está, pois, simplesmente submetida à lei, mas sim submetida de tal maneira que tem de ser considerada também como legisladora ela mesma, e exatamente por isso e só então submetida à lei” (FMC, p. 70).

A própria legislação, porém, que determina todo o valor, tem que ter exatamente por isso uma dignidade, quer dizer um valor incondicional, incomparável, cuja avaliação, que qualquer ser racional sobre ele faça, só a palavra ‘respeito’ pode exprimir convenientemente. Autonomia é, pois, o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional. (FMC, p. 79). A nossa própria vontade, na medida em que agisse só sob a condição de uma legislação universal possível pelas suas máximas, esta vontade nos é possível na idéia, é o objeto próprio do respeito, e a dignidade da humanidade

consiste precisamente nesta capacidade de ser legislador universal, se bem que com condição de estar, ao mesmo tempo, submetido a essa mesma legislação (FMC, p. 85).

Para Kant, uma vontade boa é o cumprimento da lei não é uma obrigação, uma vez que aderir ao imperativo categórico (FMC, p. 44) é realizar-se na sua racionalidade. Mas como a vontade é imperfeita, o imperativo estabelece a necessidade de obediência à lei. O imperativo determina o que se deve ou não fazer. Os imperativos podem ser Hipotéticos que se dividem em:

- 1 - Problemáticos (técnicos) regras de destreza – ordenam a ação para uma finalidade;
- 2 - Assertórios (pragmáticos) ordenam a ação para uma finalidade.

Os imperativos podem ser Categóricos que determinam a ação como boa em si. É o imperativo da moralidade. (FMC, p. 50 e 51). O imperativo categórico não se limita a prescrever um ato logicamente pressuposto num querer anterior; ele liga a vontade à lei em vez de ligar a vontade a qualquer determinação material (FMC, p. 58). Os imperativos categóricos se contrapõem a um dito popular brasileiro: “é dando que se recebe”.

O Imperativo Categórico:

1ª Formulação: “Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal” (FMC, p. 67).

2ª Formulação: “Age como se a máxima da tua ação se devesse tornar pela tua vontade em lei universal da natureza” (FMC, p. 67).

3ª Formulação: “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na de qualquer outro sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio” (FMC, p. 69).

Duas características do Imperativo Categórico: a universalidade que a máxima valha para todos e para sempre; a necessidade a ação é objetivamente necessária por si,

independentemente de qualquer intenção, ou seja, finalidade. A razão tem que determinar *a priori* a vontade para que seja possível o Imperativo Categórico. O Homem é o fundamento do Imperativo Categórico. Porque a sua vontade prescreve a lei e submete-se à mesma – a autonomia da vontade. No entanto, Kant considera que não sabe da existência da liberdade, mas este é o seu primeiro postulado do qual depende a existência do Imperativo Categórico.

Apenas a razão pode fundamentar a ética e é na luta contra aquilo que se apresenta como natural que a vontade deve agir por dever. O valor moral do ato não advém da finalidade, mas do princípio do querer, ou seja, da lei que determina o agir. O que determina a vontade é uma lei *a priori*. Sendo universal e necessária. O conhecimento pode ser derivado da experiência: conhecimento *a posteriori*. Objeto de conhecimento é a experiência. O conhecimento pode preceder a experiência: conhecimento *a priori*. Objeto de conhecimento é o sujeito. O que se pode dizer da liberdade. A este respeito, Kant afirma que:

“A razão ultrapassaria logo os seus limites se arrojasse a explicar como é que a razão pura pode ser prática, o que seria a mesma coisa que explicar como é que é possível a liberdade” (FMC, p. 111). A própria legislação, porém, que determina todo o valor tem que ter exatamente por isso uma dignidade, quer dizer um valor incondicional, incomparável, cuja avaliação, que qualquer ser racional sobre ele faça, só a palavra respeito pode exprimir convenientemente. Autonomia é, pois, o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional” (FMC, p. 79).

Para Kant, a dignidade é o valor de que se reveste tudo aquilo que não tem preço, ou seja, não é passível de ser substituído por um equivalente. Dessa forma, a dignidade é uma qualidade inerente aos seres humanos enquanto entes morais. Na medida em que exercem de forma autônoma a sua razão prática, os seres humanos constroem distintas personalidades humanas, cada uma delas absolutamente individual e insubstituível.



Consequentemente, a dignidade é totalmente inseparável da autonomia para o exercício da razão prática e é por esse motivo que apenas os seres humanos se revestem de dignidade.

O grande legado do pensamento kantiano para a filosofia dos direitos humanos, contudo, é a igualdade na atribuição da dignidade. A partir do momento em que a liberdade no exercício da razão prática é o único requisito para que um ente se revista de dignidade, e que todos os seres humanos gozem dessa autonomia, tem-se que a condição humana é o suporte fático necessário e suficiente à dignidade, independentemente de qualquer tipo de reconhecimento social.

É premente a necessidade de uma releitura crítica do pensamento de Immanuel Kant acerca da dignidade da pessoa humana à luz da nova realidade do mundo, passados quase 3 séculos dos escritos e ensinamentos do ilustre pensador de Königsberg.

Em relação ao legado de Kant, assim comenta Steven Pinker:

“Parece que talvez sejamos todos vulneráveis a ilusões morais. Hoje, um novo campo está usando as ilusões para desmascarar um sexto sentido, o senso moral. As intuições morais estão sendo extraídas das pessoas em laboratórios, em *websites* e em escaneadores cerebrais e estão sendo explicadas com ferramentas da teoria dos jogos, da neurociência e da biologia evolucionária. ‘Duas coisas enchem a mente de admiração e respeito sempre renovados e crescentes, quanto mais freqüente e constantemente refletimos sobre elas, escreveu o filósofo alemão Immanuel Kant. Os céus estrelados no alto e a lei moral no íntimo.’

Hoje em dia, a lei moral íntima está sendo vista com crescente respeito, embora nem sempre com admiração. Se a moral é um mero truque do cérebro, como temem alguns, nossas próprias bases para sermos morais poderiam ser erodidas. Mas, como veremos adiante, a ciência do senso

moral pode ser vista como uma maneira de reforçar essas bases, esclarecendo o que é a moral e como ela deve conduzir nossas ações.”<sup>446</sup>

Sobre os valores humanos relata Miguel Reale,

“Partimos dessa idéia, a nosso ver básica, de que a pessoa humana é o valor-fonte de todos os valores. O homem, como ser natural biopsíquico, é apenas um indivíduo entre outros indivíduos, um animal entre os demais da mesma espécie. O homem, considerando na sua objetividade espiritual, enquanto ser que só se realiza no sentido de seu dever ser, é o que chamamos de pessoa. Só o homem possui a dignidade originária de ser enquanto deve ser, pondo-se como razão determinante do processo histórico. A idéia de valor, para nós, encontra na pessoa humana, na subjetividade entendida em sua essencial intersubjetividade, a sua origem primeira, como valor-fonte de todo o mundo das estimativas, ou mundo histórico-cultura”.<sup>447</sup>

Quando Kant dizia “Sê uma pessoa e respeita os demais como pessoas”, dando ao mandamento a força de um imperativo categórico, de máxima fundamental de sua ética, estava reconhecendo na pessoa o valor por excelência. Não viveu Kant os dias atuais, onde a dignidade fica patente no desrespeito aos mais velhos, aos idosos o que pode ser constatado e registrado por Francisco Whitaker<sup>448</sup> em importantes capitais brasileiras.

O que se entende por dignidade enquanto atributo do Homem? Segundo o Dicionário de Filosofia de Nicola Abbagnano, por princípio da dignidade da pessoa humana, entende-se a exigência enunciada por Kant consoante a fórmula do imperativo categórico: “Age de tal forma que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre também como um fim e nunca unicamente como um meio”.

---

<sup>446</sup> Pinker, S. – Sobre Santos e Demônios. Artigo publicado na Folha de São Paulo, Caderno Mais, em 10 de fevereiro de 2008.

<sup>447</sup> Reale, M. – Introdução à filosofia, 2. ed. – São Paulo: Saraiva, 1989.

<sup>448</sup> Whitaker, F. - Relatório sobre a Dignidade Humana e a Paz no Brasil. Publicado na Folha de São Paulo, caderno Cotidiano em 21 de outubro de 2003.

Isto significa que, para Kant, as coisas têm preço, são substituíveis, relativas; o homem tem dignidade, por isso não tem preço, é um valor absoluto e insubstituível.<sup>449</sup> Viu-se ainda que Kant, ao mesmo tempo em que, do ponto de vista da filosofia moral, procurou sustentar como fundamental a noção de dignidade da pessoa humana – e isto em decorrência de sua liberdade racional, bem como da sua existência enquanto fim e jamais como meio –, tratou o ser humano como coisa do ponto de vista jurídico, ao falar da condição daquelas que se submetiam ao marido, ao pai e ao patrão.

A par disso, também se demonstrou como a doutrina atual vincula a noção de dignidade da pessoa humana à inviabilidade de se tratar o ser humano como coisa. Combinado fica então que um ser humano não pode comercializar seus próprios órgãos para serem transplantados em outra pessoa. Restou, pois, evidenciada a insuficiência da mera noção de liberdade racional, proposta por Kant, para a plena fundamentação do princípio da dignidade humana, sem contar a evidente incompatibilidade entre os preceitos jurídicos enunciados por Kant e a ideia de que o ser humano não pode ser tratado como meio ou objeto. É bem verdade que o universo temporal e espacial kantiano influenciou seu modo de pensar. Tendo escrito a “Fundamentação da Metafísica dos Costumes” em 1785 e a primeira parte da “Metafísica dos Costumes” em 1797, Kant foi um pensador impregnado dos ideais liberais de sua época, que buscavam a proteção do indivíduo contra os excessos das monarquias absolutistas. Assim, as idéias de liberdade e de valorização de cada ser humano individualmente bem se adaptaram à noção de autonomia racional da pessoa, resultando na elaboração de conceitos jurídicos que pudessem, do ponto de vista privado, satisfazer as necessidades de cada um isoladamente.

Cláudio de Cicco, circunstanciou o pensamento de Kant a partir das referidas condições e demonstrou seus objetivos:

---

<sup>449</sup> Abbagnano, N. – Dicionário de Filosofia. Edição revista e ampliada. Editora Martins fontes, São Paulo, 2007.

[...] “o princípio da liberdade não poderia valer só para alguns – pois então não seria um ‘princípio’ mas uma regra de solução de casuísmo. Isto significa que ele deve valer para todos, todos devem gozar de liberdade, o que é um postulado igualitário. Entretanto, a igualdade preconizada por Kant, garantida pelo Estado e pelo Direito, tanto quanto a liberdade, é a igualdade de oportunidade, a igualdade no ponto de partida, todos terem direito ao básico (hoje elencaríamos habitação, saúde, educação, trabalho, alimentação), mas fica o progresso de cada um dependendo do seu esforço e dinamismo, o que distancia Kant de todos os que pretendem uma igualdade permanente”.<sup>450</sup>

Inobstante, que reflexões faria Immanuel Kant sobre a formação da família sob a configuração de modelos homossexuais. Nestes casos, ficariam referendados os conceitos de moral, autonomia, liberdade segundo o ideário filosófico de Kant. Modernamente, preceitua-se que o amor, como primeiro e principal requisito, deve ser o suficiente para relacionamentos oriundos de pessoas heterossexuais, bem como para indivíduos homossexuais. Logo, a orientação heterossexual não é característica essencial à configuração familiar. Tais comportamentos, inadmissíveis no século XVII, são hoje moralmente aceitos em países desenvolvidos e, alguns, desenvolveram legislação a respeito da união homossexual.

Talvez tenha sido suficiente para Kant consagrar a noção meramente teórica de que o ser humano é dotado de autonomia racional, daí decorrendo, com a proteção estatal por força da coerção de que dotado o direito, a possibilidade da convivência pacífica em sociedade, ainda que isto implicasse, na prática e em algumas hipóteses, o tratamento do ser humano como coisa. De qualquer sorte, na medida em que ultrapassado o universo temporal em que viveu Kant, numa época na qual não existiam cesarianas, nem televisão, nem Internet e nem novelas, é possível concluir que a utilização de seus preceitos teóricos

---

<sup>450</sup> Cicco C. Tradição e Modernidade - Poder e Autoridade na Família e no Estado. Das Origens Romanas ao Direito Brasileiro Moderno. Editora Ícone. 2ª Edição, São Paulo, 1993

para a fundamentação da noção de dignidade da pessoa humana na atualidade deve ser feita com as devidas reservas.

Para a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBSD): “A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores”.<sup>451</sup>

A capacidade de aceitação da dor é intrínseca a cada pessoa. O limiar da dor depende de vários e inúmeros fatores. A dor fragiliza, humilha, subordina. O Homem pertence a dois mundos: o Mundo Sensível e o Mundo Inteligível.

“E assim são possíveis os imperativos categóricos, porque a idéia de liberdade faz de mim um membro do mundo inteligível; pelo que, se eu fosse só isto, todas as minhas ações seriam sempre conformes à autonomia da vontade, o homem age na encruzilhada de dois mundos assim concilia liberdade com necessidade” (FMC, p. 104).

A gestante é uma pessoa humana autônoma e conhece os seus limites e capacidades para suportar a dor, por que segundo o Prof. Dr. Manoel Jacobsen, neurocirurgião da Faculdade de Medicina da USP:

“A dor continua sendo uma das grandes preocupações da Humanidade. Desde os primórdios do ser humano, conforme sugerem alguns registros gráficos da pré-história e os vários documentos escritos posteriormente, o homem sempre procurou esclarecer as razões que justificassem a ocorrência de dor e os procedimentos destinados a seu

---

<sup>451</sup> Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Página da Internet: <http://www.dor.org.br/> Acessado em 9 de dezembro de 2009.

controle. A expressão da dor varia não somente de um indivíduo para outro, mas também de acordo com as diferentes culturas”.<sup>452</sup>

Haverá que se dar respeito aquelas gestantes que optarem pela cesariana em virtude do receio da dor do parto que, em algumas gestantes, pode ter expressões exageradas e inexplicáveis. A tocofobia foi descrita por Marce em 1858 como se segue: “Se elas são primíparas, a expectativa do desconhecido as preocupa além do esperado e as leva a um estado de extrema ansiedade. Se elas já foram mães, elas ficam aterrorizadas com a memória do passado e com o prospecto do futuro”<sup>453</sup>.

A tocofobia é não somente uma questão médica que precisa ser tratada no âmbito da psiquiatria, mas é um imperativo que deve ser reconhecido e está acima das normas burocráticas das maternidades públicas que indicam o parto natural para todas as gestantes, independentemente da gradação de seus medos.

Artigo publicado no site Folha On Line tem trajetória contrária e não considera o limiar de cada ser humano em relação à dor. O título da matéria é Dor no Parto oferece vantagens, afirma especialista e tem o seguinte conteúdo:

“A dor do parto tem uma série de efeitos benéficos para a mulher e para o bebê que são anulados quando a paciente opta por dar à luz com anestesia epidural, embora a técnica seja útil e imprescindível em alguns casos. É o que afirma Denish Walsh, obstetra e professor da Universidade de Nottingham, em artigo publicado na revista "Evidence Based Midwifery" no qual explica que a dor é um rito de transição que ajuda a regular o parto. Segundo Walsh, além de contribuir claramente com a fisiologia do parto, ajuda a fortalecer o vínculo entre a mãe e o filho e prepara a mulher para as responsabilidades da maternidade. Sem

---

<sup>452</sup> Teixeira,. MJ – Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor Página da Internet: <http://www.dor.org.br/> Acessado em 9 de dezembro de 2009. ref 241.

<sup>453</sup> Hofberg K, Brockington I. – Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. British Journal of Psychiatry (2000), 176, 83-85.

menosprezar o valor da anestesia epidural, que pode ser fundamental em alguns casos, o professor aponta que seu uso aumentou muito nos últimos 20 anos, apesar da disponibilidade de outras alternativas menos invasivas contra a dor. Entre as vantagens de optar por um parto natural, além de razões médicas, está o prazer desse rito fisiológico que culmina com o nascimento do bebê, junto ao fato de que a própria dor induz à liberação de endorfinas, que dão uma sensação de euforia e bem-estar, destaca o especialista. Walsh afirma que alguns estudos demonstraram que a anestesia epidural aumenta a probabilidade de ter que induzir as contrações com tratamentos hormonais e é mais frequente o uso de fórceps para ajudar a saída do bebê. No Reino Unido, o uso da anestesia aumentou 17%, entre 1989 e 1990, e 33%, de 2007 para 2008. O professor recomenda ao Serviço Nacional de Saúde (NHS, na sigla em inglês) outras alternativas de alívio à dor como ioga, massagem e tratamentos em piscinas.<sup>454</sup>

O professor de Nottingham não fez qualquer referência estatística relacionada às sensações de bem-estar e euforia e nem às dosagens de endorfinas responsáveis por estes propalados prazeres que, ao que parece, superam todo e qualquer medo e anulam toda a dor do parto normal.

A tocofobia em primigestas está associada com distócia do parto e é fator desencadeante de cesarianas de emergência.<sup>455</sup> É um problema ainda negligenciado e afeta 6 a 10% das gestações<sup>456</sup>, e está fortemente associada ao medo da dor em geral e às características da personalidade da gestante e a outras insatisfações. Requer abordagem multidisciplinar dada a complexidade do problema que envolve riscos para o nascimento e

---

<sup>454</sup> Dor no parto oferece vantagens, afirma especialista. Site do Folha On Line em 13/07/2009. Disponível na Internet: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u594286.shtml> Acessado em 27 de maio de 2010.

<sup>455</sup> Laursen M, Johansen C, Hedegard M. – Fear of childbirth and risk of birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG, 2009 Sep;116(10): 1350-5.

<sup>456</sup> Saisto T, Halmesmaki E. – Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand, 2003 Mar;82(3):201-8.

constitui uma causa comum para a cesariana a pedido.<sup>457</sup> Ryding, em estudo transversal com 1635 gestantes suecas em variadas idades gestacionais, detectou um intenso medo do nascimento em 15,8% da amostra e um medo muito intenso em 5,7% das gestantes, em especial nas primíparas e este fator, a tocofobia, está associado à preferência por cesarianas.<sup>458</sup>

Estes medos, até onde se sabe, dificilmente podem ser percebidos nas consultas de pré-natal, em que as gestantes aguardam nas filas e são avaliadas dentro de uma programação limitada e suas queixas são registradas em fichas padronizadas. Se for verdadeira a assertiva de que a noção de Kant acerca da autonomia racional do ser humano serve como um dos fundamentos teóricos do princípio da Dignidade Humana, não é menos verdadeira a conclusão no sentido de que a sua concretização nos dias atuais não pode a ela se limitar, já que inadmissível na prática, que o ser humano trate a um seu semelhante como coisa e, como coisa que é, traz uma etiqueta com código de barras e um preço.

Em relação à autonomia dos indivíduos para se desobrigarem da submissão e obediência autoritárias, relata Karl Popper,

“A revolução promovida por Kant no campo da ética está contida na doutrina da autonomia – o princípio de que não podemos aceitar a ordem de uma autoridade, por mais elevada que seja, como base última da ética. Sempre que defrontamos com uma ordem, é nossa responsabilidade julgar se ela é moral ou não. A autoridade talvez tenha o poder de nos obrigar ao cumprimento do que ordena: podemos não ter condições de resisti-la. Contudo, a não ser que sejamos impedidos fisicamente de fazer uma escolha, a responsabilidade será nossa. A decisão de obedecer a uma ordem, de aceitar uma autoridade, é uma decisão que nos pertence”.<sup>459</sup>

---

<sup>457</sup> Bilert H. – Tokophobia – a multidisciplinary problem. *Ginekol Pol.* 2007 Oct;78(10):807-11

<sup>458</sup> Ryding E, Nieminem K, Stephasson O. Swedish women's fear of childbirth and preference for cesarean section. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107S52 (2009) S413-s729.

<sup>459</sup> Cicco C. *Tradição e Modernidade - Poder e Autoridade na Família e no Estado. Das Origens Romanas ao Direito Brasileiro Moderno.* Editora Ícone. 2ª Edição, São Paulo, 1993.



Complementa Kant,

“O homem é, de uma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado simultaneamente como fim” (FMC, p. 58).<sup>460</sup>

### **A Autonomia pressupõe liberdade para fazer escolhas**

A imposição de rotinas burocráticas nas maternidades públicas limita, inapelavelmente, a autonomia da gestante que fica com apenas uma opção: a do parto vaginal. A decisão é vertical, autoritária e não leva em conta os medos, os valores, a filosofia de vida ou as ambições da gestante que é injusta e perversamente subjugada ao sistema. Às gestantes que buscam atendimento nas maternidades públicas é feita uma imposição para a via de parto. Uma rotina que se superpõe e não respeita a autonomia das mesmas. Ora, se uma mulher pode decidir se submeter a uma abdominoplastia ou a uma mamoplastia ou um tipo qualquer de cirurgia estética, então por que não lhe é dada autonomia para optar por uma cesariana? Ou a autonomia só tem validade para este ou aquele tipo de cirurgia?

O Prof. Dr. Rui Nunes, da Universidade do Porto, assim se manifesta sobre o conceito de autonomia,

“O conceito de autonomia refere-se, então, à perspectiva de que cada ser humano deve ser verdadeiramente livre, dispondo das condições mínimas para se auto-realizar. No nosso universo cultural – sobretudo tratando-se das crianças, adolescentes, ou outras pessoas com

---

<sup>460</sup> Kant, I.- Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Texto Integral. Tradução de Leopoldo Holzbach. Editora Martin Claret, 2006.

competência diminuída – a autonomia não se limita ao doente, mas estende-se a outros elementos da família. Pelo que se deduz que, no plano da relação clínica com o doente, todas as intervenções carecem de consentimento informado, livre e esclarecido, sendo mesmo considerado um imperativo profissional. Ou seja, o médico e os outros profissionais da saúde, têm o dever de informar, em linguagem acessível, aqueles fatos que são relevantes para o doente decidir em plena consciência. Exige-se, obviamente, a prudência necessária para não apenas informar mas, sobretudo, esclarecer o paciente de modo que a informação transmitida seja aprendida com calma e serenidade”.<sup>461</sup>

Para Joaquim Clotet. Professor de Ética e Bioética, Cursos de pós-graduação em Filosofia e Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio. Grande do Sul,

“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>462</sup>

O exercício da autonomia pressupõe conhecimento, informação. O paciente tem que ter à sua disposição todos os dados para que possa, livremente, decidir. Decidir sobre sua vida, decidir sobre sua morte, decidir sobre seu destino.

“Viver não é pensar, é agir e o fluxo de nossas idéias apenas reflete o fluxo dos acontecimentos que passam constantemente por nós.

---

<sup>461</sup> Nunes R., Brandão C. – Humanização da Saúde. Gráfica de Coimbra, p. 18, Janeiro de 2007.

<sup>462</sup> Clotet J. Por que Bioética? Bioética 1993; 1:13-17.

Se alguém desse a uma pedra a capacidade de pensar, ela não deixaria de ser uma pedra, mudaria apenas o fato de que o mundo externo se refletiria nela como a lua na superfície da água”.<sup>463</sup>

Importante perceber que existe uma diferença cognitiva entre médico e paciente e que cabe ao primeiro minimizá-la em um discurso acessível ao paciente. O médico tem a obrigação jurídica de se fazer claro e compreensível para equilibrar as partes do contrato. Paterson, em publicação datada em 1998, embute a conclusão do trabalho no título do próprio e interessante texto: “*Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed*”.<sup>464</sup>

A comparação pode não ser feliz, mas obrigar as gestantes pobres a ter seus filhos em certas maternidades públicas do Brasil equivale a submetê-las a um ritual de mutilação como se fazem em algumas sociedades excludentes.

Vou ainda mais longe neste raciocínio e parafraseio Stuart Mill:

“Assim com outras tiranias, a da maioria foi de início, e ainda hoje vulgarmente o é, sustentada pelo terror operante, principalmente por intermédio dos atos das autoridades públicas. No entanto, pessoas ponderadas notaram que quando a própria sociedade faz às vezes de tirano – a sociedade coletivamente, sobre os indivíduos que a compõem – os meios de tiranizar não se restringem aos atos que possa praticar pelas mãos de seus funcionários políticos. A sociedade pode executar, e executa, seus próprios mandatos; e se expede mandatos equivocados no lugar dos corretos, ou quaisquer mandatos a respeito de coisas nas quais não deveria interferir, pratica uma tirania social mais temível do que muitas espécies de opressão política, uma vez que, muito embora nem

---

<sup>463</sup> Durkheim É. - Ética e Sociologia da Moral. Landy Editora, São Paulo, 2006, p. 53.

<sup>464</sup> Paterson-Brown S. - Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. BMJ 1998;317:462-3. Em português: deveriam os médicos realizarem cirurgias cesarianas a pedido? Sim, desde que a mulher esteja plenamente informada.

sempre venha sustentada por penalidades extremas, penetra mais profundamente nos detalhes da vida, escraviza a própria alma, deixando poucas vias de fuga. Não basta, portanto, a proteção contra a tirania do magistrado; é necessária também a proteção contra a tirania da opinião e do sentimento dominantes, contra a tendência da sociedade a impor, por meios outros que não os das penalidades civis, as próprias idéias e práticas, como regras de conduta aos que delas dissentem; a aguilhoar o desenvolvimento e, se possível, a impedir a formação de qualquer individualidade em desacordo com seus métodos, compelindo todos os tipos humanos a conformar-se ao seu modelo. Há um limite para a interferência legítima da opinião coletiva sobre a independência individual, e encontrar esse limite, guardando-o de invasões, é tão indispensável à boa condição dos negócios humanos como a proteção o despotismo político”.<sup>465</sup>

Ao estabelecer rotinas que limitam a autonomia das gestantes e não permitem que estas tenham o direito de escolher a via de parto de seus próprios filhos, os burocratas estatais interferem de forma exagerada e desnecessária na liberdade e na independência dos cidadãos.

---

<sup>465</sup> Mill, JS. – A Liberdade e Utilitarismo. Martins Fontes, São Paulo, 2000, p. 10-11.

## **Objetivo deste trabalho**

O objetivo principal desta tese é estudar os fatores relacionados com o aumento crescente das taxas de cesarianas verificado nas últimas décadas<sup>466</sup> com base nas características sociais e econômicas, demográficas, culturais e reprodutivas das mulheres que pariram filhos numa maternidade pública, no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, Rondônia, nos anos de 2006 e 2007, e proceder a uma profunda análise ética subjacente a esta mudança na forma de nascer e seus indicadores para identificar, analisar e tentar compreender os conflitos éticos, tendo como base a abordagem principialista surgidos com a cesariana a pedido, requerida pelas gestantes na ausência de indicações médicas recomendadas.

## **A Hipótese**

As mulheres têm autonomia para escolher a via de nascimentos dos seus filhos, independentemente da classe social a qual pertencem e independentemente de indicações estipuladas em *guidelines* de qualquer natureza ou na verticalidade das rotinas estabelecidas pelos serviços de obstetrícia. A autonomia pressupõe o direito de escolher, confere liberdade e legitima a dignidade da pessoa humana, neste caso, representada pelo desejo e pela vontade de uma mulher gestante, prestes a dar à luz a um novo ser humano.

---

<sup>466</sup> Menacher F, Declerq E, Macdorman MF. – Cesarean Delivery: Background, Trends, and Epidemiology. *Seminars in Perinatology*. Volume 30, issue 5, October 2006, p. 235-241.

### Síntese dos problemas éticos suscitados pela escolha da via de parto

A autonomia da gestante	As gestantes, as excessões de praxe, têm ampla autonomia para, informadas e esclarecidas, optarem pela via de parto de seus filhos. As mulheres podem optar por cirurgias plásticas, bariátricas, pelo aborto, pela contracepção de emergência, pelo planejamento familiar, mas não têm direito a optar pela via de parto porque o sistema não permite. Cesariana por opção é só para quem pode pagar.
O direito da gestante	Somente as gestantes com maior poder aquisitivo têm direito pela escolha da via de parto, as mais pobres devem se submeter às rotinas impostas pelo sistema.
A conveniência do médico assistente	O médico assistente pode interferir na escolha da via de parto na conformidade de suas conveniências. Vale destacar que a questão da cesariana a pedido não é um problema apenas do âmbito médico, estando inserida dentro de complexos contextos sociais. Proceder a uma cesariana a pedido antes de completadas 39 semanas de gestação gera uma infração ética com desdobramentos na esfera judicial. É consensual que o bem-estar da paciente deve suplantar os interesses do médico.
A questão ideológica	A pregação repetitiva e insistente de que o parto normal é melhor porque é natural se contrapõe a uma obviedade, a de que o parto vaginal também, e deve ser, medicamente assistido, porque toda intervenção da medicina é, por definição, não natural. São inegáveis os avanços na tecnologia e nos recursos da Medicina que facilitam e proporcionam cada vez mais segurança tanto para a mãe como para o feto.
O princípio da Justiça	Não há, do ponto de vista da Justiça distributiva, qualquer indício dos custos operacionais do parto normal sejam inferiores ou superiores aos da cesariana, se consideradas todas as variáveis inseridas no processo de nascer.
O princípio da Beneficência e da não Maleficência	Os benefícios para cada um dos atores envolvidos são alvo de inúmeras controvérsias na literatura. No caso da tentativas de parto vaginal após cesariana prévia, deve prevalecer o princípio da não maleficência.

Os indicadores de cesarianas	Os índices de cesarianas não deveriam constituir indicadores de qualidade dos serviços de obstetrícia, uma vez que as taxas de cesarianas são muito variáveis em todo o mundo e refletem o incontrolável montante de fatores que interferem na sua determinação, mesmo que na atenção à saúde de alguns países ou comunidades os órgãos oficiais imponham, autoritariamente, suas diretrizes.
O parto humanizado	Não existe outro lado da Medicina que não o lado humano. O argumento de que a cesariana é menos humana do que o parto normal é absolutamente inaceitável.
O parto dissociado do pré-natal	Na rede pública, o pré-natal é realizado por enfermeiras nas Unidades de Atenção Primária que seguem rotinas pré-determinadas pelos Programas já estabelecidos. O nascimento, por sua vez, é auxiliado por pessoas estranhas e desconhecidas da gestante para as quais expõem suas mais recônditas intimidades. O contrário ocorre na rede privada, onde o pre-natalista é escolhido pela gestante e com o qual desenvolve um vínculo de amizade e confiança.
O binômio Materno Fetal	A gestação dos humanos tem um prazo de duração conhecido e há, obviamente, um “timing” quando os sinais de alerta avisam que ocorrerá o nascimento. O processo de nascer, no entanto, está sujeito a imponderabilidades, imprevistos, e pode apresentar complicações que, se e quando detectadas, irão requerer intervenções médicas inadiáveis e pontuais.

## **Metodologia**

Foi realizado um estudo seccional em uma unidade pública da cidade de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia: O Hospital de Base Ary Tupinambá Pena Pinheiro, conhecido como Hospital de Base, no período compreendido entre janeiro de 2006 a dezembro de 2007. O Hospital de Base serve como referência para o atendimento terciário, não somente para a capital, mas para todo o Estado de Rondônia. O inquérito incluiu todos os prontuários médicos identificados como relacionados aos nascimentos ocorridos durante os anos de 2006 e 2007 e, destes, coletados dados sobre as gestantes que as pudessem caracterizar, tais como nome, idade, endereço, tipo de parto, dados da história obstétrica e dados relacionados ao procedimento obstétrico realizado.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia sob parecer número 4443.0.000.047-08 (anexo I).

Foi elaborado um instrumento para a coleta dos dados padronizado e pré-codificado com especificidade para a pesquisa (anexo IV). O questionário, contendo 76 perguntas, foi dividido em 3 partes: a primeira com 29 questões relacionadas aos dados sociais e demográficos das gestantes; a segunda parte com 27 questões relacionadas à história reprodutiva e a terceira parte, com 20 questões, relacionadas à experiência do nascimento propriamente dito. As perguntas do questionário foram dirigidas às gestantes que foram procuradas e entrevistadas em suas residências de acordo com os endereços coletados no prontuário do Centro Obstétrico.

### **Coleta e processamento dos dados**

Foram excluídas da amostra as mulheres cujas residências se situavam na zona rural – de difícil acesso – ou em outros municípios do Estado. As entrevistas foram realizadas por equipe composta por profissionais da área da saúde, agentes de saúde, previamente treinados e supervisionados por este pesquisador que se deslocaram à residência das entrevistadas. Quando as mulheres não eram encontradas no endereço especificado no prontuário ou o próprio endereço não existia – situação bastante frequente – a amostra era



sistematicamente excluída. Todos os questionários foram revisados e os dados armazenados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). As dúvidas surgidas foram ratificadas por telefone ou com retorno à moradia de cada entrevistada. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo III).

### **Os dados obtidos dos prontuários médicos do Centro Obstétrico**

Foram analisados 4.710 prontuários de nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007, sendo que 3.153 (66,9%) nascimentos ocorreram em 2006 e 1557 (33,1%) nascimentos ocorreram em 2007. As informações contidas nos prontuários foram registradas em uma Ficha Preliminar (anexo II) com dados fundamentais como a idade ou a data de nascimento da gestante. A qualidade das informações contidas nos prontuários é de baixíssima qualidade, e o que mais chamou a atenção foi que os endereços registrados no prontuário médico não correspondiam ao endereço real e, em muitos casos, as ruas e os números informados nem sequer existiam. Não foi possível identificar se a causa para a desinformação quanto aos endereços foi causada pelo funcionário que coletava as informações ou se a própria gestante fornecia a informação erroneamente de forma propositada ou não.

Para as análises, foram utilizados os dados armazenados em bancos separados no programa Statistical Package for Social Science, versão 15.0. Foram utilizadas distribuições de frequências e a significância estatística das diferenças encontradas foi testada utilizando-se do teste de chi-quadrado, do teste t-student e foram consideradas significantes aquelas cujo p-valor foi inferior a 0,05.

### **Limitações da pesquisa**

A pesquisa encontrou algumas limitações, tais como, prontuários com dados incompletos, dificuldade para localizar as gestantes nos endereços registrados, comprometimento da privacidade no momento da entrevista, relação fugaz entre entrevistador/entrevistada.

## **O Trabalho de Campo**

A fonte de dados para esta pesquisa foram os nascimentos ocorridos e registrados no Prontuários Médicos do Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007. A coleta dos dados foi realizada, de forma concomitante, pelos pesquisadores Jose Odair Ferrari e Jose Hiran da Silva Gallo. A apresentação da amostra global apresenta importantes e notáveis semelhanças na descrição do cenário, que é coincidente, assim como na apresentação dos dados iniciais, também coincidentes. Em tópico seguinte, cada um dos autores, passa a trilhar por caminhos diferentes e a seguir com a análise dos dados unicamente relacionados com os projetos originalmente propostos, ou seja, Ferrari segue com a temática que aborda a cesariana a pedido e Gallo trabalha especificamente com o grupo das gestantes adolescentes.

### **O Cenário: Porto Velho, Rondônia, Brasil**

De acordo com informações obtidas na página da Internet da Prefeitura Municipal de Porto Velho:

“Durante a Segunda Guerra Mundial, o Decreto-Lei n.º 5.812 (13 de setembro de 1943) criou o Território Federal do Guaporé, com partes desmembradas dos estados do Amazonas e do Mato Grosso. Através da Lei Complementar n.º 41, de 22 de dezembro de 1981, o então Presidente João Batista de Figueiredo criou o Estado de Rondônia. A Lei foi publicada no Diário Oficial da União no dia 23 de dezembro de 1981. Oficializada em 2 de outubro de 1914, a cidade de Porto Velho foi criada por desbravadores por volta de 1907, durante a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. Em plena Floresta Amazônica, e inserida na maior bacia hidrográfica do globo, onde os rios ainda governam a vida

dos homens, é a Capital do estado de Rondônia, à margem direita do rio Madeira, o maior afluente da margem direita do rio Amazonas.

Desde meados do século XIX, nos primeiros movimentos para construir uma ferrovia que possibilitasse superar o trecho encachoeirado do Rio Madeira (cerca de 380 km) e dar vazão à borracha produzida na Bolívia e na região de Guajará Mirim, a localidade escolhida para construção do porto onde o caucho seria transbordado para os navios seguindo, então, para a Europa e os EUA, foi Santo Antônio do Madeira, província de Mato Grosso. As dificuldades de construção e operação de um porto fluvial, em frente aos rochedos da cachoeira de Santo Antônio, fizeram com que construtores e armadores utilizassem um pequeno porto amazônico localizado 7 km abaixo, em local muito mais favorável para o atracamento das embarcações. Em 15 de Janeiro de 1873, o Imperador Pedro II assinou o Decreto-Lei n.º 5.024, autorizando navios mercantes de todas as nações subirem o Rio Madeira. Em decorrência, foram construídas modernas facilidades de atracação em Santo Antônio, que passou a ser denominado Porto Novo.

O velho porto dos militares continuou a ser usado por sua maior segurança, apesar das dificuldades operacionais e da distância até Santo Antônio, ponto inicial da EFMM. Percival Farquar, proprietário da empresa que afinal conseguiu concluir a ferrovia em 1912, desde 1907 usava o velho porto para descarregar materiais para a obra e, quando decidiu que o ponto inicial da ferrovia seria aquele (já na província do Amazonas), tornou-se o verdadeiro fundador da cidade que, quando foi afinal oficializada pela Assembléia do Amazonas, recebeu o nome Porto Velho, hoje, a capital do Estado de Rondônia.

A moderna história de Porto Velho começa com a descoberta de cassiterita (minério de estanho) nos velhos seringais no final dos anos 50, e se segue com a exploração de ouro no leito do Rio Madeira após 1970. Mas, principalmente, com a decisão do governo federal, no final dos anos 70, de abrir nova fronteira agrícola no então Território Federal de

Rondônia, como meio ocupar e desenvolver essa região segundo os princípios da segurança nacional vigentes. ‘Integrar para não entregar’ era o lema. Na verdade, foi uma forma encontrada para aliviar tensões fundiárias, principalmente nos estados do sul e sudeste, por meio da transferência de grandes contingentes populacionais para o novo Eldorado, e assim, aproximadamente 1 milhão de pessoas migraram para Rondônia e a população de Porto Velho cresceu vertiginosamente, passando de 90.000 para 300.000 habitantes entre 1970 e 1990.

Esta migração intensa provocou um explosivo crescimento da cidade, particularmente na década de 80. Hoje, a urbe mostra as feridas decorrentes desse crescimento desordenado. Os bairros periféricos são pouco mais que um aglomerado de casebres de madeira cobertos de palha, sem ordenação ou infraestrutura. Em grande parte resultam de invasões de terras ainda não ocupadas, por parte de uma população sem teto, que aqui chegava num ritmo não acompanhado pelas instituições públicas. Os nomes desses bairros expressam bem as condições de sua criação. São: o Esperança da Comunidade, o Pantanal, o Socialista, etc. Apenas o centro, uma herança dos desbravadores, apresenta características de urbanização definidas.

Há, na cidade, uma histórica relação de amor entre a população e o rio, do qual se diz que quem bebe de suas águas, ainda que vá embora, volta sempre. Navios de grande porte trafegam pela hidrovia do Rio Madeira de Porto Velho até a cidade de Manaus num percurso de 1.108 km. Seguem depois, agora pelo Rio Amazonas, outros 1.953 até o Porto de Belém do Pará.

O censo realizado no ano de 2010 <sup>467</sup>, pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), registrou uma população de 428.527 habitantes na capital Porto Velho.

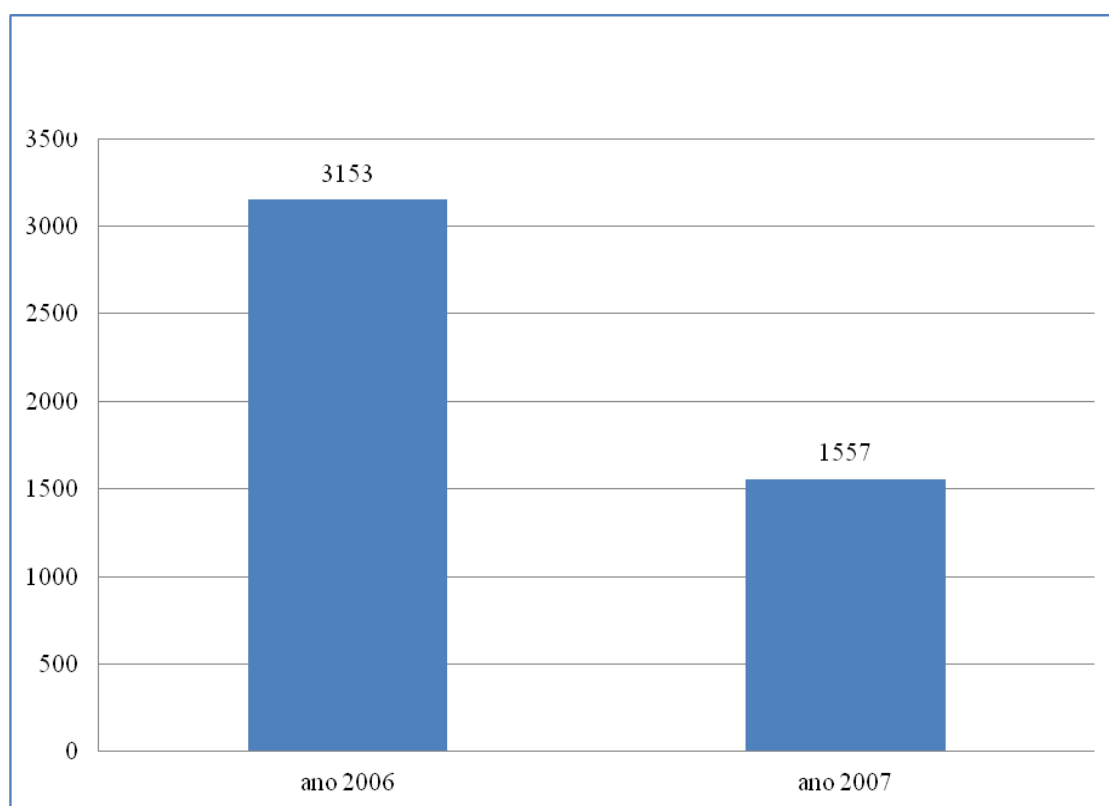
---

<sup>467</sup> Disponível na Internet, página do IBGE: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ro>

## **Apresentação e análise dos dados obtidos dos prontuários médicos dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007.**

A seguir, são apresentados e analisados os dados obtidos de todos os registros nos prontuários médicos dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007.

**Gráfico 5 – Número absoluto de nascimentos registrados no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710).**



Fonte: SAME/Hospital de Base

Ferrari e Gallo verificaram que a diminuição verificada no número de nascimentos entre os anos de 2006 e 2007 aconteceu em virtude da entrada em funcionamento da Maternidade Municipal de Porto Velho, que foi inaugurada em 29 de junho de 2006 e passou a fazer o atendimento dos partos das gestações classificadas como de baixo risco. (Gráfico 5)

**Tabela 8 – Número de nascimentos ocorridos a cada mês nos anos de 2006 e 2007 no Centro Obstétrico do Hospital de Base conforme via de parto (n=4.710).**

Meses	Via Vaginal		Cesariana		Total	
	N	%	N	%	N	%
Janeiro 2006	193	8,2	134	5,7	327	6,9
Fevereiro 2006	186	7,9	135	5,7	321	6,8
Março 2006	266	11,3	136	5,8	402	8,5
Abril 2006	233	9,9	127	5,4	360	7,6
Mai 2006	295	12,6	126	5,3	421	8,9
Junho 2006	288	12,3	127	5,4	415	8,8
Julho 2006	74	3,2	121	5,1	195	4,1
Agosto 2006	68	2,9	120	5,1	188	4,0
Setembro 2006	41	1,7	108	4,6	149	3,2
Outubro 2006	59	2,5	105	4,4	164	3,5
Novembro 2006	22	0,9	72	3,0	94	2,0
Dezembro 2006	36	1,5	76	3,2	112	2,4
Janeiro 2007	34	1,4	60	2,5	94	2,0
Fevereiro 2007	44	1,9	67	2,8	111	2,4
Março 2007	44	1,9	88	3,7	132	2,8
Abril 2007	50	2,1	85	3,6	135	2,9
Mai 2007	49	2,1	80	3,4	129	2,7
Junho 2007	45	1,9	63	2,7	108	2,3
Julho 2007	68	2,9	90	3,8	158	3,4
Agosto 2007	60	2,6	109	4,6	169	3,6
Setembro 2007	52	2,2	89	3,8	141	3,0
Outubro 2007	52	2,2	82	3,5	134	2,8
Novembro 2007	46	2,0	90	3,8	136	2,9
Dezembro 2007	43	1,8	72	3,0	115	2,4
<b>Total</b>	<b>2348</b>	<b>100</b>	<b>2362</b>	<b>100</b>	<b>4710</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

A Tabela 8 demonstra que ocorreu uma queda substancial no número de nascimentos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho a partir de julho de 2006, visto que foi inaugurada a Maternidade Municipal de Porto Velho destinada ao atendimento das gestações de baixo risco e o Hospital de Base passou a ser referência para as gestações ditas de alto risco.

**Tabela 9 – Distribuição das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho em 2006 e 2007, de acordo com idade em anos (n=4.710).**

IDADE (em anos)	N	%
12 anos	2	0
13 anos	25	0,5
14 anos	66	1,4
15 anos	151	3,2
16 anos	204	4,3
17 anos	274	5,8
18 anos	279	5,9
19 anos	353	7,5
20 anos	367	7,8
21 anos	329	7,0
22 anos	311	6,6
23 anos	288	6,1
24 anos	261	5,5
25 anos	272	5,8
26 anos	237	5,0
27 anos	203	4,3
28 anos	177	3,8
29 anos	183	3,9
30 anos	112	2,4
31 anos	106	2,3
32 anos	98	2,1
33 anos	77	1,6
34 anos	49	1,0
35 anos	66	1,4
37 anos	62	1,3
38 anos	33	0,7
39 anos	20	0,4
40 anos	24	0,5
41 anos	11	0,2
42 anos	12	0,3
43 anos	7	0,1
44 anos	5	0,1
45 anos	2	0
46 anos	2	0
47 anos	1	0
Sem Registro	6	0,1
<b>Total</b>	<b>4710</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

A média da idade das gestantes foi de 23,47 anos, a mediana encontrada foi de 22 anos e a moda foi de 20 anos, O Desvio Padrão foi de 5,964 posto que 2 gestantes tinham apenas 12 anos de idade, 1 gestante tinha 46 anos e 1 gestante tinha 47 anos de idade. (Tabela 9)

**Tabela 10 – Distribuição das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007, conforme faixa etária (n=4.710).**

Faixa Etária	N	%
Até 19 anos	1354	28,8%
20 até 35 anos	3136	66,6
36 anos ou mais	214	4,5
Sem registro	6	0,1
<b>Total</b>	<b>4710</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

As gestantes com até 19 anos completos foram classificadas como adolescentes e corresponderam a 28,8% das gestantes. As gestantes com idade compreendida entre 20 e 35 anos constituíram a maioria dos casos e responderam por 66,6% dos nascimentos. As demais gestantes, com 36 anos ou mais, responderam por 4,5% dos nascimentos. A ausência de registro da idade das parturientes em 6 prontuários reflete a gravidade do problema relacionado à falta de zelo com o registro de dados nos prontuários. (Tabela 10)

No Estado de São Paulo, o percentual de gestantes com mais de 35 anos tem aumentado nos últimos anos. Matéria divulgada no site da UOL Ciência e Saúde traz como manchete que “Uma em cada 6 gestantes Atendidas no Hospital das Clínicas tem mais de



35 anos”; a cada seis gestantes atendidas, atualmente, no Hospital das Clínicas da USP (Universidade de São Paulo), uma tem mais de 35 anos. Na década de 70, a taxa era de uma a cada 20. O aumento é creditado a uma série de fatores, entre eles o avanço da medicina e a entrada das mulheres no mercado de trabalho – o que as leva a adiar o momento de engravidar.

Esse fato é muito frequente e, talvez, se torne ainda mais daqui a alguns anos, prevê o obstetra Adolfo Liao, do Ambulatório de Obstetrícia do HC. (da Universidade de São Paulo):

“Após os 35 anos, o organismo é mais sujeito a complicações durante a gravidez, por isso a gestação é tratada com atenção especial e pode trazer riscos tanto para a mãe quanto para o bebê. A mãe com idade mais avançada pode ter dificuldades de se adaptar à gravidez, pois há uma sobrecarga no funcionamento do organismo da mulher, explica o médico. O obstetra afirma que até 25% das gestações em idade materna avançada resultam em aborto. “Quando uma mulher com 20 anos engravida, a chance de ocorrer um aborto espontâneo é menor”, completa. A taxa de bebês nascidos prematuramente também é mais alta e chega a 15%, devido a complicações como diabetes ou hipertensão. Essas duas doenças podem também afetar a formação e o desenvolvimento da criança. Mães com o diabetes mal controlado no início da gestação podem gerar filhos com má formação física, sendo essas, em geral, no coração, no cérebro ou na coluna vertebral. A complicação genética mais comum, cuja probabilidade é influenciada pela idade da mãe, é a Síndrome de Down. A prevalência em fetos de mães com cerca de 20 anos chega a ser de uma em mil. Já nas mães com 35 anos ou mais essa fração é de uma em cada 350 gestantes. Conforme o aumento da idade, aumenta também o risco. A chance de uma mulher de 40 anos ter um filho com a doença chega a ser de uma em 70, completa o obstetra. Tendo em vista as complicações que a gestação de uma mãe com idade mais avançada pode ter, o acompanhamento durante o pré-natal deve ser muito mais intenso. As

consultas são mais constantes e os exames mais específicos para esse grupo, explica o obstetra. Para o médico, a mãe também deve estar consciente dos riscos antes de engravidar. O diagnóstico de doenças que podem afetar o desenvolvimento saudável do feto, como pressão alta ou diabetes, deve ser realizado antes do início da gestação e o tratamento deve ser feito com remédios que não afetem a formação do feto. Alguns remédios para controlar a pressão podem induzir à má formação, exemplifica”.<sup>468</sup>

**Tabela 11 – Distribuição do peso dos recém-nascidos entre os anos de 2006 e 2007 no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho (n=4.710).**

Faixa de peso (mg)	N	%
< 500	10	0,2
500   1000	51	1,1
1000   1500	84	1,8
1500   2000	193	4,1
2000   2500	394	8,4
2500   3000	1008	21,4
3000   3500	1647	35,0
3500   4000	976	20,7
4000 e +	317	6,7
Sem Registro	30	0,6
<b>Total</b>	<b>4710</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

<sup>468</sup> Site da UOL Ciência e Saúde. Publicado em 17 de maio de 2010. <http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultimas-noticias/2010/05/17/uma-em-cada-seis-gestantes-atendidas-no-hc-em-sp-tem-mais-de-35-anos.jhtm> Acessado em 17 de maio de 2010.

A média de peso encontrada para os recém-nascidos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 foi de 3.099 gr, a mediana encontrada foi de 3185 gr. e a moda foi de 3225 gr. para um desvio padrão de 694 gr. Assim, em 30 prontuários não foi encontrado o registro do peso dos recém-nascidos dado extremamente relevante e indispensável em um serviço desta natureza. (Tabela 11)

**Tabela 12 – Distribuição dos nascimentos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, conforme local de nascimento das gestantes (Estado da Federação) (n=4.710).**

Estado de Nascimento da Gestante	N	%
Rondônia	2365	50,2
Amazonas	500	10,6
Mato Grosso	55	1,2
Acre	185	3,9
Outro Estado	748	15,0
Sem Registro	857	18,2
<b>Total</b>	<b>4710</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

Rondônia é um Estado da Amazônia que, até 1970, tinha uma população nativa cujo total de habitantes não ultrapassava 100.000 pessoas. A partir de 1970, com o incentivo à migração, um grande contingente populacional aflorou ao Estado. Nos dias atuais (2009), muitos moradores fixados no Estado ainda preferem retornar aos Estados de origem em caso de doença ou por ocasião do nascimento dos filhos. Em 857 (18,2%) dos prontuários não foi encontrado o registro referente ao local de nascimento da gestante. (Tabela 12)

**Tabela 13 – Número de nascimentos nos anos de 2006 e 2007 ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, de acordo com o município de residência da mãe (n=4.710).**

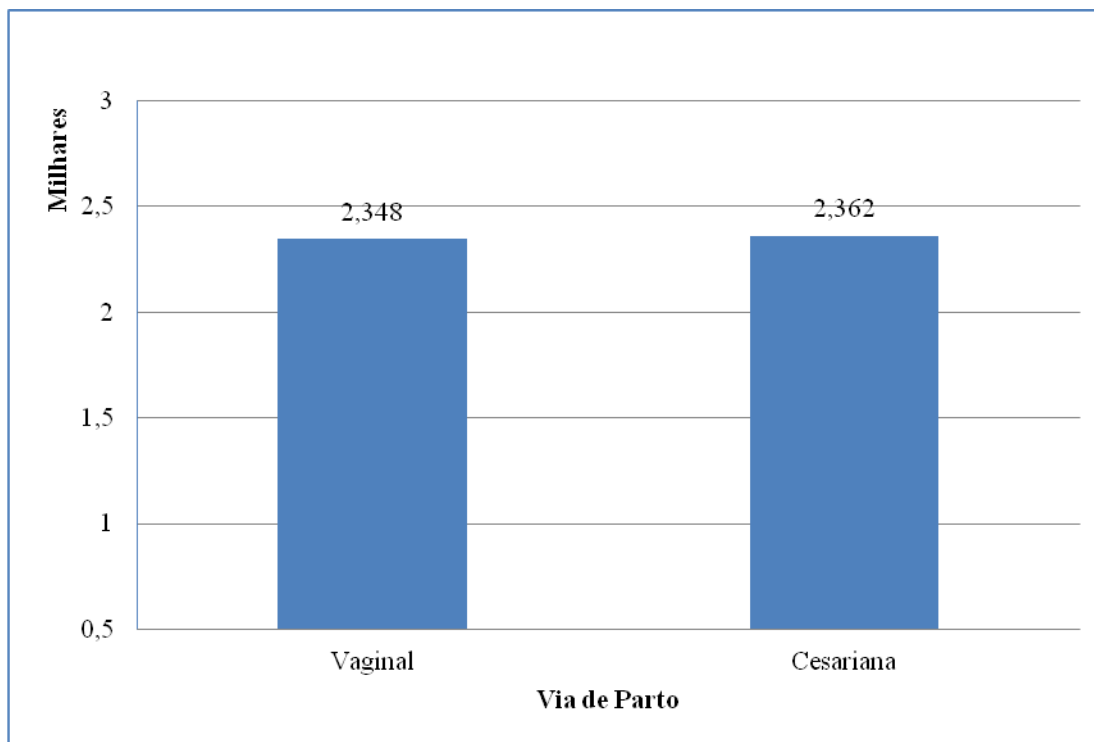
Município de Residência da gestante	N	%
Porto Velho	3977	84,4
Ariquemes	50	1,1
Guajará Mirim	6	0,1
Itapuã d'Oeste	50	1,1
Humaitá	44	0,9
Aldeia Indígena	9	0,2
Outra Cidade	362	7,7
Sem Registro	212	4,5
<b>Total</b>	<b>4710</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

O município de residência é o local declarado pela gestante por ocasião da internação. O hospital não solicita comprovante de residência. É bastante provável que muitas gestantes forneciam os endereços nos quais estavam hospedadas em Porto Velho, mas que, na verdade, tinham residência fixa em outros municípios. O número de gestantes cujos registros constavam endereços na capital Porto Velho (n= 3977) correspondem a 84,43% dos casos. (Tabela 13)

Importante ressaltar que, ao contrário de outros estados da Federação, Rondônia tem uma baixa densidade populacional e a capital, Porto Velho, tem como cidade mais próxima o município de Itapuã d'Oeste que fica a 100 km da capital. Os casos tabulados como Sem Registro no Prontuário Médico (n= 212) correspondem a 4,5% dos casos.

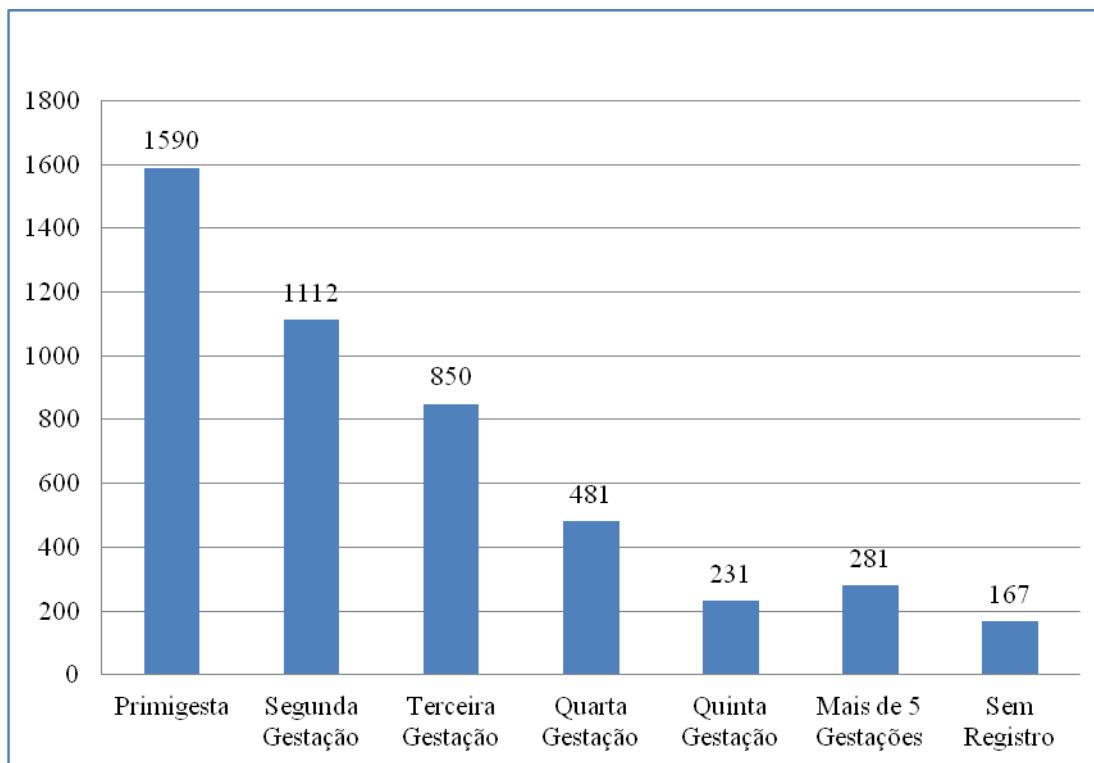
**Gráfico 7 – Número de nascimentos nos anos de 2006 e 2007 ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho, de acordo com a Via de Parto (n=4.710).**



Fonte: SAME/Hospital de Base

Segundo Ferrari e Gallo, nos anos de 2006 e 2007 ocorreram 4710 nascimentos, sendo que 2.348 (49,9%) foram pela via vaginal e 2.362 (50,1%) ocorreram através de cesarianas. Vale ressaltar que a Maternidade Municipal de Porto Velho foi inaugurada em 29 de junho de 2006 e, desde então, o Centro Obstétrico do Hospital de Base passou a ser referência para atendimentos das gestações de alto risco. (Gráfico 7)

**Gráfico 8 – Número de gestações declaradas pelas gestantes por ocasião dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710).**



Fonte: SAME/Hospital de Base

Os dados acima, coletados por Ferrari e Gallo, dos registros dos prontuários por Ferrari e Gallo, certamente, trazem muitos erros de informações ocasionadas, seja por omissão de informação das gestantes ou omissão na coleta de dados por parte da pessoa que preencheu a ficha de internação do Prontuário Médico. O número de prontuários nos quais não constava o registro do número de gestações prévias da gestante (n=167) corresponde a 3,54% dos casos, o que reflete a falta de zelo com o registro das informações no Prontuário Médico. (Gráfico 8)

**Tabela 14 – Número de abortos declarados pelas gestantes por ocasião dos nascimentos ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710).**

Abortos declarados	N	%
Nenhum	3758	79,8
Um aborto	576	12,2
Dois abortos	146	3,1
Três abortos	34	0,7
Quatro abortos	9	0,2
+ de 5 abortos	5	0,1
Sem Registro	182	3,9
<b>Total</b>	<b>4710</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

Certamente, os números de abortos prévios relatados pelas gestantes e registrados na Tabela 14 estão subestimados. Os profissionais trabalham em regime de plantões e são pessoas desconhecidas para a gestante que, absolutamente, não vai revelar uma informação rigorosamente íntima relacionada a abortamentos prévios provocados ou não. Não existem informações sobre a causa ou natureza dos abortos, se foram espontâneos ou provocados. Chama a atenção o elevado número de prontuários nos quais a informação sequer foi mencionada (3,86%).

**Tabela 15 – Indicações clínicas para as cesarianas realizadas no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710).**

Indicações de Cesarianas	N	%
Desproporção Céfalo-Pélvica	396	16,7
Sofrimento Fetal	316	13,4
Laqueadura Tubária	55	2,3
Macrossomia	68	2,9
Iterativa	402	17,0
Pré-eclâmpsia	1	0,0
Outros	1077	45,6
Sem Registro	47	2,0
<b>Total</b>	<b>2.362</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

Em 47 prontuários (2,0%) não havia qualquer anotação relacionada à indicação clínica para a cesariana realizada (Tabela 15). Em 1077 prontuários (45,6%), os registros relacionados à indicação de cesariana não estavam compreensíveis ou se tratava de gemiparidade ou classificados como causas múltiplas. A disponibilidade de dados relacionados à indicação de cesarianas foi abordada por pesquisadores de Baltimore que fazem recomendações para que “os registros sejam rotineiros e adequados para avaliar corretamente os índices e as indicações de cesarianas”.<sup>469</sup>

Certamente, o prontuário eletrônico inserido no sistema informático intranet poderá tornar mais viável, ágil e confiável, a obtenção e análise das informações e dados relacionados aos serviços prestados e procedimentos executados. No Hospital de Base de Porto Velho, locupletado de carências, este é ainda um projeto distante.

<sup>469</sup> Stanton C, Ronsmans C, and Baltimore Group Cesarean. – Recommendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing countries. Birth 35:3 September 2008.



**Tabela 16 – Semanas de Gravidez das gestantes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710).**

Semanas de Gravidez	N	%
+ de 40 semanas	421	8,9
40 semanas	891	18,9
39 semanas	644	13,7
38 semanas	503	10,7
37 - 36 semanas	547	11,6
35 – 34 semanas	260	5,5
33 – 32 semanas	150	3,2
31 – 30 semanas	83	1,8
29 – 28 semanas	47	1,0
Menos de 28 semanas	52	1,1
Sem Registro	1112	23,6
<b>Total</b>	<b>4710</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

Ferrari e Gallo, constataram que em 1112 prontuários (23,6%) não foram encontrados quaisquer anotações relacionadas à idade gestacional. Em alguns pouquíssimos prontuários foram encontrados laudos de ultrassonografia confirmando a idade gestacional. Em todos os demais havia apenas a anotação do médico que realizou o primeiro atendimento. (Tabela 16)

**Tabela 17 - Índice de Apgar no Primeiro Minuto e Quinto Minuto dos recém nascidos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n = 4.710).**

Índice de Apgar	Primeiro Minuto		Quinto Minuto	
	N	%	N	%
Apgar 0	9	0,2	4	0,1
Apgar 1 - 2	30	0,6	2	0,0
Apgar 3 - 4	36	0,8	4	0,1
Apgar 5 - 6	48	1,0	4	0,1
Apgar 7	75	1,6	12	0,3
Apgar 8	3008	63,8	355	7,54
Apgar 9	843	17,9	3316	70,0
Apgar 10	67	1,4	769	16,3
Sem registro	594	12,6	244	5,2
Total	4710	100	4710	100

Fonte: SAME/Hospital de Base

É possível observar que na Tabela 17o índice de Apgar 8 para o primeiro minuto de vida dos recém-nascidos tem uma prevalência absoluta (63,8%) sobre os demais índices. Evidentemente, que o indicador de Apgar é uma medida que tem aspectos subjetivos em sua mensuração. Outra explicação é que, frequentemente, o Prontuário Médico não é preenchido pelo obstetra que assistiu o parto e, sim, pela auxiliar da sala ou pelo plantonista que o sucedeu. Verifica-se também que em 594 prontuários (12,6%) não foi encontrado qualquer registro relacionado ao índice de Apgar no Primeiro Minuto. O índice de Apgar 9 para o quinto minuto de vida dos recém-nascidos tem uma prevalência absoluta (70,0%) sobre os demais índices. Nota-se também que em 244 prontuários (5,2%) não foi encontrado qualquer registro relacionado ao índice de Apgar no Quinto Minuto e este percentual é discordante do percentual encontrado para o registro de Apgar no Primeiro Minuto (12,6%).

Um interessante artigo relacionado à obsolescência do índice de Apgar, score criado pela Dra. Virgínia Apgar em 1952<sup>470</sup>, foi publicado no NEJM e questiona a medida diante da disponibilidade de tecnologias mais precisas na abordagem da vitalidade do nascituro como, por exemplo, a mensuração dos gases na artéria umbilical, e também porque o índice de Apgar não prediz complicações no desenvolvimento neurológico do bebê. Crianças com paralisia cerebral frequentemente apresentam índices de Apgar normais. O pesquisador, da Universidade do Novo México, conclui que o índice de Apgar medido no primeiro e quinto minuto de vida é, ainda, uma ferramenta bastante útil na avaliação das condições fetais imediatamente após o nascimento. O método, de vantajosa praticidade e aplicação é de grande efetividade e sua utilização deve se continuada até evidências em contrário.<sup>471</sup>

Lamentavelmente, no Centro Obstétrico do Hospital de Base, o registro do índice de Apgar tem sido inexplicavelmente desconsiderado e não registrado em 12,6% dos prontuários para o primeiro minuto de vida.

A qualidade da informação sobre o parto tem sido abordada por outros pesquisadores e demonstra problemas no registro de alguns dados do prontuário médico o que justifica auditorias seletivas e treinamento dos profissionais que preenchem os documentos<sup>472</sup>.

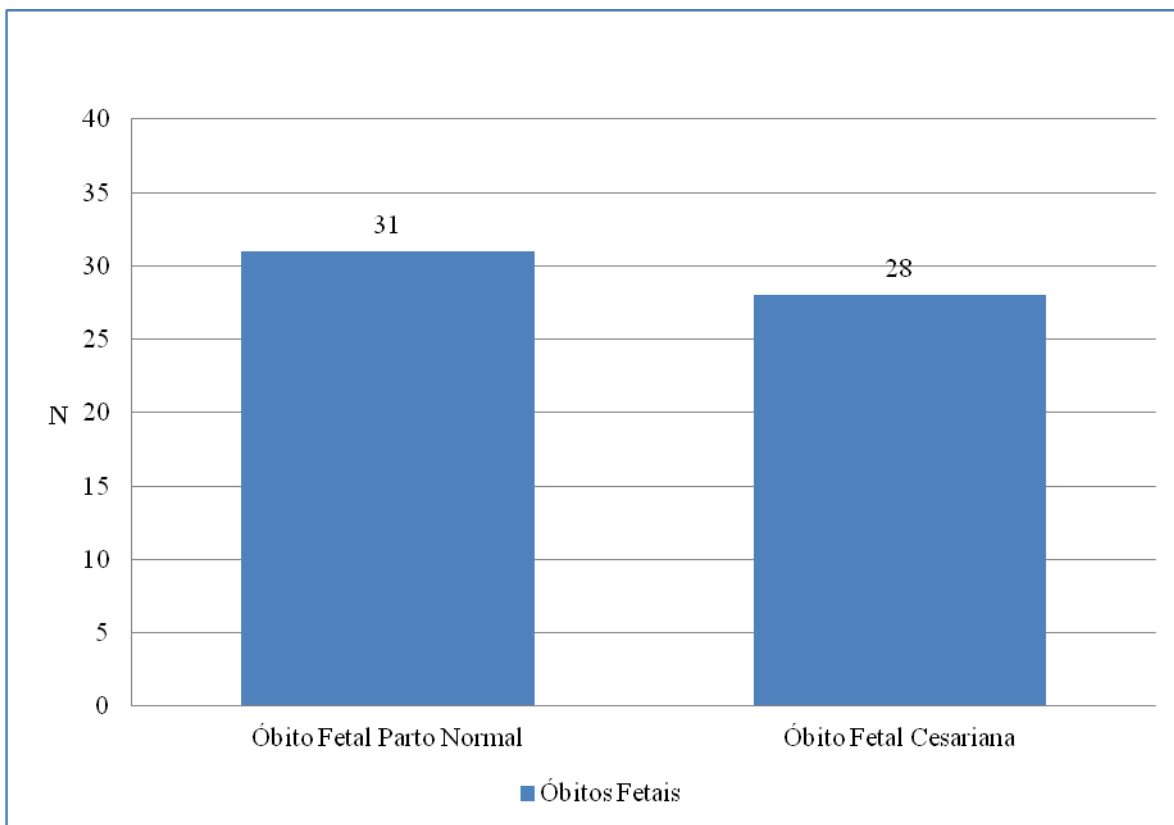
---

<sup>470</sup> Apgar V. – A proposal of a new method of evaluation of the newborn infant. Presented at the 27th Annual Congress of Anesthetists, Joint Meeting of the International Anesthesia Research Society and International College of Anesthetists, Virginia Beach, Va, September 22-25, 1952.

<sup>471</sup> Papile L. – The Apgar Score in the 21st Century. NEJM, volume 344:519-520, February 15, 2001, number 7.

<sup>472</sup> Bittencourt AS, Camacho LAB, Leal MC. – A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6):1344-1354, junho, 2008.

**Gráfico 9 – Número absoluto de óbitos fetais em relação à via de parto ocorridos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=4.710).**



Fonte: SAME/Hospital de Base

Ocorreram 59 óbitos fetais em 4710 nascimentos ocorridos nos anos de 2006 e 2007 o que resulta em uma Taxa de Mortalidade Neonatal de 1,25% (Gráfico 9). O teste do Qui-quadrado revelou um valor de 0,47 (Pearson) e um p valor de 0,828, de onde pode se concluir que não há associação entre Óbito Fetal e a Via de Nascimento.

Infelizmente, não foi possível estudar a causa dos óbitos fetais em virtude da ausência de informações nos Prontuários Médicos e também porque a maioria dos natimortos é enviada ao Instituto Médico Legal para verificação do óbito.

O registro de apenas 1 óbito materno entre os 4.710 prontuários analisados e, dentre estes havia 29 casos de gestantes portadoras do vírus HIV o que corresponde a 0,61% das

gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. Do total de 4710 gestantes, 29 eram portadoras do Virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), o que corresponde a 0,6% da amostra global.

### **Apresentação e análise dos dados da amostra pesquisada**

Todas as gestantes (n = 4.710) que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007, residentes no município de Porto Velho, foram procuradas em suas residências ou seus locais de trabalho e foram excluídas 3.449 que não foram encontradas nos endereços registrados nos prontuários. A amostra pesquisada (n= 1261) corresponde a 26,8% do universo da amostra de total ( n = 4.710) e é, portanto, considerada representativa.

O questionário estruturado foi aplicado em 1261 mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base que é uma instituição pública e administrada pela Secretaria do Estado da Saúde de Rondônia.

As entrevistas seguiram a sequência de perguntas contidas no questionário que está anexado nas páginas finais deste trabalho com o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## Dados sociais e demográficos

**Tabela 18- Distribuição das parturientes entrevistadas de acordo com idade em anos. (n = 1.261).**

IDADE (em anos)	N	%
13 anos	10	0,8
14 anos	17	1,3
15 anos	43	3,4
16 anos	63	5,0
17 anos	84	6,7
18 anos	98	7,8
19 anos	107	8,5
20 anos	90	7,1
21 anos	74	5,9
22 anos	69	5,5
23 anos	68	5,4
24 anos	59	4,7
25 anos	73	5,8
26 anos	50	4,0
27 anos	54	4,3
28 anos	45	3,6
29 anos	55	4,4
30 anos	28	2,2
31 anos	34	2,7
32 anos	24	1,9
33 anos	24	1,9
34 anos	14	1,1
35 anos	24	1,9
37 anos	8	0,6
38 anos	8	0,6
39 anos	3	0,2
40 anos	10	0,8
41 anos	4	0,3
42 anos	2	0,2
43 anos	3	0,2
46 anos	1	0,1
Total	1261	100

**Fonte:** Fonte: SAME/Hospital de Base

A média da idade das mulheres foi de 23,30 anos, a mediana encontrada foi de 22 anos e a moda foi de 19 anos, O Desvio Padrão foi de 6,145. (Tabela 18)

**Tabela 19 - Distribuição das parturientes entrevistadas conforme via de parto e de acordo com faixa etária. (n = 1.261).**

Via de Parto	Faixa etária						Total	
	Adolescente		Adulta		Idosa		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Vaginal	206	33,0	395	63,2	24	3,8	625	49,5
Cesariana	216	34,0	390	61,3	30	4,7	636	50,5
Total	422	33,5	785	62,2	54	4,3	1261	100,0

Na tabela 19, as parturientes entrevistadas (n= 1261) são distribuídas de acordo com a faixa etária. As gestantes com até 19 anos completos foram classificadas como adolescentes, as gestantes com 20 anos completos até 35 anos completos foram classificadas no grupo das adultas e as gestantes com 36 anos ou mais foram classificadas como idosas. O  $\chi^2 = 0,840$  e o p valor = 0,657 indicam não haver relação entre a faixa etária e a via de parto.

A tabela 19 demonstra, no entanto, que dentre as 54 gestantes com mais de 36 anos houve um predomínio de cesarianas, o que corrobora dados da literatura que registra maior incidência de cesarianas nas faixas etárias extremas<sup>473 474</sup>, dado que a idade materna é um fator de risco independente para a cesariana<sup>475 476</sup> e gestantes idosas são mais sujeitas a

<sup>473</sup> Andrade P. et al. – Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. RBGO, volume 26, número 9, 2004, p. 697-702.

<sup>474</sup> Silva ALCS, Filho OBM, Costa CFF. – Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. RBGO, 2005; 27(4): 189-96.

<sup>475</sup> Lialios G, Kaponis A, Adonakis G. Maternal age as an independent risk factor for cesarean delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics 67 (1999) 187-188.

<sup>476</sup> Kara F, Uygur D, Yelsidaglar N. – Adolescent pregnancy and cesarean delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics 81 (2003) 231-232.

hipertensão, pré-eclâmpsia, placentopatias e, portanto, sujeitas a maiores riscos neonatais.<sup>477</sup>

Reproduzo texto dos pesquisadores da Unicamp:

“A via de parto, levando-se em consideração a idade materna, sempre foi uma questão polêmica, baseada no preconceito de que as adolescentes não estivessem "prontas" para dar à luz por parto vaginal, com bacias e musculatura uterina imaturas para a parturição e por despreparo emocional. Os dados da literatura mostram exatamente o contrário, e o desempenho obstétrico das adolescentes é igual ou até melhor que o das mulheres adultas quanto à via de parto. A gravidez e o parto nos extremos da vida reprodutiva da mulher sempre foram cercados de mitos, marcados por diferenças culturais que consideram a gravidez precoce ou na idade avançada, ora uma recomendação, ora uma inconveniência biológica. Os avanços da medicina tornaram as gestações mais seguras em qualquer época da vida reprodutiva, e aliados a progressos sociais, nutricionais e educacionais, permitiram que fatores comprovadamente de risco fossem reduzidos ou dominados baseados em dados com suporte em evidências científicas. A taxa ideal de cesariana preconizada pela Organização Mundial da Saúde para população de baixo risco gira em torno de 15%, valores que passam por processo de revisão e discussão pela superação contínua destas metas em muitos países com diferentes características sociodemográficas. Entretanto, taxas acima de 40% são consideradas extremamente elevadas mesmo para hospitais terciários de complexidade de risco maior, sugerindo-se a adoção de várias estratégias para reverter estes números indefensáveis.”<sup>478</sup>

---

<sup>477</sup> Seidman DS, Samueloff A, Mor-Yosef S, Schenker JG. – International Journal of Gynecology and Obstetrics Volume 33, issue 1, september 1990, p. 7-12.

<sup>478</sup> Pinto e Silva JLC, Surita FGC. - Idade materna: resultados perinatais e via de parto. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.31 n.º.7 Rio de Janeiro, Julho 2009.



O risco de mortalidade perinatal, e principalmente de óbito fetal, cresce com o aumento da idade materna e tem uma ascensão mais acentuada nas últimas semanas de gestação, muitas vezes levando à morte intrauterina de fetos viáveis, sem que se consiga o diagnóstico preciso do fator causal.<sup>479</sup>

**Tabela 20 – Distribuição do peso dos recém-nascidos entre os anos de 2006 e 2007 no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho (n=1.261).**

Faixa de peso (mg)	N	%
< 500	1	0,1
500   1000	5	0,4
1000   1500	13	1,0
1500   2000	39	3,1
2000   2500	86	6,8
2500   3000	264	20,9
3000   3500	483	38,3
3500   4000	269	21,3
4000 e +	98	7,8
Sem Registro	3	0,2
<b>Total</b>	<b>1261</b>	<b>100</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

A média de peso encontrada na amostra (mulheres entrevistadas) foi de 3180 gr, a mediana encontrada foi de 3225 gr. e a moda foi de 3300 gr para um desvio padrão de 622,16 (Tabela 20).

A ocorrência de desnutrição aguda e crônica nas populações pelo mundo é motivo de preocupação devido a seus efeitos imediatos sobre morbidade e mortalidade, e devido a suas

<sup>479</sup> Reddy UM, Ko CW, Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2006;195(3) :764-70.

possíveis implicações de longo prazo. Esses efeitos podem ser particularmente acentuados depois de exposição à desnutrição durante a gravidez ou no início da vida, em função de mudanças estruturais e bioquímicas potencialmente irreversíveis para o cérebro em crescimento. A privação nutricional durante esses períodos críticos poderia, portanto, ter efeitos de longo prazo sobre o comportamento e o desenvolvimento psicossocial.

Em estudo paralelo foi observado uma maior frequência de recém-nascidos com baixo peso nas gestantes adolescentes (até 19 anos), o que coincide com dados da literatura.<sup>480</sup> A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos da gestante e das demandas de nutrientes para o crescimento fetal.<sup>481 482</sup>

O estado nutricional pré-gestacional da mulher pode interferir no processo normal da gestação. Gestantes que apresentam uma reserva inadequada de nutrientes, aliada a uma ingestão dietética insuficiente, poderão ter um comprometimento do crescimento fetal, e conseqüentemente, do peso ao nascer. Estudos realizados em nosso meio têm demonstrado que mulheres que iniciaram a gravidez com peso inferior a 50kg apresentaram maior risco de gerarem crianças com baixo peso ao nascer.<sup>483</sup>

---

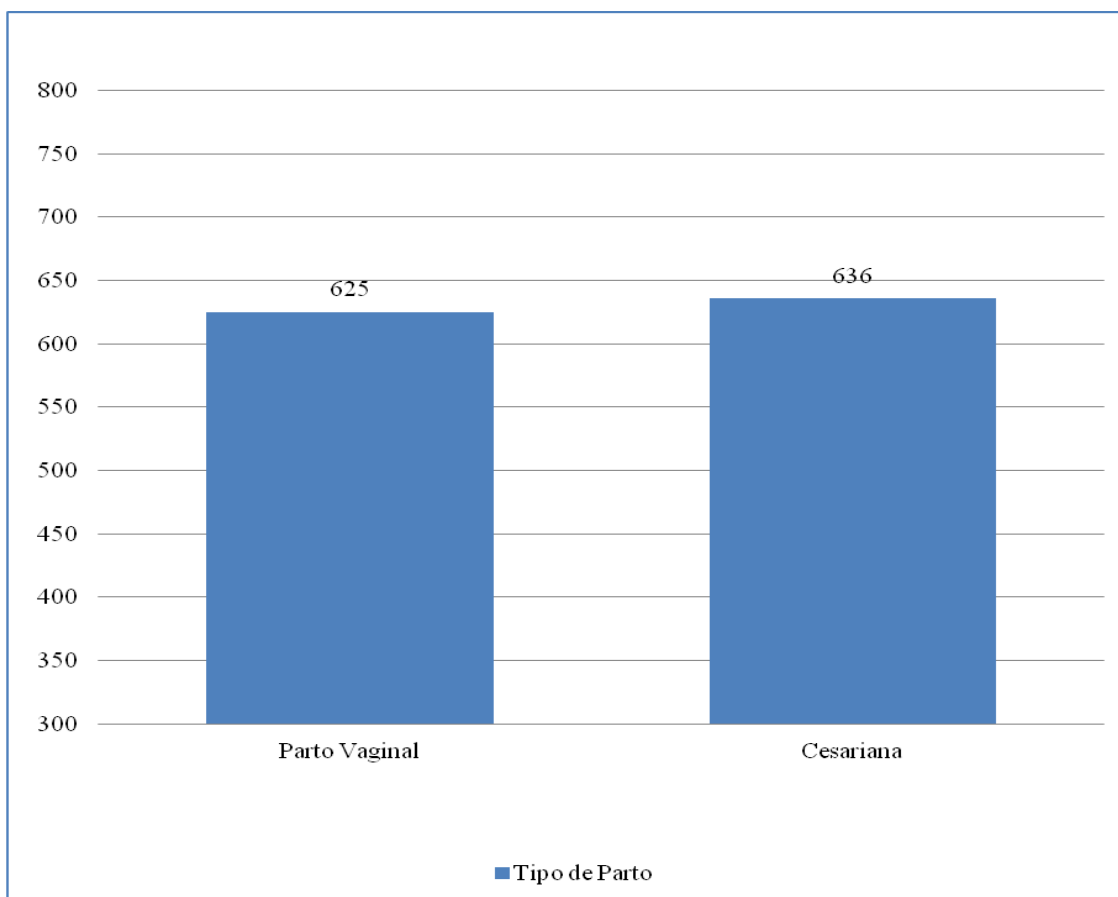
<sup>480</sup> Azevedo GD. Et al. – Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. RBGO, volume 24 (3): 181-185, 2002.

<sup>481</sup> Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002. 540 p.

<sup>482</sup> Ramakrishnan U. Nutrition and low birth weight: from research to practice. Am J Clin Nutr. 2004; 79(1) :17-21.

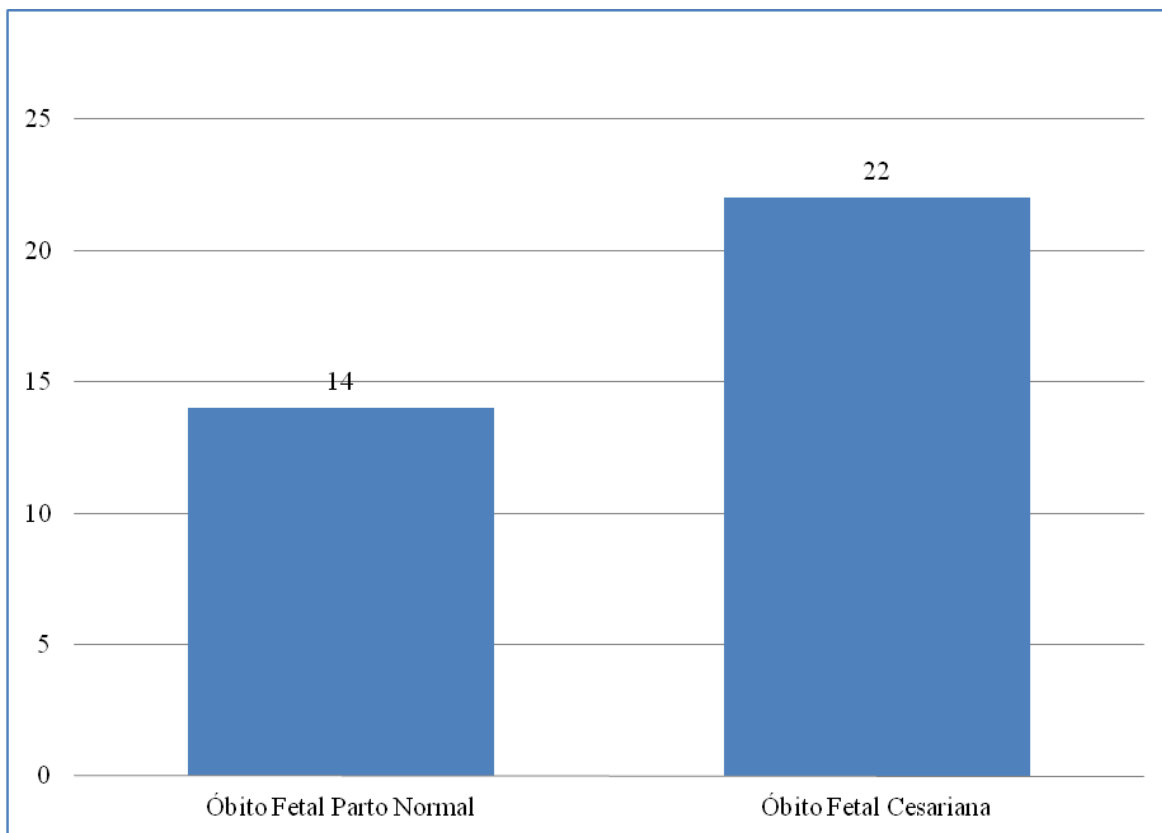
<sup>483</sup> Halpern R, Schaefer ES, Pereira AS, Arnt EM, Bezerra JPV, Pinto LS. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em uma comunidade rural do sul do Brasil. J Pediatr. 1996; 72(6) :369-73.

**Gráfico 10 – Via de nascimento dos filhos das mulheres entrevistadas na pesquisa. (n= 1261)**



O número absoluto de partos vaginais (n= 625) corresponde a 49,5% dos nascimentos e as cesarianas (n= 636) correspondem a 50,5% dos nascimentos. Os dados percentuais são quase coincidentes com aqueles obtidos da amostragem geral (n = 4710) na qual os partos normais representaram m 49,9% dos nascimentos e as cesarianas 50,1% dos nascimentos (Gráfico 10).

**Gráfico 11 – Número absoluto de óbitos fetais em relação à via de parto ocorridos no período perinatal e declarado pelas mulheres entrevistadas. (n=1261)**



Foram registrados 36 óbitos em 1.261 nascimentos o que resulta em um coeficiente de mortalidade perinatal (2,85%) considerável. O teste de Qui-quadrado de Pearson verificado foi de 1,689 para um p valor de 0,194, o que indica que não existe associação entre a via de parto cesariana como causa de óbito fetal. As causas dos óbitos e as indicações clínicas das cesarianas não puderam ser esclarecidas com os dados constantes nos prontuários (Gráfico 11).

**Tabela 21 – Mulheres entrevistadas distribuídas conforme etnia e via de parto. (n=1.261)**

Etnia	Via de Parto				Total	
	Vaginal		Cesariana		N	%
	N	%	N	%		
Branca	103	44,4	129	55,6	232	18,4
Parda	429	50,2	426	49,8	855	67,8
Indígena	1	33,3	2	66,7	3	0,2
Amarela	5	62,5	3	37,5	8	0,8
Negra	87	47,5	76	52,5	183	12,9
Total	625	49,5	636	50,5	1261	100

O agrupamento das mulheres quanto à etnia das mesmas foi feito de acordo com critérios pessoais do entrevistador (Tabela 21). No Estado de Rondônia há um predomínio das pessoas morenas ou pardas, especialmente na região da capital Porto Velho, onde ocorreu uma forte migração de negros e nordestinos como mão de obra para a construção da Estrada de Ferro Madeira Mamoré no início do século XX.

Segundo a avaliação dos entrevistadores, as mulheres de cor parda constituíram 67,86% da amostra e as mulheres brancas 18,4% da amostra. O  $\chi^2$  foi de 4,404 e o p valor de 0,354 o que indica não haver relação entre etnia e via de parto, o que se diferencia da literatura onde, em alguns países se registra uma notável relação entre a via de parto e etnia.<sup>484 485</sup>

<sup>484</sup> Walsh J, Robson M, Foley M. – The influence of ethnicity on caesarean section rates in the home of active management of labour. The International Journal of Gynecology and Obstetrics 107S2 (2009) S93 - S396.

**Tabela 22 – Mulheres entrevistadas segundo religião declarada na data do nascimento dos bebês. (n=1261)**

Religião declarada	N	%
Católica	664	52,7
Evangélica	372	29,5
Espírita	6	0,5
Candomblé	1	0,1
Nenhuma religião	205	16,3
Outra religião	13	1,0
Total	1261	100,0

As mulheres quando perguntadas sobre a religião antes do parto, classificaram-se como católicas em 52,6% dos casos e em 29,5% dos casos se declararam evangélicas (Tabela 22). Quando perguntadas sobre a mudança de religião após o nascimento do filho, 7,2% das mulheres responderam que SIM, ou seja, mudaram de religião após o parto. Todas as demais mantiveram a mesma confissão religiosa. As causas para mudança na confissão religiosa não necessariamente é causada pelo nascimento propriamente dito, mas, provavelmente, por influência dos progenitores ou familiares que manifestam o desejo de batizar a criança na conformidade de suas crenças.

<sup>485</sup> Manthata ALA, Hall DR, Steyn OS, Grove D. – The attitudes of two groups of South African women towards mode of delivery. The International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006) 92, 87-91.

**Tabela 23 – Estado Civil declarado pelas mulheres entrevistadas na ocasião do nascimento. (n=1261)**

Estado Civil	N	%
Solteira	332	25,5
União estável ( de fato)	746	59,2
Casada	172	13,6
Viúva	2	0,2
Separada	19	1,5
Total	1261	100,0

A maioria das mulheres entrevistadas que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007 declararam ter uma relação conjugal fixa (n=1068), sendo que 746 (59,2%) mantinham uma união estável com o companheiro, 172 (13,6%) se declararam formalmente casadas e 322 (25,5%) se declararam solteiras (Tabela 23).

A expressão utilizada pelas mulheres para definir a união estável é “nós somos só juntos”, o que corresponde ao regime jurídico da União de Fato. Definem-se como casadas aquelas que se submeteram aos ritos e formalidades do casamento civil e ou religioso.

**Tabela 24 – Estado civil declarado pelas mulheres no momento da entrevista. (n= 1261)**

Estado Civil	N	%
Solteira	313	24,8
União estável	706	56,0
Casada	191	15,1
Viúva	5	0,4
Separada	46	3,6
Total	1261	100,0

A Tabela 24 demonstra a ocorrência de uma pequena diminuição no percentual de mulheres que se declararam solteiras, na contrapartida de um discreto aumento no percentual de mulheres que se declararam casadas ou em situação de união estável.

A comparação dos dados não permite estabelecer conexões entre o grau de influência do nascimento da criança com a estabilidade ou não no relacionamento dos pais.



**Tabela 25 – Duração da relação com o pai da criança declarada pelas mulheres até a data do nascimento dos bebês. (n=1261)**

Duração da relação com o pai	N	%
Relação casual	136	10,8
Menos de 6 meses	77	6,1
Entre 6 meses e 1 ano	150	11,9
1 a 2 anos	266	21,1
2 a 4 anos	260	20,6
Mais de 4 anos	372	29,5
Total	1261	100,0

A Tabela 25 demonstra que 135 mulheres (10,8% do total) tiveram apenas uma relação casual com o pai da criança. Apenas “ficaram”, como costuma se dizer no Brasil. A maioria dos nascimentos foram fruto de relações mais duradouras e em 29,5% dos casos a relação com o pai tinha mais de 4 anos de duração. Apesar de não ser objeto deste estudo, o cruzamento de dados pode comprovar que os nascimentos decorrentes das relações casuais foram mais frequentes com mulheres mais jovens, em especial, com adolescentes.

Saisto registra que o medo exagerado do parto, a tocofobia, se associa, entre outros fatores, a qualidade do relacionamento com o parceiro que tem uma inegável influência na evolução e nas decisões relacionadas ao nascimento.<sup>486</sup>

<sup>486</sup> Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. – Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal delivery. BJOG. 2001 May;108(5) : 492-8.

**Tabela 26 – Relação com o pai da criança declarada pelas mulheres na ocasião da entrevista. (n=1261)**

Relação com o pai da criança	N	%
É o parceiro atual	860	68,2
Não é o parceiro atual	393	31,2
Não sabe quem é o pai	4	0,3
Não quis informar	4	0,3
Total	1261	100,0

A Tabela 26 demonstra que 68,2% (n=860) das mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007 continuam com o mesmo parceiro, ou seja, o pai ou progenitor da criança. Das 1261 mulheres entrevistadas, 4 declararam não saber quem era o pai e outras 4 recusaram se a prestar informações sobre a identidade do pai.

**Tabela 27 – Nível de escolaridade declarado pelas mulheres entrevistadas na ocasião do nascimento dos bebês. (n=1261)**

Escolaridade	Via de parto				Total	
	Vaginal		Cesariana		N	%
	N	%	N	%		
Analfabeta	12	54,5	10	45,5	22	1,7
Fundamental Incompleto	264	52,9	235	47,1	499	39,6
Fundamental Completo	83	48,2	89	51,8	172	13,6
Médio Incompleto	106	50,5	104	49,5	210	16,6
Médio Completo	145	45,2	176	54,8	321	25,4
Superior Incompleto	13	43,3	17	46,7	30	2,5
Superior Completo	2	28,6	5	71,4	7	0,5
Total	625	49,5	636	50,5	1261	100,0

As mulheres classificadas como analfabetas foram aquelas que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a impressão digital do polegar. À época da coleta dos dados o Ensino Fundamental no Brasil era de 8 anos seguidos. A estrutura de ensino no Brasil, nos dias atuais, o nível fundamental é composto por um período de 9 anos obrigatórios. Os dados revelam que a maioria das mulheres (39,6%) não havia completado o nível fundamental de ensino ao parir seu filho. Somente 37 mulheres (2,9%) chegaram a frequentar escolas de nível superior (Tabela 27).

Quando questionadas sobre a continuidade dos estudos após o nascimento, 68,5% das mulheres entrevistadas responderam que pararam de estudar para cuidar dos seus filhos. O  $\chi^2$  encontrado foi de 6,813 e o p valor de 0,338 indica não haver relação entre escolaridade e via de parto no Centro Obstétrico do Hospital de Base no período analisado.

Em relação aos indicadores de cesarianas e escolaridade materna, foi divulgado no site do IBGE:

“Cesarianas são mais comuns em mulheres com mais escolaridade. Segundo o Ministério da Saúde, a cesariana já representa 43% dos partos realizados no Brasil nos setores público e privado, quando a recomendação da Organização Mundial da Saúde é para que as cesáreas sejam de, no máximo, 15% dos partos, limitando-se a situações de risco tanto da mãe quanto da criança. Quando se levam em conta os planos de saúde privados, constata-se que esse percentual é ainda maior, chegando a 80%. Já no Sistema Único de Saúde, as cesáreas somam 26% do total de partos. Os especialistas ponderam para a segurança do parto normal tanto para a mãe quanto para o bebê. O estudo apontou que houve crescimento da proporção de nascimentos por partos cesáreos em todas as regiões do Brasil. Os maiores percentuais foram observados, em 2006, nas regiões Sudeste e Sul. O Norte foi a região do país com o menor percentual de cesarianas naquele ano. Segundo relatório da Rede Interagencial de Informações para Saúde no Brasil, de 2008, os partos cesáreos são mais comuns entre as mulheres com maior nível de instrução, chegando a quase 70% entre aquelas com 12 anos e mais de escolaridade e sendo menos de 20% entre as mulheres com menor grau de instrução”.<sup>487</sup>

A citação acima, de autoria oficial, só vem corroborar que a cesariana é a via de parto preferida pelas mulheres mais educadas e aquela provenientes das classes sociais mais favorecidas.

---

<sup>487</sup> Site do IBGE. Indicadores Sociais e Demográficos de 2009. Comunicação social em 2 de setembro de 2009. Disponível na Internet: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impressao.php?id\\_noticia=1445](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1445) Acessado em 13 de maio de 2010.

**Tabela 28 – Atividade de trabalho declarada pelas mulheres entrevistadas na ocasião do nascimento dos bebês. (n=1261)**

Atividade de trabalho	N	%
Do lar	653	51,8
Estudante	223	17,7
Empregada Doméstica	80	6,3
Emprego Formal	164	13,0
Emprego Informal	141	11,2
Total	1261	100,0

A maioria das mulheres (51,8%) exercia atividades de trabalho em seus próprios lares (Tabela 28) o que pressupõe que a renda familiar era proveniente do trabalho dos maridos. Em cruzamento de dados, as mulheres que se declararam estudantes eram, em ampla maioria (58%), adolescentes. Do total da amostra, 164 mulheres (13%) declararam ter trabalho formalque, no Brasil é o chamado ‘trabalho de carteira assinada’. O trabalho de doméstica, no Brasil, é, na grande maioria dos casos, considerado informal, ou seja, não segue as normas da legislação trabalhista.

Não foi feito uma abordagem direcionada para quantificar a renda familiar, mas pode-se constatar que 876 mulheres (69,5%) declararam trabalhar em casa ou serem estudantes o que pressupõe dependência financeira dos companheiros ou dos próprios pais.

**Tabela 29 – Atividade de trabalho declarada pelas mulheres no momento da entrevista. (n=1261)**

Atividade de trabalho	N	%
Do lar	671	53,3
Estudante	92	7,3
Empregada Doméstica	83	6,6
Emprego Formal	216	17,1
Emprego Informal	199	15,8
Total	1261	100,0

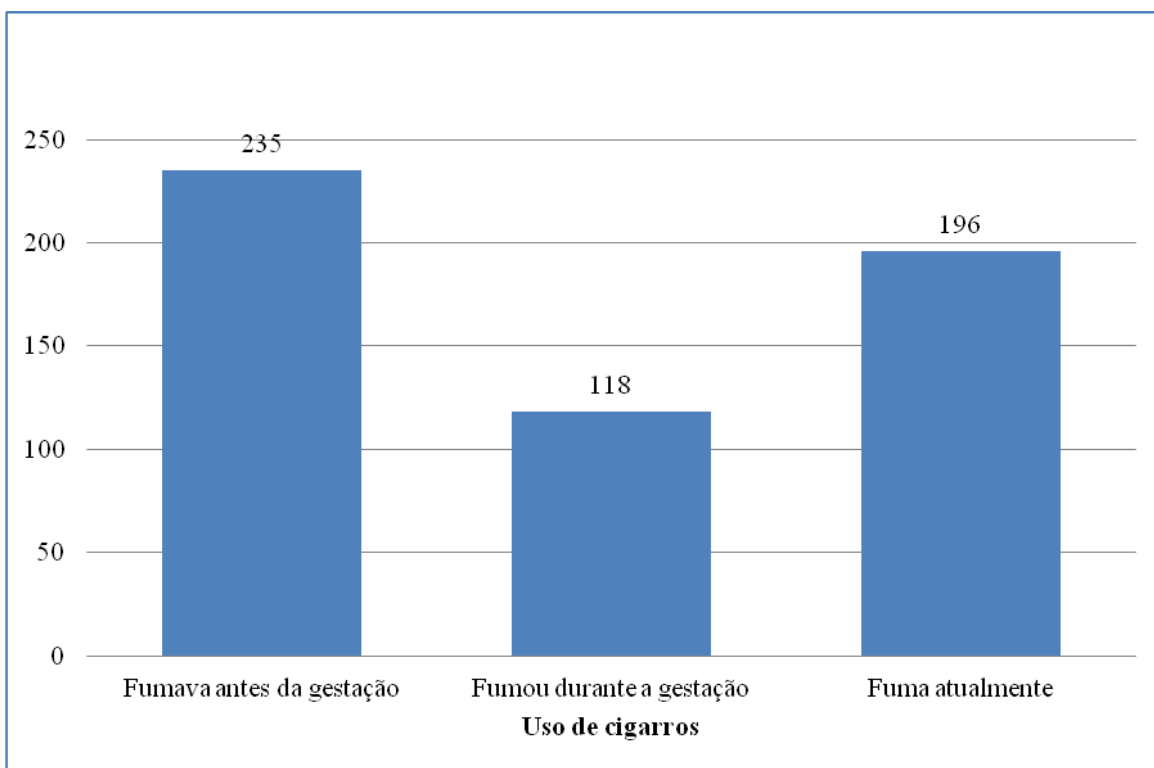
Fonte: SAME/Hospital de Base

Os dados da Tabela 29 demonstram que o número de mulheres que trabalhavam em suas próprias casas praticamente não se alterou, passando de 51,8% para 53,3%. Ocorreu uma notável diminuição no número de mulheres que estudavam na ocasião do parto (17,7%) e deixaram de estudar (7,3%) para cuidar dos filhos ou para trabalhar fora em atividades formais, cujos percentuais passaram de 13% para 17,1%, ou informais, que passaram de 11,2% para 15,8%.

Cumpram enfatizar que a economia do Brasil, neste final de década, passava por um momento de ascensão com aumento significativo na oferta de empregos formais.<sup>488</sup>

<sup>488</sup> Disponível na Internet no site: <http://noticias.r7.com/economia/noticias/emprego-com-carteira-assinada-cresce-3-6-em-2009-20100128.html> Acessado em 23 de fevereiro de 2010.

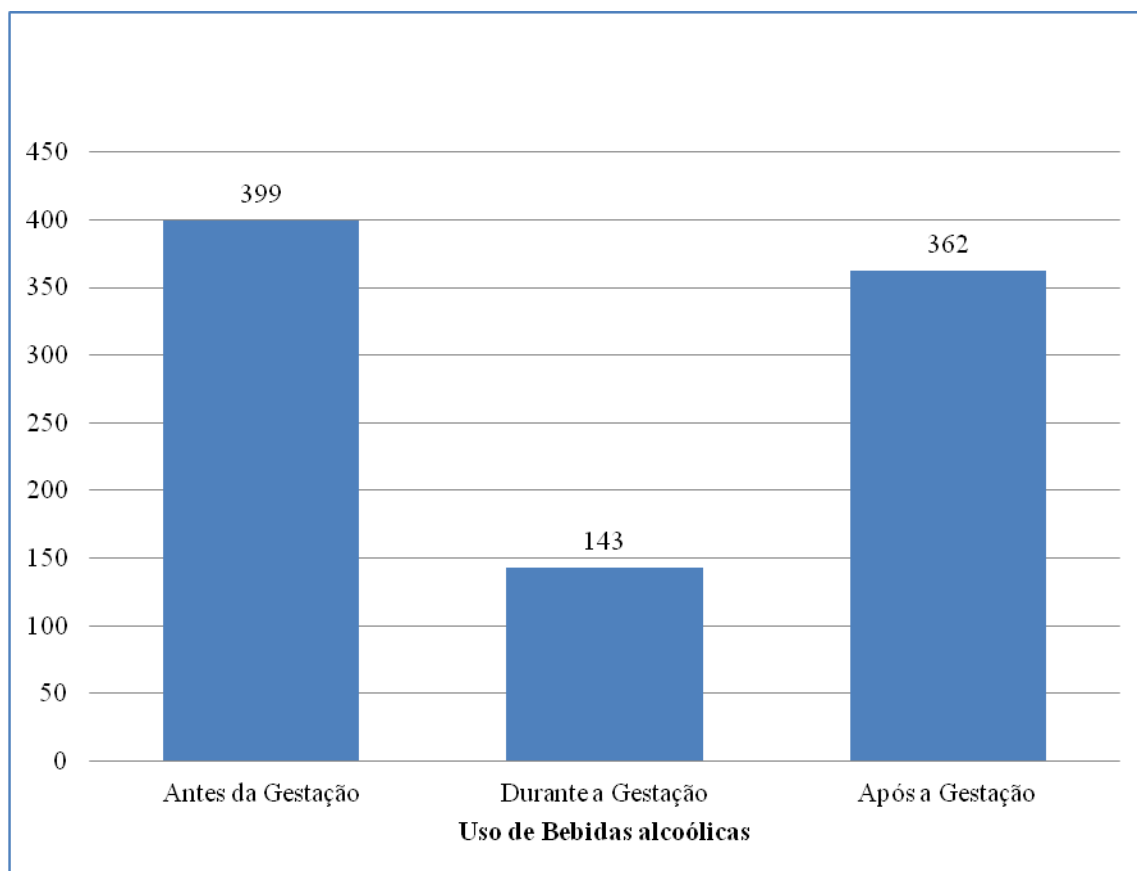
**Gráfico 12 – Número absoluto de mulheres e uso de tabaco antes, durante a após o nascimento dos bebês. (n=1261)**



O Gráfico 12 demonstra que o número de mulheres ( $n = 235$ ) que fumavam antes da gestação corresponde à 18,6% da amostra. Este percentual diminuiu para 9,4% de gestantes que continuaram a fumar durante a gravidez e teve um novo incremento para 15,5% após o nascimento do filho.

O período e a quantidade de cigarros consumida diariamente pelas mulheres não foi possível dimensionar adequadamente.

**Gráfico 13 – Número absoluto de mulheres e uso de bebidas alcoólicas antes, durante a após o nascimento dos bebês. (n=1261)**

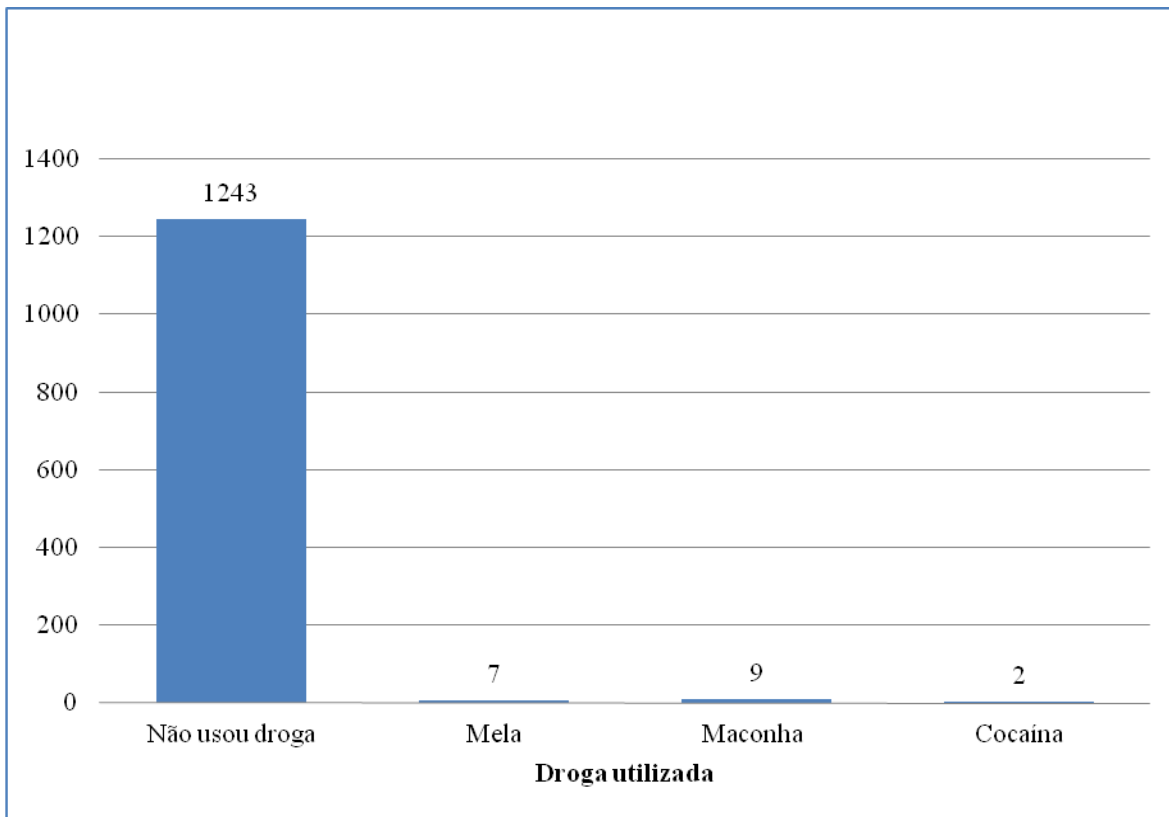


O número de mulheres (n=399) que faziam uso de bebidas alcoólicas corresponde a (31,6%) da amostra (Gráfico 13). Durante a gestação 11,3% das mulheres continuaram a fazer uso de bebidas alcoólicas. Após a gestação, o número (n=362) de mulheres que tinham o hábito de utilizar bebidas alcoólicas praticamente se manteve nos mesmos patamares iniciais (28,7%).

Não foi possível dimensionar adequadamente a quantidade de álcool ingerida pelas mulheres.



**Gráfico 14 – Número absoluto de mulheres e uso de drogas durante a gestação.  
(n=1261)**



A ampla maioria das mulheres (n=1243) negou a utilização de drogas durante a gestação (98,6%) (Gráfico 14). É possível que este dado esteja superestimado, pois se trata de uma informação muito íntima, e a relação com o entrevistador é muito fugaz para permitir um grau de confidencialidade que proporcione informações desta natureza. Deste modo, 9 (0,7%) mulheres declararam ter feito uso de maconha e 7 (0,6%) das mulheres declararam ter usado a mela que é um subproduto do fabrico da cocaína, de fácil acesso e baixo custo na cidade de Porto Velho, que fica próxima de países produtores da cocaína. A mela é utilizada pela via inalatória, assim como o “*crack*” utilizado em outros centros. A maconha, até onde se sabe, não é produzida na região e, possivelmente, é “importada” de outros estados.

## Dados sobre a história reprodutiva das entrevistadas

**Tabela 30 – Número absoluto de mulheres entrevistadas e o uso eventual ou rotineiro de contraceptivos antes da gravidez. (n=1261)**

Uso de contraceptivos antes da gravidez	N	%
Nunca utilizou métodos contraceptivos	455	36,1
Fazia tabelinha	10	0,8
Uso regular de preservativo	121	9,6
Uso irregular de preservativo	144	11,4
Anticoncepcionais orais ou injetáveis	523	41,5
DIU	8	0,6
Total	1261	100,0

Conforme demonstrado na tabela acima, a pílula anticoncepcional é o método contraceptivo preferido em todas as faixas etárias. Somente 9,6% das mulheres fizeram o uso regular de preservativo e 11,4% faziam o uso irregular do mesmo. Note-se a quantidade de mulheres que nunca utilizaram métodos contraceptivos que corresponde a 36,1% da amostra (Tabela 30).

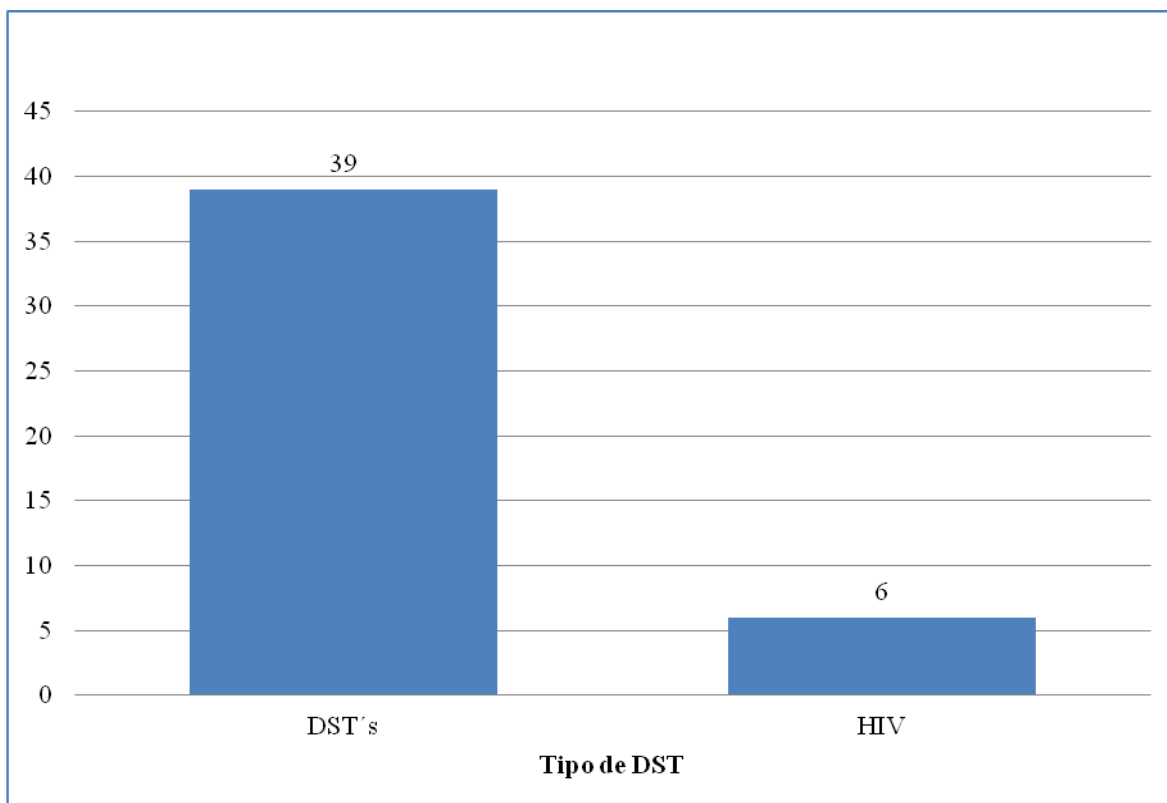
**Tabela 31 – Número absoluto de mulheres entrevistadas e uso eventual ou rotineiro de contraceptivos após a gravidez. (n=1261)**

Uso de contraceptivos após a gravidez	N	%
Não utiliza métodos contraceptivos	411	32,6
Faz tabelinha	6	0,5
Uso regular de preservativo	263	20,9
Uso irregular de preservativo	35	2,8
Anticoncepcionais orais ou injetáveis	493	39,1
DIU	53	4,2
Total	1261	100,0

Os dados da Tabela 31 permitem constatar que, em relação aos métodos contraceptivos utilizados antes ou após a gravidez, que houve uma pequena mudança nos hábitos e, assim, mais mulheres passaram a fazer uso regular de preservativo. Dentre o grupo que nega a utilização de métodos contraceptivos podem estar incluídas aquelas que foram submetidas a laqueadura tubárea.

O incremento de mulheres que optam pela utilização de Dispositivo Intrauterino pode estar associado às medidas educativas promovidas durante o pré-natal quando são ministradas palestras sobre métodos contraceptivos. As puérperas com mais de 19 anos de idade que optam pela utilização de DIU são encaminhadas para o ambulatório de referência e aquelas menores de 19 anos são encaminhadas para a Maternidade municipal para a colocação do dispositivo durante o período menstrual.

**Gráfico 15 – Prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) relatadas pelas mulheres antes da gravidez. (n=1261)**



Comentários: os casos de ocorrência de DST's foram relatados pelas gestantes durante a realização das entrevistas e podem estar subdimensionados em virtude da relação fugaz entrevistada/entrevistador, além do comprometimento da privacidade.

**Tabela 32 – Idade da primeira menstruação das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**

Idade da primeira menstruação	N	%
9 anos de idade	18	1,4
10 anos de idade	37	2,9
11 anos de idade	159	12,6
12 anos de idade	358	28,4
13 anos de idade	326	25,9
14 anos de idade	221	17,5
15 anos de idade	97	7,7
16 anos de idade	30	2,4
17 anos de idade	11	0,9
18 anos de idade	4	0,3
Total	1261	100,0

A média de idade da menarca foi de 12,77, a mediana 13 e a moda foi 12 com um desvio padrão de 1,465. As 358 mulheres cuja menarca ocorreu aos 12 anos correspondem a 28,4% da amostra e as 326 mulheres com menarca aos 13 anos constituem 25,9% da amostra. (Tabela 32)

Relatos da literatura alegam que historicamente, a idade média da menarca das adolescentes vem apresentando uma tendência de queda, diminuindo cerca de 4 meses a

cada década, encontrando-se, atualmente, na faixa de 12,5 a 13 anos, em segmentos populacionais economicamente desenvolvidos.<sup>489 490</sup>

Uma revisão da literatura intitulada *A idade da menarca está diminuindo?* apresentou a seguinte conclusão:

“artigos publicados até o momento de estudos originais nacionais e internacionais com informações a respeito da idade da menarca e sua variabilidade em diferentes períodos e regiões, nas bases de dados do Lilacs, Scielo e PubMed. Síntese dos dados: a revisão foi estruturada em tópicos com dados internacionais, dados nacionais da idade da menarca, causas e principais explicações sugeridas para as diferentes idades da menarca, como estado nutricional, condição socioeconômica e cultural. Conclusões: a idade da menarca parece se manter em queda, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Porém, pode-se afirmar que esta queda tem menor velocidade que a apresentada entre o final do século XIX e início do XX, não ocorre de forma similar nos diversos países e regiões estudadas, provavelmente devido a diferentes influências de fatores climáticos, étnicos e nutricionais, em especial, ressalta-se a prevalência crescente de sobrepeso e obesidade em determinados estudos.”<sup>491</sup>

Um outro estudo realizado por pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas tem a seguinte conclusão:

“As meninas de nível socioeconômico alto apresentaram idade da menarca em idade inferior aos demais níveis socioeconômicos. Embora

---

<sup>489</sup> Colli AS. - Maturacion sexual de los adolescentes de São Paulo. In: Organizacion Panamericana de la Salud. La salud del adolescentes y el joven en las Americas. Washington, 1985. (OPAS Publicacion científica, 489).

<sup>490</sup> Tanner, J M. - Growth at adolescence., 2nd ed., Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962.

<sup>491</sup> Carvalho, WRG, Farias, ES, Guerra JG.- A idade da menarca está diminuindo? Revista Paulista de Pediatria 25(1):76 - 81, mar. 2007.

estas diferenças tenham sido observadas em níveis socioeconômicos distintos, biologicamente foram consideradas pequenas.”<sup>492</sup>

**Tabela 33 – Idade da primeira relação sexual das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**

Idade da primeira relação sexual	N	%
10 anos de idade	5	0,4
11 anos de idade	10	0,8
12 anos de idade	48	3,8
13 anos de idade	141	11,2
14 anos de idade	233	18,5
15 anos de idade	281	22,3
16 anos de idade	191	15,1
17 anos de idade	136	10,8
18 anos de idade	103	8,2
19 anos de idade	46	3,6
20 anos de idade	20	1,6
21 anos de idade	11	0,9
22 anos de idade	7	0,6
23 anos de idade	8	0,6
24 anos de idade	2	0,2
25 anos de idade	4	0,3
26 anos de idade	4	0,3
32 anos de idade	1	0,1
Não quis informar	10	0,8
<b>Total</b>	<b>1261</b>	<b>100,0</b>

A média de idade da primeira relação sexual encontrada foi de 15,50 anos, a mediana foi de 15 anos e a moda foi de 15 anos, com um desvio padrão de 2,312 visto que uma das mulheres informou ter mantido a primeira relação sexual aos 32 anos. Na região da

<sup>492</sup> Rom EP, Ribeiro RR, Guerra Júnior G, Barros Filho AA. - Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel, Estado do Paraná. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(3) : 317-21.

Amazônia é bastante freqüente que a vida sexual das meninas tenha início em idades muito precoces. É notável que 14,2% das meninas tiveram a primeira relação antes dos 14 anos. Um total de 10 gestantes não quis informar a data da primeira relação em virtude de que, em muitas ocasiões, as entrevistas eram realizadas na presença de pessoas da família.

Um interessante estudo realizado na cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, traz as seguintes constatações em relação à idade da primeira relação sexual das mulheres:

“As mulheres da geração mais jovem estão começando a vida sexual mais cedo do que iniciavam as mais velhas. A diferença na idade de iniciação fica em torno de três anos, sendo 18 anos a idade mediana de primeira relação sexual, para as mais jovens, e 21 anos, para as mais velhas. Uma possível explicação para esta mudança pode estar aliada às transformações sociais e culturais ocorridas no país nas últimas décadas, mencionadas anteriormente, as quais podem ter tornado as normas e valores relativos ao comportamento sexual mais liberais em comparação a tempos passados, permitindo, por exemplo, que as jovens iniciem sua vida sexual antes do casamento. O fato de as mulheres mais jovens iniciarem sua vida sexual mais cedo pode ter implicações tanto no plano individual como no social. No plano individual, jovens que iniciam sua vida sexual sem estarem suficientemente esclarecidas a respeito, por exemplo, do papel dos métodos contraceptivos poderão ter que enfrentar desafios, como a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis e uma gravidez não planejada. No plano social, o início da vida sexual por mulheres cada vez mais jovens tem implicações em diversas esferas, entre as quais podem ser citadas a da saúde e a da escola. No âmbito da saúde, os serviços devem estar mais preparados para atender a uma clientela com características e demandas mais específicas. Adicionalmente, as escolas devem repensar a sua postura diante do novo comportamento das jovens, assumindo, em conjunto com a família, um papel mais ativo no que se refere à educação afetivo-sexual, a qual, para



acompanhar o rejuvenescimento da idade de iniciação sexual, precisa começar em idades cada vez mais jovens. Além da idade de início da vida sexual, também constataram-se diferenças no comportamento da idade de nascimento do primeiro filho. Embora as mulheres da geração mais jovem estejam iniciando a vida sexual mais cedo do que as da geração mais velha, elas estão tendo o primeiro filho um pouco mais tarde. Duas hipóteses podem ser cogitadas para explicar este resultado. Primeiro, a maternidade pode estar acontecendo mais tarde, mesmo em vista do início da vida sexual mais cedo, em função do maior acesso à contracepção nos dias atuais. Em segundo lugar, conforme sugerido para o caso do Rio de Janeiro, a maior escolaridade das mulheres mais jovens, em relação às mais velhas, pode funcionar como fonte de conhecimento e de transformação de atitudes em relação ao comportamento sexual, conjugal e reprodutivo. Assim, mulheres mais escolarizadas tendem a adiar a entrada na maternidade. Os resultados não indicam, porém, diferenças na idade à primeira união das mulheres das diferentes gerações. Ao longo destes 20 a 30 anos que separam estas coortes, a idade de primeiro casamento permaneceu praticamente a mesma, em torno dos 23 anos. Em face das mudanças verificadas nas outras duas idades, as razões da estabilidade na idade de primeiro casamento mereceriam uma investigação mais detalhada.”<sup>493</sup>

---

<sup>493</sup> Simão AB, Ribeiro PM, Caetano AJ, César CC. - Comparando as idades à primeira relação sexual, à primeira união e ao nascimento do primeiro filho de duas coortes de mulheres brancas e negras em Belo Horizonte: evidências quantitativas. Revista brasileira de Estudos Populacionais, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 151-166, jan./jun. 2006.

**Tabela 34 – A permissividade e a primeira relação sexual das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**

Permissividade da primeira relação sexual	N	%
Consentida	1210	96,4
Forçada	35	2,8
Estupro	10	0,8
Não quis informar	6	0,5
Total	1261	100,0

A experiência do autor deste trabalho leva a supor que os dados referentes ao estupro (0,8% dos casos) estejam subdimensionados, possivelmente em virtude da fugacidade do encontro com o entrevistador o que não permite o estabelecimento de laços mais estreitos de confiança e amizade.

Corroborando a opinião acima, pesquisadores da Unicamp, concluíram que:

“A violência sexual contra a mulher é um dos problemas que afetam a mulher mais negligenciados na prática gineco-obstétrica, em grande parte por desconhecimento de sua frequência e das graves conseqüências que acarreta para a saúde física e mental de nossas pacientes. O médico ginecologista é aquele do qual a mulher espera maior capacidade de apreciar e de tratar seu problema, mas até hoje, a maior parte destes especialistas não tiveram a oportunidade de se preparar para atender as necessidades específicas destas mulheres.”<sup>494</sup>

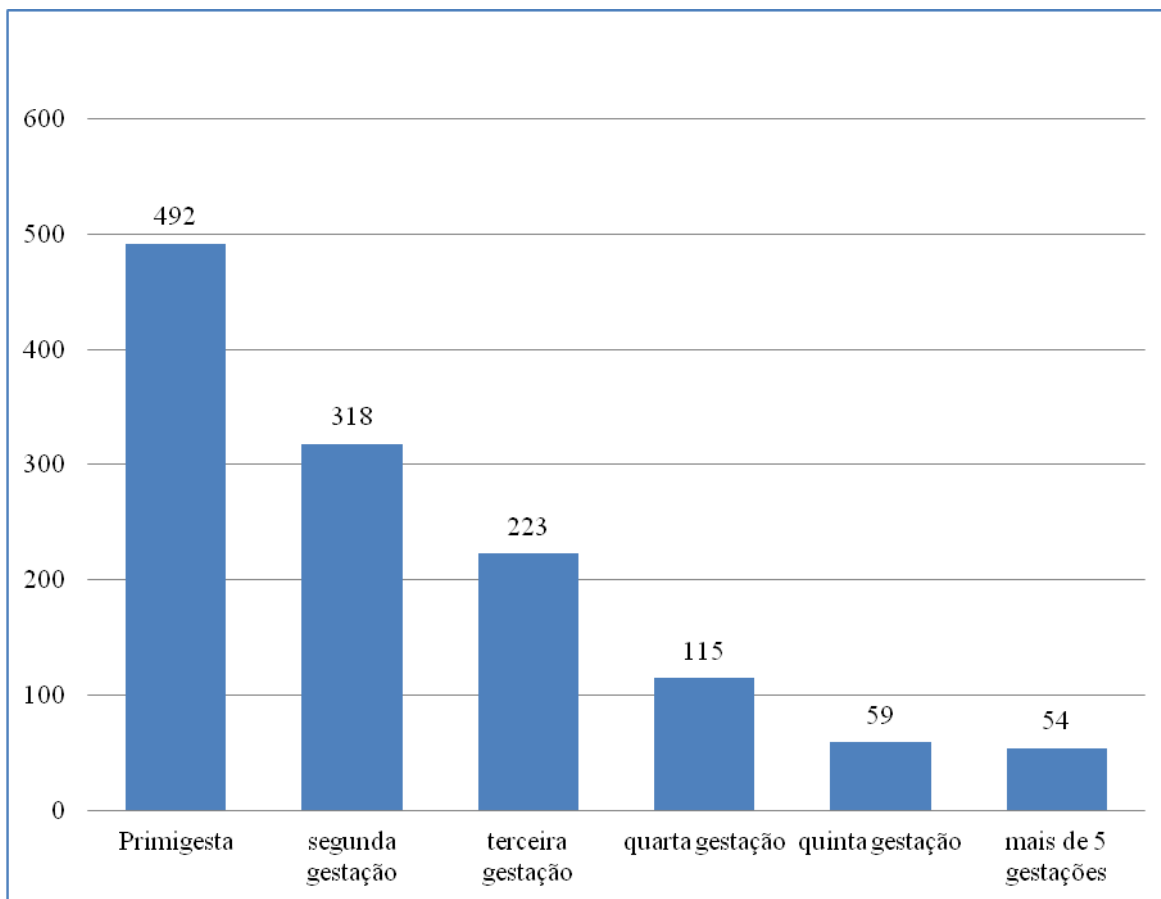
<sup>494</sup> Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. - Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(2): 126-35.

**Tabela 35 – Semanas de gravidez relatadas pelas mulheres até o momento do nascimento dos bebês no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**

Semanas de Gravidez	N	%
Mais de 40 semanas	158	12,5
40 semanas	391	31,0
39 semanas	221	17,5
38 semanas	155	12,3
37-36 semanas	130	10,3
35-34 semanas	60	4,8
33-32 semanas	25	2,0
31-30 semanas	11	0,9
29-28 semanas	15	1,2
Menos de 28 semanas	3	0,2
Não souberam informar	92	7,3
<b>Total</b>	<b>1261</b>	<b>100,0</b>

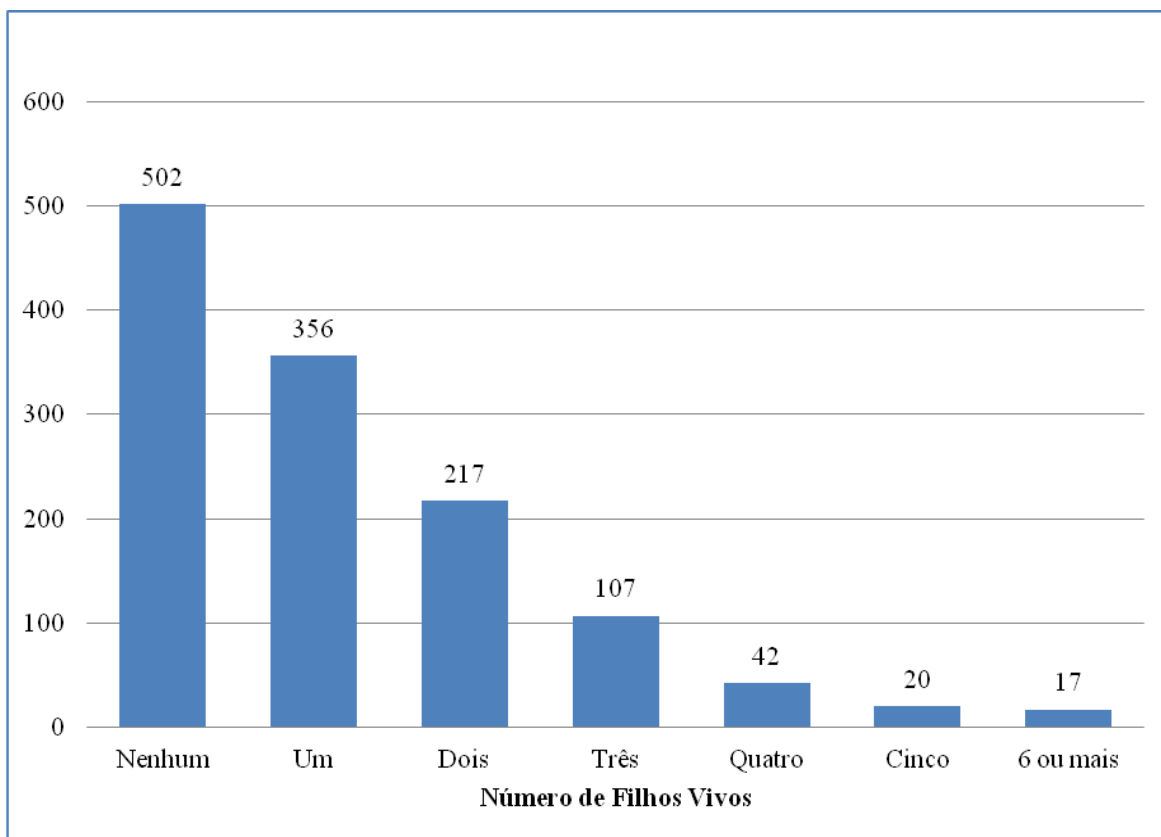
Os dados constantes na Tabela 35, acima, não foram confrontados com exames comprobatórios da idade gestacional. Trata-se de informações fornecidas pelas mulheres durante a entrevista, sendo que 92 mulheres (7,3%) não souberam prestar a informação. Possivelmente, o elevado número de mulheres (158) que declararam estar com mais de 40 semanas de gestação é decorrente de erros de datação, ou seja, o somatório das semanas de gravidez formulado pelas próprias mulheres continha vieses.

**Gráfico 16 – Número de gestações prévias relatadas pelas mulheres até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**



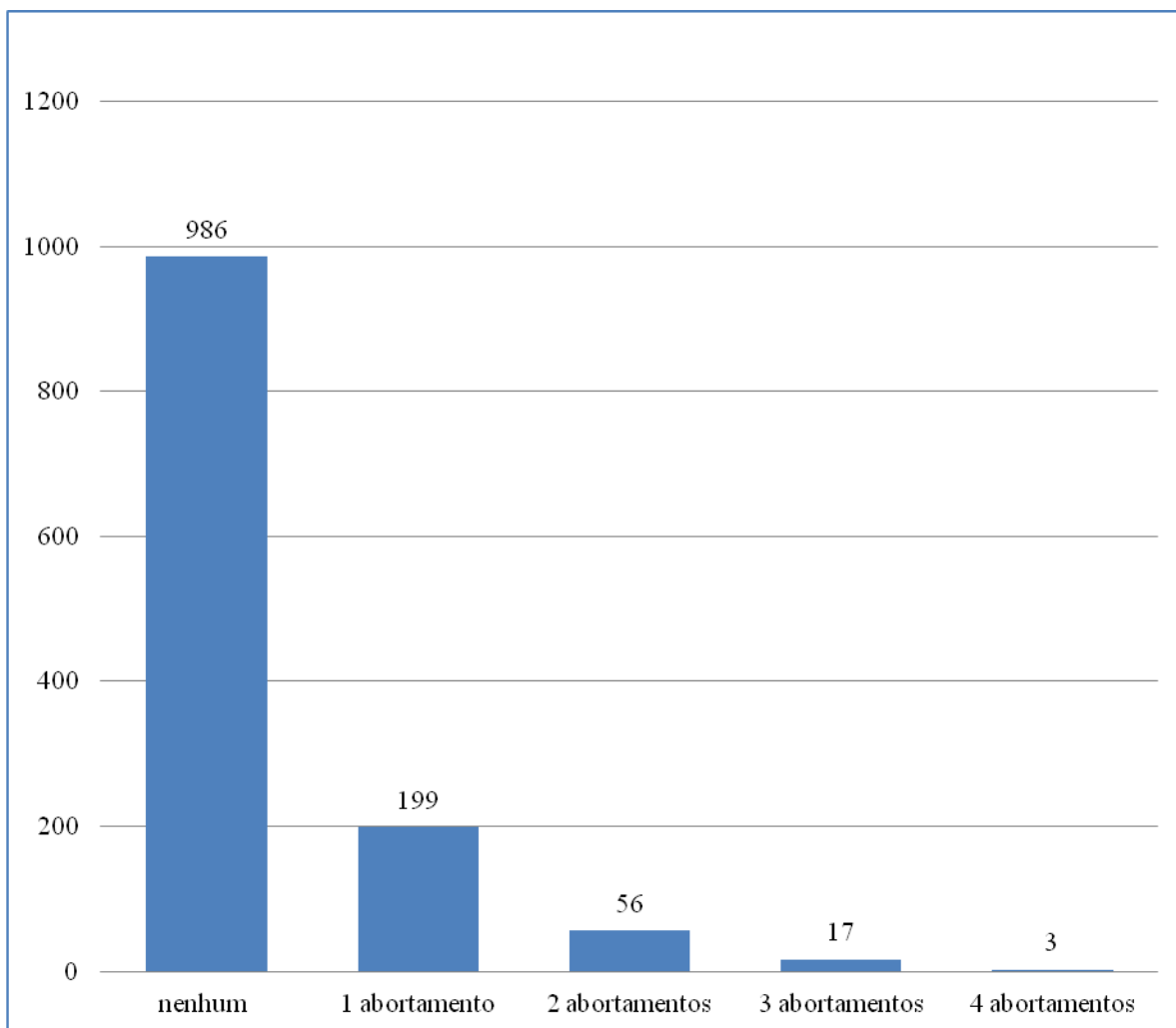
O elevado percentual de primigestas (39%) que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007 se deve ao fato de que o Hospital de Base passou a ser a referência para as chamadas gestações de alto risco na capital Porto Velho e outras cidades próximas (Gráfico 16).

**Gráfico 17 – Número de filhos vivos declarados pelas mulheres até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**



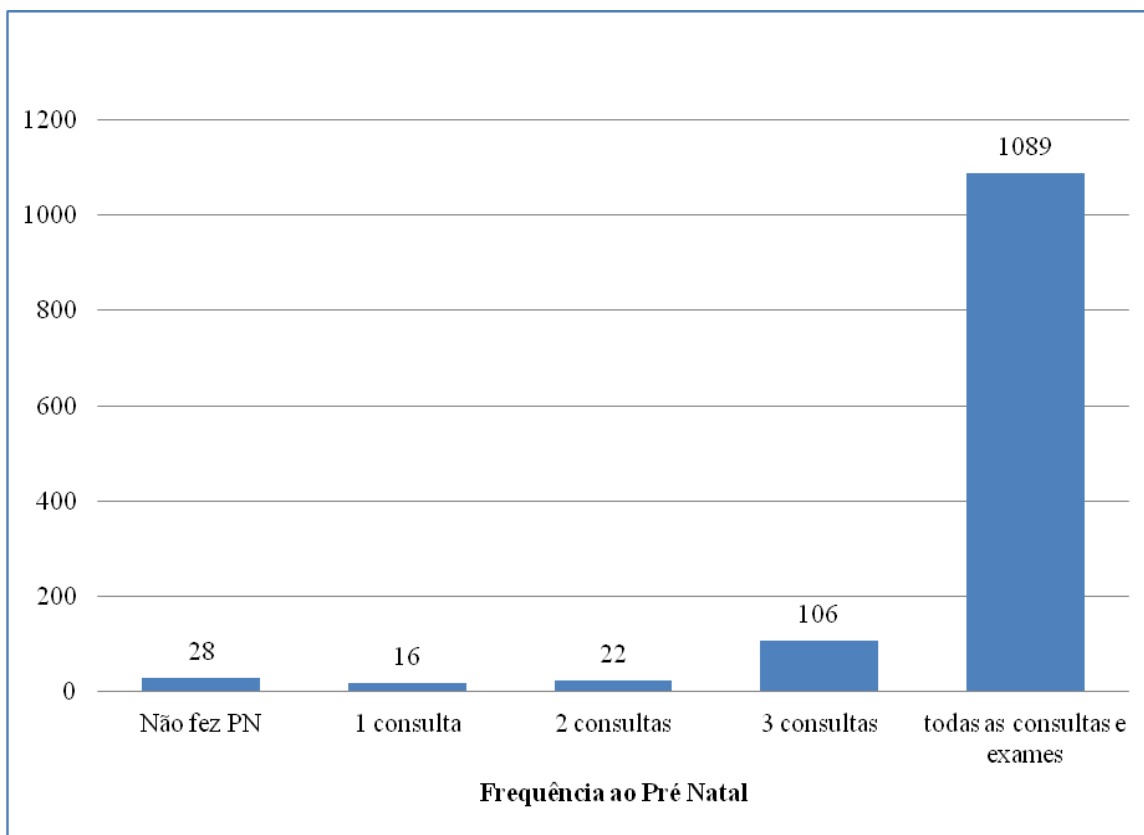
Os dados do Gráfico 17 permitem fazer a seguinte estimativa, considerando que o nascimento tenha resultado em um feto saudável e somando-se o total de filhos vivos tem-se  $502 + 356 + 434 + 321 + 168 + 100 + 102$ , que resulta em um somatório de 1.983 filhos para 1261 mulheres. Este número que representa 1,57 filhos por mulher o que representaria a Taxa de Fecundidade. É certo que esta Taxa de Fecundidade contém um viés, dado o grande número de primigestas na amostra que foram encaminhadas para o Centro Obstétrico do Hospital de Base que é a referência para gestações de risco.

**Gráfico 18 – Número de abortos declarados pelas mulheres até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**



A pesquisa não investigou a causa dos abortamentos registrados no Gráfico 18, ou seja, se foram espontâneos ou provocados. Entretanto, 985 mulheres (78,2) declararam não ter tido qualquer ocorrência relacionada a abortamento antes do nascimento do filho no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. Este dado pode também estar subdimensionado em virtude da relação fugaz entre entrevistada e entrevistador que não possibilita a obtenção de informações confidenciais.

**Gráfico 19 – Frequência de consultas durante o pré-natal das gestantes declaradas pelas mulheres até o momento do nascimento dos bebês no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**



A ampla maioria de mulheres (86,4%) declarou ter feito todas as consultas e exames solicitados durante o pré-natal (Gráfico 19). Apenas 28 (2,2%) do total de gestantes declararam não ter feito o pré-natal. A média de consultas de pré-natal foi de 4,75, a mediana foi de 5 e a moda encontrada foi de 5 consultas durante o pré-natal. Os dados demonstram que as campanhas destinadas a destacar a importância e a incentivar a realização do pré-natal têm sido bastante efetivas na região, conforme recomendações de pesquisadores do Ministério da Saúde em anos recentes passados.<sup>495</sup>

<sup>495</sup> Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. – Avaliação preliminar do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. RBGO, volume 26 (7), número7, 2004, P. 517-525.

Dentre as 1089 mulheres que declararam ter realizado todas as consultas e exames do Pré-natal, 545 foram submetidas a cesarianas e 544 tiveram partos normais. Dentre estas ocorreram 22 óbitos fetais. O teste do qui-quadrado de Pearson foi de 25,7 para um p valor de 0,000 o que indica haver relação entre o número de consultas de Pré-natal e a incidência de óbito fetal, sendo este um acontecimento absolutamente devido ao acaso.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam em relação à assistência pré-natal, no período 2000-2006, que houve aumento da proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas, passando de 43,7% para 54,5%, enquanto a proporção de mães que não realizaram nenhuma consulta caiu de 4,7% para 2,1%. Do ponto de vista estadual, enquanto em São Paulo e no Paraná, o percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram sete consultas ou mais foi superior a 70%, no Amapá essa proporção foi de apenas 23,6%. Os maiores percentuais de nascidos cujas mães não foram a nenhuma consulta pré-natal foram observados nos estados do Acre (11,1%) e Amapá (9,6%).<sup>496</sup>

---

<sup>496</sup> Site do IBGE. Indicadores Sociais e Demográficos de 2009. Comunicação social em 2 de setembro de 2009. Disponível na Internet: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impressao.php?id\\_noticia=1445](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1445)  
Acessado em 13 de maio de 2010.



**Tabela 36 – Resultado do último exame de ultrassonografia realizado antes do nascimento, conforme declaração das mulheres até o momento do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**

Viabilidade fetal ao exame de US	N	%
Não foi feito US	22	1,7
Feto Vivo	1157	91,8
Feto em sofrimento	71	5,6
Feto Morto	2	0,2
Não souberam informar	9	0,7
<b>Total</b>	<b>1261</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SAME/Hospital de Base

As informações grafadas na Tabela 36 foram aquelas declaradas pelas mulheres, e estas informaram que em 91,8% dos casos, o laudo do US revelava – segundo declarado pelas mulheres – que o feto estava vivo. Quanto à informação de que o feto estava em sofrimento (5,6%), esta também foi coletada junto às mulheres e não foi possível qualificar a causa para a circunstância. Chama a atenção a “popularização” do exame de US que, na cidade de Porto Velho, pode ser feito apenas com o pedido da própria mãe em qualquer consultório ou clínica particular que fazem o exame a preços módicos que oscilam em torno de R\$ 30,00 (trinta reais), ou seja, menos de 20 dólares americanos ou de 14 euros.

**Tabela 37 – Estado de saúde dos recém-nascidos conforme declaração das mulheres na ocasião do nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**

Estado de saúde dos RN	N	%
Prematuro	194	15,4
Pós-maturo	80	6,3
Normal	973	77,2
Natimorto	6	0,5
Com anomalias	8	0,6
Total	1261	100,0

Não foram investigadas as causas para prematuridade, pós-maturidade, mortalidade perinatal ou as anomalias relatadas.

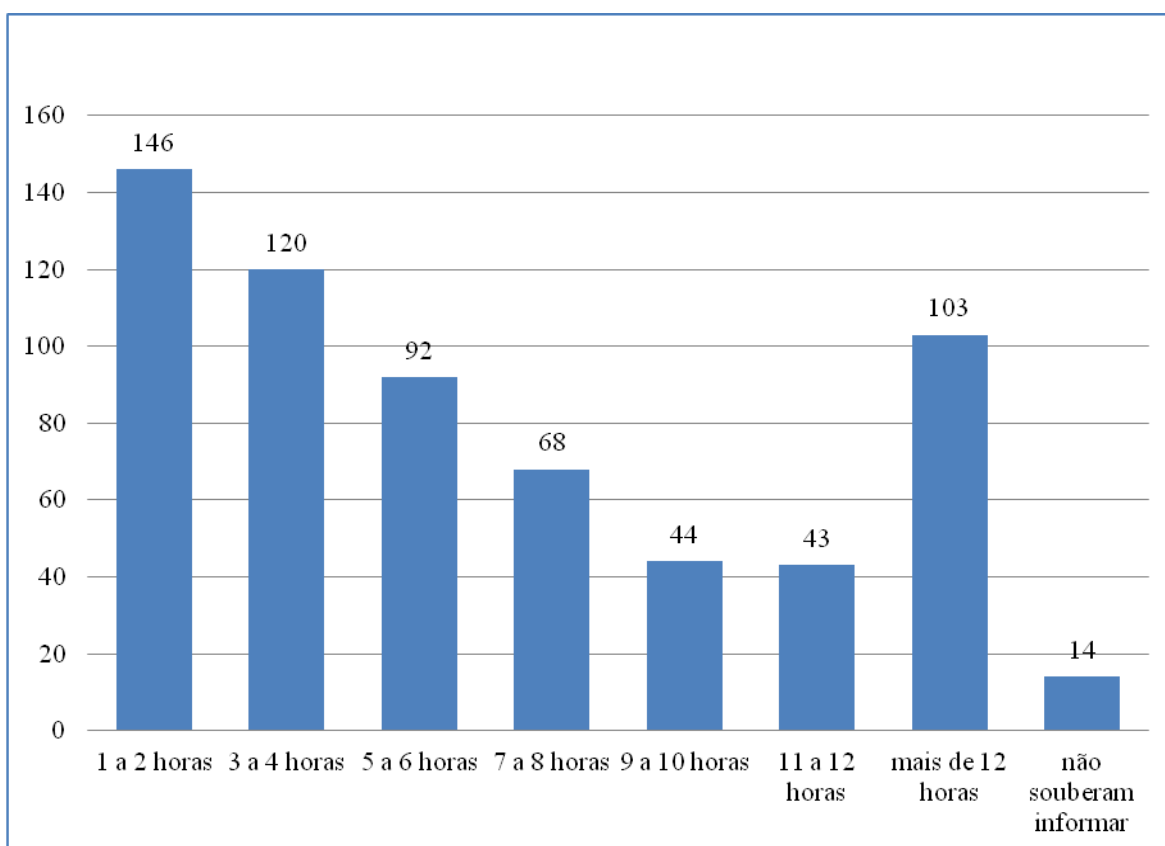
**Tabela 38 – Estado de saúde dos recém-nascidos conforme declaração das mulheres por ocasião da entrevista. (n=1261)**

Estado de saúde dos filhos na ocasião da entrevista	N	%
Óbito até 7 dias após o nascimento	28	2,2
Óbito até 6 meses após o nascimento	7	0,6
Óbito até 1 ano após o nascimento	1	0,1
Está normal	1226	97,1
Total	1261	100,0

Não foram investigadas as causas para os óbitos acima registrados. Os dados permitem inferir que o índice de mortalidade infantil (até 1 ano de vida) se situa próximo de

29 para cada mil nascidos vivos o que está compatível com os dados oficiais registrados à página do Datasus.<sup>497</sup>

**Gráfico 20 – Duração do Parto Normal segundo declaração das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**



Obviamente que fatores subjetivos interferem na percepção das mulheres quanto à duração do trabalho de parto. O cruzamento dos dados demonstrou que a duração do trabalho de parto em número de horas relatadas pelas mulheres se mostrou inversamente proporcional ao número de filhos vivos declarados na ocasião do parto, ou seja, a duração do trabalho de parto é mais prolongada nas primíparas e nas gestantes com menor número de filhos. O teste de Pearson (qui-quadrado) de 7,571 e o p valor de 0,372 demonstraram não haver relação entre o tempo de duração do parto e incidência de óbito fetal.

<sup>497</sup> DATASUS.Página da Internet. Disponível no site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/c01.htm> Acessado em 25 de fevereiro de 2010.

**Tabela 39 - Índice de Apgar no Primeiro Minuto e Quinto Minuto dos recém-nascidos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007. (n = 1.261)**

Índice de Apgar	Primeiro Minuto		Quinto Minuto	
	N	%	N	%
Apgar 1 - 2	6	0,5	-	-
Apgar 3 - 4	17	1,3	-	-
Apgar 5 - 6	47	3,7	5	0,4
Apgar 7 - 8	933	74,0	86	6,8
Apgar 9 - 10	215	17,0	89,5	89,5
Sem registro	43	3,4	42	3,3
Total	1261	100	1261	100

Os dados demonstram que, para a ampla maioria dos nascimentos (74%), o índice de Apgar registrado para o primeiro minuto foi entre 7 e 8 e o índice de Apgar entre 9 e 10 foi registrado para 17% dos nascimentos (Tabela 39).

Da mesma forma, para a ampla maioria (89,5%) dos nascimentos foi registrado um Apgar entre 9 e 10 para o quinto minuto.

O elevado número de prontuários nos quais não consta registrado o índice de Apgar leva à suposição de que este instrumento de avaliação da vitalidade fetal é subvalorizado pelos profissionais aos quais cabe a responsabilidade de fazer as necessárias e importantes anotações nos prontuários médicos.

É notável a falta de zelo e de cuidado do serviço de obstetrícia para com o registro do índice de Apgar. Esta afirmativa pode ser constada, por exemplo, quando verifica-se que nenhum valor 0 (zero) foi dado para o Apgar mesmo nas situações em que os fetos nasceram mortos (natimortos).

**Tabela 40 – Crianças portadoras de deficiências físicas e/ou neurológicas nascidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007 (n=1.261), conforme declaração das mães no momento da entrevista. (n= 1261)**

Presença de deficiência física	Déficit Físico		Déficit Neurológico	
	N	%	N	%
SIM	14	1,1	16	1,3
NÃO	1211	96	1209	95,8
Óbitos	36	2,9	36	2,9
Total	1261	100	1261	100

A declaração sobre o tipo ou sobre o grau de deficiência física não foi especificada na entrevista. Trata-se de uma informação prestada pelas mães no momento da entrevista realizada no segundo semestre de 2009. Entre os óbitos estão incluídos todos os casos ocorridos entre os nascidos em 2006 e 2007.

O grau de deficiência neurológica relatado pelas mães durante a entrevista não foi avaliado e nem investigado quanto às causas. Trata-se de uma informação prestada pelas mulheres. A coincidência de dados com a abordagem sobre deficiência física indica uma sobreposição de informações, possivelmente, com predomínio de problemas de ordem neurológica nas crianças nascidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base entre 2006 e 2007.

## Dados sobre as percepções e os desejos das mulheres

Quando as entrevistadas foram questionadas sobre o planejamento da gravidez, 72% das mães responderam que a gravidez não foi planejada (Tabela 41).

**Tabela 41 – O planejamento prévio da gravidez conforme declaração das mulheres entrevistadas. (n=1261)**

Planejamento da Gravidez	Frequência (n)	%
SIM	353	28
NÃO	908	72
Total	1261	100

Quando feito o cruzamento de dados com a faixa etária das mulheres, o teste do qui quadrado de Pearson revelou um valor de 14,947 e um p valor de 0,001 o que indica haver relação entre a faixa etária da gestante e o planejamento da gravidez (Tabela 42), ou seja, as gestantes mais idosas são as que mais frequentemente planejam suas gestações.

Trabalho publicado por pesquisadores da Universidade de Columbia ressalta que as gestações planejadas e desejadas estão relacionadas a um maior grau de felicidade <sup>498</sup>, no entanto, não fizemos este tipo de abordagem em nossa pesquisa.

<sup>498</sup> Sable MS, Libbus MK. – Pregnancy Intention and Pregnancy Happiness: Are they different? Maternal and Child Health Journal, volume 4, n. 3, 2000.

**Tabela 42 – O planejamento da gravidez conforme declaração das mulheres entrevistadas distribuídas por faixa etária. (n=1261)**

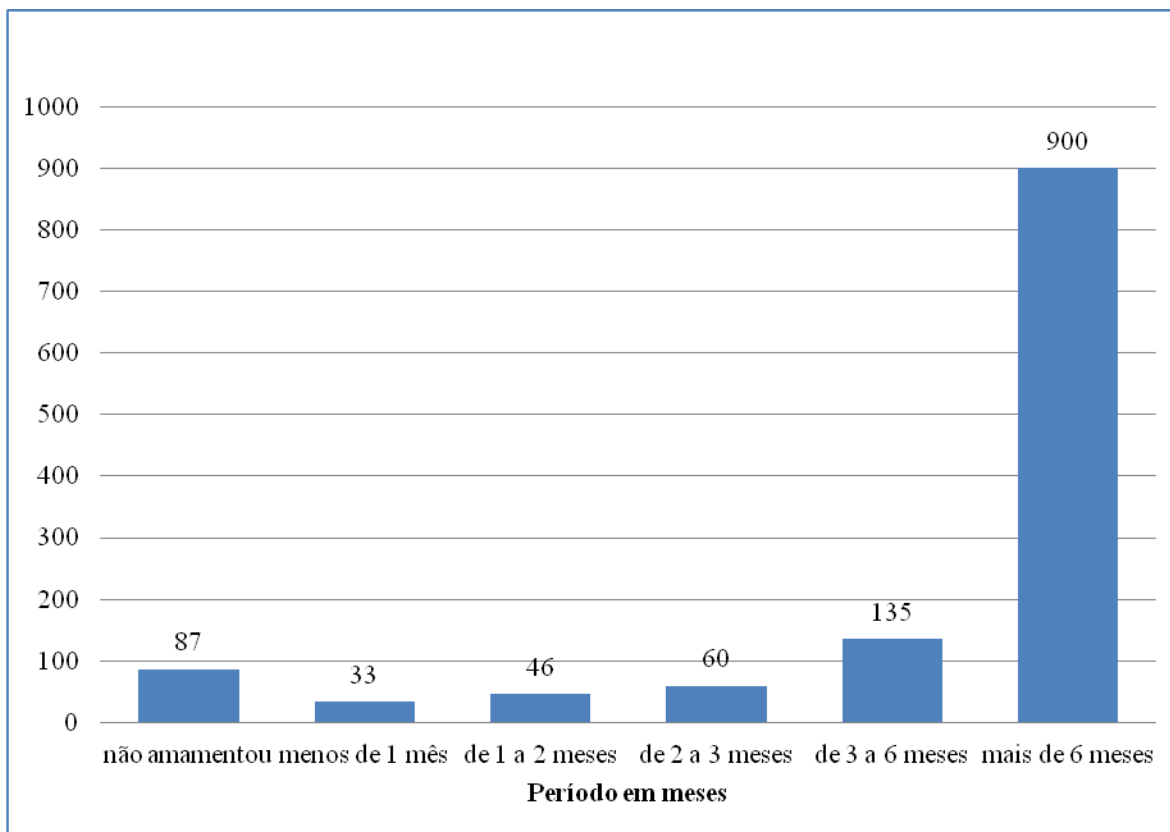
Planejamento da Gravidez	Faixa Etária						Total	
	Adolescente		Até 35 anos		Mais de 35 anos		N	%
	N	%	N	%	N	%		
SIM	95	22,6	248	31,6	8	14,8	353	28
NÃO	325	77,4	537	68,4	46	85,2	908	72
Total	420	100	785	100	54	100	1261	100

**Tabela 43 – O desejo pela gravidez conforme declaração das mulheres entrevistadas. (n=1261)**

Gravidez desejada	Frequência (n)	%
SIM	940	74,5
NÃO	321	25,5
Total	1261	100

Quando as entrevistadas foram perguntadas sobre se a gravidez foi desejada, 74,5% das mães responderam que a gravidez foi desejada (Tabela 43), muito embora a ampla maioria (72%) declarou não ter planejado a gravidez. (Tabelas 41 e 42)

**Gráfico 21 – Período de amamentação declarado pelas mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base de Porto Velho nos anos de 2006 e 2007. (n=1.261)**



A ampla maioria das mulheres (82,7%) declarou ter amamentado seus filhos por período maior que 3 meses, sendo que 71,4% amamentaram seus filhos por mais de 6 meses. (Gráfico 21). Pesquisadores do Departamento de Medicina Social de Pelotas da Universidade Federal de Pelotas, ao comparar a incidência de amamentação, conforme o tipo de parto, demonstraram que as mulheres submetidas a cesarianas de urgência têm um risco três vezes maior de interromper a lactação no primeiro mês de vida.<sup>499</sup>

Pesquisadores de São Paulo realizaram estudo com o objetivo de verificar a influência do tipo de parto sobre a concentração das imunoglobulinas (Ig) A, G e M no

<sup>499</sup> Weidwerpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. – Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública, 32 (3), 225-31, 1998. Disponível na Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n3/p225-231.pdf>. Acessado em 4 de março de 2010.



colostro materno. Foram selecionadas 82 puérperas com idade cronológica entre 21 e 41 anos, idade gestacional de 37 ou mais semanas, paridade até IV gesta, bom estado nutricional e sem patologias associadas durante a gestação e o puerpério. Foram também critérios de inclusão para os recém-nascidos: peso  $\geq 2.500$  g, escore de Apgar  $> 7$  no primeiro minuto e aleitamento materno exclusivo durante o período da internação. As puérperas foram divididas em três grupos: A - parto vaginal; B - cesárea precedida de trabalho de parto; e C - cesárea eletiva. O colostro foi colhido manualmente entre 48 e 72 horas pós-parto. IgA, IgG e IgM foram dosadas pela técnica de ELISA<sup>500</sup>. A conclusão do trabalho foi que:

“O achado de concentração mais elevada de IgA no colostro de puérperas submetidas a cesárea precedida de trabalho de parto frente ao grupo de mães que deu à luz por parto normal não pode ser explicado unicamente pelo estresse cirúrgico, já que essa diferença não foi encontrada no grupo de mães submetidas a cesárea eletiva. O trabalho de parto isoladamente, por sua vez, também não explica o achado deste estudo, pois, quando se reuniu o grupo de mães que haviam dado à luz por parto normal ao grupo de mães que haviam sido submetidas a cesárea precedida de trabalho de parto, não se constatou diferença significativa na concentração de IgA no colostro em relação ao grupo de mães que haviam sido submetidas a cesárea eletiva. Possivelmente, a associação do estresse cirúrgico ao estresse do trabalho de parto faz com que a puérpera submetida a cesárea precedida de trabalho de parto apresente concentração mais elevada de IgA no colostro materno entre 48 e 72 horas pós-parto.

Sabe-se que a concentração dos componentes do leite materno varia na medida em que progride a lactação: as concentrações de

---

<sup>500</sup> ELISA = (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) é um teste imunoenzimático que permite a detecção de anticorpos específicos (por exemplo, no plasma sanguíneo). Este teste é usado no diagnóstico de várias doenças que induzem a produção de imunoglobulinas. Trata-se de um imunoenensaio que usa anticorpos específicos para detectar antígenos e anticorpos, no qual o complexo que contém o anticorpo é visualizado pelo acoplamento da enzima ao anticorpo e a adição de substrato ao complexo enzima-anticorpo-antígeno resulta num produto colorido.

lactoferrina, IgA total e leucócitos caem durante as primeiras semanas de lactação, estabilizando-se após. O tempo médio de coleta do colostro não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os três grupos estudados. No entanto, quando se estudou o grupo total de mães, verificou-se que, quanto mais precoce a coleta do colostro, maior a concentração de IgA, o mesmo não ocorrendo para IgG e IgM. O fato do tempo médio de coleta não ter variado entre os grupos estudados revela que essa variável não influenciou na diferença de concentração das imunoglobulinas entre os grupos. O achado de concentrações mais elevadas de IgA quanto menor o tempo de coleta vem reforçar a importância da sucção precoce do RN, se possível ainda na sala de parto. Não houve diferença na paridade nos três grupos estudados. Entretanto, ao se estudar o número total de mães, verificou-se que o grupo de primíparas apresentou concentrações mais elevadas de IgA e IgM no colostro que o grupo de múltíparas. Diante desse achado, estudou-se a relação entre o tempo de coleta do colostro e a paridade e constatou-se que não existiu diferença estatisticamente significativa entre esses dois fatores. É possível que as primíparas apresentem concentrações mais elevadas de IgA e IgM no colostro por apresentarem um retardo no enchimento da mama em relação às múltíparas e, com isso, um colostro mais concentrado. Não se observou influência da paridade sobre a concentração de IgG no colostro materno. A associação do estresse do trabalho de parto e do estresse cirúrgico possivelmente está envolvida no achado de concentrações mais elevadas de IgA no colostro materno no grupo de puérperas submetidas a cesárea precedida de trabalho de parto. No entanto, o achado de concentrações tão variáveis de imunoglobulinas no colostro faz com que se indague quais os demais fatores que podem explicar o fato de algumas puérperas terem concentração de IgA dezenas de vezes mais elevada que outras. Novos estudos devem ser realizados

para se compreender melhor todos os fatores que influenciam a concentração desses elementos tão importantes para a defesa do RN<sup>501</sup>.

**Tabela 44 – A relação entre o período de amamentação e a via de nascimento das mulheres entrevistadas. (n=1261)**

Período de Amamentação	Via de Parto				Total	
	Vaginal		Abdominal		N	%
	N	%	N	%		
Não amamentou	39	6,2	48	7,7	87	1,2
Menos de 1 mês	12	2,1	21	3,3	33	2,6
Entre 1 e 2 meses	20	1,1	26	4,0	46	3,6
Entre 2 a 3 meses	33	5,3	27	4,3	60	4,8
Entre 3 a 6 meses	63	10,0	72	11,3	135	10,6
Mais de 6 meses	458	73,3	442	69,4	900	71,4
Total	625	100	636	100	1261	100

O cruzamento de dados entre a via de parto e o período de amamentação, entre o teste do qui-quadrado de Pearson de 5,557 e o p valor de 0,352 indicam que não há relação entre o período de amamentação e a via de parto (Tabela 44).

Os dados permitem, portanto, concluir que a via de parto não interfere com a decisão de amamentar e nem com o período de amamentação. Os dados também permitem inferir que as campanhas que estimulam a importância da amamentação têm sido bastante

<sup>501</sup> Striker GAJ, Casanova LD, Nagao AT. - Influência do tipo de parto sobre a concentração das imunoglobulinas (Ig) A, G e M no colostro materno. J. Pediatr. (Rio J.) vol.80 n°.2 Porto Alegre Mar./Apr. 2004.

efetivas, haja vista que apenas 57 (4,5%) puérperas não amamentaram suas crias e neste número estão incluídos os óbitos fetais.

Alguns autores insistem que a cesariana retarda o início da amamentação e interfere na regularidade positiva do hábito de amamentar por períodos prolongados.<sup>502</sup> Certamente, deve aqui se considerar o viés de que, em muitas ocasiões, a amamentação é interrompida precocemente em pacientes cesariadas em virtude dos mesmos problemas patológicos que causaram a indicação da cesariana, tais como a seropositividade para o HIV, indicações psiquiátricas, oncológicas, etc.

**Tabela 45 – A preferência pela Via de Parto Vaginal conforme declaração das mulheres entrevistadas. (n= 1261)**

Preferência pela Via Vaginal	Frequência (n)	%
SIM	845	67
NÃO	359	28,5
Indiferente	57	4,5
Total	1261	100

Quando perguntadas sobre a preferência pela via de parto, a ampla maioria das mulheres respondeu pela via de parto normal (Tabela 45). A preferência das gestantes – que fazem pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde – pelo Parto Normal é verificada em outras pesquisas que abordam o assunto.

Um trabalho deste autor<sup>503</sup> traz resultados semelhantes àqueles da literatura internacional que revela dados semelhantes em Singapura<sup>504</sup>, na Itália<sup>505</sup>, no Chile<sup>506</sup>, na

<sup>502</sup> Chien L, Tai C. – Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiations on breastfeeding outcomes in Taiwan. Birth 34:2, June, 2008.

<sup>503</sup> Ferrari JO. - Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.10 supl.2 Recife Dec. 2010.

Irlanda<sup>507</sup>, na Inglaterra<sup>508</sup>. Perguntadas sobre a preferência pela via de parto, as mulheres que têm filhos em maternidades públicas, em ampla maioria, responderam ter preferência pelo parto normal. A diferença entre as respostas pela preferência pela Via de Parto – que deveriam ser coincidentes, pois são mutuamente excludentes – pode ser atribuída a fatores tais como a dificuldade de compreensão da abordagem por parte de mulheres.

**Tabela 46 – Quanto ao tipo de parto normal realizado, conforme declaração das mulheres entrevistadas. (Como ocorreu seu Parto?) (n= 1261)**

Nascimento	Frequência (n)	%
Parto Normal	587	46,6
PN com episiotomia	37	2,9
PN com Fórceps	1	0,1
Cesariana	636	50,4
Total	1261	100

A tabela 46 tipifica o parto realizado. A episiotomia ainda é utilizada por alguns obstetras, apesar das recomendações da OMS. As mulheres da região, costumeiramente, chamam a episiotomia de “corte” e o fórceps de “ferro”.

<sup>504</sup> Chong ESY, Mongelli M. – Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 80 (2003), 189-194.

<sup>505</sup> Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. – Do italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth* 30:2 June 2003.

<sup>506</sup> Angeja ACE, et all. – Chilean women’s preferences regarding mode of delivery: wich do they prefer and why? *BJOG* 2006; 113: 1253-1258.

<sup>507</sup> Dunn EA, O’Herlihy C. – Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section after previous vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 121 (2005) 56-60.

<sup>508</sup> Selo-Ojeme D. et all. – Preferred and actual delivery mode after a cesarean in London, UK. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2008) 102, 156-159.

**Tabela 47 – Quanto à indicação de cesariana, conforme declaração das mulheres entrevistadas. (n= 1261)**

Cesariana	Frequência (n)	%
Feita de Urgência	496	39,3
Eletiva	134	10,6
Não souberam responder	6	0,5
Total	636	50,4

As cesarianas classificadas como eletivas (Tabela 47) podem ser atribuídas a indicação de laqueaduras ou ainda cirurgias feitas como cortesia, a pedido da própria paciente ou de terceiros.

**Tabela 48 – Duração das cesarianas, segundo dados do Prontuário, das gestantes que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base em 2006 e 2007. (n=1261)**

Duração da cesariana	Frequência (n)	%
Menos de 1 hora	546	43,4
Mais de 1 hora	82	6,5
Não souberam responder	6	0,5
Total	636	50,4

Fonte: SAME/Hospital de Base

A Tabela 48 contém dados obtidos nos prontuários médicos quanto à duração da cirurgia. O registro do tempo de duração da cesariana realizada foi obtido dos prontuários ainda na primeira fase da coleta de dados. O teste de Pearson ( $\chi^2$ ) de 4,237 e o p valor de

0,120 demonstraram não haver relação entre o tempo de duração das cesarianas e a incidência de óbito fetal.

**Tabela 49 – Quanto às complicações decorrentes da cirurgia de Cesariana, conforme declaração das entrevistadas. (n= 1261)**

Complicações relatadas	Frequência (n)	%
Sim	65	10,2
Não	569	89,5
Não souberam responder	2	0,3
Total	636	100,0

**Tabela 50 – Quanto às complicações decorrentes do Parto Vaginal, conforme declaração das entrevistadas. (n= 1261)**

Complicações relatadas	Frequência (n)	%
Sim	50	8,0
Não	556	89,0
Não souberam responder	19	3,0
Total	625	100,0

As tabelas 49 e 50 registram as declarações das mulheres entrevistadas quanto às complicações de cada um dos procedimentos. Os dados revelam que que 10,2% das mulheres cesariadas declararam ter tido complicações enquanto que 8,0% das mulheres que tiveram partos normais declararam ter tido complicações. No caso em tela, existe um nítido

viés, pois se trata de informações prestadas pelas próprias mulheres e não extraídas dos prontuários médicos nos quais deveriam estar registrados estes dados.

**Tabela 51 – Quanto à sensação de arrependimento relacionado à cirurgia de Cesariana, conforme declaração das entrevistadas. (n= 1261)**

Arrependimento de ter feito cesariana	Frequência (n)	%
Sim	74	11,6
Não	562	88,4
Total	636	100

**Tabela 52 – Quanto à sensação de arrependimento relacionado ao Parto Normal, conforme declaração das entrevistadas. (n= 1261)**

Arrependimento de ter feito parto normal	Frequência (n)	%
Sim	50	8,0
Não	575	92,0
Total	625	100

As tabelas 51 e 52 registram as declarações das mulheres entrevistadas quanto à sensação de arrependimento em relação a cada um dos procedimentos, sendo que 11,6% das cesariadas referem arrependimento enquanto que 8,0% das mulheres submetidas a parto



normal repetem a mesma queixa. A literatura relata que a preferência das mulheres pela via de parto está também relacionada a experiência de nascimento anterior.<sup>509</sup>

**Tabela 53 – Relação entre Via de Parto e retorno ao hospital por complicações do nascimento conforme declaração das mulheres entrevistadas. (n= 1261)**

VIA DE PARTO	Retorno ao Hospital por complicações				TOTAL	
	SIM		NÃO		N	%
	N	%	N	%		
VAGINAL	49	7,8	576	92,2	625	100,0
CESARIANA	81	12,7	555	87,3	636	100,0
TOTAL	130	10,3	1131	89,7	1261	100,0

A Tabela 53 registra as declarações fornecidas pelas mulheres quanto à necessidade de retornar ao Centro Obstétrico devido a complicações decorrentes do nascimento. O teste do qui-quadrado de Pearson foi de 8,172 para um p valor de 0,004 o que indica que existe relação entre retorno ao hospital por complicações para os nascimentos por via abdominal.

Pesquisadores de Minas Gerais publicaram trabalho realizado em clínica privada onde foi feita a comparação entre 157 puérperas submetidas a cesariana e outras 157 puérperas submetidas a parto normal. Os autores relataram que o índice de infecções foi mais frequente na ferida abdominal, entretanto todos os casos apresentaram boa evolução, não se verificando óbito materno e concluíram que a cesariana é um procedimento seguro e deve ser indicada sempre que o seu benefício for superior ao risco.<sup>510</sup>

<sup>509</sup> Rijnders M. et al. – Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in woman 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* 35:2, June, 2008.

<sup>510</sup> Zimmermann JB. Et. al. – Complicações puerperais associadas à via de parto. *Revista Médica de Minas Gerais* 2009; 19(2): 109-116.

**Tabela 54 – Relação entre o desejo de uma futura gestação e a via de nascimento anterior (n = 1249\*).**

VIA DE PARTO	Pretende ter outro(s) filho(s)				TOTAL	
	SIM		NÃO		N	%
	N	%	N	%	N	%
VAGINAL	232	37,7	383	62,3	615	100,0
CESARIANA	244	38,5	390	61,5	634	100,0
TOTAL	476	38,1	773	61,9	1249*	100,0

\*12 pacientes não souberam ou não quiseram responder

A Tabela 54 registra as declarações fornecidas pelas mulheres quanto ao desejo por uma ou mais novas gestações. O teste do qui-quadrado de Pearson foi de 0,077 para um p valor de 0,782 o que indica não haver relação entre a via de nascimento anterior e o desejo de nova gestação.

Pesquisadores do Taiwan analisaram 904.657 nascimentos sem uma indicação médica para cesariana entre 1997 e 2001, e confirmaram que a expectativa de uma cesariana a pedido aumenta na medida em que aumenta a idade das gestantes.<sup>511</sup>

<sup>511</sup> Lin HC, Xirasagar S. – Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: a 5 year population based study. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 192, 848-55.

**Tabela 55 – Quanto ao desejo pela via de parto em gestação futura. (Caso você pudesse escolher, qual via de parto você escolheria?) (n= 1261)**

VIA DE PARTO ANTERIOR (2006 e 2007)	Via de parto pretendida				TOTAL	
	Vaginal		Cesariana		N	%
	N	%	N	%		
VAGINAL	533	85,3	92	14,7	625	100,0
CESARIANA	375	58,0	261	42,0	636	100,0
TOTAL	888	70,4	353	29,6	1261	100,0

A Tabela 55 contém dados que buscam correlacionar o desejo pela via de parto em gestação futura em relação à via de nascimento registrada no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007.

Os dados demonstram que a maioria das mulheres (85,3%) que tiveram partos normais optaria pela mesma via de parto em gestação futura e somente 14,7% optariam por cesariana. Dentre as mulheres submetidas a cesariana, 58% manifestaram desejo pela mesma via de parto de gestação futura e 42% optariam pela via de parto vaginal. O teste do qui quadrado de Pearson de 108,315 e o p valor de 0,000 indicam que existe uma relação entre a via de parto prévia e o desejo ou intenção pela via de parto em uma futura gestação. Os dados são coincidentes com a literatura que demonstra que as mulheres que já experimentaram ambas as vias de parto irão preferir a via vaginal em gestação futura, o que revela um maior grau de satisfação por esta via de parto <sup>512</sup> <sup>513</sup> e mesmo quando

<sup>512</sup> Dunn EA, Colm H. – Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section previous vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 121 (2005) 56-60.

<sup>513</sup> Ojeme DS, et al – Preferred and actual delivery mode after a cesarean in London, UK. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2008) 102, 156-159.

perguntadas sobre a preferência pela via de parto quando ainda estão no início da gravidez, poucas mulheres preferem a via de parto abdominal.<sup>514 515</sup>

**Tabela 56 – Quanto ao desejo sexual após o nascimento. (Como ficou seu desejo sexual após o nascimento?) (n= 1261)**

Via de Parto	Desejo sexual após o nascimento								Total	
	Continua o mesmo		Diminuiu		Aumentou		Não respondeu		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Vaginal	386	61,8	121	19,3	50	8,0	68	10,9	625	100,0
Cesariana	399	62,8	152	23,9	60	9,4	25	3,9	636	100,0
Total	785	62,3	273	21,6	110	8,7	83	7,4	1261	100,0

A Tabela 56 demonstra que, independentemente da via de parto, não ocorreram alterações relacionadas à intensidade do desejo sexual antes e após o nascimento dos bebês em ambas as vias de parto. Na Tabela 55 ocorre uma quase uma sobreposição dos resultados. Do total de mulheres submetidas a partos vaginais (n=625), 121 (32,9%) responderam que tiveram o desejo sexual diminuído e do total de mulheres submetidas a parto abdominal 152 (38%), um total de 152 (23,9%) emitiram a mesma resposta.

<sup>514</sup> Hildingsson I, Radestad I, Rubertson C, Waldestrom U. – Few women wish to be delivered by caesarean section. BJOG, June 2002, volume 109, p. 618-623.

<sup>515</sup> Gamble JÁ, Creedy DK. – Women’ s request for a cesarean section: a critique of the literature. Birth 27:4 December 2000.

Pesquisadores da Turquia verificaram que nas mulheres que apresentaram problemas musculares no assoalho pélvico não ocorreu o correspondente prejuízo na função sexual tendo em vista que a vida sexual e o componente muscular do assoalho pélvico têm relações que precisam ser melhor estudadas.<sup>516</sup>

A abordagem desta variável requer estudos direcionados com ênfase nas questões psicológicas e o questionário deve ser realizado em ambiente privativo e em estreita interação com o entrevistador.

**Tabela 57 – Quanto ao tempo de recuperação de cada via de parto, segundo opinião das entrevistadas. (n= 1261)**

Tempo de Recuperação	Frequência (n)	%
O tempo de recuperação do PN é maior	26	2,1
O tempo de recuperação da cesariana é maior	1115	88,4
O tempo de recuperação é o mesmo para ambos	67	5,3
Não souberam responder	53	4,2
<b>Total</b>	<b>1261</b>	<b>100</b>

Quando questionadas sobre o tempo de recuperação de cada uma das vias de parto, existe uma quase unanimidade de que o tempo de recuperação necessário para o restabelecimento – conhecido como resguardo – é maior nas cesarianas, sendo que 88,4% das mulheres entrevistadas concordaram que o tempo de recuperação após a cesariana é maior. (Tabela 57) Esta parece ser a principal motivação pela preferência pela Via de Parto Vaginal. As mulheres de baixa renda não podem pagar por uma babá e precisam elas próprias de cuidar de seus filhos, de lavar as roupas e de realizar outras obrigações domésticas e, para tanto, precisam estar fisicamente aptas, assim que chegam a seus lares

<sup>516</sup> Baytur YB. Et al. – Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2005) 88, 276-280.

com o recém-nascido. Esta necessidade de trabalhar é ainda mais acentuada quando a puérpera tem outros filhos que ainda dependem do trabalho da mãe para as necessidades básicas.

**Tabela 58 – Quanto à indicação da via de parto para alguma amiga ou parente. Você indicaria a mesma via de parto que você teve? (n= 1261)**

Via de Parto	Indicaria a mesma via de parto				Total	
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%	N	%
Vaginal	555	88,8	70	11,2	625	100,0
Cesariana	223	35,0	413	65,0	636	100,0
Total	778	61,7	483	38,3	1261	100,0

A Tabela 58 indica, de forma indireta, o grau de satisfação bastante superior para as mulheres que tiveram seus filhos pela via vaginal, pois 88,8% das mulheres que tiveram partos normais indicariam o mesmo procedimento para pessoas amigas ou parentes, enquanto que apenas 35% das cesariadas indicariam o mesmo procedimento. Cumpre, no entanto, levar em conta o viés, de que muitas cesarianas foram feitas em caráter emergencial após a tentativa da via vaginal o que pode acarretar traumas psicológicos de magnitude considerável ( $p = 0,000$ ).

Pesquisadores nova-yorquinos demonstraram dados semelhantes em uma amostra de 188 mulheres submetidas a um questionário no segundo trimestre da gravidez.<sup>517</sup>

<sup>517</sup> Pevzner L. et al. – Patient's request associated with cesarean delivery on maternal request in an urban population. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 198, issue 5, may 2008, p. e35 - e37.

**Tabela 59 – Você aconselharia qual via de parto para alguma amiga ou parente? (n= 1261)**

Via de Parto recomendada	Frequência (n)	%
Cesariana	214	17,0
Parto Normal	997	79,1
Não souberam responder	50	4,0
Total	1261	100

A tabela 59 faz a mesma abordagem da Tabela 57 sem, no entanto, correlacionar com a via de nascimento anterior. Também, neste caso, é observada uma notável preferência pela via de parto normal e a consequente indicação desta via de parto para pessoas amigas ou aparentadas.

**Tabela 60 – Você acha que, independentemente das condições financeiras, a gestante tem o direito de escolher a via de nascimento? (n= 1261)**

Direito de escolher a via de parto	Frequência (n)	%
Sim	1104	91,5
Não	102	8,1
Não souberam responder	55	4,4
Total	1261	100

A Tabela 60 registra dados já corroborados na literatura de que a ampla maioria das mulheres (91,5%) se considera no direito de poder escolher a via de nascimento de seus filhos.<sup>518 519 520 521</sup>

<sup>518</sup> Dunn EA, Colm H. – Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section previous vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 121 (2005) 56-60.

**Tabela 61 – Relação entre semanas de gravidez e a via de nascimento no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n= 1261)**

Semanas de Gravidez	Via de Parto				Total	
	VAGINAL		CESARIANA		N	%
	N	%	N	%		
Mais de 40 semanas	48	30,4	110	69,6	158	12,5
40 semanas	212	54,2	179	45,8	391	31,0
39 semanas	107	48,4	114	51,6	221	17,5
38 semanas	83	63,8	72	36,2	155	12,3
37 - 36 semanas	58	44,6	72	53,4	130	10,3
35 - 34 semanas	24	40,0	36	60,0	60	4,8
33 - 32 semanas	11	44,0	14	56,0	25	2,0
31 – 30 semanas	6	54,5	5	45,5	11	0,9
29 – 28 semanas	7	46,7	8	53,7	15	1,2
Menos de 28 semanas	3	100,0	0	0,0	3	0,2
Não souberam informar	-		-		92	7,3
Total	559	44,3	610	48,3	1261	100,0

A Tabela 61 demonstra a relação entre a via de parto e a idade gestacional informada pelas entrevistadas, sendo que 92 mulheres não souberam informar a idade gestacional. O teste de Qui-quadrado de Pearson = 33,38 com um p valor = 0,000 indicam que há uma relação entre semanas de gravidez de via de parto, em especial nos extremos da

<sup>519</sup> Ojeme DS, et al – Preferred and actual delivery mode after a cesarean in London, UK. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2008) 102, 156-159.

<sup>520</sup> Hildingsson I, Radestad I, Rubertson C, Waldestrom U. – Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*, JUNE 2002, volume 109, p. 618-623.

<sup>521</sup> Gamble JÁ, Creedy DK. – Women’ s request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 27:4 December 2000.



idade gestacional, em que se indicam cesarianas para os pós-maturos e os pré-maturos nascem por via vaginal.

**Tabela 62 – Relação entre óbito fetal e gestações prévias conforme declaração das mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n= 1261)**

Óbito Fetal	Número de Gestações Prévias												Total	
	Primigesta		2ª Gesta		3ª Gesta		4ª Gesta		5ª Gesta		+ de 5		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
SIM	16	3,2	7	2,2	7	3,4	5	4,6	1	1,7	0	0	36	100
NÃO	476	96,8	311	97,2	216	96,6	110	95,4	58	98,3	54	100	1225	100
Total	492	100	318	100	223	100	115	100	59	100	54	100	1261	100

A Tabela 62 demonstra a relação entre Óbito Fetal e Gestações Prévias conforme declaração das entrevistadas. Apesar de um maior número absoluto (n = 16) de óbitos em primíparas, os dados indicam não haver relação entre óbito fetal e o número de gestações prévias. Teste de Qui-quadrado de Pearson = 3,632 e um p valor de 0,604.

**Tabela 63 – Relação entre a via de parto e estado de saúde do nascituro no momento do parto, conforme declaração das mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n= 1261)**

VIA DE PARTO	Estado de Saúde do Nascituro					Total
	Prematuro	Pós-maturo	Normal	Natimorto	Anomalias	
Vaginal	85	18	519	1	2	625
Cesariana	109	62	454	5	6	636
Total	194	80	973	6	8	1261

A Tabela 63 demonstra a relação entre a Via de Parto e o estado de saúde do nascituro no momento do nascimento. O teste de Qui-quadrado de Pearson resultou em 36,085 e um p valor de 0,000. Os resultados indicam que existe associação entre a Via de Parto e o estado de saúde do nascituro na ocasião do nascimento, conforme declaração das mães. O maior número de complicações fetais nas cesarianas se deve ao fato de que se trata de hospital público no qual as cesarianas são realizadas com indicações médicas, ou seja, em situações de risco para a mãe ou para o feto.

**Tabela 64 – Relação entre o grau de escolaridade e a preferência pela via de parto conforme declaração das mulheres que tiveram filhos no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007. (n= 1261)**

Grau de Instrução	Preferência pela via de parto				Total	
	VAGINAL		CESARIANA		N	%
	N	%	N	%		
Analfabeta	19	86,4	3	13,6	22	1,7
Fundamental Incompleto	351	70,3	148	29,7	499	39,6
Fundamental Completo	133	65,7	39	34,3	172	13,6
Médio Incompleto	154	73,3	56	26,7	210	16,6
Médio Completo	226	70,4	95	29,6	321	25,6
Superior Incompleto	21	70,0	9	30,0	30	2,4
Superior Completo	4	57,1	3	42,9	7	0,5
Total	908	72,0	351	28,0	1261	100,0

A Tabela 64 demonstra a relação entre a escolaridade e a preferência pela via de parto conforme declaração das mulheres no momento da entrevista. O teste do Qui quadrado de Pearson foi de 6,770 e o p valor de 0,34, o que indica não haver relação entre a preferência pela via de parto e o nível de escolaridade das gestantes. O achado é discordante da literatura que é farta em comprovar a preferência pela via de parto abdominal nas mulheres com nível de escolaridade mais elevado. Provavelmente, esta discrepância ocorreu em virtude das mulheres que procuram as maternidades públicas no Brasil serem, em larga maioria, possuidoras de baixos níveis de instrução ou escolaridade. O inquérito relacionado ao nível de escolaridade revela que a ampla maioria das mulheres da amostra pesquisada (n=1261) possui baixo nível de escolaridade. Apenas 7 mulheres

(0,5%) declararam ter concluído o ensino superior e outras 30 mulheres (2,4%) declararam ingresso em alguma faculdade de ensino superior. Fica bastante óbvio que a clientela de gestantes que busca atendimento no Centro Obstétrico no Hospital de Base é constituída por mulheres com baixa escolaridade e que nem sequer completaram o Ensino Fundamental (41,3%).

Neste tópico cabem algumas interessantes observações. É fato comprovado que a maioria das mulheres com nível de escolaridade mais elevado preferem as cesarianas.<sup>522 523</sup>

<sup>524</sup> No entanto, trabalhos recentes demonstram que, a partir de 1990, passou a ocorrer o oposto, ou seja, mulheres com baixos níveis educacionais passaram a ser mais propensas a ter cesarianas do que mulheres com níveis educacionais mais elevados. É o que também foi constatado por pesquisadores italianos<sup>525</sup>, franceses<sup>526</sup> e por Linton nos Estados Unidos da América.<sup>527</sup> Mas, as contradições não param por aí. Ao analisar a incidência de cesarianas em mulheres latinas em São Diego, Califórnia, Zlot separou 2.102 mulheres em 2 grupos: multíparas e primíparas. Verificou que nas gestantes multíparas mais aculturadas (nascidas nos EUA) havia uma elevada incidência de cesarianas em relação às multíparas menos aculturadas (que falavam espanhol). Nas primíparas, ocorria o inverso, ou seja, quanto mais aculturadas, menor o índice de cesarianas.<sup>528</sup>

---

<sup>522</sup> Hurst M, Summey PS. – Childbirth and social class. The case of cesarean delivery. *Soc Sci Med* 1984; 18:621-631.

<sup>523</sup> Leyland A. – Socioeconomics and racial differences in obstetric procedures. *Am J Public Med* 1993;83:1178-1179.

<sup>524</sup> Zahniser SC, Kendricks JS, Franks AL, Saftlas AS. – Trends in obstetrics operative procedures. *Am J Public Health* 1992;82:1340-1344.

<sup>525</sup> Cesaroni G, Forastiere F, Perucci CA. – Are cesarean deliveries more likely for poorly educated parents? A brief report from Italy. *Birth* 35:3 September, 2008.

<sup>526</sup> Guihard P, Blondel B. – Trends in risk factors for caesarean section in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future. *BJOG* 2001; 108: 48-45.

<sup>527</sup> Linton A, Peterson MR, Willians TV. – Effects of maternal characteristics on cesarean delivery rates among US Department of Defense health care beneficiaries, 1996-2002. *Birth* 2004;31:3-11.

<sup>528</sup> Zlot AI, Jackson DJ, Korenbrot C. – Association of acculturation with cesarean section among latinas. *Maternal and Child Health Journal*. Volume 9, n. 1, March 2005.

## Comentários

### A Verdade

A porta da verdade estava aberta,  
Mas só deixava passar meia pessoa de cada vez.  
Assim não era possível atingir toda a verdade,  
Porque a meia pessoa que entrava  
Só trazia o perfil de meia verdade,  
E a sua segunda metade  
voltava igualmente com meios perfis  
E os meios perfis não coincidiam verdade...  
Arrebentaram a porta.  
Derrubaram a porta, chegaram ao lugar luminoso  
Onde a verdade esplendia seus fogos.  
Era dividida em metades diferentes uma da outra.  
Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.  
Nenhuma das duas era totalmente bela  
E carecia optar.  
Cada um optou conforme  
Seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

(Carlos Drummond de Andrade) <sup>529</sup>

### O Parto Humanizado

No Brasil, o chamado parto Humanizado se tornou uma pregação divulgada em centenas de milhares de sites da Internet subscritos, na maioria dos casos, por entidades ligadas a profissão de enfermagem e também de doulas o que leva a pensar em interesses francamente corporativistas. O texto abaixo foi reproduzido a partir do site Amigas do Parto com a sugestiva chamada “Pelo Direito de Nascer e Florescer”:

Ninguém informa as gestantes que as cesáreas desnecessárias lhes trazem um risco de 3 a 30 vezes maior de morrer no parto, além de uma morbidade muito maior que a do parto normal. Também ninguém lhes diz

---

<sup>529</sup> Carlos Drummond de Andrade – Poeta, contista e cronista brasileiro (1902-1987). Poema A Verdade. disponível na Internet: <http://www.aindamelhor.com/poesia/poesias04-carlos-drummond.php> Acessado em 17 de abril de 2010.

que a cesárea desnecessária traz risco 13 vezes maiores de morbimortalidade para o bebê. Ninguém lhes informa ainda que o parto é tecnicamente o pior momento para a realização da laqueadura, expondo a mulher a grandes riscos. Segundo a OMS, 10% é a taxa máxima de cesáreas, encontrada em serviços e países que apresentam os menores valores de mortalidade perinatal. Arrolamos a seguir, resumidamente alguns outros fatores relacionados a este comportamento:

1. Mudanças sociais profundas vêm fazendo com que as mulheres se distanciem de suas raízes e de seus corpos, se submetam à desapropriação de suas práticas e saberes milenares, se alijando progressivamente de seu papel de sujeito no momento do nascimento. A esta situação se aliam tabus, a repressão da sexualidade e a opressão, subordinação e manipulação das mulheres em nossa sociedade.

2. No modelo social e econômico, em que tempo é dinheiro, o parto vem sendo crescentemente realizado como se fosse linha de montagem, concentrando-se nas vésperas de feriados fins de semana, violentando o tempo e o ritmo natural da mãe e filho.

3. Na sua estratégia de obter a presença do obstetra durante o parto, signo, na cabeça da mulher, de segurança, saber, cientificidade e eventualmente anestesia para a dor do parto ela assume incondicional e passivamente o papel de doente, entregando-se totalmente às recomendações e intervenções sugeridas pelo obstetra.

4. Inseridos no contexto de crescente especialização e incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, os obstetras se afastam cada vez mais da concepção de nascimento como

fenômeno essencialmente normal, tendo perdido o conhecimento e a segurança da prática da arte da obstetrícia.<sup>530</sup>

Ao texto acima que traz como sub-título: ‘Uma reflexão crítica e criativa sobre a Humanização’ deveria ser adicionada a palavra equivocada, pois os autores utilizam cifras estatísticas totalmente infundadas e responsabilizam os obstetras por serem os vilões sedutores que induzem gestantes ingênuas – que também são as mais ricas, mais informadas e mais educadas – a ter filhos por meio de cesariana. De tal forma que mais adequado seria utilizar o seguinte sub-título: “Uma reflexão crítica, criativa, equivocada e distanciada da realidade sobre a Humanização”.

A Cartilha Celebrando a Vida, subscrita pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico, Grupo de Pesquisa NAAM – Núcleo de Assistência ao Autocuidado da Mulher, teve a elaboração e divulgação patrocinada pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Trata-se de um documento muito didático, cujo público alvo é as gestantes e seus companheiros, com conteúdo rico em informações de fácil leitura e assimilação sobre os problemas habituais e corriqueiros enfrentados em uma gestação normal. O capítulo final discute sobre cuidados com o corpo e cita procedimentos como relaxamento, acupuntura, yoga, respiração, exercício na água, etc. Em nenhum momento se pode ler a opção cesariana. O conteúdo da página 20 é um aconselhamento sobre a dor:

“Como é a dor?”

“Cada mulher sente as contrações de trabalho de parto de um jeito diferente e só no momento das contrações é possível avaliar a sua reação. A contração pode ou não ser acompanhada de dor. Quando há dor, ela começa com a contração, mas passa no momento em que a contração

---

<sup>530</sup> Site Amigas do Parto. Pelo Direito de Nascer e Florescer. Uma reflexão Crítica e criativa sobre a Humanização. Movimento pela humanização do parto. 13 de Fevereiro de 2007. Disponível na Internet: Acessado em 31 de julho de 2010.  
[http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com\\_content&task=view&id=397&Itemid=35](http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=397&Itemid=35)

termina. Essa sensação pode ser diminuída com anestesia ou por meio de outros recursos, como o relaxamento e respiração adequada a cada momento. Quando você se concentra no relaxamento, na respiração ou quando recebe uma massagem, o estímulo da dor fica menor. O banho de chuveiro ou de banheira também proporciona um efeito relaxante e contribui para o alívio da dor. O marido, companheiro, ou a pessoa que estiver como seu acompanhante pode ajudar durante o trabalho de parto, caminhando com a gestante, ficando ao lado dela, encorajando-a, segurando sua mão. Uma dica de massagem. Pode-se fazer pressão com as mãos ou dedos, movimentando em círculos, no final da coluna da gestante. Faça um pouco, pare e volte a fazer da maneira e no local que a gestante se sentir melhor. Se a opção for a anestesia, normalmente é aplicada a peridural. A medicação é injetada na região da coluna, causando o bloqueio da dor, podendo ou não ser acompanhada de bloqueio do movimento durante o efeito do anestésico”.<sup>531</sup>

Não se registra qualquer citação de evidências científicas para a indicação dos procedimentos propostos, o texto da cartilha não faz qualquer alusão a opção pela cesariana para os leitores. A leitura do texto não toca no assunto, como se a cesariana simplesmente não existisse, como se não fosse um procedimento obrigatório nas complicações conhecidas e a opção primeira para a absoluta maioria das gestantes de classe média, melhor nível de renda e nível educacional mais elevado.

O texto a seguir foi publicado no site UOL, em 22 de junho de 2010 e trata da anestesia peridural para alívio das dores do parto normal.

### **Especialistas e entidades de classe criticam falta de anestesia nos partos do SUS em SP**

Arthur Guimarães, do UOL Notícias, em São Paulo.

---

<sup>531</sup> Cartilha Celebrando a Vida – Cartilha Educativa. - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico, Grupo de Pesquisa NAAM – Núcleo de Assistência ao Autocuidado da Mulher. 1ª Edição, São Paulo, Oboré, 2009.



“Especialistas e representantes de entidades de classe criticaram a falta de anestesia em partos nos hospitais estaduais, municipais e filantrópicos que operam pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como mostrou reportagem publicada ontem no UOL Notícias, um documento produzido pela Secretaria Estadual de Saúde, com base na opinião dos usuários do SUS, aponta que 24% das entrevistadas enfrentaram o trabalho de parto tomando a anestesia (raqui ou peridural) nas costas, 18,6% anestesia local, 14% banho morno e 42,8% remédios.

Desireé Callegari, presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo, acredita que o número (24%) de pacientes que tomaram a anestesia nas costas é baixo, mesmo considerando que uma grande parte dos partos feitos no SUS é realizada sem cirurgia abdominal.”

“Hoje, todas as mulheres devem ter o direito de não sentir dor, mesmo no parto normal. Se a pessoa toma anestesia para arrancar um dente, não deve ter essa opção na hora de ter um filho? É um consenso médico. E todos sabemos que existe um percentual menor de opção pela anestesia correta no SUS”,

diz o especialista, que é membro do conselho estadual e federal de Medicina. Para ele, são duas as principais causas para o problema.

“Primeiro, inclusive por falta de orientação, as grávidas muitas vezes chegam ao hospital já em um estágio avançado para ter o bebê. Com isso, elas não permitem ao anestesista estudar o caso com o critério necessário.” O principal entrave, no entanto, é a falta de estrutura da rede de Saúde, segundo o especialista. “O número de gestantes que passam em uma unidade do SUS diariamente é muito grande. E faltam recursos, faltam unidades, portanto, faltam médicos. Com o volume de pacientes é muito alto, não é possível dar conta de rodar as maternidades e chegar a tempo de indicar a anestesia”, afirma.

Callegari argumenta que, ao contrário do que acontece em algumas outras especialidades, o anestesista precisa ficar sempre acompanhando o paciente.

“Não é como dar um remédio e ir para outra sala ver a próxima pessoa. Precisa estar junto e acompanhar o processo. Ou seja, se eu tenho quatro anestesistas num plantão, eles vão atender as primeiras quatro grávidas que chegarem. As demais, infelizmente, vão receber um atendimento que não é ideal”, conta.

Mônica Maria Sialy, doutora em Anestesia pela Universidade de São Paulo (USP), explica que a opção pela eliminação da dor deve vir, primeiramente, da paciente.

“Ela é que vai dizer até que ponto a dor ficou insuportável e merece ser medicada”, explica. Ela julga como “vergonhoso” o fato de que 42,8% das pacientes entrevistadas na pesquisa tomaram apenas remédios para aliviar a dor (no caso dos partos normais). “Os remédios injetados via endovenosa ou intramuscular atingem a circulação rapidamente, o que pode aumentar a exposição materna e fetal pela medicação”,

diz ela, que é chefe de Anestesia do hospital Santa Joana e chefe do serviço de Anestesia Obstétrica da maternidade Pró-Matre. Como ela indica, tomar remédios e não uma anestesia (raqui ou peridural) deveria ser limitado a um grupo muito pequeno de mulheres, como as que têm problemas de coagulação.

‘Deveria ser a técnica de exceção e não de rotina. Na rede privada, 95% das mulheres dão a luz com anestesia nas costas. Toda mulher tem o direito de ter um parto sem dor. E hoje as técnicas permitem que as dores no parto normal sejam diminuídas sem nenhum tipo de prejuízo para as contrações’, diz. Abaixo, trecho do relatório da Secretaria Estadual de Saúde.

O professor Antonio Carneiro, professor de Ginecologia e Obstetria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), explica

que outra modalidade de instrumento de alívio da dor usado na rede SUS em São Paulo – o banho morno, citado por 14% das entrevistadas –, pode ser usado por mães que optem por um método menos invasivo de conter a dor no parto normal.

“Mas, na minha análise, não tem indicação do ponto de vista médico. A tendência moderna é fazer a anestesia nas costas em todas as cirurgias. Há, sim, casos em que a anestesia não é indicada. Mas, no geral, a recomendação é que seja aplicada a chamada raquidiana ou peridural”, afirma.

O próprio relatório sobre o atendimento no SUS afirma textualmente que "os serviços do SUS, tendo melhorado o acesso e a cobertura, devem prosseguir seu aperfeiçoamento com a revisão dos procedimentos internos aos serviços, na busca de humanização do atendimento, quesito ainda bastante falho nos atendimentos ao parto".

- 42,8% apontaram ter sido ministrado remédio para alívio da dor durante o parto (Tabela 12), sendo este o maior percentual para a questão 7 (se foi feito algum procedimento para aliviar a dor durante o trabalho de parto). O menor percentual (14,4%) ficou com banho morno, massagem ou exercício. Ressalte-se que esta questão permitia múltipla escolha.

Portanto, estas últimas questões indicam que os serviços do SUS, tendo melhorado o acesso e a cobertura, devem prosseguir seu aperfeiçoamento com a **revisão dos procedimentos internos aos serviços, na busca de humanização do atendimento, quesito ainda bastante falho nos atendimentos ao parto.**

Em nota oficial, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, responsável pelo relatório que diagnosticou o atendimento das gestantes no Estado, afirma que “100% das usuárias que responderam a questão 7, referente aos procedimentos para aliviar a dor durante trabalho de parto, tiveram algum tipo de analgesia para aliviar a dor”.

Segundo este organismo, contrariando a opinião dos especialistas,

“a anestesia (raqui ou peridural) nas costas é aplicada apenas em caso de partos cesarianos e em alguns poucos partos normais, quando

indicado pelo médico assistente”. A nota oficial ainda explica que, “como a grande maioria dos partos realizados pelo SUS é normal, foram aplicados procedimentos como anestesia local, analgésico e banho morno, massagem ou exercício, não sendo sempre necessária a utilização da anestesia peridural”.

Apesar das constatações dos especialistas ouvidos pelo UOL Notícias que foi publicado com o título: Especialistas e entidades de classe criticam falta de anestesia nos partos do SUS em SP, este órgão afirma que:

“87% das mulheres que responderam a pesquisa avaliaram o atendimento dos profissionais (médicos, enfermeiros e outros) como excelente ou bom”.<sup>532</sup>

Ao comentar o texto acima, destaco a observação de Mônica Maria Siaulys, anestesista da Universidade de São Paulo (USP), que opina pela opção da paciente para quem. “Ela é que vai dizer até que ponto a dor ficou insuportável e merece ser medicada”. É possível complementar que é ela, a paciente, que sabe os seus limites para lidar com a própria dor e ela também pode optar pela via de parto mais conveniente para ela própria.

Vejamos agora o conteúdo a seguir, transcrito da internet, que se traduz em um apelo para que participantes de um Congresso de Enfermagem Obstétrica e Neonatal façam um abaixo assinado:

“As(os) profissionais participantes do VI COBEON (2009) – Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal –, reunidos em Teresina (PI), convidam a sociedade como um todo para:

1 - Lutar pela transformação do modelo intervencionista de assistência ao parto e melhor formação e qualificação profissional;

---

<sup>532</sup> Site do UOL. - Especialistas e entidades de classe criticam falta de anestesia nos partos do SUS em SP. <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/2010/06/22/especialistas-e-entidades-de-classe-criticam-falta-de-anestesia-nos-partos-do-sus-em-sp.jhtm>. Acessado em 22 de junho de 2010.

2 - Unir esforços em prol de uma assistência humanizada e do respeito ao poder das mulheres como protagonistas no momento do nascimento;

3 - Denunciar todas as formas de opressão e violação de direitos das mulheres, familiares e profissionais;

4 - Exigir dos órgãos governamentais um posicionamento mais rigoroso com relação ao cumprimento da legislação e das políticas de Estado que garantem os direitos de informação e escolha no parto e nascimento. Teresina, 26 de junho de 2009”.<sup>533</sup>

O último item da sequência acima é um paradoxo total, que se fosse levado adiante, haveria um aumento nos índices de cesarianas nos hospitais públicos brasileiros, pois nestes hospitais só existe uma possibilidade para as gestantes que é a de ter filhos pela via vaginal. Cesariana, somente quando ocorrerem complicações e não podem ter índices maiores do que os 15% recomendados. Escolher não é permitido em nenhuma hipótese. Mulheres pobres não podem escolher, seus direitos são solapados pelo Estado, pelas rotinas dos serviços, pelas normas impostas verticalmente. Dentre as várias entidades que subscrevem sites em defesa do Parto Humanizado se destaca a ReHuNa, que é a Rede de Humanização do Parto e Nascimento, entidade que foi criada em 17 de outubro de 1993 na cidade de Campinas.

Segundo o próprio site da ReHuNa:

“A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, vem desde 1993 se organizando e trabalhando para reunir e representar pessoas e instituições que acreditam na Humanização do Parto e Nascimento como um Direito Humano a serviço da melhoria da qualidade de vida, da democratização do conhecimento e da educação para a Paz. ‘Cerca de 2

---

<sup>533</sup> Abaixo-Assinado: MANIFESTO PÚBLICO NACIONAL PELO PARTO NORMAL HUMANIZADO: DIREITO DE INFORMAÇÃO E DE ESCOLHA.

Destinatário: [abenfo.nacional@gmail.com](mailto:abenfo.nacional@gmail.com)

Disponível na Internet: <http://www.abaixoassinado.org/abaixoassinados/4810> Acessado em 2 de abril de 2010.

mil mulheres e 38 mil recém-nascidos brasileiros morrem a cada ano vítimas de complicações na gravidez, parto, pós-parto e abortamento. E o mais preocupante: muitas dessas vidas seriam poupadas se mulheres e bebês tivessem a saúde acompanhada de maneira correta.’ (Ministério da Saúde, 2006). A ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento) é uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 em forma de rede de associados em todo o Brasil. Nosso objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Esta rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado ‘humanização do parto/nascimento’. Este movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico. O Brasil apresenta uma das maiores taxas mundiais de cesáreas. Nos grandes centros urbanos este passou a ser o método ‘normal’ de parir e nascer, uma inversão do processo que na grande maioria das vezes ocorreria de maneira fisiológica. Distante dos centros urbanos, no entanto, muitos partos ainda ocorrem sob a responsabilidade das parteiras tradicionais.

Nos Estados Unidos, por exemplo, onde encontramos tecnologia de ponta os índices de mortalidade materna são bastante altos. Em contraposição podemos citar países como Holanda, Suécia, Japão, Nova Zelândia e Inglaterra onde os índices são infinitamente mais baixos. Nestes países encontramos um novo paradigma de assistência obstétrica. Os partos são atendidos preferencialmente por parteiras profissionais e acontecem muitas vezes no domicílio. Na Holanda a taxa de parto domiciliar é em torno de 30% e os índices de morte materna e de cesáreas se encontram entre os mais baixos do mundo. Com o objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional contra a Morte Materna. Entre as propostas do Pacto estão incluídas a Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento. A

ReHuNa é membro efetiva do pacto. Durante os últimos anos, os partos que eram domiciliares se tornaram hospitalares com imposição de rotinas rígidas. As interferências dos profissionais de saúde e a inibição do desencadeamento do processo natural do trabalho de parto transformaram esta vivência, que poderia ser sublime, em momentos de terror, impotência, alienação. Não nos surpreende que muitas mulheres hoje acreditem ser a cesárea a melhor forma de dar a luz: parto sem medo, dor, sem risco... Ninguém informa que cesárea desnecessária tem risco de morte materna 5 a 7 vezes maior que o parto normal. O mais grave, no entanto, é que não encontramos nenhuma pesquisa científica que comprove que a hospitalização ou as intervenções rotineiras realizadas em nossos hospitais melhorem estes índices. Para o bebê, também existem muitos riscos, e o mais evidente deles é o aumento absurdo de prematuridade e internações em centros de cuidados intensivos por muitos meses, com conseqüências para toda a vida. Inúmeros trabalhos vêm demonstrando a correlação do processo de gestação, parto, nascimento e amamentação com o desenvolvimento do potencial humano para um comportamento mais agressivo ou mais amoroso. A contemporânea epidemia de cesarianas retrata uma cultura que demanda tecnologia, realiza intervenções desnecessárias e potencialmente danosas, e forma profissionais sem consciência da alta complexidade e tecnologia envolvidas na compreensão dos processos fisiológicos de gestação, parto e nascimento. Tecnologia deveria significar, sobretudo, a união dos conhecimentos acumulados pela experiência humana com os progressos científicos. Estudos científicos atuais detectam e correlacionam diversas patologias humanas com o que ocorreu durante a gravidez e em especial durante o parto e a 1ª hora de vida. Pesquisas em diversas áreas do conhecimento humano não mais nos permitem deixar de relacionar fecundação, gravidez, parto, nascimento, amamentação e cuidados com a trajetória de vida de cada ser humano no que diz respeito à sua saúde física, emocional e social. Acolher os que nascem é colaborar para tecer

uma sociedade ecológica e ética, é promover relações de confiança mútua e de cooperação, que incluam a todos com suas singularidades e diferenças. O nascimento é um momento primordial para desenvolver a capacidade de amar. A ReHuNa apóia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/ nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade mãe/bebê e da medicina baseada em evidências científicas. Esta missão vem sendo buscada na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiados a rede e preocupados com a melhoria da qualidade de vida, bem-estar e bem-nascer. Uma de nossas grandes conquistas em 2005 foi a assinatura da Lei do Acompanhante (lei n.º 11.108) que garante a todas as mulheres do SUS (Sistema Único de Saúde) a possibilidade de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto. Esta Lei é de grande importância e sua divulgação é fundamental para a sociedade civil. Em 2008 o Ministério da Saúde lançou a Campanha Nacional pelo Parto Natural. O Brasil vem se destacando internacionalmente na luta pela Humanização da Assistência ao Parto e a reversão dos índices de cesárea em nosso país trarão reflexos para uma mudança no panorama em especial de outros Países da América Latina. A ReHuNa acompanha este movimento, atuando como consultora e parceira da sociedade civil organizada nas políticas públicas de saúde. Internacionalmente participa de encontros científicos, representando o Brasil”.<sup>534</sup>

Claro fica que o chamado Parto Humanizado é assim chamado porque existe um outro tipo de parto que é Não Humanizado. Na mesma linha de raciocínio do ReHuNa, dentro em breve deverão surgir outras redes que irão defender as cirurgias de urgências Humanizadas, as laparotomias Humanizadas e as toracotomias Humanizadas.

---

<sup>534</sup> Site do ReHuNa. Disponível na Internet: <http://www.rehuna.org.br/> Acessado em 1 de abril de 2010.



Edson de Oliveira Andrade, ex-presidente do Conselho Federal de Medicina comenta:

“Visando alcançar o poder médico que almejam, algumas áreas de outros fazeres profissionais procuram descaracterizar o histórico papel da Medicina e de seus praticantes junto à sociedade. Concomitantemente, simulam competências similares, buscando confundir o entendimento popular do que é medicina. Entabulam discursos sofistas prometendo maior qualidade na assistência à Saúde, mesmo sem médicos. Prometem o melhor dos mundos. Sem médicos.

Nós médicos, não somos melhores e nem piores que ninguém. Somos apenas singulares em nosso fazer. Nem melhores e nem piores. Apenas diferentes. Esta nossa diferença foi construída pelos séculos afora com o único objetivo de servir ao ser humano. Servir em plenitude. Servir nos ambulatórios, nos centros cirúrgicos e à beira dos leitos. Somos, sem querer exercer ilegalmente advocacia, os primeiros e melhores advogados dos nossos pacientes.”

Prossegue Edson:

A atenção à Saúde é obrigatoriamente praticada por equipe multiprofissional, pois ninguém a realiza sozinho. Cada profissão tem sua atribuição definida em lei e nenhum outro profissional diagnostica doenças e indica o respectivo tratamento. O psicólogo faz a avaliação psicológica; o fisioterapeuta, a avaliação cinésio-funcional; o enfermeiro, a de enfermagem – e, todos, tratam os pacientes de acordo com suas capacidades e com absoluta autonomia dentro das prerrogativas estabelecidas em suas legislações. Dizer que todos os profissionais se subordinam aos médicos após a aprovação da Lei do Ato Médico é uma aleivosia. Só por desconhecimento ou má-fé pode-se disseminar a inverdade que, para ir ao dentista ou a um psicólogo, a pessoa precisaria

antes do aval de um médico. Propagam tais inverdades aqueles interessados na não regulamentação da Medicina, que preferem manter uma área cinzenta de interface entre as profissões, abrindo caminho para o exercício ilegal da profissão e do charlatanismo. Quando o Projeto de Lei prevê que só o médico pode chefiar serviços médicos, não preconiza a subordinação de outros profissionais ao mesmo. Significa que os serviços de cirurgia, ginecologia, cardiologia e tantos outros, onde se praticam atos médicos, têm que ter um responsável médico, que responda por eles. Os quais são os responsáveis perante os conselhos de medicina; interpelados quando ocorrem denúncias envolvendo médicos. Os serviços de enfermagem, de nutrição, de fonoaudiologia, entre outros, são e sempre serão dirigidos pelos respectivos profissionais, como rezam as leis de cada um. Os médicos não querem, e nem podem, chefiá-los. Da mesma forma, a direção geral de uma instituição de saúde, ou de uma secretaria, ou um ministério, que não requerem a formação médica específica, poderão ser dirigidos por qualquer profissional (os dois últimos ministros da Saúde são economistas), desde que tenham médicos respondendo pelos atos médicos, como exige a legislação atual. No calor dos debates que vem acontecendo, ainda longe dos olhos e ouvidos da população brasileira, a principal interessada, o que a Lei do Ato Médico vai coibir, de verdade, é a tentativa deliberada de promover uma assistência à Saúde sem médicos habilitados, mais barata por certo, mas com riscos à vida dos pacientes e aos profissionais que se arriscam a substituí-los. As chamadas Casas de Parto são exemplos dessas ações. Criadas para acompanhar os partos ditos normais e “humanizar” a parição, retrocedem ao século passado na assistência à gestante. As complicações de um parto, quando acontecem, são de tal ordem dramática que se o médico não estiver presente e com recursos adequados, não há tempo para salvar as vidas da mãe e da criança. Mas não são as únicas aberrações. O Programa de Saúde da Família também precisa ser revisto quanto à composição de equipes sem médicos para atendimento à população. Conceber uma

medicina sem médicos não é debate acadêmico. É a aplicação acrética do receituário neoliberal do Banco Mundial. Desvirtuar o conceito de equipe é essencial para aviar a receita. Ao invés de reunir os saberes e práticas de cada profissional em benefício da população, misturam-se esses ingredientes em receitas práticas capazes de serem aplicadas por qualquer um de seus membros. Em breve teríamos profissionais de saúde “multifunção”, que sabem um pouco de enfermagem, de nutrição, de medicina, etc, o suficiente apenas para implementar uma assistência de segunda para gente de segunda. Fato eticamente inaceitável.”<sup>535</sup>

O texto abaixo, encontrado no mesmo site do ReHuNa citado anteriormente, não apresenta referências bibliográficas para comprovar as afirmativas apresentadas como, por exemplo, a de que:

**“Cesárea desnecessária tem risco de morte materna 5 a 7 vezes maior que o parto normal** (grifo nosso - esta afirmativa requer comprovação), e também para a assertiva de que **“existem muitos riscos, e o mais evidente deles é o aumento absurdo de prematuridade e internações em centros de cuidados intensivos por muitos meses** (grifo nosso - esta afirmativa requer comprovação), com conseqüências para toda a vida.”

Segundo o site Amigas do Parto que ostenta a logomarca da ReHuNa, a Rede informa que:

“Pretende dirigir-se a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e executores das políticas de saúde para:

---

<sup>535</sup> Andrade EA – Sonhos ao Vento. Publicação do Conselho Federal de Medicina, Brasília, 2011, p. 45-50.

1. Mostrar os riscos à saúde de mães e bebês frente às práticas obstétricas inadequadas e intervencionistas;
2. Resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais;
3. Revalorizar o nascimento humanizado, as posturas e condutas face ao parto e nascimento;
4. Incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
5. Aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência a partos e nascimentos.

Estas e outras de nossas propostas estão perfeitamente sintonizadas nos documentos com as Recomendações da Organização Mundial de Saúde para a assistência ao parto normal, de 1985 e 1996”.<sup>536</sup>

Parece um tanto paternalista esta postura de “incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos”. O dia a dia nas Unidades Básicas de Saúde permite afirmar categoricamente que as mulheres sabem, e muito bem, o que fazer com seus corpos e ninguém, nem o mais naturalista, nem o mais tecnocrático profissional, irá convencê-las a ter este ou aquele tipo de parto.

Segundo o site Doulas do Brasil, que também traz a logomarca da ReHuNa,

“A Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento foi criada em 17 de outubro de 1993.

**Membros Associados:** mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e executores das políticas de saúde interessados na questão da humanização do parto e nascimento.

---

<sup>536</sup> Site Amigas do Parto. Disponível na Internet: <http://www.amigasdoparto.com.br/rehuna.html>  
Acessado em 1 de abril de 2010.

### **Objetivos:**

1. Mostrar os riscos à saúde de mães e bebês frente a práticas obstétricas inadequadas e intervencionistas;
2. Resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais;
3. Revalorizar o nascimento humanizado, as posturas e condutas face ao parto e nascimento;
4. Incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
5. Aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência a partos e nascimentos;
6. Resgatar práticas humanizadas tradicionais de parto e nascimento, aliadas aos conhecimentos técnicos e científicos sistematizados e comprovados;
7. Implantar, implementar e divulgar as Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre Tecnologias Apropriadas para Nascimentos;
8. Conscientizar e mobilizar a população no sentido de reivindicar assistência mais humanizada;
9. Construir coletivamente um referencial teórico e atuação prática capazes de intervir na assistência;
10. Prover as autoridades que formulam e executam as políticas de saúde, de subsídios para adoção das práticas preconizadas pela OMS.

### **Estratégias:**

1. Implantação das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério;

2. Trabalho educativo sobre sexualidade, nascimento e direitos reprodutivos voltados às mulheres e adolescentes;
3. Fortalecimento e apoio às iniciativas existentes de serviços públicos e privados de Casa de Partos, Grupos de Parteiras Tradicionais e ONGs comprometidas com a questão;
4. Pesquisa e difusão de orientações fundamentadas na medicina baseada em evidências para a gestação, o parto e o pós-parto”.<sup>537</sup>

Depois de pesquisar o conteúdo dos sites das instituições que proclamam o Parto Humanizado, o leitor mais desatento chega rápido e facilmente à conclusão que os médicos se apoderaram do corpo das mulheres e não sabem fazer partos naturais e humanizados. Os médicos fazem cesarianas que não são procedimentos humanizados e que somente enfermeiras e doulas treinadas sabem fazer partos humanizados que são os partos vaginais.

Subsídios para se chegar a esta conclusão não faltam. Basta uma sumária análise no conteúdo dos textos anteriormente reproduzidos e no discurso da parteira L. Page que segue abaixo.

O discurso de encerramento da I Conferência Internacional de Humanização do Parto e Nascimento, realizada em Fortaleza, Ceará, em novembro de 2000, foi proferido por L. Page, do Departamento de Parteiras, Crianças e Mulheres do Hospital da Colúmbia Britânica, em Vancouver no Canadá e também do Departamento de Prática Familiar da Universidade da Columbia Britânica. O discurso é dividido em partes e foi publicado em 2001 no *International Journal of Gynecology and Obstetrics* o seguinte conteúdo:

**“Introdução:** O Brasil não é maravilhoso? Eu soube que os brasileiros jogam bom futebol. Eu soube da Floresta Amazônica e sobre a Amazônia. Eu soube que o Brasil tem os mais elevados índices de cesarianas do mundo. Agora eu penso que o Brasil também deveria estar

---

<sup>537</sup> Site Doulas do Brasil. Disponível na Internet: <http://www.doulas.com.br/rehuna.html>. Acessado em 1 de abril de 2010.

no mapa como sendo o local onde se inicia o movimento para Humanização do nascimento. Esta Conferência recebeu mais de 2.000 pessoas de vários grupos profissionais, tais como antropólogos, jornalistas, funcionários públicos, de 26 países diferentes. A Conferência tem sido bastante dinâmica e inspiradora. A Humanização do parto é basicamente sobre o amor entre as pessoas e é a base para o amor na família. Eu vou tentar sumarizar minha opinião sobre esta conferência. Claro que isto é muito absolutamente impossível porque muitas idéias foram emitidas. Certamente, minha opinião sobre o mundo mudou completamente nos últimos 3 dias e um monte de coisas começam a fazer sentido para mim.

**O Medo do Nascimento:** na maior parte do mundo a cirurgia de cesariana ou parto medicalizado é esta a norma. O medo do parto é um é comum em todo o mundo desenvolvido. As mulheres sentem que não conseguem ter filhos pela via vaginal e ficam fragilizadas pelo medo da dor do nascimento por esta via. Agora eu começo a entender porque é tão difícil mudar esta situação como um todo. Particularmente após ouvir Robbie Davis Floyd, eu começo a entender o que é viver em uma sociedade tecnocrática e as dificuldades para implementar práticas humanitárias. Eu também começo a entender que existe uma clara ligação entre a fisiologia e o que acontece com os hormônios da mãe e do bebê, particularmente durante o período do nascimento. Eu também entendi esta ligação com o amor humano. Este entendimento é básico para todas as coisas que fazemos.

**Cuidados efetivos:** Eu quero olhar como nós poderemos obter alguma mudança após nossa estada aqui. Está muito claro que a medicalização do parto é o oposto do parto humanizado. Nós aprendemos, nestes poucos dias, que muitos dos procedimentos que são empreendidos para ajudar as mulheres não são benéficos, eles simplesmente não são efetivos. Eu estou muito surpresa de ouvir que mulheres em algumas partes do mundo ainda são submetidas a enemas

antes do trabalho de parto. Eu proponho que cuidados efetivos durante o nascimento é um direito humano básico das mulheres. Se nós interferirmos com a gravidez, trabalho de parto ou nascimento de uma forma que é provavelmente inefetiva ou dispendiosa, isto está muito errado. Mas se nós interferirmos de uma forma prejudicial, isto é mais do que negligência e pode ser uma forma de assalto. O que é interessante é que quando nós olhamos para as evidências, nós concluimos que a forma humanizada de nascer é a mais segura. Uma das coisas mais importantes que nós podemos fazer por uma mulher em trabalho de parto, por exemplo, é ficar com ela, para lhe ajudar com nossa constante presença, fortalecê-la com toques de conforto e dar a ela encorajamento e segurança. Ao invés disso, o que acontece na maior parte do mundo desenvolvido é que as mulheres são conectadas ao monitor fetal e depois são deixadas sós. Nós sabemos que a monitorização eletrônica contínua do feto não promove segurança para o bebê e não melhora a evolução do parto e nós sabemos que o procedimento aumenta as taxas de cesarianas e de partos operatórios. Ainda tem sido difícil em todo o mundo, inclusive na Grã-Bretanha desenvolver uma política e uma prática de um cuidado íntimo um-para-um durante o trabalho de parto. Ao mesmo tempo, 80% das mulheres tem monitorização fetal eletrônica. Nós sabemos disso tudo e ainda não fazemos muita coisa para mudar esta situação. A abordagem técnica, a mulher monitorada por maquinarias se encaixa no modo tecnocrático de nascer e este persiste enquanto outras formas de nascer mais humanas são ignoradas. Segurança e vivência do nascer não são contraindicações, elas são uma e a mesma coisa. Isto é particularmente importante quando nós estamos pensando em campanhas para a maternidade segura onde há uma tendência que impõe o modo industrializado de nascer, a forma tecnocrática de nascer. Esta abordagem medicalizada é ritualizada e muito pouco efetiva para a maioria das mulheres.



**Criando lugares alternativos para o nascimento:** Uma das coisas mais importantes que nós podemos fazer é criar lugares alternativos para as mulheres terem seus filhos. Nós tivemos evidências suficientes durante a realização desta conferência para saber que nas gestações de baixo risco, o nascimento em casa ou num centro de nascimento é tão seguro para a mãe e para o bebê quanto o nascimento em hospital. De fato, em muitas situações, é mais seguro, porque reduz intervenções desnecessárias. Isto leva a um maior grau de satisfação, mas, na verdade, satisfação não é uma palavra adequada neste caso, porque nós ouvimos o depoimento de mulheres japonesas que tiveram seus filhos em casa que elas tiveram uma experiência auto-realizadora e transformadora. Uma das coisas que foram discutidas nesta conferência é a transformação da forma de ajudar mulheres na gestação e no nascimento.

**Transformando Cuidados:** Esta idéia de transformação é uma forma muito importante e é algo que nós, como grupo de pessoas, podemos proporcionar benefícios. Existe coisas a serem feitas com as pessoas que trabalham nas organizações; existe alguma coisa para ser feita com o conhecimento que você valoriza e coloca cada valor em seu lugar. Algumas vezes, colocando valores em seus lugares pode ser muito, muito simples, realmente. Eu vou contar a vocês uma breve estória. Recentemente, aproximadamente 3 anos atrás, eu estava trabalhando em uma sala de parto de um Hospital em West London, cuidando de uma família africana e nós fizemos todo o possível para que a mãe tivesse o filho por via vaginal. Nós a fizemos andar, nós esfregamos suas costas, nós demos banho, nós conversamos com ela. Nós fizemos todas as coisas que as parteiras fazem para ajudar mulheres a ter filhos. Parecia que ela iria requerer uma cesariana. Nós chamamos o médico e ele veio falar com ela. Ele era um médico muito carinhoso que sentou com ela e disse, eu acho que você vai precisar fazer uma cesariana. Eu assisti a expressão facial da mulher, de sua irmã, do marido e do irmão e eu vi desânimo em suas faces. O médico a levou para a sala e eu fui atrás da irmã porque a

mãe respirava para controlar as contrações e eu disse: Você entendeu? Você acha que vocês já têm informação suficiente? Ela respondeu claramente: Não, não temos. Então eu disse a ela que pediria ao médico para retornar para falar com ela. Eu fui até o médico e pedi a ele para retornar para algumas explicações. Ele retornou e falou com a família durante cinco minutos e eles consentiram com a cesariana. Mais tarde a mãe e a irmã me disseram: Você não tem idéia de quanto aqueles cinco ou mais minutos de discussão e explicações significaram para nós. A mensagem é que nós não temos que fazer todas as coisas em uma grande instituição. A ação que cada um leva para fazer durante alguns minutos em relação às pessoas provoca uma profunda diferença. Frequentemente é somente aquelas poucas palavras extras que são ditas ou ouvidas das pessoas que farão toda a diferença. Mulheres com mais de 80 anos de idade se lembram do carinho das pessoas que as trataram em suas gestações. Elas se lembrarão de suas faces, elas se lembrarão de suas palavras. Elas se lembrarão vividamente também daquelas que as destratarem.

**Profissionais trabalham juntos:** O principal tópico desta conferência tem sido a discussão sobre qual grupo profissional é melhor em diferentes situações. Eu tenho estado desanimada ao ver as tensões e as defensividades quando se levantam questões neste sentido. Está claro para mim que alguns profissionais são melhores em algumas coisas; se eu preciso de uma cesariana ou se eu tenho complicações em minha gestação eu quero um obstetra habilidoso para cuidar de mim. Se eu estou tendo um nascimento normal ou um trabalho de parto normal eu quero uma parteira para ficar comigo, esfregar minhas costas e me dizer que estou evoluindo bem. A maioria dos médicos não querem fazer isto. O que tem me impressionado é grande devoção dos obstetras nesta audiência. Eu aplaudo todos os senhores. Sua presença aqui é muito importante e nós não vemos esta mesma quantidade de obstetras neste tipo de conferência em outras partes do mundo. Mas, eu quero dizer aos obstetras que os

senhores têm um poder enorme em nossa sociedade, nós não podemos mudar a situação dos nascimentos sem a participação dos senhores. A principal ligação nisto está sendo o relacionamento entre os profissionais enquanto seres humanos. Se não houver respeito entre cada um de nós em nossas organizações a humanização do nascimento nunca irá acontecer. O que eu quero, enquanto parteira, quando eu referencio uma grávida a um obstetra porque existe um problema, é uma interação profissional, um ponto de referência, e algum respeito por minhas habilidades. Então eu quero uma pessoa bem habilidosa que fará o melhor para a mulher que eu estou encaminhando.

**Relacionamento com as mulheres:** O que nós estamos falando sobre a humanização do nascimento é o cuidado individualizado com uma mulher que está passando pela experiência universal mais importante, mas ao mesmo tempo, a única experiência da vida humana. Qualquer pessoa que tenha atendido a um nascimento irá saber que existem similaridades, mas todo nascimento é diferente. Quando nós tentamos aplicar cuidados que não são rotineiros ou padronizados, a chave para isto é o relacionamento. O relacionamento somente irá acontecer se a mulher tiver a continuidade dos cuidados daqueles que estão cuidando dela. É crucial que ela tenha uma relação de confiança com a pessoa que cuida dela e, secundariamente, que esta pessoa cuidadora conheça suas esperanças, seus sonhos e sua história médica. Quando nós pensamos sobre o parto natural ou fisiológico nós estamos falando sobre habilidades, mas nós também estamos falando sobre relacionamentos.

**A Possibilidade de mudar se cada um der pequenos passos:** Uma das coisas que é muito importante para ser lembrada é que nós todos dividimos os mesmos valores e paixões, nós tendemos a pensar que o mundo todo está mudando quando ele não está. As pessoas nesta conferência têm falado sobre o mundo aqui dentro desta sala e do mundo lá fora. O mundo lá fora é diferente do mundo aqui de dentro e frequentemente quando nós vamos a alguma conferência como esta, nós

esquecemos sobre o que devemos aprender sobre o que aprendemos, sobre o que pretendemos fazer. Eu quero me despedir de vocês com algum sentido de possibilidade. Eu quero que vocês pensem sobre o mundo, no qual as mulheres estejam confiantes sobre dar à luz pela via vaginal, no qual elas não estejam fragilizadas com a dor do trabalho de parto e que ela saiba que a cesariana só será feita quando ela realmente precisar. Eu quero que nós pensemos sobre um mundo no qual as informações para as mulheres sejam um direito e que este direito esteja registrado num termo de consentimento em comum acordo com o cuidador. O mundo que eu sonho é o mundo no qual os profissionais e todos aqueles que atendem mulheres ao nascimento sejam habilitados e capacitados para ter sensibilidade com os indivíduos. Eu sonho com um mundo no qual todas as mulheres tenham facilidades para ter seus bebês. As políticas de mudança não são fáceis. Nós temos nesta sala aproximadamente 2.000 participantes, Temos pessoas do Brasil, Japão, Chile, República Dominicana, México, Guatemala, Porto Rico, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Uruguai, Argentina, Canada, Estados Unidos, Venezuela, Reino Unido, Holanda, Dinamarca, Tailândia, África do Sul, Tonga, Quênia e Moçambique, Austrália e da França. Se cada um der um pequeno passo, nós iremos plantar sementes em muitas partes do mundo. Existe uma frase dita por uma jovem feminista canadense, Nellie McClung, que a seguir transcrevo: ‘as mulheres irão formar uma corrente, uma grande irmandade que o mundo jamais conheceu’. Desta conferência nós podemos começar a formar uma cadeia humana, uma irmandade que irá fazer do mundo um lugar melhor para as mulheres terem seus bebês. A alternativa é muito horrível para pensar sobre ela. As pessoas têm falado sobre um cruzamento e é realmente um cruzamento. Nós temos formado uma cadeia humana que será importante para a humanização do nascimento e nossa cadeia está grandemente fortalecida pela comunicação eletrônica. Você pode estar próximo de qualquer pessoa em torno do

mundo. Boa sorte! Mude o mundo! Mude o nascimento! Dê pequenos ou grandes passos, mas faça alguma coisa!<sup>538</sup>

Parece que o bonito e bem elaborado discurso da parteira L. Page não surtiu muitos resultados práticos e estatísticos. Os nascimentos continuam a acontecer em todo o mundo seja do modo tradicional que é a via vaginal, seja do modo ‘tecnocrático’ que é a via abdominal. Os sonhos da parteira de dar pequenos ou grandes passos para reduzir os índices de cesarianas parecem não ter surtido qualquer efeito. Na verdade, para este autor existe um viés conceitual no discurso de Page. Mudar o nascimento é muito diferente de mudar o mundo. São processos distintos e distantes. Tanto é verdadeiro que as cesarianas permanecem em níveis elevados e o mundo todo segue o caminho da globalização, o das facilidades da comunicação que tornam as pessoas cada vez mais próximas. O índice de cesarianas em nada interfere no comportamento das sociedades mais permissivas ou tolerantes do velho mundo e pouco ou nada interfere no comportamento das sociedades intolerantes onde o ódio religioso leva mulheres a explodirem seus corpos em estações de metrô. Mulheres que parem filhos com amor, também são capazes de amarrar explosivos no corpo delicado para provocar assassinatos em massa de pessoas inocentes.

No decorrer de suas vidas, as mulheres dispõem de vários instrumentos e mecanismos com os quais podem se sentir “realizadas” enquanto mulheres. Parir um filho pela via vaginal pode ser um instrumento de realização pessoal e também de marcantes e irremediáveis infortúnios.

A parteira L Page é também co-autora de um artigo no *Canadian Medical Association Journal* cuja conclusão é:

“Nascimentos planejados e assistidos por parteiras registradas feitos em casa estão associados com taxas muito baixas de mortalidade perinatal e reduzidos índices de intervenções obstétricas e outros eventos

---

<sup>538</sup> Page L. – The Humanization of Birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75 (2001) S55-S58.

adversos na evolução perinatal comparáveis com os nascimentos em hospitais assistidos por parteiras ou médicos”.<sup>539</sup>

O relato a seguir, é muitíssimo lamentável, amplamente divulgado pela Internet e noticiado neste fevereiro de 2012, dispensa qualquer comentário. Difundido na web, o e:mail chegou às caixas de mensagens da maioria dos conselheiros do Conselho Federal de Medicina:

**Woman, 36, who campaigned for home births dies having baby daughter at home**

**Caroline Lovell, 36, rushed to hospital after giving birth  
Death shocks midwives across Melbourne  
Coroner to conduct a full investigation**

By Richard Shears

Last updated at 1:55 AM on 1st February

A passionate advocate of home births has died after her own home labour.

Campaigner Caroline Lovell, 36, went into cardiac arrest while giving birth to her second daughter, Zahra, at her home. She was taken to hospital but died the next day. Her daughter survived. The tragedy, in Melbourne on January 23, will re-ignite debate about the safety of home births. NHS statistics show that between 2000 and 2008, home births in the UK soared by 54 per cent. Mrs Lovell had made arrangements for a private midwife to assist with the delivery, but unknown complications during the birth caused her heart to stop. By the time paramedics arrived at her home, she was critically ill. The photographer, who leaves behind her husband Nick, her first daughter Lulu, three, and newborn Zahra, had lobbied the Australian government for more state support for women who

---

<sup>539</sup> Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. – Outcomes of planned home birth with registred midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ, 2009 Sep 15;181(6-7):377-83 Epub 2009 Aug 31.

wanted home births. In 2009 she told a health inquiry that midwives who assisted with home births needed proper funding and legal protection, in line with other countries. Her written submission warned that ‘lives will be in threat without proper midwifery assistance’ from the state. She wrote: On a personal note, I am quite shocked and ashamed that homebirth will no longer be a woman’s free choice in low-risk pregnancies. As a homebirthing mother I will have no choice but to have an unassisted birth at home as this is the place I want to birth my children.<sup>540</sup>

Nada obsta que gestantes optem por terem filhos sob o aconchegante teto de seus próprios lares e na companhia de seus entes próximos, visto que são pessoas com Autonomia e com o direito para fazerem esta opção, mas devem estar informadas de que complicações podem ocorrer e o socorro deve ser pronto e imediato. Caso contrário, eventos trágicos como o da Sra. Caroline Lovell irão fatal e inexoravelmente se repetir. A escolha das gestantes quanto à via de nascimento, seja ela qual for, deve ser sempre informada e consentida.

---

<sup>540</sup> Shears, R - Mail Online - Sunday, Feb 05 2012 disponível no site:

<http://www.dailymail.co.uk/health/article-2094348/Caroline-Lovell-Home-birth-advocate-dies-delivering-baby-daughter-home.html#ixzz11WfwnCHL>

Tradução do autor: Uma fervorosa defensora pela Campanha em favor dos partos domiciliares morreu após realizar seu trabalho de parto em sua própria casa. Caroline Lovell, 36, teve uma parada cardíaca ao dar à luz sua segunda filha, Zahra, em sua casa. Ela foi levada ao hospital, mas morreu no dia seguinte. Sua filha sobreviveu. A tragédia, em Melbourne em 23 de janeiro, vai reacender debate sobre a segurança dos partos em casa. Estatísticas do NHS mostram que entre 2000 e 2008, os partos em casa no Reino Unido subiram 54 por cento. A Sra. Lovell havia feito arranjos para uma parteira privada para ajudar com o parto, mas complicações ainda desconhecidas durante o nascimento fizeram seu coração parar. No momento em que os paramédicos chegaram em sua casa, ela estava em estado gravíssimo. A fotógrafa, que deixa seu marido Nick, sua primeira filha Lulu, três, e Zahra recém-nascido, tinha pressionado o governo australiano para um apoio mais efetivo para as mulheres que desejassem partos domiciliares. Em 2009, ela defendeu que as parteiras que ajudavam em partos domiciliares deveriam ter amparo financeiro adequado e proteção legal do estado, em linha com outros países. Sua apresentação escrita alertou que vidas estarão em perigo sem a assistência obstétrica adequada do estado. Ela escreveu em uma nota pessoal: “eu estou muito chocada e envergonhada que o parto domiciliar não será mais de livre escolha para as mulheres com gestações de baixo risco. Como mãe, não terei escolha a não ser ter um parto sem assistência em minha própria casa e este é o lugar que eu quero para o nascimento dos meus filhos.”

O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) aprovou a Resolução 265/12 em 13 de julho de 2012 que proíbe a participação de médicos em partos domiciliares mesmo em regime de sobreaviso:

“O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 15 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto n.º 6821 de 14 de abril de 2009.

CONSIDERANDO os artigos 4º, 7º, 8º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que respectivamente, exigem a adoção de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança e do adolescente, e asseguram a estes atendimento médico;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1641/02, de 12 de julho de 2002 veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1627/01, de 23 de outubro de 2001 e a Resolução CREMERJ nº 121/98, de 25 de março de 1998, que disciplinam o Ato Médico;

CONSIDERANDO que cerca de 25% dos partos ocorrem em adolescentes, segundo dados epidemiológicos do Estado do Rio de Janeiro, e que estes estão sujeitos a maiores complicações;

CONSIDERANDO que a assistência ao ciclo grávido-puerperal é um evento dinâmico, exigindo vigilância permanente em virtude de situações emergenciais que podem surgir durante o trabalho de parto, envolvendo o binômio materno-fetal e exigindo procedimentos médicos complexos imediatos;



CONSIDERANDO que para maior segurança dos recém-nascidos e das parturientes, os partos, mesmo que de baixo risco, devem ser feitos em instituições hospitalares tradicionais e;

CONSIDERANDO o artigo 18 do Código de Ética Médica que veda aos médicos “Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.”

CONSIDERANDO o artigo 6º da Constituição Federal, que estabelece que a saúde e a proteção à maternidade e à infância são direitos sociais;

CONSIDERANDO a Lei Estadual nº 3.613/01, que garante direitos aos usuários do SUS no Estado do Rio de Janeiro, dentre eles a realização de parto em hospital devidamente equipado;

CONSIDERANDO que os partos realizados fora do ambiente hospitalar normalmente ocorrem em locais inóspitos e sem a devida assepsia;

CONSIDERANDO as recomendações do Conselho Federal de Medicina e da FEBRASGO no sentido de que os partos devem ser realizados em ambiente hospitalar;

CONSIDERANDO, finalmente, o deliberado em 370ª Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 13 de julho de 2012.

#### RESOLVE:

Art. 1º É vedada a participação do médico nas chamadas ações domiciliares relacionadas ao parto e assistência perinatal.

Art. 2º É vedado ao médico participar de equipes de suporte e sobreaviso, previamente acordadas, a partos domiciliares.

Art. 3º Ficam excetuadas as situações de urgência/emergência obstétrica, devendo ser feita a notificação compulsória ao CREMERJ, circunstanciando o evento.

Art. 4º É compulsória a notificação ao CREMERJ, pelos Diretores Técnicos e plantonistas de unidades hospitalares, do atendimento a

complicações em pacientes submetidas a partos domiciliares e seus conceitos ou oriundas das chamadas “Casas de Parto”.

Art. 5º O descumprimento desta Resolução é considerado infração ética passível de competente processo disciplinar.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 13 de julho de 2012.

Conselheira Márcia Rosa de Araujo

Presidente

Conselheiro Sergio Albieri

Diretor Primeiro Secretário

Publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 19 de julho de 2012, Parte V, p.10.”<sup>541</sup>

Ainda mais contundente é a Resolução 266/12 do CREMERJ que proíbe a participação de pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde durante e após a realização do parto, em ambiente hospitalar, ressalvados os acompanhantes legais.

Estão incluídas nesta proibição as chamadas “doulas”, “obstettrizes”, “parteiras”, etc:

“O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 15 da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto n.º 6821 de 14 de abril de 2009.

CONSIDERANDO os artigos 4º, 7º, 8º e 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que respectivamente, exigem a adoção de

---

<sup>541</sup> Site do CREMERJ - <http://www.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=714&item=1>

políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso da criança e do adolescente, e asseguram a estes atendimentos médico;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1641/02, de 12 de julho de 2002 veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não-médico;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1627/01, de 23 de outubro de 2001 e a Resolução CREMERJ nº 121/98, de 25 de março de 1998, que disciplinam o Ato Médico;

CONSIDERANDO que a assistência ao ciclo grávido-puerperal é um evento dinâmico, exigindo vigilância permanente em virtude de situações emergenciais que podem surgir durante o trabalho de parto, envolvendo o binômio materno-fetal e exigindo procedimentos médicos complexos imediatos;

CONSIDERANDO o artigo 18 do Código de Ética Médica que veda aos médicos “Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.”

CONSIDERANDO o artigo 19 do Código de Ética Médica “Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina”.

CONSIDERANDO o artigo 6º da Constituição Federal, que estabelece que a saúde e a proteção à maternidade e à infância são direitos sociais;

CONSIDERANDO o artigo 24 do Decreto 20.931/32, que determina que os institutos hospitalares só poderão funcionar sob a responsabilidade e direção técnica de médicos;

CONSIDERANDO o artigo 15 da Lei nº 3.999/61, que dispõe que os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente poderão ser exercidos por médicos;

CONSIDERANDO a Lei Estadual nº 3.613/01, que garante direitos aos usuários do SUS no Estado do Rio de Janeiro, dentre eles a realização de parto em hospital devidamente equipado;

CONSIDERANDO que no decorrer do trabalho de parto e até 24 horas após podem ocorrer eventos adversos, que representem risco à parturiente e ao recém nato;

CONSIDERANDO, finalmente, o deliberado em 370ª Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 13 de julho de 2012.

#### R E S O L V E:

Art. 1º É vedada a participação de pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde durante e após a realização do parto, em ambiente hospitalar, ressalvados os acompanhantes legais.

Parágrafo único. Estão incluídas nesta proibição as chamadas “doulas”, “obstetizes”, “parteiras”, etc.

Art. 2º Esta Resolução não se aplica às enfermeiras obstetizes legalmente reconhecidas conforme disposto nos incisos II e III do artigo 6º da Lei nº 7.498/86.

Art. 3º O descumprimento desta Resolução é considerado infração ética passível de competente processo disciplinar.

Parágrafo único. É responsabilidade do Diretor Técnico da unidade o cumprimento desta Resolução.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 13 de julho de 2012.

Conselheira Márcia Rosa de Araujo

Presidente

Conselheira Sergio Albieri

Diretor Primeiro Secretário

Publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 19 de julho de 2012, Parte V, p.10.”<sup>542</sup>

No ano de 2001, Davis-Floyd, antropólogo texano, publicou um interessante artigo intitulado: “Os paradigmas tecnocrático, humanístico e holístico de nascimento”, cujo resumo é a seguir transcrito.

“O artigo descreve três paradigmas de cuidados em saúde que influenciam fortemente o nascimento nos dias atuais, particularmente no oeste, mas aumentando em todo o mundo: o modelo tecnocrático, o modelo humanístico e o modelo holístico da Medicina. Estes modelos diferem fundamentalmente em suas definições quanto às relações do corpo com a mente. O modelo tecnocrático representa a separação mente-corpo e vê o corpo como uma máquina; o modelo humanístico enfatiza a conexão mente-corpo e define o corpo como um organismo; o modelo holístico insiste na unicidade do corpo, da mente e do espírito e define o corpo como um campo de energia em constante interação com outros campos de energia. Baseado em muitos anos de pesquisa relacionadas ao nascimento contemporâneo, em especial com entrevistas dirigidas aos médicos, parteiras, enfermeiras e mães, este artigo procura descrever os 12 princípios de cada paradigma, assim como sua aplicação na atual prática obstétrica e ainda apontar suas futuras implicações. Eu sugiro que os profissionais que combinam todos os três elementos têm uma única oportunidade de criar o mais efetivo sistema obstétrico conhecido”.<sup>543</sup>

Davis-Floyd comenta os 12 princípios de cada um dos modelos citados que estão abaixo resumidos. E assim, os 12 princípios do modelo tecnocrático são:

---

<sup>542</sup> Site do CREMERJ - <http://www.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=715&item=1>

<sup>543</sup> Davis-Floyd R. – The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75 (2001) S5-S23.

- 1 - Separação mente-corpo;
- 2 - O corpo é visto como uma máquina;
- 3 - A paciente é visto como um objeto;
- 4 - Há uma alienação do profissional para com a paciente;
- 5 - O diagnóstico e o tratamento são vistos ‘de fora para dentro’;
- 6 - A organização da assistência é hierarquizada e o cuidado é padronizado;
- 7 - A autoridade e responsabilidade são do profissional e não da paciente;
- 8 - Há uma supervalorização da tecnologia;
- 9 - As intervenções são agressivas com ênfase em resultados de curto prazo;
- 10 - A morte é vista como uma derrota;
- 11 - Há uma hegemonia da tecnologia médica;
- 12 - Há uma intolerância com outras modalidades de pensar, predomina o pensamento hegemônico do capitalismo vigente.

Para o que classifica como modelo humanístico, que surgiu nos Estados Unidos como resposta ao excesso de tecnomedicina, Floyd elabora 12 características, a seguir:

- 1 - A conexão mente-corpo;
- 2 - O corpo é visto como um organismo e não como uma máquina;
- 3 - A paciente é vista como um sujeito relacional e não como o ‘leito 112’;
- 4 - Passa a existir conexão entre o cuidador a paciente;
- 5 - O diagnóstico e o tratamento são vistos ‘de fora para dentro’ e também de ‘dentro para fora’, de forma equilibrada;

- 6 - Procura-se um equilíbrio entre as necessidades da instituição com as necessidades do indivíduo;
- 7 - A informação, a tomada de decisões e a responsabilidade são compartilhadas entre os cuidadores e os pacientes;
- 8 - A tecnologia e a ciência são contrabalaceadas como o humanismo;
- 9 - Há um enfoque na prevenção das doenças;
- 10 - A morte passa a ser vista como um evento aceitável;
- 11 - Os cuidados são baseados na compaixão;
- 12 - A mente permanece aberta para outras modalidades de pensamento médico, religioso e político.

O modelo holístico proposto por Floyd é, segundo o próprio Davis-Floyd, a última heresia em relação ao modelo tecnocrático e incorpora uma riqueza de abordagens terapêuticas ao modelo tradicionalmente empregado, que variam de terapias nutricionais até à medicina chinesa e outros métodos que incorporam outras formas de energia pessoais, como a *gestalt*. São estes os 12 pilares do modelo holístico:

- 1 -Unicidade mente-corpo-espírito. Aqui a alma é incorporada à mente e ao corpo;
- 2 - O corpo é um sistema de energia que está interligado a outros sistemas de energia;
- 3 - A recuperação da paciente é vista no contexto global da vida da pessoa;
- 4 - É indispensável a união entre o cuidador e o cliente;
- 5 - O diagnóstico e a cura são vistos de “dentro para fora”;
- 6 - Os cuidados são individualizados;
- 7 - A autoridade e a responsabilidade são inerentes a cada indivíduo;
- 8 - A ciência e a tecnologia ficam ao serviço do indivíduo;
- 9 - A cura e o bem-estar são focados em longo prazo;

- 10 - A morte faz parte do processo de viver;
- 11 - O foco é o cuidado e “não o dinheiro”;
- 12 - O cuidado é multidisciplinar e aos valores tecnocráticos são incorporados uma gama de outros conhecimentos, como o das parteiras, da homeopatia, da naturopatia, da acupuntura, conhecimentos que devem ser respeitados e legitimados.

Ao final, o texto de Floyd, politicamente correto, propõe agregar todas as formas de nascimento como paradigma para criar um sistema de atendimento obstétrico plural e eficiente com a incorporação das práticas holísticas e humanísticas às novas tecnologias.

O fato é que, em todo o mundo, as mulheres vivem cada vez mais e têm cada vez menos filhos. Disputam espaços com os homens e independem dos mesmos para sobreviver. Têm mais liberdade para se expressar e para fazer escolhas, exceto no momento de ter seus filhos, quando, somente as mais pobres, têm que se submeter, obrigatoriamente, ao parto normal, por mais que o considerem doloroso, constrangedor ou amedrontador. Matéria publicada pela Revista Veja tem um título de capa bastante esclarecedor: “As mulheres estão desarmando a bomba populacional”.

O texto, subscrito por Gabriela Carelli, traz em seu conteúdo:

“Em todo o mundo, as mulheres estão tendo menos filhos. Se a queda da taxa de fecundidade se mantiver, será difícil a humanidade ultrapassar os 8 bilhões de pessoas. O mais provável é que ela aumente até atingir este patamar e depois pare de crescer. Se a taxa de fecundidade de 5,8 filhos por mulher, verificada no Brasil em 1970, tivesse se mantido, o país teria hoje uma população de 300 milhões de pessoas. Como a taxa caiu para 1,8 filhos por mulher em 2010, a população é bem menor, de 193 milhões de pessoas”.<sup>544</sup>

---

<sup>544</sup> Carelli G. – O mundo salvo pelas mulheres. Revista Veja. Editora Abril. Edição 2172, de 7 de julho de 2010, p. 96-100.



Para as mulheres foi criado o Dia da Mulher, a Delegacia da Mulher, a Saúde da Mulher e até uma ramificação da Bioética denominada Bioética Feminista que, se tivesse um correspondente para o sexo oposto, teria a denominação politicamente incorreta de Bioética Machista. Seria irônico se não fosse especulativo.

Em peculiaridades que são próprias e exclusivas das fêmeas, duas se distinguem: a menstruação que ocorre todos os meses e a função reprodutiva. A modernidade proporciona opção para as mulheres que não querem engravidar ou ter filhos e opção também para aquelas que não querem passar pelo incômodo de menstruar todos os meses. Destaque-se que menstruar e engravidar são características anatômicas e fisiológicas perfeitamente naturais, assim como o parto normal.

Linda Andrist, enfermeira de Boston, explana sobre a interessante teoria da objetificação do corpo feminino que seria definida como a separação das partes sexuais da mulher ou de suas funções sexuais do resto de sua personalidade com o objetivo de reduzir a mulher a um mero instrumento que se adequa às representações que a sociedade delas espera. E assim, refere Linda:

“A supressão da menstruação com contraceptivos orais e a cesariana a pedido são relativamente novas opções com disponibilidade crescente, particularmente em nações desenvolvidas de todo o planeta. Neste artigo, eu exploro estas questões utilizando a teoria da objetificação como um sustentáculo para a desconstrução. Mulheres que objetificam seus corpos não estão somente interessadas em suprimir a menstruação, mas também no nascimento cirurgicalizado ao seu pedido. Meu argumento é de que as sociedades patriarcais têm alinhado a função reprodutiva das mulheres com a natureza, desinteresse na menstruação e no parto normal têm se tornado outra maneira para separar as mulheres de

sua própria natureza e transformar ou manter seus corpos como símbolos idealizados pela cultura”.<sup>545</sup>

Carmen Tornquist, de Santa Catarina, Brasil refere:

“As mulheres, sem dúvida, foram expropriadas de seus saberes, de seu trabalho como parteiras e dos poderes no campo da parturição e recuperá-las é uma questão política fundamental. Mas cabe ponderar acerca dos limites e dos desdobramentos do discurso da humanização do parto, na medida em que reproduz categorias como as do instinto materno e de natureza, ainda que ressignificados em novo contexto”.<sup>546</sup>

Para Carmen Diniz, da USP, em texto cuja tentativa é recuperar as origens do termo humanização do parto:

“As propostas de humanização do parto, no SUS como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Entretanto, de reinvenção do parto como experiência humanizada, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento”.<sup>547</sup>

Em relação ao ideário humanizatório preconizado pelas autoras acima citadas, este autor toma a liberdade de concordar com a opinião do American Collge of Obstetricians and Gynecologists (ACOG):

---

<sup>545</sup> Andrist, LC. – The implications of objetification theory for women’s health: menstrual supression and “maternal request” cesarean delivery. *Health Care for Women International*, 29:551-56, 2008.

<sup>546</sup> Tornquist CS. – Armadilhas na nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estudos Feministas*, ano 10, segundo semestre 2002, 483-492.

<sup>547</sup> Diniz CSG. – Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (3):627-637, 2005.

“A recusa dos pacientes em receber cuidados médicos na especialidade da ginecologia e obstetrícia é uma situação bastante familiar (comum) para os médicos que reconhecem a autonomia dos pacientes que têm cada vez mais facilidade de acesso à informação pela Internet, por exemplo, e, inclusive, propõem a realização de intervenções cirúrgicas não necessariamente recomendadas pelos próprios médicos. A paciente que solicita a cesariana a pedido pela percepção de baixo risco de dano para o assoalho pélvico e baixo risco de agravos para o bebê, é um exemplo obstétrico. Outro exemplo clássico inclui a realização de ooforectomia profilática para reduzir o risco de câncer do ovário em mulheres saudáveis com baixos fatores de risco. A resposta para tais reivindicações das pacientes deve começar com o médico tendo uma boa compreensão das evidências científicas contra ou a favor a realização do procedimento solicitado. Munido de tais informações, o médico deve aconselhar a paciente dentro da rede de princípios éticos com respeito à autonomia, beneficência, não maleficência, veracidade e justiça. Os modelos éticos descritos neste documento proporcionam uma abordagem com a utilização destes princípios. O médico deve utilizar a oportunidade para explorar (abordar) os conceitos e valores do paciente em relação ao procedimento requisitado. Na maioria dos casos, o provimento das informações necessárias e o aconselhamento cuidadoso irão permitir ao médico e ao paciente obter uma atitude mutuamente aceitável. Se um equilíbrio aceitável não puder ser alcançado pelo médico e pelo paciente, o paciente pode buscar seu tratamento com outro profissional”.<sup>548</sup>

O posicionamento do ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) sobre a autonomia da gestante em relação à escolha da via de parto gerou críticas fundamentadas na ótica de Veronique Bergeron, feminista canadense.

Incorporada, assim concluiu a feminista:

---

<sup>548</sup> ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Committee Opinion, number 395, January 2008. *Obstet Gynecol* 2008;111:243-7.

“A única posição sobre o nascimento no nexa entre as ambições médicas, a discriminação baseada no gênero e a percepção da maternidade e feminidade demanda que ele (o nascimento) deve se abordado com cuidadosa consideração para seu aspecto multidisciplinar. Ao fundamentar a ética da cesariana a pedido na autonomia da paciente e na escolha informada, o Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG) revela um entendimento superficial do nascimento que não leva em conta o passado sexista e futuras implicações. Como o modelo canadense de seguros saúde está sob ataque em razão das críticas em função dos custos e da ineficiência burocrática, sua preservação deveria implicar na desmedicalização do corpo normal ao invés de aumentar sua dependência aos custos da tecnologia cirúrgica. O saneamento dos recursos para a saúde, incentivos para a pesquisa e a publicação de protocolos de triagem para lidar com a crise no sistema, bem como pressão política e econômica para privatizar setores do sistema relacionados ao nascimento, deveriam ser levados em conta quando se defende a normalização do nascimento por meio de cesariana. Novas pesquisas devem ser feitas para dimensionar o custo real das cesarianas a pedido antes de definir uma posição eticamente aceitável”.<sup>549</sup>

Em contraposição ao texto da ACOG, o documento intitulado Ferramenta para a Ação Política das Mulheres subscrito pela Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos anuncia na chamada de capa o propósito de estabelecer marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. O documento critica, de forma veemente, os discursos “controlistas” e “autoritários” e refere:

“A relevância da Conferência do Cairo, especialmente, por introduzir uma nova abordagem de direitos reprodutivos definidos como

---

<sup>549</sup> Bergeron V. – The Ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologist’s position on patient choice surgery. *Bioethics*, volume 21, number 9, 2007, PP 478-487.

o direito de decidir livre e responsabilmente o número de filhos, o espaçamento entre os nascimentos e o momento de tê-los; a dispor livremente de informação e dos meios necessários para isso e pelo reconhecimento expresso em seu documento final, do aborto inseguro, como um grave problema de Saúde Pública. Demarcava-se, assim, de um lado, o direito de livre escolha dos sujeitos e, de outro lado, o dever do Estado em prover os meios para que tal escolha se efetive”.<sup>550</sup>

Não há, em absoluto, como discordar do documento. Somente uma pequena inquietação acomete este autor que se posta radicalmente contrário às imposições ditatoriais e entende como, absurdamente autoritário, negar às mulheres pobres o direito de optarem pela via de parto de seus filhos. Mesmo que tenham medo, mesmo que tenham receios, mesmo que não queiram. As mulheres devem e precisam decidir livre e responsabilmente pelo número de filhos que desejam ter e têm o legítimo direito de decidir pela via de nascimento de cada um de seus filhos.

Em relação a este “controle” do Estado sobre a autonomia dos cidadãos já se referia Maquiavel a cinco séculos atrás:

“O príncipe não se poderá basear, então, no que acontecer nos tempos tranqüilos, quando os cidadãos precisam do Estado e estão todos cheios de promessas, dispostos a morrer pelo soberano uma morte que está remota; pois, na adversidade, quando o Estado precisar dos cidadãos, o soberano poderá contar com bem poucos. Essa experiência é ainda mais perigosa porque só pode ser vivida uma única vez. Por isso, o príncipe prudente procurará meios pelos quais seus súditos necessitem sempre do seu governo – em todas as circunstâncias possíveis – e fará, assim, com que lhe sejam sempre fiéis”.<sup>551</sup>

---

<sup>550</sup> Ferramenta para a Ação Política das Mulheres. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Porto Alegre, dezembro de 2008. Disponível na Internet: <http://www.redesaude.org.br/index221.htm>

<sup>551</sup> Maquiavel: texto integral. O Príncipe. Editora Martin Claret, São Paulo, 2004, p. 74.

Max Weber faz uma abordagem pertinente sobre o papel do Estado e a limitação no Direito dos indivíduos:

“O Sermão da Montanha diz: Não resistas ao mal. Em oposição, o Estado declara: Deves ajudar o direito a triunfar pelo uso da força, pois se assim não for também serás responsável pela injustiça. Quando tal fator está ausente, o Estado também estará ausente; o anarquismo do pacifista terá nascido então. Segundo esse pragmatismo inevitável de toda a ação, porém, a força e a ameaça de força alimentam necessariamente mais força. As razões de Estado seguem, assim, suas próprias leis externas e internas. O êxito mesmo da força, ou da ameaça de força, depende, em última análise, das relações de poder e não do direito ético, mesmo que julgássemos possível descobrir critérios objetivos para esse direito.”<sup>552</sup>

Sobre o controle da sociedade sobre os indivíduos opinou Michel Foucault:

“Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”<sup>553</sup>.

Arendt, dotada de uma fortuna crítica incomensurável, defende a pluralidade e a diversidade que caracteriza as relações interpessoais:

---

<sup>552</sup> Weber M. – Ensaios de Sociologia. – Coleção Os Pensadores, Editora Abril, 1ª Edição, maio de 1974, p. 250.

<sup>553</sup> Foucault M. - Microfísica do Poder. Editora Graal Ltda. São Paulo, 2008, p. 80.

“Deus criou o Homem – a ele, e não a eles, de sorte que a pluralidade dos seres humanos vem a ser o resultado da multiplicação[...] A pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir”.<sup>554</sup>

Max Weber comenta as formas de dominação social e ressalta o papel das lideranças patriarcais (dominação tradicional), dos poderes extraordinários dos indivíduos (dominação carismática):

“Finalmente, temos a dominação imposta por meio da legalidade, fundada na crença de um estatuto legal e da competência funcional baseada em normas racionalmente definidas. Esta é a dominação exercida pelo moderno servidor do Estado e por todos os detentores do poder a ele assemelhados”.<sup>555</sup>

Para Fernando Negrão,

“A diversidade e a diferença na sociedade significam mais do que simples diferenças entre indivíduos. A diferenciação por gênero, idade, origem, religião, ocupação, posição econômica, etc., é uma condição normal da sociedade. Estes são os dados que constituem a primeira página dos estudos estatísticos e dos registros nacionais. Mas a diversidade e a diferença de constituem também oportunidades de vida ou destinos partilhados por alguns e que os separa de outros. E assim, as diferenças de nacionalidade, gênero, religião ou raça passam a ter consequências duradouras tanto para os indivíduos como para a diferenciação social. Daí que, o direitos de cidadania são quase universais, a capacidade de os

---

<sup>554</sup> Arendt H. – A condição Humana. 10ª edição. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, p. 16, 2008.

<sup>555</sup> Weber M. – A política como vocação. Editora da Universidade de Brasília, Brasília, 2003, p.11.

gozar ainda que seja variável. Ser excluído é não contar, é ser considerado inútil para com a sociedade, é ser afastado da participação, é não ter ou deixar de ter poder”.<sup>556</sup>

O autor deste trabalho testemunhou as palavras do Dr. Richard Schilsky, presidente da ASCO, *American Society of Clinical Oncology*, durante a abertura do ASCO Meeting 2009:

“Cada paciente é diferente – biologicamente, economicamente e socialmente – e um abordagem única e uniforme para todos não é o ideal. Mesmo os casos de câncer com o mesmo diagnóstico diferem em sua natureza molecular e em seus achados genéticos que podem influenciar o prognóstico do paciente e a resposta ao tratamento. Sob a luz de nossa compreensão cada vez maior da biologia tumoral, da disponibilidade de novos métodos diagnósticos e sobre novos conceitos sobre os custos e efetividade do tratamento do câncer, a temática do ASCO Meeting 2009 será *Personalizing Cancer Care*”<sup>557</sup>.

Francisco Correia, em sua tese de Mestrado intitulada “A Alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética” diz que:

“A pessoa entendida como abertura, relação, comunicabilidade, inter-subjetividade é a base, o fundamento preliminar da alteridade.... Alteridade que significa ser outro, ser do outro, conceito de outro, problema do outro, problema do próximo, característica do que é dos outros, encontro com o outro, reconhecimentos dos outros, etc... As razões pelas quais propomos a alteridade como critério fundamental e englobante para a Bioética são:

---

<sup>556</sup> Nunes R. coord. Dependências Individuais e Valores Sociais. Coord. Rui Nunes, Miguel Ricou, Cristina Nunes. Associação Portuguesa de Bioética, Gráfica de Coimbra, 2004, p.55.

<sup>557</sup> Asco Dayly News – The Official Daily Newspaper of the Asco Meeting. Saturday May, 30, 2009, issue 1, Orlando, Florida, Section A.



- 1 - Por possuir a alteridade rica fundamental filosófica e, por isso, constituir-se em importante marco e instrumento hermenêutico para a reflexão bioética;
- 2 - Por já se encontrar, ainda que velada, na prática médica constituída; urge agora, desvelá-la e explicitá-la;
- 3 - Porque a alteridade não só preenche o vazio deixado pelas limitações frequentes provocadas pelos critérios de beneficência, de autonomia e de justiça, mas os transcende;
- 4 - Porque, com a alteridade, podemos não só traçar um fio condutor de reflexão, mas também, tematizar toda a Bioética;
- 5 - Porque satisfaz as exigências éticas atuais de a pessoa ser vista como sujeito e protagonista, usuário crítico, livre e responsável dos serviços de Saúde;
- 6 - Porque restitui à pessoa sua competência moral;
- 7 - Porque salienta um nível de relacionamento interpessoal, ou, ainda, mais amplamente, implica o conjunto das relações do homem com a vida;
- 8 - Porque sensibiliza o reconhecimento dos problemas éticos no âmbito da saúde e da vida de forma recíproca: o “outro também sou eu”;
- 9 - Porque significa a solidariedade comum e a responsabilidade recíproca;
- 10 - Porque se mostra – quando adotado – um critério de transformação nos relacionamentos: já não é o modelo racionalista do homem, segundo o qual o profissional, o pesquisador, confunde amadurecimento emotivo como indiferença frente à natureza, à flora, à fauna, à pessoa humana, à realidade da maioria empobrecida, marginalizada;
- 11 - Porque rompe com o paternalismo e o absolutismo frequentes na área da saúde, onde o cliente é visto mais como recipiente de ordens;

12 - Porque torna a relação profissional/cliente uma relação de colaboração em idade adulta, conferindo respeito mútuo;

13 - Porque, enfim, numa sociedade pluralista, isto é, com antropologia e sistemas de valores diversos, a alteridade pode encontrar melhor consenso, pelo valor que representa”.<sup>558</sup>

Durkheim traz um posicionamento bastante crítico sobre a exposição de argumentos de Correia:

“O altruísmo não passa de egoísmo disfarçado que, complacentemente, fecha os olhos à sua própria natureza. Se existe nessa doutrina terreno comum entre a moral e a economia política, é o ato de que as duas se reduzem à condição de instrumento do egoísmo”.<sup>559</sup>

A imposição feita às gestantes pobres de terem filhos pela via vaginal é uma condenação à indiferença. Obrigá-las a ter filhos por via vaginal é não reconhecer a alteridade que deveria nortear as relações entre usuários e prestadores de serviços de saúde. Tornar o parto vaginal obrigatório e rotineiro nas instituições públicas significa o não reconhecimento das diferenças, da pluralidade que existe e que é peculiar a cada gestante e a cada ser humano. A decisão de que todas as mulheres pobres devem ter seus filhos pela via natural não é uma decisão das gestantes, é uma imposição vertical das pessoas que se apoderaram do aparelho estatal e o submetem às suas próprias verdades e vontades.

Para Weber,

“O aparato burocrático estatal e o *homo politicus* racional integrado no Estado administram as questões, inclusive a punição do mal, quando realizam transações no sentido mais ideal, segundo as regras

---

<sup>558</sup> Correia FA – A Alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética. Tese de mestrado na área de concentração Filosofia e História da Educação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no dia 3 de setembro de 1993.

<sup>559</sup> Durkheim É. - Ética e Sociologia da Moral. Landy Editora, São Paulo, 2006, p. 24.

racionais da ordem estatal. Nisso, o homem político age exatamente como o homem econômico, de uma forma objetiva, sem ‘preocupação da pessoa’, *sine ira et studio*, sem ódio, e portanto, sem amor. Em virtude da despersonalização, o Estado burocrático, sob aspectos importantes, é menos acessível à moralização substantiva do que as ordens patriarcais do passado, por mais que as aparências possam indicar o contrário”.<sup>560</sup>

Para Weber, a burocracia é uma organização cujas consequências desejadas se resumem na previsibilidade do seu funcionamento no sentido de obter a maior eficiência da organização.

Todavia, ao estudar as consequências previstas (ou desejadas) da burocracia que a conduzem à máxima eficiência, Weber notou também as consequências imprevistas (ou indesejadas) e que a levam à ineficiência e às imperfeições. A estas consequências imprevistas, deu-se o nome de disfunções da burocracia, para designar as anomalias de funcionamento responsáveis pelo sentido pejorativo que o termo burocracia adquiriu junto aos leigos no assunto.

Por outro lado, o conceito popular de burocracia faz pensar que o grau de eficiência administrativa deste sistema social racional é baixíssimo. Isto porque o tipo ideal de burocracia sofre transformações quando operado por seres humanos, o que faz com que toda a previsibilidade do comportamento, que deveria ser a maior consequência da organização, escape ao modelo preestabelecido. Ocorre, então, o que passou a se denominar disfunções da burocracia, isto é, anomalias e imperfeições no funcionamento da burocracia.

Cada disfunção é o resultado de algum desvio ou exagero em cada uma das características do modelo burocrático explicado por Weber. Cada disfunção é uma consequência não-prevista pelo modelo weberiano.

Para Foucault,

---

<sup>560</sup> Weber M. – Ensaio de Sociologia. – Coleção Os Pensadores, Editora Abril, 1ª Edição, maio de 1974, p. 249.

“É preciso, em primeiro lugar, afastar uma tese muito difundida, segundo a qual o poder nas sociedades burguesas e capitalistas teria negado a realidade do corpo em proveito da alma, da consciência, da idealidade. Na verdade, nada é mais material, nada é mais físico, mais corporal que o exercício do poder. Qual é o tipo de investimento do corpo que é necessário e suficiente ao funcionamento de uma sociedade capitalista como a nossa? Eu penso que, do século XVII ao início do século XX, acreditou-se que o investimento do corpo pelo poder devia ser denso, rígido, constante, meticuloso. Daí esses terríveis regimes disciplinares que se encontram nas escolas, nas oficinas, nas cidades, nos edifícios, nas famílias. E depois, a partir dos anos 60, percebeu-se que este poder tão rígido não era assim tão indispensável quanto se acreditava, que as sociedades industriais podiam se contentar com um poder mais tênue sobre o corpo. Descobriu-se, desde então, que os controles da sexualidade podiam se atenuar e tornar outras formas[...]”.<sup>561</sup>

Durkheim salvaguarda o interesse coletivo:

“Parece-nos indiscutível que a função prática da moral é, na realidade, tornar a sociedade possível, ajudar as pessoas a viverem juntas sem muitos prejuízos ou conflitos, em resumo, dar salvaguarda aos grandes interesses coletivos”.<sup>562</sup>

Bárbara Nicholas, filósofa neo-zeolandesas:

“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

---

<sup>561</sup> Foucault M. - *Microfísica do Poder*. Editora Graal Ltda. São Paulo, 2008, p. 147-8.

<sup>562</sup> Durkheim É. - *Ética e Sociologia da Moral*. Landy Editora, São Paulo, 2006, p. 23.

trabalho melhor. Os argumentos aceitáveis, no sentido de que possam ser ouvidos e aceites pelo mundo médico”.<sup>563</sup>

Um texto bilíngüe organizado por Daphne Rattner e publicado em 2009 tem a seguinte apresentação:

“É com grande satisfação que apresentamos esta publicação, resultado da parceria substantiva entre o CONASEMS e o Ministério da Saúde, que traz contribuições para uma dos mais pungentes problemas da sociedade brasileira: a vulnerabilidade de mulheres por ocasião do parto e de crianças no momento do nascimento”.<sup>564</sup>

Realmente, não existe qualquer sombra de dúvida quanto à vulnerabilidade das mulheres que, sem qualquer poder de decisão, têm sua autonomia totalmente violentada porque, submissas, obedientes a regras impositivas, são obrigadas a ter filhos por meio de partos vaginais nas maternidades públicas brasileiras. Na primeira ocasião, na primeira oportunidade, fazem um plano de saúde e decidem com autonomia e independência sobre seus corpos, a terem seus filhos por meio de cesarianas.

Um texto bastante sóbrio foi elaborado e subscrito pelo Ministério da Saúde no ano de 2001 e apresenta o seguinte conteúdo subintitulado Assistência à Mulher no Trabalho de Parto:

“A atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. Este é um direito de toda mulher. A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento, isso deve

---

<sup>563</sup> Nicholas B. - Strategies of effective transformation. In: Donchin A, Purdy L. editors. *Embodyng feminist bioethics advances*. New York: Rowman Littefield Publishers, 1999:241.

<sup>564</sup> Rattner D, Ferraz ST. - *A Medicina tradicional e os sistemas municipais de saúde: Humanização do parto sob o enfoque do patrimônio cultural*. Vários autores. Brasília: Conasems, 2009.

facilitar a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade. A vivência que a mulher terá neste momento será mais ou menos prazerosa, mais ou menos positiva, mais ou menos traumática, a depender de uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde. Como condições intrínsecas à mulher e à gestação, se pode mencionar sua idade (ou maturidade), sua experiência em partos anteriores, a experiência das mulheres que lhe são próximas (sua mãe, irmãs, primas, amigas, etc.) com seus próprios partos. Se a gravidez atual foi planejada (desejada), a segurança em relação a seu papel de mulher e de mãe, dentre outros. Como condições relacionadas ao sistema de saúde, vale mencionar a assistência pré-natal (que pode ter incluído ou não o adequado preparo físico e emocional para o parto) e a assistência ao parto propriamente dita. Existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Por Humanização da assistência ao parto entende-se um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar – para que a mulher possa ter um acompanhante (também devidamente preparado) durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor – requer, além de boa vontade, também investimentos”.<sup>565</sup>

Lya Luft, com estilo inconfundível que mistura poesia e crítica, reflete sobre a autonomia que a cada ser humano é destinada no momento de fazer as suas escolhas:

Sento-me na primeira fila e observo. Elas se ocultam e reaparecem, trocam de posição ocupando vários lugares nos quadrados brancos e

---

<sup>565</sup> Ministério da Saúde/Febrasgo/Abenfo. – Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, Distrito Federal, 2001.

pretos do assoalho. Sem que se vejam seus braços, manipulam por cordas transparentes o pobre boneco que corre pelo palco, tem que abrir uma das portas, mas não sabe o que fazer. Essas figuras que o controlam são mitos que inventamos, que assumiram o poder e agora, nos dominam. Quando éramos seres mais primitivos, esses mitos, invenções nossas, deveriam abrandar nossas dúvidas e temores, explicando o que não conseguíamos entender: fenômenos da natureza, natureza e morte, nossos impulsos de destruição ou sexo, o giro dos astros, o desejo de segurança e imortalidade. Hoje, essas solenes figuras foram substituídas pela sua descendência medíocre: os nossos enganos, modernos mitos criados para abafar nossas angústias e disfarçar nossa futilidade. Seu pai é o medo, suas ajudantes são as mentiras, que atrás da máscara de papelão, riem da nossa desventura de subir pelo lado errado de uma escada rolante. Com disposição e coragem de olhar melhor veremos que todas escondem os mesmos narizes de palhaço com que nós, do lado de cá, os contemplávamos. Então começaremos a fazer nossas escolhas: nossa casa, que é a vida, que é um palco, onde, atrás de cada porta que abrimos, estaremos fundando a sociedade e os indivíduos que podemos ser.<sup>566</sup>

Posteriormente, em crítica ao próprio texto, Lya publicou na revista *Veja*: “Não precisamos ser unicamente bonecos. Podemos ser também aqueles que inventam os bonecos e manejam suas cordinhas e dizem as falas”.<sup>567</sup>

---

<sup>566</sup> Luft L. – *Múltipla escolha*. Editora Record. Rio de Janeiro/São Paulo, 2010, p. 16-17.

<sup>567</sup> Luft L. – *Múltipla escolha*. Revista *Veja*, Editora Abril, n. 27, 7 de julho de 2010, p. 24.

## Considerações finais

### O Princípio da Beneficência e o Princípio da Não Maleficência

É preciso considerar, inicialmente, se a realização de cesarianas a pedido está justificada no julgamento clínico, que se baseia no princípio da beneficência que obriga o médico a procurar o melhor equilíbrio entre os benefícios e os danos que podem ser causados ao paciente. No caso da gravidez, a relação entre os danos e os benefícios não está clara. O nascimento é um evento repleto de imprevisibilidades e os erros de avaliação são frequentes, em especial quando as amostras não são depuradas e se confunde, por exemplo, cesariana eletiva com cesariana de emergência. Trata-se de um erro crucial.

Embora controversa, a literatura<sup>568 569 570 571 572 573 574 575 576</sup> insiste que as complicações para a mãe são ainda um pouco mais frequentes em partos cirúrgicos do que em partos por via vaginal. No entanto, estas complicações são cada vez menos prevalentes com o advento da tecnologia e a melhoria das condições de saúde.

---

<sup>568</sup> Armson BA – Is planned cesarean childbirth a safe alternative? Canadian Medical Association Journal. February 13, 2007, 176(4), p. 475/6.

<sup>569</sup> Allen V, O'Connell C, Liston R, et al. - Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *Obstetric Gynaecol* 2003; 102: 477-82.

<sup>570</sup> Allen VM, O'Connell CM, Basket TF. - Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared induction of labor at term. *Obstetric Gynaecol* 2006; 108: 286-94.

<sup>571</sup> Wagner M. Choosing Cesarean section. *The Lancet*, volume 356, issue 9242, p. 1677-80. November, 2000.

<sup>572</sup> Fogelson Ns, Menard MK, Hulsey T, Ebeling M. – Neonatal impact of elective repeat cesarean delivery at term: a comment on patient choice cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, volume 192, issue 5, May 2005, p. 1433-1436.

<sup>573</sup> Liu S. et al. – Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*, February 13, 2007, 176(4)

<sup>574</sup> Declerq E, Menacker P, MacDroman M. – Maternal Risk Profiles and the Primary Cesarean Rate in the United States. *American Journal of Public Health*, May 2006, volume 96, n. 5.

<sup>575</sup> Kamath BD. et. al. – Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. *Obstetr Gynecol*, vol. 113, número 6, june 2009, 1231-38.

<sup>576</sup> Liu S. et al. – Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*, February 13, 2007, 176(4), p. 455-61.



Estudos mais recentes sugerem que cesarianas planejadas e partos vaginais planejados têm, ambos, baixos riscos relativos e abosultos de morbidades.<sup>577 578</sup> Um estudo realizado no Reino Unido enfatiza a diferença entre cesarianas realizadas eletivamente de aquelas realizadas de urgência após o início do trabalho de parto. O Relatório sobre Inquéritos Confidenciais sobre a Morte Materna (*Report on Confidential Enquiries into Maternal Death, 1997-1999*) concluiu que o risco relativo de morte com cesariana é estatisticamente insignificante quando comparado com o parto vaginal, mas o risco de mortalidade materna é muito maior nas cesarianas de emergência.<sup>579</sup> No Relatório de 2000/2002, no entanto, um risco aumentado de morte materna foi citado em cesarianas eletivas, assim como nas cesarianas de emergência quando comparado com o parto vaginal. Os investigadores enfatizam que era difícil determinar se a ocorrência era mera coincidência ou consequência da via de nascimento, mas que nenhuma das mortes estava associada com o procedimento da cesariana a pedido ou com complicações anestésicas.<sup>580</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 que os agravos para o feto sejam menores nas cesarianas do que nos partos normais. Os inexplicáveis casos de feto morto retido permanecem um problema devastador na obstetrícia e poderiam ter índices reduzidos com a cesariana eletiva.<sup>581 582</sup>

O *National Institutes of Health* (Estados Unidos da América) divulgou um relatório sobre a cesariana eletiva em 2006 com a seguinte conclusão:

---

<sup>577</sup> Wax JR. – Maternal Request cesarean versus planed spontaneous vaginal delivery maternal morbidity and short term outcomes. *Semin Perinatol* 2006;30: 247-52.

<sup>578 578</sup> Zimmermann JB. Et. al. – Complicações puerperais associadas à via de parto. *Revista Médica de Minas Gerais* 2009; 19(2): 109-116.

<sup>579</sup> Department of Health, Scottish Executive Health Department, Department of Health, Social Services, and Public Safety, Northern Ireland. – *Why Mothers Die? Fifth Report on confidential enquiries into maternal death in United Kingdom, 1997-1999*. London: RCOG Press; 2001.

<sup>580</sup> Department of Health, Scottish Executive Health Department, Department of Health, Social Services, and Public Safety, Northern Ireland. – *Why Mothers Die? Fifth Report on confidential enquiries into maternal death in United Kingdom, 2000-2002*. London: RCOG Press; 2004.

<sup>581</sup> Kahn B, Lumey LH, Zybert PA, et. al. – Prospective risk of fetal death in singleton, twin, and triplet gestations: implications for practice. *Obstet Gynecol* 2003;102:685-92.

<sup>582</sup> Reddy UM. Prediction and prevention of recurrent stillbirth. *Obstet Gynecol* 2003;102:1151-64.

“A magnitude da cesariana a pedido é difícil de quantificar. As evidências são insuficientes para avaliar amplamente os benefícios e riscos da cesariana a pedido comparados aos riscos do parto normal planejado. Qualquer decisão para realizar a cesariana a pedido deve ser cuidadosamente individualizada e ser consistente com princípios éticos”.

583

Acredito, portanto, que os defensores mais ardentes <sup>584 585</sup> do parto normal assumem uma arraigada postura que é muito mais ideológica do que técnica, muito mais burocrática do que ética. O que desponta no discurso dos defensores do argumento de que o parto normal é melhor porque é natural – para as gestantes do Sistema Público, é claro – é uma arraigada intolerância para com aqueles que opinam contrariamente.

As mulheres gestantes, estas que carregam em seus ventres criaturas humanas ainda em fase de formação destinadas a perpetuar a espécie humana, não podem ser tabuladas ou classificadas e muito menos obrigadas a parir seus filhos por via vaginal, apenas pela imposição verticalizada e autoritária da impiedosa burocracia estatal, autofecundante, que se infiltra na administração pública com o cansado aforisma de que o parto normal é regra porque é natural e porque é assim que parem as macacas nas florestas, no topo das árvores, agregadas ao que existe de mais natural.

Sobre a liberdade em fazer escolhas, Mill cita que,

Quem deixa que o mundo, ou uma porção deste, escolha seu plano de vida, não tem necessidade senão da faculdade de imitação dos símios. Quem escolhe para si mesmo o próprio plano emprega todas as faculdades. Necessariamente usa observação para ver, o raciocínio e o

---

<sup>583</sup> National Institutes of Health: State-of-the Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstetric and Gynecology*, volume 107, n.6, June 2006.

<sup>584</sup> 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. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. Vol 98, 2001, p. 9-13.

<sup>585</sup> Ray C, Boithias C, Castaigne-Meary V, et al. - Caesarean before labour between 34 and 37 weeks: What are the risk factors of severe neonatal respiratory distress?. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*. Vol 127, 2006, p. 56-60.

juízo para prever, a atividade para coletar materiais para decisão, o discernimento para decidir e, uma vez que decide, a firmeza e o autocontrole para manter a decisão deliberada.<sup>586</sup>

As pessoas humanas em muito diferem dos animais, existe na pessoa uma dimensão racional, espiritual, além de uma vivência social e ambiental. O argumento de que o parto normal é melhor porque é natural é um argumento frágil, um reducionismo, é uma negação da racionalidade humana e da capacidade que homem, historicamente, adquiriu de, cada vez mais, controlar a natureza.

Para Merlin Donald,

“se compararmos a arquitetura representacional tão complexa da mente moderna com a dos macacos, temos que concluir que o Universo Darwiniano é demasiado pequeno para conter a humanidade. Somos de uma ordem diferente[...] Talvez os nossos genes sejam muito idênticos aos dos chimpanzés e dos gorilas, mas a nossa arquitetura cognitiva não o é. E tendo atingido um ponto crucial na nossa evolução cognitiva, somos criaturas que usam símbolos, ligados em rede, diferentes de qualquer outra criatura anterior a nós. As nossas mentes funcionam em vários planos representacionais, filogeneticamente novos, nenhum dos quais está disponível aos outros animais.”<sup>587</sup>

Vitor Feytor Pinto afirma que:

“O ser humano distingue-se dos outros seres a vários níveis. Não é apenas um ‘ser racional’. Ver na pessoa humana um “animal racional” é limitativo e redutor. O ser humano é muito mais do que isso. Daí que só

---

<sup>586</sup> Mill JS. – A Liberdade e o Utilitarismo. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2000, p. 90.

<sup>587</sup> Donald M. – Origins of the modern mind. Harvard University Press, Cambridge, 1993. Disponível na Internet: <http://trevorstone.org/school/donaldreview.html>

se realize em sociedade, na relação constante com os outros, com as coisas e, também, com Deus.<sup>588</sup>

Para Machado,

“De fato, não basta o conhecimento da existência do outro, que se realiza no âmbito da razão prática, mas onde eu sou o sujeito e o outro permanece como objeto. Os navegantes espanhóis tiveram conhecimento da existência dos ‘índios’, ainda que sua atitude em relação aos mesmos tenha se aproximado minimamente da idéia de tolerância aqui analisada. Além do conhecimento, é necessário compreender o outro, o que se exige a disponibilidade para colocar-se em seu lugar e enriquecer a perspectiva pessoal com a percepção das relações que se estabelecem do ponto de vista do outro. Tal atitude compreensiva, no entanto, ainda é insuficiente para a caracterização de uma atitude tolerante, em razão justamente da expectativa de simetria que frequentemente subjaz. A compreensão do outro costuma ocorrer por meio da assimilação de suas características pelo referencial daquele que compreende como se realizasse certa tradução de seus horizontes na linguagem compreensiva. A tolerância, no entanto, deve fundar-se em outra atitude, que pressupõe o respeito, o reconhecimento[...] De fato, cada ser humano pode ser caracterizado por um amplo espectro de habilidades, de interesses, de competências, frequentemente associados à idéia de uma inteligência individual, diretamente associada à capacidade de ter vontades, de estabelecer metas, de criar, de sonhar, de ter projetos. Distintos indivíduos constituem-se como diferentes espectros, a serviço de diferentes projetos de vida, e em múltiplos sentidos tais espectros são incomparáveis: é impossível

---

<sup>588</sup> Pinto VF. – Desafios à sexualidade humana. Coletânea Bioética Hoje X. Org Rui Nunes e Guilhermina Rego. Gráfica de Coimbra, Janeiro de 2006. Pg 23.

estruturá-los em uma relação de ordem, distinguindo o melhor, o pior, ou estabelecendo uma hierarquia de valores”.<sup>589</sup>

A Bioética traz no seu bojo a necessidade de trazer o assunto à tona até o completo esgotamento. As resistências são, compreensivelmente, imensas e as discussões apaixonadas. Para este autor, as mulheres pobres devem ter o direito a optar por uma cesariana eletiva e não podem ficar excluídas do projeto bioético.

Como referiu Luís Archer:

“A Bioética eclodiu, há cerca de três décadas, como um grito de alerta vibrado por médicos e biólogos face às incríveis possibilidades das novas tecnologias. Perante os novos poderes que a ciência dá ao Homem sobre a vida e sobre si próprio, é imperioso que a sociedade tome consciência de todas as suas consequências em longo prazo e, num diálogo transdisciplinar e pluralista, aberto a um público cada vez mais informado, tome todas as decisões necessárias para evitar a degradação da vida e da Terra, possibilitar a sobrevivência do Homem em nosso planeta e dar-lhe um futuro autenticamente humano. Bioética é a opção da sociedade sobre os comportamentos e aplicações das tecnologias que lhe convêm. É expressão da consciência pública da humanidade. É charneira entre o possível e o conveniente. Entre tecnologia galopante e humanidade imprescindível”.<sup>590</sup>

Nestes novos tempos, entre tantas inovações tecnológicas, tem ocorrido também uma mudança na forma escolhida para o nascer. O mesmo acontece com, as cada vez mais,

---

<sup>589</sup> Machado, JN. - Sobre a idéia de Tolerância Editado pelo Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. Disponível na Internet: <http://www.iea.usp.br/artigos>

<sup>590</sup> Archer L. – discurso proferido na abertura do 1º Congresso Nacional de Bioética, realizado na cidade do Porto, em 16 e 17 de abril de 2000, por ocasião das comemorações dos cento e setenta e cinco anos da criação da Real Escola de Cirurgia do Porto. O professor Luis Archer, Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, efetuou a alocação subordinada ao tema O Congresso da Sabedoria e da Esperança. Citado por Rui Nunes em A Ética e o Direito no início da vida Humana. Gráfica de Coimbra, outubro de 2001, P. 12.

apuradas técnicas de fertilização extraútero, conquista da ciência que não é mediada pela evolução Darwiniana, mas pela interferência do Homem, um fenômeno artificial que é provocado pelos próprios seres humanos.

O aumento dos índices de cesarianas verificado em todo o mundo tem sido motivado, entre outras causas, pelos instrumentos da tecnologia que incorporam, cada vez mais, conforto e segurança para as gestantes que optam pelo procedimento. Nestas reflexões, podemos dizer, ao menos provisoriamente, que o julgamento baseado no princípio da beneficência – estreitamente relacionado com a evidência científica existente – não é claro na indicação sistemática do parto vaginal, sendo que em muitos trabalhos é relatado como causador de menores índices de complicações, apesar do incremento substancial da tecnologia.<sup>591</sup> Lee & D' Alton afirmam, baseados na literatura, que não existe um risco aumentado para a cesariana eletiva, mas os trabalhos são inadequados para estimar acuradamente o risco absoluto de uma cesariana eletiva ou a pedido.<sup>592</sup> Mas, uma aplicação séria e genuína do princípio da beneficência e do princípio da não maleficência implicará que se realizem meta-análises internacionais, comparando os resultados de parto por via vaginal *versus* cesariana eletiva não complicada.

Os médicos devem responder a todas as indagações para a paciente que pede uma cesariana e devem oferecer todas as informações relacionadas ao procedimento, e, ainda, arguir que a mulher estará exercendo seu direito à autonomia de forma significativa. Nestes casos, atender à solicitação da paciente e realizar a cesariana é eticamente permissível. E, 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 a cirurgia, sejam imediatos, sejam tardios, ou se prefere permanecer obesa. O mesmo princípio se aplica à cesariana por opção. A indicação da via de parto deve levar em conta a satisfação da mulher grávida, seus anseios e seus desejos e não os desejos dos burocratas que, baseados em prerrogativas pouco consistentes, se propõem a tutelar a vontade das usuárias do sistema de saúde que carregam seres humanos em formação no interior de seus úteros e muitos outros tantos projetos e planos de vida em seus sonhos.

---

<sup>591</sup> Dola C, Longo S, Nelson L, Terrassa M. – How safe is modern-day cesarean delivery? American Journal of Obstetric and Gynecology, volume 189, issue 6, Supplement 1, December 2003, p. S133.

<sup>592</sup> Lee UM, D' Alton ME. – Cesarean Delivery on Maternal Request: the impact on mother and newborn. Clin Perinatol 35 (2008) 505-518.

## O Princípio da Justiça

O Princípio da Justiça se baseia na distribuição equitativa, universal do que é merecido. É a alocação justa de recursos financeiros e de outros benefícios sociais. Requer que benefícios e recursos financeiros sejam distribuídos de forma equitativa entre todos. Uma injustiça ocorre quando algum benefício a que a pessoa faz jus é negado sem um motivo razoável. No caso da saúde, se um determinado benefício reduz os indicadores de morbidade e mortalidade de uma minoria em detrimento de uma diminuição destes indicadores para uma maioria, então, o princípio da justiça estará sendo incumprido.

Para John Rawls,

“A justiça é a virtude primeira das instituições sociais, assim como a verdade o é dos sistemas de pensamento. Por mais elegante e econômica que seja, deve-se rejeitar ou retificar a teoria que não seja verdadeira; da mesma maneira que as leis e as instituições, por mais eficientes e bem organizadas que sejam, devem ser reformuladas ou abolidas se forem injustas. Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça que nem o bem-estar de toda a sociedade pode desconsiderar”<sup>593</sup>.

Acrescento que o índice de cesarianas não pode e não deve ser indicador de qualidade para os serviços de obstetrícia, pois não existem parâmetros ou evidências científicas para sustentar ou quantificar o índice ideal de cesarianas para uma determinada comunidade, que deveria levar em conta, por exemplo, as dimensões médias da pelve feminina, por exemplo.

Artigo de Sachs, no NEJM alertava, ainda em 1999, que:

“O objetivo de reduzir os índices de cesariana para 15% pode ter um efeito danoso para a saúde materno-fetal. Não há evidência para o

---

<sup>593</sup> Rawls, J. – Uma teoria da Justiça. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2008, p.4.

estabelecimento deste índice. A fixação deste índice é um autoritarismo na abordagem e nos cuidados de saúde com o nascimento. Isto implica que as mulheres não podem dizer não para com seu próprio cuidar. Os riscos e benefícios destas várias abordagens claramente devem ser discutidos com os pacientes”.<sup>594</sup>

Não se pode recomendar o mesmo indicador para as mulheres gestantes anglo-saxônicas, robustas e longilíneas, que para as nordestinas brasileiras, vulneráveis e brevilíneas, que, por uma imposição autoritária e injusta, não podem escolher entre o conforto da cesariana eletiva e os traumas, os infortúnios do parto normal imposto pelos burocratas, donos de todas as verdades, que gerenciam a rede pública.

Para Mill:

“Os seres humanos não se parecem com ovelhas, e mesmo as ovelhas não são indistintamente semelhantes. Um homem não pode adquirir um casaco ou um par de botas que lhe convenha se não forem fabricados sob medida, ou se não tem à disposição uma loja com todos esses artigos à sua escolha; e será mais fácil ajustá-lo a uma vida do que a um casaco, ou os seres humanos se parecem mais uns aos outros em toda sua confirmação física e espiritual que na forma de seus pés? Se os homens se diferenciasssem tão só quanto ao gosto, tal razão já seria suficiente para não tentar talhá-lo segundo um único molde. Mas pessoas diferentes exigem, também, diferentes condições para o desenvolvimento espiritual e não podem existir com saúde no mesmo clima moral, tal como todas as variedades de plantas não resistem aos mesmos climas e atmosferas físicos.”<sup>595</sup>

---

<sup>594</sup> Sachs BP, Castro MA. – The risks of lowering the cesarean delivery rate. NEJM Souding Board, volume 340:54-57, January 7, 1999, number 1.

<sup>595</sup> Mill, JS. – A Liberdade e Utilitarismo. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2000, p.103-4.



Devo 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>596</sup>.

Para John Rawls:

“Os homens devem decidir de antemão como devem regular suas reivindicações mútuas e qual deve ser a carta fundacional de uma sociedade. Assim como cada pessoa deve decidir por meio de reflexão racional o que constitui seu bem, isto é, o sistema de fins que lhe é racional e deve procurar também um grupo de pessoas que deve decidir, de uma vez por todas, o que será considerado justo ou injusto. A escolha que seres racionais fariam nessa situação hipotética de igual liberdade, presumindo-se, por ora, que esse problema de escolha tem solução, define os princípios da justiça”<sup>597</sup>.

Mas qual o indicador ideal para as cesarianas? Assim responde Klein:

“Em nossa cultura atual, ninguém deve esperar uma redução nos índices de cesarianas sem reeducar o público e os profissionais médicos de que a maioria dos nascimentos ocorre sem interferência e que muitos

---

<sup>596</sup> Ecker JL, Frigoletto FD. - Cesarean Delivery and the risk-Benefit Calculus. NEJM March 1, 2007 Volume 356:885-888.

<sup>597</sup> Rawls, J. – Uma teoria da Justiça. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2008, p.14.

efeitos colaterais não podem ser antecipados e nem prevenidos pela cirurgia cesariana. Mudanças culturais demoram a ocorrer, requerem envolvimento de lideranças e suportes de base. Neste meio de caminho, deixe que todos pratiquem a melhor obstetrícia que eles conhecem ou sabem, e deixem o índice de cirurgia cesariana procurar seu nível real”.

598

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 mulheres grávidas provenientes de classes sociais desfavorecidas existe uma imposição vertical e monocrática para a realização de um parto vaginal.

Mais uma vez, a aplicação concreta e específica do princípio da justiça implica que sejam efectuados estudos idôneos sobre os custos comparados entre o parto por via vaginal e o parto por cesariana (a pedido, não complicado). Os custos diretos e os custos indiretos, por exemplo decorrentes de ter que manter um maternidade disponível 24 horas por dia sete dias por semana para atender aos partos por via vaginal que, por regra, não podem ser planejados. Sem mencionar os custos relacionados com as litigâncias por negligência resultante do não planejamento do momento exato do nascimento.

Estudos de impacto econômico relativo entre os dois procedimentos não demonstrarão, porventura, uma diferença assinalável entre o custo unitário de cada tipo de parto. Pelo que a aplicação do princípio da justiça não será tanto em torno dos custos da saúde mas, ao invés, sobre se é justo ou não discriminar ilegitimamente um determinado setor da sociedade já por si sujeito a fenômenos de exclusão social.

---

<sup>598</sup> Klein, MC. – Quick fix culture: the cesarean-section-on-demand debate. *Birth* 31 (2004), P. 161-164.

## O Princípio da Autonomia

Sobre liberdade e autonomia, assim se manifesta John Stuart Mill,

“Nenhuma liberdade é livre se não se respeitam, em conjunto, essas liberdades, seja qual for sua forma de governo; e nenhuma sociedade é completamente livre se tais liberdades não existirem em caráter absoluto e sem reservas. A única liberdade merecedora desse nome é a de buscar nosso próprio bem da maneira que nos seja conveniente, contanto que não tentemos privar outros do que lhes convém, ou impedir seus esforços de obtê-lo. Cada um é o guardião adequado de sua própria saúde, seja física, seja mental ou espiritual. A liberdade ganha mais tolerando que cada um viva conforme o que lhe parece bom do que compelindo cada um a viver conforme pareça bom ao restante”.<sup>599</sup>

Os relatos da literatura são ainda controversos, mas na opinião deste autor, chegará em breve o tempo – se é que já não chegou – 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, a gestante e esta 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.

Continua Mill,

“Não existe, com efeito, nenhum princípio reconhecido mediante o qual se possa habitualmente testar a propriedade ou impropriedade da interferência governamental. As pessoas decidem de acordo com suas preferências pessoais. Algumas, sempre quando percebem que é possível fazer o bem ou remediar o mal, de bom grado instigariam o governo a

---

<sup>599</sup> Mill, JS. – A Liberdade e Utilitarismo. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2000, P. 22.

empreender tal tarefa, enquanto outras preferem suportar quase qualquer quantidade de mal social a acrescentar mais um aos departamentos dos interesses humanos receptivos ao controle governamental”.<sup>600</sup>

Edmund Pellegrino, em recente depoimento à Revista Ser Médico, uma publicação do Conselho Regional do Estado de São Paulo declara:

“Violar a Autonomia de alguém é violar a dignidade do ser humano. A questão é como resolver os conflitos sem subjugar o outro, uma vez que o respeito à Autonomia deve ser recíproco entre o médico e seu paciente. Se o paciente toma uma decisão livre, válida e sem coerção sobre não usar um determinado tratamento, esta deve ser respeitada. Entretanto, este também não tem o direito de microgerenciar a decisão do médico: não se pode pretender que sejam violadas sua moralidade profissional ou integridade pessoal.”<sup>601</sup>

O obstetra tecnicamente preparado e competente sabe qual a melhor data para proceder a uma cesariana eletiva. Os dados dos exames ultrassonográficos aliados ao exame clínico permitem precisar a data ideal que deve ser sempre após 39 semanas de gestação. É preciso estar atento para não atender aos caprichos de jovens mães ansiosas para “se livrar logo daquela barriga” que traz vários incômodos, em especial para as mais vaidosas. Cada indivíduo sabe o que é melhor para seu próprio bem-estar e a gestante é a melhor advogada para defender sua saúde e a saúde de seu bebê.

Para este autor, a gestante, seja ela proveniente de classes sociais abastadas, seja ela proveniente das classes desfavorecidas, deve dispor de autonomia para decidir sobre se quer ou não ter filhos e, se decide gerar filhos, tem o direito de escolher a via de nascimento do seu filho ou filha. O cerceamento da autonomia pode acarretar infortúnios. O parto pela

---

<sup>600</sup> Mill, JS. – A Liberdade e Utilitarismo. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2000, p.16-17.

<sup>601</sup> Pellegrino E. – O bem estar do paciente deve suplantar os interesses do médico. Revista Ser Médico. Publicação do Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo. Número 36, Ano XIV, Jul/Ago/Set/ 2011. p. 4-8.

via vaginal não pode ser uma imposição, um decreto travestido de argumentos inconsistentes como, por exemplo, o conteúdo dos dois últimos parágrafos do documento da ANS:

“O desempoderamento da mulher no nascimento de seus filhos tem repercussões na sociedade como um todo, pois será ela a principal guardiã de seus valores e quem a eles vai lhes ensinar as primeiras idéias. O Parto é um momento pleno de afeto e sexualidade e a intervenção desmedida pode ter efeitos devastadores – físicos e psicológicos – para a mãe e para o bebê. Além disso, ‘se quisermos verdadeiramente mudar a humanidade temos que mudar a forma como nascemos’ como já nos dizia Odent”.<sup>602</sup>

A frase é epidérmica, superficial, incompreensível. Honestamente, há de se convir que mudar a humanidade é uma tarefa um tanto complexa e mudar a forma de nascer não parece uma ferramenta muito eficiente neste sentido. O nascimento é somente um momento delicado da maternidade que se iniciou na fecundação, continuou com o crescimento e desenvolvimento do embrião e a vida do ser humano haverá de prosseguir em aprendizado constante, em experiências sucessivas, renovadoras e transformadoras.

Michel Odent é um médico obstetra francês, defensor do parto sob a água<sup>603</sup> e recomenda o teste da piscina de parto como uma “estratégia futurista” na qual a gestante em trabalho de parto deve permanecer imersa em água à temperatura corporal e, caso a dilatação não ocorrer em um período de 1 a 2 horas, pode-se concluir que há um obstáculo mecânico e que, nestes casos é aconselhável realizar a cesariana.<sup>604</sup>

O texto da ANS continua, então, no parágrafo seguinte:

---

<sup>602</sup> Odent M. – Nascimento Renascido. Editora Errepar S/A, Argentina, 1984. O artigo foi originalmente publicado no Jornal Bem Estar de Porto Alegre em 2007.

<sup>603</sup> Odent M. – Birth under water, Lancet 1983: 1476-7.

<sup>604</sup> Odent M. – A cesariana. Editora Saint Germain, 2004, Santa Catarina, p. 107.

“Para construirmos um mundo menos violento, mais amoroso, mais digno, respeitável e justo temos que começar com o nascimento, para que todos possam chegar a este mundo envoltos numa aura de carinho e amor”.<sup>605</sup>

A frase é extremamente infeliz, improcedente. A via de parto, seja a via vaginal, seja a via abdominal, qualquer destas não interfere na quantidade de carinho e amor que a mãe, o pai, ou ambos, vão dedicar aos seus filhos. Uma pergunta coloca fim a esta questão: qual o papel da via de parto no grau de felicidade nos casos das crianças que são adotadas? Crianças adotadas, em larga maioria, foram frutos de gestações indesejadas, desconhecem não só a forma como nasceram e acabam por não saber sequer por quem foram geradas. São crianças que vieram ao mundo por “caminhos tortos” e nem por isso estão condenadas à infelicidade irreversível. A frase de Odent se tornou paradigmática e se reproduz em outros trabalhos com conteúdo e apelos francamente corporativistas como o texto abaixo transcrito:

“A enfermeira obstetra é um dos profissionais mais apropriados para o acompanhamento da gestação e partos normais de baixo risco. Estudos realizados na Inglaterra e Estados Unidos demonstraram que os partos assistidos pelas enfermeiras obstetras apresentam menores índices de cesarianas, de uso de fórceps, de indução do parto, controle eletrônico do foco e menor frequência do uso de medicação, o que reflete no nascimento de bebês apresentando melhores índices de Apgar.”<sup>606</sup> Historicamente a medicina foi transformada num poder pela sociedade capitalista como estratégia de um controle social e peça fundamental do existir dessa sociedade. O saber médico transformou a arte de curar em

---

<sup>605</sup> Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. – Rio de Janeiro, 2008. p. 153  
Disponível na Internet: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro\\_parto\\_web.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro_parto_web.pdf) .  
Acessado em 21 de abril de 2008.

<sup>606</sup> Merighi MAB, Gualda DMR. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. Rev Diagn Tratamento 2002 abril/maio/junho; 7(2):6-10.

poder de curar. Por outro lado, a enfermagem obstétrica, em desvantagem histórica de gênero, por muito tempo não conseguiu formar uma corporação profissional capaz de conquistar um espaço com autonomia respeitada, e que foi enfraquecendo pelo poder político da medicina. Vide as falas das enfermeiras que, mesmo nos cuidados de responsabilidade da enfermagem (banho, deambulação), ocorre a interferência decisória da medicina[...] Os resultados evidenciaram que as enfermeiras entendem que o processo de humanização se deu por imposição da política governamental, a qual objetiva a diminuição das taxas de cesarianas e a melhoria da assistência à mulher. Acreditam que, para que isso ocorra, há necessidade de mudança de paradigma, na qual incluam a mulher como protagonista do processo. Na prática cotidiana o que mais as enfermeiras conseguem realizar é o apoio e orientação através dos cursos de gestante, mas procuram oferecer medidas de conforto como ambiente calmo e banho, permitir acompanhante e evitar intervenções como a tricotomia, enema e uso de ocitocina. As mulheres precisam ser educadas, dando a elas estímulo para serem protagonistas de suas vidas, incluindo não só a vida reprodutiva, mas também seu empoderamento, para se defender da discriminação e da violência.<sup>607</sup> Indivíduos respeitados no seu processo de nascer (acolhidos) são, potencialmente, futuros cidadãos resolvidos, com menor potencial para se envolverem com a droga e a violência. ‘Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer.’<sup>608</sup>

A autonomia pressupõe o direito de escolher que deve ser baseada na informação transmitida de forma transparente, clara e verdadeira por profissionais responsáveis e comprometidos que têm a obrigação ética de tornar as gestantes competentes para uma escolha. Diante de uma solicitação da gestante para proceder a uma cesariana a pedido,

---

<sup>607</sup> Brüggemann OM. Buscando conhecer as diferentes partituras da humanização. In: Oliveira ME, Zampieri FM, Brüggemann OM. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura; 2001.

<sup>608</sup> Castro JC, Clapis MJ. - Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev. Latino-Am. Enfermagem volume.13 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005.

Minkoff opina que o médico deve responder por meio de um amplo processo informado e consentido com a sugestão de que a mulher reconsidere seu pedido para assegurar que sua autonomia estará sendo formalmente exercida. Nestes casos, atender ao pedido da paciente é eticamente aceitável.<sup>609</sup>

O mesmo respeito que é concedido à autodeterminação reprodutiva das mulheres que têm Autonomia para decidir sobre a realização de um aborto, à procriação medicamente assistida, ao planejamento familiar, à contracepção, à contracepção de emergência tem seu equivalente na decisão de escolher a via de parto de acordo com seus valores e preferências.

O NICE Clinical Guideline 132 faz a seguinte recomendação diante de uma gestante que escolhe a cesariana como a via de parto para seu bebê:

“Quando uma gestante solicita a cesariana como via de parto sob a alegação de ansiedade diante do nascimento, é recomendável encaminhar esta paciente para um especialista em saúde mental durante o pré-natal para ajudar a gestante a controlar a ansiedade de forma suportável. Para aquelas gestantes que insistirem na realização de cesariana eletiva mesmo após a oferta de suporte psicológico adequado, o parto normal passa a ser uma opção não aceitável e a cesariana planejada deve ser indicada. Caso o profissional de obstetrícia se recuse a realizar a cesariana eletiva, deverá, então, encaminhar a gestante para um profissional que faça o procedimento.”<sup>610</sup>

Em 12 de abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal de Justiça, instância máxima da justiça no Brasil deliberou, por 8 votos a favor e 2 votos contrários, sobre o direito de as

---

<sup>609</sup> Minkoff H, Powderly KR, Chervenack F, McCullough LB. – Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* vol. 103, number 2, February 2004.

<sup>610</sup> NICE clinical guideline 132 - Caesarean section pg. 6 of 56. Disponível na Internet: [guidance.nice.org.uk/cg132](http://guidance.nice.org.uk/cg132). Acessado em 29 de janeiro de 2013.



gestantes optarem pela interrupção da gravidez em caso de gestações com fetos anencefálicos e o presidente da Corte, Cezar Peluso, um dos dois ministros com votos contrários, afirmou que este foi "o maior julgamento da história do Supremo". O relator do processo, ministro Marco Aurélio Mendes de Mello, assim proferiu seu voto que se relaciona a Autonomia da gestante sobre seu corpo:

“que a imposição estatal da manutenção de gravidez cujo resultado final será a morte do feto vai de encontro aos princípios basilares do sistema constitucional. Para ele, obrigar a mulher a manter esse tipo de gestação significa colocá-la em uma espécie de ‘cárcere privado em seu próprio corpo, deixando-a desprovida do mínimo essencial de autodeterminação, o que se assemelha à tortura. Cabe à mulher, e não ao Estado, sopesar valores e sentimentos de ordem estritamente privada, para deliberar pela interrupção, ou não, da gravidez’, afirmou, acrescentando estar em jogo a privacidade, a autonomia e a dignidade humana dessas mulheres, direitos fundamentais que devem ser respeitados. Na interpretação do ministro, ao Estado cabe o dever de informar e prestar apoio médico e psicológico à paciente antes e depois da decisão, independente de qual seja ela, o que hoje é perfeitamente viável no Brasil.”<sup>611</sup>

No tocante a decisão de interrupção da gravidez de fetos anencefálicos, vários ministros ponderaram sobre a interferência do Estado sobre decisões que cabem a cada família e, em especial, a cada gestante. E assim se pronunciou a ministra Carmen Lúcia em seu voto:

“Não há bem jurídico a ser tutelado como sobrevalor pela norma penal que possa justificar a impossibilidade total de a mulher fazer a escolha sobre a interrupção da gravidez, até porque talvez a maior

---

<sup>611</sup> Disponível na Internet. Site do Supremo Tribunal Federal de Justiça. Acessado em 12 de abril de 2012. <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204680>

indicação de fragilidade humana seja o medo e a vergonha [...] a mulher que não pode interromper a gravidez de feto anencéfalo “tem medo do que vai acontecer, medo físico, psíquico e de vir a ser punida penalmente por uma conduta que ela venha a adotar. A ministra frisou que nada fragiliza mais o ser humano do que o medo e a vergonha.”<sup>612</sup>

Os admiradores de Immanuel Kant – entre os quais este autor se inclui – poderiam sumarizar o espírito da ética de Kant como “ter a coragem de ser livre e respeitar a liberdade dos outros”.

Dar à 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.

---

<sup>612</sup> Disponível na Internet. Site do Supremo Tribunal Federal de Justiça. Acessado em 12 de abril de 2012. <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204756>

## REFERÊNCIAS

Abbagnano, N. – Dicionário de Filosofia. Edição revista e ampliada. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2007.

Abdul-Rahim HF, Abu-Rmeileh NM, Wick L. - Cesarean section deliveries in the occupied Palestinian territory (oPt): an analysis of the 2006 Palestinian Family Health Survey. Health Policy. 2009 Dec;93(2-3):151-6. Epub 2009 Aug 11.

Abortion surveillance — United States, 2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2011; 60:2-12.

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Committee Opinion, number 395, January 2008. Obstet Gynecol 2008;111:243-7.

Adzick NS, Thom EA, Spong CY, et al. - A randomized trial of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. N Engl J Med 2011; 364:993-1004.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. – Rio de Janeiro, 2008.

Disponível na Internet: Acessado em 21 de abril de 2008.

[http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro\\_parto\\_web.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro_parto_web.pdf)

Allen VM, O'Connell CM, Farrell AS, Baskett TF. - Economic implications of method of delivery. American Journal of Obstetric and Gynecology, volume 193, issue 1, July 2005, p. 192-197.

Allen VM, O'Connell CM, Basket TF. - Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared induction of labor at term. Obstetric Gynaecol 2006; 108: 286-94.

Allen V, O'Connell C, Liston R, et al. - Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. Obstetric Gynaecol 2003; 102: 477-82.

Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. – Obstetricians' personal choice and mode of delivery. Lancet 1996;347:544.

Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. – Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. Eur J Gynecol Reprod Biol 1997;73:1-4.

Alran S. et al. – Differences in management and results in term-delivery in nine European Referral hospitals: descriptive study. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 103 (2002) 4-13.

Alves B, Sheikh A. Investigating the relationship between affluence and elective caesarean sections. *Br L Obstet Gynaecol.* 2005; 112(7): 994-6.

Alves R. - *Da Esperança*. Editora Papirus, Campinas, 1987, p.19.

Alves R. – *O infinito na palma da sua mão*. Editora Verus, Campinas SP, 2007, p. 25.

Andrade EA – *Sonhos ao Vento*. Publicação do Conselho Federal de Medicina, Brasília, 2011, p. 45-50.

Andrade P. et. al. – Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *RBGO*, volume 26, número 9, 2004, p. 697-702.

Andrist, LC. – The implications of objetificacion theory for women´s health: menstrual supression and “maternal request” cesarean delivery. *Health Care for Women International*, 29:551-56, 2008.

Angeja ACE, et all. – Chilean women´s preferences regarding mode of delivery: wich do they prefer and why? *BJOG* 2006; 113: 1253-1258.

Apgar V. – A proposal of a new method of evaluation of the newborn infant. Presented at the 27th Annual Congress os Anesthetists, Joint Meetin of the International Anesthesia Research Society and International College of Anesthetists, Virginia Beach, Va, September 22-25, 1952.

Apud. Lavender T, Hofmeyer GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GMI. Caesarean Section for non-medical reasons. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No: CD0046660. DOI:10.1002/14651858. CD004660. Pub2, 2006.

Araújo MR. - Parto em casa: retrocesso. *Jornal do CREMERJ*, março 2008, p. 4. Artigo também publicado no *Jornal do Brasil* em 16 de março de 2008.

Archer L. – discurso proferido na abertura do 1º Congresso Nacional de Bioética, realizado na cidade do Porto, em 16 e 17 de abril de 2000, por ocasião das comemorações dos cento e setenta e cinco anos da criação da Real Escola de Cirurgia do Porto. O professor Luis Archer, Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, efetuou a alocução subordinada ao tema O Congresso da Sabedorai e da Esperança. Citado por Rui Nunes em *A Ética e o Direito no início da vida Humana*. Gráfica de Coimbra, outubro de 2001, p. 12.

Arendt H. – *A condição Humana*. 10ª edição. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, p. 16, 2008.

Arikan DC. et al. - Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. Volume 284, Number 3 (2011), 543-549, DOI: 10.1007/s00404-010-1682-z

Armson BA – Is planned cesarean childbirth a safe alternative? Canadian Medical Association Journal. February 13, 2007, 176(4), p. 475/6.

Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná, Curitiba, volume 22, número 85, jan/Mar, 2005, p. 48-49.

Arthur WB. – autor de Nature of Technology. Revista Veja. Editora Abril, edição 2163 – ano 43 – número 18, 5 de maio de 2009. p.134.

Asco Daily News – The Official Daily Newspaper of the Asco Meeting. Saturday May, 30, 2009, issue 1, Orlando, Florida, Section A.

Associação Portuguesa de Bioética.

[http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1206955463p\\_12\\_apb\\_08\\_cesariana.pdf](http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1206955463p_12_apb_08_cesariana.pdf)

Acessado em 11 de maio de 2009.

A UNIMED de Manaus é uma cooperativa de médicos que presta serviços de Saúde Suplementar e tem em seu quadro de cooperados aproximadamente 1.050 médicos nas diversas especialidades.

A UNIMED de Rio Branco é uma cooperativa de médicos que presta serviços de Saúde Suplementar e tem em seu quadro de cooperados aproximadamente 192 médicos nas diversas especialidades.

A UNIMED de Rondônia é uma cooperativa de médicos que presta serviços de Saúde Suplementar e tem em seu quadro de cooperados aproximadamente 270 médicos nas diversas especialidades.

Azad AK. et al. Racial differencer in Cesareans: na analysis of US 2001 National Inpatient Sample Data. Obstetrics & Gynecology 2005;105:710-718.

Azevedo AOA. – Decisões Clínicas Eticamente Orientadas. Ética e Bioética. Coletânea de Srtigos. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Editora Stampa, Porto Algre, 2006, 1ª Edição, p. 78-79.

Azevedo GD. et. al. – Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. RBGO, volume 24(3): 181-185, 2002.

Backe B, Salvesen KA, Sviggun O. – Norwegian obstetricians prefer vaginal route of delivery. Lancet 2002;359:629

Bagratee JS, et all. – Prophylactic antibiotics at elective cesarean section did not reduce infectious morbidity. BR J Obstet Gynaecolo 2001; 108: 143-148.

Banerjee M, Raje G, Sule M. International Journal of Gynecology and Obstetrics 107S2 (2009) S413-S729.

Barbas S. – Direito do Genoma Humano. Dissertação de doutoramento em Ciências Jurídicas da Universidade Autónoma de Lisboa. Editora Almedina, Lisboa, 2007, p. 214.

Barbosa GP, et al. - Parto Cesáreo: quem o deseja e em quais circunstâncias? Cadernos de Saúde Pública, volume 19, número 6, Rio de Janeiro, novembro/dezembro, 2003.

Baudelocque JL. - Recherches et réflexions sur l'opération césarienne, Paris, An VII (1798), Académie Nationale de Médecine. Rapporté par J. Paul Pundel, op. Cit. p. 181.

Baytur YB. Et al. – Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2005) 88, 276-280.

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. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology. Vol 98, 2001, p. 9-13.

Bergeron V. – The Ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologist's position on patient choice surgery. Bioethics, volume 21, number 9, 2007, p. 478-487.

Bergholt T, Ostberg B, Legarth J, Weber T. - Danish obstetrician's personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004 March;83(3): 262-6.

Berlinger G. – Bioética Cotidiana. Editora Universidade de Brasília, 2004, p. 13-15.

Bernstein OS. – Patient- Choice Cesarean Delivery: Really a Choice? Birth 34:1 March 2007.

Bettes BA et al. – Cesarean Delivery on Maternal Request. Obstetrics and Gynecology vol 109, n 1, January 2007.

Bhutta ZA, et al. - Delivering interventions to reduce the global burden of stillbirths: improving service supply and community demand. BMC Pregnancy Childbirth. 2009 May 7;9 Suppl 1:S7.

Bíblia de referência Thompson. Editora Vida, São Paulo, SP, 1999, p. 3.

Bilert H. – Tokophobia – a multidisciplinary problem. Ginekol Pol. 2007 Oct;78(10):807-11.

Birnbaum, C. - What Doctors Don't Tell You About Cesarean Sections. Health (Time Inc.); nov 2009, vol 23, issue 9, p. 122-125.

Bittencourt AS, Camacho LAB, Leal MC. – A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, 24(6):1344-1354, junho, 2008.

Bost BW. - Cesarean delivery on demand: What will it cost? American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 188, Issue 6, June 2003, Pages 1418–1423.

Brasília. Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral. 2004. Disponível em:

[http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante\\_2004/ConsensoGestante2004.doc](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante_2004/ConsensoGestante2004.doc).

Acessado em 17 de abril de 2010.

Brennan D, Murphy M, Robson M, O’Herlihy C. – Correlation between cesarean section rates in singleton cephalic nulliparas and overall institutional rates over 25 years. American Journal of Obstetric and Gynecology 2009; 201:308.e1-8.

Brennes AC. – A História da Parturição no Brasil. Cadernos de Saúde Pública volume 7, número 2, Rio de Janeiro, abr./jun. 1991.

Bussâmara Neme. Folha de São Paulo – Especial – em 15 de fevereiro de 2009.

Disponível na Internet: Acessado em 14 de março de 2010.

<http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=11567>

Bushnell CD, Hurn P, Cotton C et. al. – Advancing the study of stroke in women: summary and recommendations for future research from a NINDS-sponsored multidisciplinary working group. Stroke 47 (2006), p. 2387-2399.

Cadernos CREMESP – Ética em ginecologia e obstetrícia. Cristiano Fernando Rosas (coord.) 3ª Edição: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004, p. 13.

Carbonne B. – Increase in cesarean delivery: Are we facing a pandemic? International Journal of Gynecology and Obstetrics 107 (2009) 183-184.

Carelli G. – O mundo salvo pelas mulheres. Revista Veja. Editora Abril. Edição 2172, de 7 de julho de 2010, p. 96-100.

Carrara HHA, Duarte G. – Semiologia Obstétrica. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 88-103, jan./mar. 1996.

Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu MA. – Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, volume 22 N° 6, p. 999-2008, 2008.

Cartilha Celebrando a Vida – Cartilha Educativa. - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico, Grupo de Pesquisa NAAM – Núcleo de Assistência ao Autocuidado da Mulher. 1ª Edição, São Paulo, Oboré, 2009.

Carvalho, WRG, Farias, ES, Guerra JG.- A idade da menarca está diminuindo? Revista Paulista de Pediatria 25(1):76-81, mar. 2007.

Casey BM. Et al – Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 192, issue 5, May 2005, p. 1655-1662.

Cassel EJ. The nature of suffering and goal of Medicine. New York: Oxford University Press, 1991.

Caughey AB et. al. - Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol 1999;181:872-6.

Centers for Disease Control and Prevention. Rates of Cesarean delivery – United States, 1991. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1993;42(15):285-9.

Cesaroni G, Forastiere F, Perucci CA. – Are cesarean deliveries more likely for poorly educated parents? A brief report from Italy. Birth 35:3 September, 2008.

Charles S – The Ethics of Vaginal Birth after Cesarean. The Hastings Center Report Journal. July-August 2012, p. 24-27.

Chien L, Tai C. – Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiations on breastfeeding outcomes in Taiwan. Birth 34:2, June, 2008.

Chigbu CO, Ezeome IV, Iloabachie GC. – Cesaren section on request in a developing country. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 96, 54-56.

Chong ESY, Mongelli M. – Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 80 (2003), 189-194.

Chin HY, Chen MC, Liu YH, Wang KH. – Postpartum urinary incontinence: a comparison of vaginal delivery, elective, and emergence cesarean section. Int Urogynecol L (2006) 17: 631-635

Chisaka H, Utsunomiya H, Okamura K, Yaegashi N. – Pulmonary thromboembolism following gynecologic surgery and cesarean section. International Journal of Gynecology and Obstetrics 84 (2004) 47-53.

Chongsuvivatwong V. et. al. – Maternal and fetal mortality and complications associated with cesarean section deliveries in teaching hospitals in Asia. Journal of Obstetrics and Gynaecologic Research volume 36, Jan 2010, issue 1, p. 45-51.

Cicco C. Tradição e Modernidade - Poder e Autoridade na Família e no Estado. Das Origens Romanas ao Direito Brasileiro Moderno. Editora Ícone. 2ª Edição, São Paulo, 1993.



Clark SL. et. al. – Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology February 2009, 156 e1.

Clinical Guideline 13. National Institute do Clinical Escellence, London. (VBAC Guidelines) Disponível na Internet no site: <http://www.birthrites.org/guidelines.html> Acessado em 2 de outubro de 2008.

Clotet J. - Por que Bioética? Bioética, 1993; 1:13-17.

Cnattingius R, Hoglund B, Kieler H. – Emergency cesarean delivery in induction of labor: na evaluation of risk factors. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84: 456-462.

Colli AS. - Maturacion sexual de los adolescentes de São Paulo. In: Organizacion Panamericana de la Salud. La salud del adolescentes y el joven en las Americas. Washington, 1985. (OPAS Publicacion científica, 489).

Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al.- Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency vírus type 1 with zidovudine treatment.N Engl J Med 1994;331:1173-80.

Correia FA – A Alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética. Tese de mestrado na área de concentração Filosofia e História da Educação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no dia 3 de setembro de 1993.

Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Setúbal. Parecer sobre parto por cesariana a pedido da utente. Datado em 29 de maio de 2009. Disponível na Internet: [http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/pages/comissao\\_etica\\_saude/pareceres\\_03.htm](http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/pages/comissao_etica_saude/pareceres_03.htm). Acessado em 23 de agosto de 2011

Comparato FK. – Fundamento dos Direitos Humanos. Editado pelo Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo em 1997. Disponível na Internet: <http://www.iea.usp.br/artigos> Acessado em 31 de julho de 2009.

Connolly TJ, et al. – The effect of mode of delivery, parity, and birth weight on risk of urinary incontinence. Internal Urogynecological Journal 2007, 18: 1033-1042.

Costa CM. – Cesarean section: a matter of choice? MJA 1999;170:572-573.

Costa NDL, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCC. – Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do nordeste do Brasil. RBGO, 2006; 28(7): 388-96.

Costa SM, Ramos JGL. A questão das cesarianas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Volume 27 número 10 Rio de Janeiro, outubro, 2005.

Cotzias CS, Paterson-Brown S, Fisk NM. Obstetricians say Yes do maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001 July;97(1):15-6.

Culligan PJ, et. al. – Elective cesárea section to prevent anal incontinence and brachial plexus injuries associated with macrosomia – a decision analysis. Int Urogynecol J (2005) 16: 19-28.

Cunningham FG, McDonald PC, Leveno KJ, et al. – Willians obstetrics, 20 th Ed. Stanford: Appleton & Lange; 1997. p. 1448.

Cuttini M. et al. – Patient refusal of emergency cesarean delivery: a study of obstetrician´s attitudes in Europe. Obstet Gynecol. 2006; Nov;108(5):1121-9.

Cyr, RM. – Myth of the ideal cesarean section rate. Commentary and historic perspective. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 194, issue 4, april 2006. p. 932-936.

Dawkins R – O Gene Egoísta – Companhia das Letras, São Paulo, p. 255, 2007.

Declaração de uma mãe recente. Citado por Rosemary Mander no texto Caesarean: Just another way of Birth? Birth 35:1 March 2008.

DATASUS. Página da Internet. Disponível no site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/c01.htm> Acessado em 25 de fevereiro de 2010.

DATASUS. Página da Internet disponível no site: <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php> Acessado em 16 de junho de 2009 na base de dados de junho de 2009

D´Avila RL. - Ofício Circular CFM 017/2010-Presidência, 09 de junho de 2010.

Davis-Floyd R. – The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology and Obstetrics 75 (2001) S5-S23.

Declerq E, Menacker P, MacDroman M. – Maternal Risk Profiles and the Primary Cesarean Rate in the United States. American Journal of Public Health, May 2006, volume 96, n. 5.

DeFranco EA, et al. – Do Vaginal Birth after cesarean outcomes difer on hospital setting? American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2007; 197:400e1-400e6.

Department of Health, Scottish Executive Health Department, Department of Health, Social Services, and Public Safety, Northern Ireland. – Why Mothers Die? Fifth Reporto n confidential enquiries into maternal death in United Kingdom, 1997-1999. London: RCOG Press; 2001.

Department of Health, Scottish Executive Health Department, Department of Health, Social Services, and Public Safety, Northern Ireland. – Why Mothers Die? Fifth Report on confidential enquiries into maternal death in United Kingdom, 2000-2002. London: RCOG Press; 2004.

Dias MAB, Deslandes SF. – Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(1):109-116, Jan-Fev, 2004.

Dias MAB, et. al.. - Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva vol.13 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2008.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017>

Diniz CSG. – Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Cadernos de Saúde Pública, 10(3):627-637, 2005.

Diniz D, Costa S. – Ensaio: Bioética. Letras Livres, Brasília, 2006.

Dodd JM, Crowther CA, Huertas WE, Guise JM, Horey D. – Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. (Review) The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2009, issue 2. Acessado em 11 de maio de 2009. Disponível na Internet: [http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004224/pdf\\_abstract\\_fs.html](http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004224/pdf_abstract_fs.html)

Dola C, Longo S, Nelson L, Terrassa M. – How safe is modern-day cesarean delivery? American Journal of Obstetric and Gynecology, volume 189, issue 6, Supplement 1, December 2003, p. S133.

Donald M. – Origins of the modern mind. Harvard University Press, Cambridge, 1993. Disponível na Internet: <http://trevorstone.org/school/donaldreview.html>

Donati S, Gandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? Birth, 2003; 30(2): 89-93.

D'Orsi E. – Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade de atenção ao parto no município do Rio de Janeiro. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, maio de 2003. Disponível na Internet: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=345682&indexSearch=ID>  
Acessado em 17 de julho de 2009.

Dresden GM. et al. – Influence of obstetric practice on workload and practice of family physicians and obstetrician-gynecologists. Annals of Family Medicine, vol. 6, supplement 1, January/February 2008.

Duncan CJ, Doyle JB. Cesarean section: a ten year study of 703 cases at the Boston City Hospital. NEJM 1937; 216:1-5.

Dunn EA, Colm H. – Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section previous vaginal delivery. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 121 (2005) 56-60.

Durkheim E. - Ética e Sociologia da Moral. Landy Editora, São Paulo, 2006.

Eason E, Labrecque M, Marcoux S, et. al. – Anal incontinence after childbirth. CMAJ 2002;30:267-271.

Ecker J and Frigoletto F. - Cesarean Delivery and the risk-Benefit Calculus. N Engl J Med 2007; 356: 885-888.

Ecker JL. – Once a pregnancy, always a cesarean? Rationale and feasibility of a randomized controlled Trial. American Journal of Obstetric and Gynecology (2004) 190, 314-8.

Ekstron A. et. al. – Planned cesarean section versus planned vaginal delivery: comparison of lower urinary tract symptoms. Int Urogynecol J (2008) 19:459-465

El-Sayed YY, Watkins MM, Fix M, Druzin ML, Pullen KM, Caughey AB. – Perinatal outcomes successful and failed trials of labor after cesarean delivery. American Journal of Obstetric and Gynecology. Volume 196, issue 6, June 2007, p. 583.e1- 583.e5.

Engelhardt Junior HT.- Fundamentos da Bioética Ortodoxa. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2003, p. 76.

Fabri RH, Lima e Silva HS, Lima RV, Murta EFC. – Estudo comparativo de cesariana entre um hospital público universitário e um hospital privado. Revista Brasileira Materno Infantil. Recife, 2(1): 29-35, jan-abril, 2002.

Fabri RH, Murta EFC. – Tipos de parto e formas de assistência em Uberaba, Minas Gerais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, volume 21, número 2, Rio de Janeiro, 1999.

Faisal-Cury A, Menezes PR. – Fatores associados à preferência por cesariana. Revista de Saúde Pública 2006;40 (2):226-32.

Faltin DL, et al. – Women's health 18 years after rupture of the anal sphincter during childbirth: I. Fecal Incontinence. American Journal of Obstetric and Gynecology, volume 194, issue 5, May 2006, p. 1255-1259.

Farrell AS, Allen VM, Basket TF. – Parturition and urinary incontinence in primiparas, Obstetric Gynecol 2001;97:350-356.

Farrell AS, Baskett TF, Farrell KD. – The choice of elective cesarean delivery in obstetric: a voluntary survey of Canadian health care professionals. *Int Urogynecol J* (2005) 16: 378-383.

Fass-Fehervary P, Schwarz K, Bauer L, Melchert F. – Caesarean Section on demand: Influence of personal birth experience and work environment on attitude of German Gynaecologists. *Obstetrics and Gynecology and Reproductive Health Biology* 122 (2005) 162-166.

Faúndes A., Cecatti JG. A operação cesariana no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública* volume 7 número 2 Abril/Junho 1991, Rio de Janeiro, RJ.

Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Souza MH. A opinião das mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Revista de Saúde Pública* 2004; 38(4) :488-494.

Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. - Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(2) : 126-35.

Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic cesarean section at term? *N Engl J Med* 1985; 312: 1264-1267.

Feldman GB. - Prospective risk of stillbirth, *Obstetrics Gynaecology* 1992; 79:547-553.

Feitosa HN – Casas de parto: posição do CREMEC. Página da FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível na Internet: [http://www.febrasgo.org.br/?op=300&id\\_srv=2&id\\_tpc=0&nid\\_tpc=&id\\_grp=1&add=&lk=1&nti=11&nti=S&itg=S&st=&dst=3](http://www.febrasgo.org.br/?op=300&id_srv=2&id_tpc=0&nid_tpc=&id_grp=1&add=&lk=1&nti=11&nti=S&itg=S&st=&dst=3) Acessado em 25 de maio de 2009

Ferramenta para a Ação Política das Mulheres. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Porto Alegre, dezembro de 2008. Disponível na Internet: <http://www.redesaude.org.br/index221.htm> Acessado em 17 de abril de 2010.

Ferrari JO. - Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* vol.10 supl.2 Recife Dec. 2010.

Fesseha N, et. al. – A national review of cesarean delivery in Ethiopia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, volume.115, issue 1, pgs 106-111, october 2011.

Feytor VF. – Desafios à sexualidade humana. Coletânea Bioética Hoje X. Org Rui Nunes e Guilhermina Rego. Gráfica de Coimbra, Janeiro de 2006.

FIGO Committee Report. Figo Committee for ethical aspects of human reproductions and womejn´s health. Intern Obstet Gynecol 1999; 64: 317-32.

Finsen V, Storeheir AH, Aasland OG. - Cesarean Section: Norwegian Women Do as Obstetrician Do – Not as Obstetricians Say. Birth 35:2 June 2008. Fesseha N, et. al. – A national review of cesarean delivery in Ethiopia. International Journal of Gynecology & Obstetrics, volume.115, issue 1, pgs 106-111, october 2011.

Florica M, Stephansson O, Nordstrom L. – Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital. INternational Journal of Gynecology and Obstetrics (2092, 181-185.

Fogelson Ns, Menard MK, Hulsey T, Ebeling M. – Neonatal impacto of elective repeat cesarean delivery at term: a comment on patient choice cesarean delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 192, issue 5, May 2005, p. 1433-1436.

Foley ME, et. al. – Term neonatal asphyxia seizures and peripartum deaths: lack of correlation with a rising cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol, Jan 2005; 192 : 102-8.

Foucalt M. - Microfísica do Poder. Editora Graal Ltda. São Paulo, 2008.

Francome et. al. Labor: Clinical evaluation and management. New York, Appleton, 1993.

Freitas CBD, Hossne WS. O papel dos Comitês de Ética em Pesuisa na proteção do ser humano. Publicação do Conselho Federal de Medicina. Revista Bioética, volume 10, número 2, 2002, p. 131.

Freitas PF, Drachler MI, Leite JCC, Grassi PR. – Desigualdade social nas Taxas de Cesarianas em Primíparas no Rio Grande do Sul. Revista de Saúde Pública, 39 (5): 761-7, 2005.

Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Marshall. – Inequalities in cesarean delivery rates ethnicity and hospital accessibility in Brasil. International Journal of Gynecology & Obstetrics, volume 107, issue 3, p. 198-201, December 2009.

Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP.- Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesarianas em um hospital universitário no Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, volume 24, número 5, Rio de Janeiro, maio de 2008.

Fuglenes D, Oian P, Kristiansen IS. – Obstetrician´s choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigations? American Journal of Obstetrics and Gynecology, January 2009, 48.e.

Gabbe SG, Holzrnan GB. – Obstetrician´s choice delivery. Lancet 2001; issue 9257, 357: 722. doi:10.1016/S0140-6736(05)71484-7.

Gamble JA, Creedy DK. – Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 27:4 December, 2000.

Gedikbasi A. et. al. – Re-lapatomy after cesarean section: operative complications in surgical delivery. *Arch Gynecol Obstet* (2008) 278: 419-425.

Gerten KA, Coonrod DV, Bay RC, Chambis LR. - Cesarean delivery and respiratory distress syndrome: does labor make a difference? *American Journal of Obstetric and Gynecology*, volume 193, issue 3, supplement 1, September 2005, p. 1061-1064.

Ghaffari Z, Bener A, Ahmed B. – Safety of vaginal birth after cesarean delivery. *International Journal of Gynelogy and Obstetrics* 92 (2006) 38-42.

Ghetti C, Chan BKS, Guise JM. – Physicians' responses to patient requested cesarean delivery. *Birth* 31:4 December 2004.

Gilbert A, Fraser W, Benjamin A, Abenhaim H. – Does education level influence request for elective repeat cesarean delivery among women with a previous cesarean delivery? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 199, issue 6, Supplement 1, December 2008, p. S107.

Gillian M, Rosenberg D, Davis F. - The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity, *Obstetric Gynaecology* 2002; 99: 976-980.

Gilligan C. – In a different voice. Harvard HUP, 1982: 174. Apud Bayer A. A need for more than justice. *Can J Phil* 1987;13(suppl): 41-56.

Goldberg RP, et all. – Urinary incontinence after multiple gestations and delivery: impact on quality of life. *Int Urogynecol J* (2005) 16: 334-336.

Gomes A. – Entre o Parto Normal e a Cesariana. *Jornal do Sindicato dos Médicos de Pernambuco*. Publicado em 26 de março de 2011.. Disponível na Internet: [http://www.simepe.org.br/novo2/noticias/artigo\\_131010\\_assuero\\_gomes\\_cesariana.asp](http://www.simepe.org.br/novo2/noticias/artigo_131010_assuero_gomes_cesariana.asp)  
Acessado em 25 de março de 2012

Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA – Risk Factors for the increasing Caesaren Section Rate in Southests Brazil: a comparision of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Internal Journal of Epidemiology*, 28(4):678-94, 1999.

Gonen R, Tamir A, Degani S. – Obstetrician's opinions regarding patient choice in cesarean delivery. *Obstet Gynecol*, 2002 April;99(4):577-80.

Gould JB, Davey B, Stafford RS. – Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *The New England Journal of Medicine*. Volume 321: 233-239, July 27, 1989, Number 4.

Grahan WJ, Hundley V, McCheyne AL. *Obstetrics Gynaecology* 1992; 79:547-553.

Grant D. Explaining source of payment differences in U.S. cesareans rates: why do privately insured mothers receive more cesarean than mothers who are not privately assured? *Health Care Manag Sci.* 2005;8(1)5-17. DOI:10.1007/s10729-005-5212-7.

Green CM, Newell FB, Friedman LV, Mason NR, Torbert JR, De Normandie RL.- A study of the first series of one hundred caesarean sections performed in the Boston Lying-In Hospital. *Boston Med Surg J* 1909; 161:803-16.

Greene MF. - Two Hundred Years of Progress in the Practice of Midwifery. *New Engl J Med* 367;18 november 1, 2012, 1732-1740.

Grobman W, Caughey, Hahn K. – Reproductive consequences of elective cesarean: a decision analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, volume 199, issue 6, Supplement1, December 2008, p. S61.

Grossi M, Porto R, Tamanini M. – Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios. Editora Letras Livres, Brasília, 2003, p. 11.

Grupo Sobre(viver) Cesariana. Associação Doulas de Portugal.  
<http://sobcesaria.blogspot.com/2008/05/comunicado-associao-portuguesa-de.html>.  
Acessado em 10 de maio de 2008.

Guihard P, Blondel B. – Trends in risk factors for caesarean section in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future. *BJOG* 2001; 108: 48-45.

Guise JM. Et. al. – Does cesarean protect against fecal incontinence in primiparous women? *Int Urogynecol J* (2009) 20:61-67.

Habiba M. et al. – Caesarean section on request: a comparison of obstetrician's attitudes in eight European countries. *BMOG*. 2006 Jun;113(6):647-56.

Häger RME et al. – Complications of cesarean deliveries: Rate and risk factors. *American Journal of Obstetric and Gynecology* (2004) 190, 428-34.

Hamilton BE, Martin JA, Ventura, SJ. Births: preliminary data for 2005. *Health e-stats*. Hyattsville, MD; National Center for Health Statistics, November 21, 2006.

Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ.- Births: preliminary data for 2011. *Natl Vital Stat Rep* 2012;61. Clark SL, Belfort MA, Hankins GDV, et al. Variation in the rates of operative deliveries in the United States. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 2007;196:526.e1-526.e5.

Handa VL, Harvey L, Fox HE, Kjerulff KH. – Parity and route of delivery: does cesarean delivery reduce bladder symptoms later in life? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 191, issue 2, August 2004, p. 463-469.



Hankins GD, Clark SM, Munn MB. – Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol.* 2006 Oct;30 (5): 276:87.

Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287:1822-1831.

Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwak K, Cheng M. et al. maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *American Journal Obstetric Gynaecology* 2004; 191(3):917-927.

Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression: influence of timing of elective cesarean section. *Br Journal Psychiatry* 1992; 160:777-780.

Harer B. – Patient choice cesarean. *ACOG Clinical Review* 2005;5:1, 13-6.

Harrison MR, Keller RL, Hawgood SB, et al. A randomized trial of fetal endoscopic tracheal occlusion for severe fetal congenital diaphragmatic hernia. *N Engl J Med* 2003; 349:1916-24.

Hass DM, Ayres AW. - Laceration injury at cesarean section. *Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 11:196-198.

Hemminki E, Klemeti R, Gisslar M. – Cesarean section rates among health professionals in Finland, 1990—2006. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, October 2009, volume 88, issue 10, p. 1131-1144.

Henderson J, Petrou S. – Economic Implications of Home Births and Birth Centers: a Structured Review. *Birth*, 35:2 June 2008.

Hildingsson I. – How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women's preferences in early pregnancy. *Midwifery.* 2008 Mar;24 (1): 46-54.

Hildingsson I, Radestad I, Rubertson C, Waldestrom U. – Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*, June 2002, volume 109, p. 618-623.

Hillemanns P. – et al. – Crash emergency cesarean section: decision to delivery interval under 30 min and its effects on Apgar and Umbilical artery pH. *Arch Gynecol Obstet* (2005) 273; 161-165.

Hodnet ED, Lowe NK, Hanna ME, et. al. Effectiveness of nurses as providers of birth labour support in North American Hospitals: a randomized controlled Trial. *JAMA* 2002; 288: 1373-1381.

Hofberg K, Brockington I. – Tokophobia: na unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry* (2000), 176, 83-85.

Hoffmann B. et al. – Fatores associados à prevalência de cesarianas em Pelotas (RS), em 2007. Disponível na Internet: Acessado em 4 de março de 2010.  
[http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS\\_00429.pdf](http://www.ufpel.edu.br/cic/2008/cd/pages/pdf/CS/CS_00429.pdf)

Hofmeyer GF, Hannah ME. - Planned cesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database System Rev* 2001; 12:CD000166-CD000166.

Hogan MC. et. al. - Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, Volume 375, Issue 9726, Pages 1609 - 1623, 8 May 2010. Disponível na Internet:  
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960518-1/fulltext?&elsca1=WB-TLO&elsca2=email&elsca3=segment>.  
Acessado em 23 de abril de 2010.

Homem, Wagner. *História de canções de Chico Buarque*. Editora Leya, São Paulo, 2009. p. 144.

Howell S, Johnston T, Macleod S. – Trends and determinants of caesareans sections in Queensland, 1997-2006. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, volume 49, issue 6, p. 606-611, december 2009.

Hsu CY et. al. – Cesarean births in Taiwan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 96, 57-61.

Huang CY, Yang MC, Chen WC. – Maternal factors associates with use of cesarean section: a case study of the National University Hospital (in Chinese). *Journal of Public Health* 16 (1997) p. 309-318.  
Disponível na Internet: <http://pt.wkhealth.com/pt/re/jech/abstract.00004773-200606000-00017.htm;jsessionid=Kt4DXh31DXzXVQpRM2GCs2QXQ5LSwxSgbCgLmGmcsGQIFL6q0v4v!1032775582!181195628!8091!-1> Acessado em 27 de julho de 2009.

Hume D. – *Tratado da Natureza Humana*. Editora UNESP 2ª Edição, 2009. p. 533-534.

Humpstone, OP. – Cesarean section VS spontaneous delivery. *American Journal Obstetr Gynecol* 1 (1920), p. 986-989 994-6.

Hurst M, Summey PS. – Childbirth and social class. The case of cesarean delivery. *Soc Sci Med* 1984; 18: 621 - 631.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Matéria publicada na Folha de São Paulo. Acessado em 11 de janeiro de 2006. Disponível na Internet:  
[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)

Jacquemyn Y, Ahankour F, Martens G. – Flemish obstetrician´s personal regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. *European Journal of Obstetric and Gynecology Reproductive Biology*. 2003 December;10;111(2):164-6.

Jain L, Dudell GG. – Respiratory transition in infants delivered by cesarean section. *Semin Perinatol* 2006; 30 :296-304.

James A, Bushnell CD, Jamison M, Myers E. – Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. *Obstet Gynecol* 106 (2005), p. 509-516.

Jamieson, DJ et al. – Cesarean Delivery for HIV-infected women: recommendations and controversies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, S97, September, 2007.

Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. – Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*, 2009 Sep 15;181(6-7):377-83 Epub 2009 Aug 31.

Jonsdottir G, Smarason AK, Geirsson RT, Bjarnadottir RI. - No correlation between cesarean section rates and perinatal mortality of singleton infants over 2,500 g. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(5): 621-3.

Joesh JM, Gossman GL, Tanfer K. – Primary Cesarean Deliveries Prior to Labor in the United States, 1979-2004. *Maternal Child Health* (2008) 12: 323-331.

Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth, WHO, Fortaleza, Brasil, 22-26 April, 1985. Disponível na Internet:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP\\_MCH\\_102\\_m02\(s\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP_MCH_102_m02(s).pdf)  
Acessado em 24 de abril de 2009.

Jordan B. – Birth in four cultures. 4th edition. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press, 1993.

Jorge Filho, I. – Políticas de saúde ditam os rumos da Medicina. O Financiamento da Saúde no Brasil. Publicação do CREMESP, 2010, p. 7.

Jornal do Conselho Federal de Medicina Ano X número 87, Novembro 1997.

Jornal do Conselho Federal de Medicina. Ano XXIII número 171 Maio/Junho 2008.

Jornal do Conselho Federal de Medicina. Ano XXVI, número 198, Julho de 2011, p. 12.

Jornal do CREMERJ, número 217, janeiro de 2009, p. 9. Disponível no site:  
[http://www.cremerj.org.br/jornais/jornais\\_pdf/100.pdf](http://www.cremerj.org.br/jornais/jornais_pdf/100.pdf). Acessado em 19 de fevereiro de 2010.

Jornal do Cremesp – Edição 28 – Julho/Agosto/Setembro de 2004 – São Paulo, SP.

Jornal do CREMESP, número 267, Janeiro/Fevereiro 2010, p. 5.

Joseph KS. et al. – Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology* vol. 102, n 4, october, 2003.

Kahn B, Lumey LH, Zybert PA, et. al. – Prospective risk of fetal death in singleton, twin, and triplet gestations: implications for practice. *Obstet Gynecol* 2003;102:685-92.

Källén B, Finnström O, Lindam A, et al. - Trends in delivery and neonatal outcome after in vitro fertilization in Sweden: data for 25 years. *Human Reprod* 2010; 25: 1026-34.

Kalish RB, McCullough, Chervenack FA. – Decision- making about caesarean delivery. *The Lancet*, volume 367, March 18, 2006, 883-885.

Kamath BD. et. al. – Neonatal oucomes after elective cesarean delivery. *Obstetr Gynecol*, vol. 113, número 6, june 2009, 1231-38.

Kant, I.- *Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Texto Integral. Tradução de Leopoldo Holzbach. Editora Martin Claret, 2006.*

Kara F, Uygur D, Yelsidaglar N. – Adolescent pregnancy and cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 81 (2003) 231-232.

Karlstrom A. et. al. – Cesarean Section without Medical Reason, 1997 to 2006: a Swedish Register Study. *Birth* volume 37, issue 1, p. 11-20, Feb 2010.

Kazandjian VA, et all. – Does a Cesarean section delivery always cost more than a vaginal delivery? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, (2007) 16-20. ISSN 1356-1294.

Kilsztajn S. et al. – *European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology* 132 (2007) 64-69.

Klein, MC. – Quick fix culture: the cesarean-section-on-demand debate. *Birth* 31 (2004), p. 161-164.

Klemetti R. et. al. – Cesarean section delivery among primiparous women in rural China: na emerging epidemic. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, January 2010, 65.e1.

Kim SK, Cho AJ, Lee SS. et al. *2.000 National Fertility and Family Health Survey Report*, Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs, 2000.

Knupp VMAO, Melo ECP, Oliveira RB. – Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2008, Março; 12(1): 39-44.

Koiás T. et al. – Planned cesarean versus planned vaginal delivery aterm: comparison of newborn infant outcomes. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 195, 2006, 1538-43.

Kottmel A, Huang D, Hoesli I, Bitzer J, Tschudin S. Maternal request for cesarean section due to previous traumatic birth experience – Quantifying na increasing obstetric care problem. International Journal of Gynecology and Obstetrics 107S32 (2009) S413-S729.

Kudish B, McNeeley G, Hendrix S. – Factors affecting patient preferences for mode of delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology volume 197, issue 6, Supplement 1, December 2007, p. S78.

Kudish B, et al. – Delivery route preferences of urban women of low socioeconomic status. International Journal of Gynecology & Obstetrics, volume 111, issue 1, p. 28-31, october 2010.

Kukla R. et. al. - Finding autonomy in birth. Bioethics. 2009 Jan;23(1):1-8.

Kwawukume EY, Ghosh TS, Wilson JB. Maternal heigth as a predictor of vaginal delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics. Volume 41, issue 1, april 1993, p 27-30.

Kwee A. et al. – Caesarean section on request: a survey in the Netrelands. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 113 (2004) 186-190.

Lagrew DC, et all. Emergent (crash) cesarean delivery: indication and outcomes. American Journal of Obstetrics and Gynecology volume 194, Issue 6, June 2006, p. 1638-1643.

Lal M. – Prevention of urinary and anal incontinence: role of elective cesarean delivery. Current Opinion in Obstetric and Gynecology 2003, 15:439-448.

Landon MA, et all – The Maternal Fetal Medicine Units (MFMU) Registry: Factors affecting the sucesso of Trial of Labour After Previous Cesarean Delivery. AJOG, 2005, 193, 1016-23.

Land R, Parry A, Wilson D. - Personal preferences of obstetricians towards childbirth. Australia New Zelan Journal of Obstetrics and Gynaecology 2001; 41:249-52.

Lansky S. - Por um novo modo de nascer no Brasil. Portal da Saúde/SUS. Disponível na Internet: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35995](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35995). Acessado em 23 de março de 2012.

Larsen U, Okonofua FE. – Female circumcision and obstetric complications. International Journal of Gynecology and Obstetrics 77 (2002) 255-265.

Laursen M, Johansen C, Hedegard M. – Fear of childbirth and risk of birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG, 2009 Sep;116(10): 1350-5.

Lawn JE, et al. - Reducing intrapartum-related deaths and disability: can the health system deliver? *Int J Gynaecol Obstet.* 2009 Oct;107 Suppl 1:S123-40, S140-2. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19815205> Acessado em 20 de setembro de 2012.

Lawn JE, et al. - Setting Research Priorities to Reduce Almost One Million Deaths from Birth Asphyxia by 2015. *PLoS Med.* 2011 January; 8(1): e1000389. Published online 2011 January 11. doi: [10.1371/journal.pmed.1000389](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000389) Acessado em 21 de setembro de 2012.

Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. – Desigualdades raciais, sócio demográficas e na assistência ao Pré-natal e ao Parto. 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, 39(1):100, 2005.

Leeman LM, Plante La. – Patient choice Vaginal Delivery? *Annals of Family Medicine*, volume 4, number 3, may/june, 2006.

Leeman LM. – Prenatal counseling regarding cesarean delivery. *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 473-95.

Lee SII, Khang Y, Lee M. – Women's attitudes towards mode of delivery in South Korea – a Society with high cesarean section rates. *Birth* 31:2 June 2004.

Lee UM, D' Alton ME. – Cesarean Delivery on Maternal Request: the impact on mother and newborn. *Clin Perinatol* 35 (2008) 505-518.

Lee YM, D'Alton ME. – Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Current opinion in Obstetric and Gynecology*, 2008, 20:1-5.

Leyland A. – Socioeconomics and racial differences in obstetric procedures. *Am J Public Med* 1993;83:1178-1179.

Lialios G, Kaponis A, Adonakis G. Maternal age as an independent risk factor for cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 67 (1999) 187-188.

Liley AW. Intrauterine transfusion of fetus in haemolytic disease. *BMJ* 1963; 2:1107-9.

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 and others acute pre-existing physiological disturbances. *BJGO* 1990; 97:8 83-92.

Lin HC, Sudha Xirasagar MBBS. – Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: a 5-year population-based study. *American Journal of Obstetric and Gynecology*. Volume 192, issue 3, March 2005, p. 848-855.

Lin SY, Hu CJ, Lin HC. – Increased risk of stroke in patients Who undergo cesarean section delivery: a nationwide population-based study. *American Journal of Obstetric Gynecology*, volume 198, issue 4, April 2008, p. 391.2-391.e7.

Linton A, Peterson MR, Willians TV. – Effects of maternal characteristics on cesarean delivery rates among US Department of Defense health care beneficiaries, 1996-2002. *Birth* 2004;31:3-11.

Lipkind HS, et al. - Disparities in cesarean delivery rates and associated adverse neonatal outcomes in New York City hospitals. *Obste Gynecol* 2009;13:1239-47.

Liston FA. Et all. – Neonatal outcomes with caesarean delivery at term. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2008;93 F176-F182. DOI:10.1136/adc.2006.112565.

Liu S. et al. – Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*, February 13, 2007, 176(4), p. 455-61.

Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, Kramer MS. Risk of Maternal Postpartum Readmission Associated with Mode of Delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, volume 105, n. 4, april 2005.

Lobel M, DeLuca RS. – Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine* 64 (2007) 2272-2284.

Lo Joan C. – Patient's attitudes vs. physicians determination: implication of cesarean section. *Soc Sci Med* 2002;57:91-96.

Lopes AC- Parto Normal ou Cesárea: a opinião de um clínico. *Jornal do Conselho Federal de Medicina* Ano XXII – número 174, novembro/dezembro/2008, p. 13.

Lucas DN, Yentis SM, Kinsela SM et al. Urgency of cesarean section: a new classification. *Journal of the Real Society of Medicine* 2000; 93:346-350.

Luft L. – *Múltipla escolha*. Editora Record. Rio de Janeiro/São Paulo, 2010.

Luft L. – Trabalhar e sofrer. *Revista Veja*, 20 de janeiro de 2010, Editora Abril, edição 2148 – ano 43 – número 2, p. 24.

Lukacs ES, Lawrence JM, Conteras R, Nager CW, Luber KM. – Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*, 2006 Jun;107(6):1253-60.

Luke B, Brown MB, Wantman E, et al. - Cumulative birth rates with linked assisted reproductive technology cycles. *N Engl J Med* 2012; 366:2483-91.

Lurie S. – The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. *Arch Gynecol Obstet* (2005) 271: 281-285.

Luthy DA, Malmgren JÁ, Zinghein RW. – Cesarean delivery after induction in nulliparous women: the physician effect. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 191, issue 5 , november 2004, p. 1511- 1515.

Luz AG. Et al – Morbidade Materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas, Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2008; 30(6): 281-6.

Lydon-Rochelle M, Holy VL, Easternling TR. – Cesarean delivery and postpartum mortality among primiparas in Washington State, 1987-1996. Obstet Gynecol 2001; 97:169-74.

Maayan- Metzger A. et. al. - American Journal of Obstetrics and Gynecology, January 2010, 56.e1.

Machado, JN. - Sobre a idéia de Tolerância Editado pelo Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. Disponível na Internet: <http://www.iea.usp.br/artigos>  
Acessado em 03 de março de 2010

Macones Ga. Et al. – Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 193, issue 5, November 2005, p.1656-1662.

Mainardi D. – A Queda: memórias de um pai em 424 passos. Editora Record. Rio de Janeiro/ São Paulo. 2012.

Maldonado AJ, Canella P. – Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Reichmann & Affonso Editores, Rio de Janeiro, 2003.

Mandarino NR. Et al. – Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada em Sçao Luiz do Maranhão, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1587-1596, julho, 2009.

Mankuta D, Shaul Y, Leshno M, Brezis M. – Spontaneous normal vaginal birth versus elective cesaeran section by request – a decision analysis of maternal and perinatal complications. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 197, issue 6, Supplement 1, December 2007, p. S77.

Manthata ALA, Hall DR, Steyn OS, Grove D. – The attitudes of two groups of South African women towards mode of delivery. The Intenational Journal of Gynecology and Obstetrics (2006 92, 87-91.

Maquiavel: texto integral. O Príncipe. Editora Martin Claret, São Paulo, 2004, p. 74.



Martin JÁ, Hamilton BE, Menacher F, Sutton PD, Mathews TJ. – Preliminary births in 2004, Infant and Maternal Health. Health E-stats. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics, november 15, 2005.

Martin JA, Menacker F. - Expanded health data from the new birth certificate,2004. Natl Vital Stat Rep 2007;55:1-22

Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG. – A prova de trabalho e a via de parto em primíparas com uma cesárea anterior. Revista da Associação Médica Brasileira. Voloume 53, n. 2, São Paulo, mar/abr., 2007.

Mauricio Besio R. – Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. Revista Médica de Chile, volume 127, n. 9, Santiago, set. 1999.

McCourt C. et al. Elective Cesarean Section and decision making: a critical review of the literature. Birth 34:1 March 2007.

McGurgan P, Coulter-Smith S, Op Donovan PJ. – A National survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery. European Journal of Obstetric and Gynecology Reproductive Biology. 2001 July; 97(1):17-9.

McKinnie V. et al – The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 193, issue 2, August 2005, p. 512-517.

Mclennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. – The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity, and mode of delivery. BJOG, 2000 Dec;107(12);.1460-70.

Medical Birth Registry of Norway. Annual Report 1999-2000. Bergen: Medical Birth Registry of Norway; 2002.

Melo HP. O embrião eo Direito. A ética e o direito no início da vida humana. Coord. Rui Nunes e Helena Melo. Gráfica de Coimbra, outubro de 2001, p. 160.

Mekbib T, et. al. – The FIGO Seve the Mothers Initiative: the Ethiopia – Sweden collaboration. International Journal of Gynecology and Obstetrics 81 (2003) 93-102.

Menacher F, Declerq E, Macdorman MF. – Cesarean Delivery: Background, Trends, and Epidemiology. Seminars in Perinatology. Volume 30, issue 5, October 2006, p. 235-241.

Miesnik SR, Reale BJ. – A review of issues surrounding medically elective cesarean deivery. Obstetric Gynecol Neonatal Nurs, 2007, Nov-Dec; 36(6): 605-15.

Miller DA, Chollet JÁ, Goodwin TM. Clinical risks factors for placenta previa-placenta accreta. American Journal of Obstetric Gynecology 1997;177:210-4.

Miller S. et. al. Maternal and neonatal outcomes of hospital vaginal deliveries in Tibet. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007) 98, 217-221.

Mill, JS. – *A Liberdade e Utilitarismo*. Martins Fontes, São Paulo, 2000.

Mill JS. *On Liberty*. Boston: Collier, 1909:5.

Ministério da Saúde/Febrasgo/Abenfo. – *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília, Distrito Federal, 2001.

Minkoff HL, Berkowitz R. The Myth of the Precious Baby. *Obstetrics and Gynecology*, volume 106, n. 3, September 2005: 607-9.

Minkoff HL, Chervenak, FA. - Elective Primary Cesarean Delivery. *NEJM*, Volume 348: 946-950 March 6, 2003.

Minkoff HL, Powderly KR, Chervenack F, McCullough LB. – Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* vol. 103, number 2, February 2004.

Minkoff HL, Richard H, Schwartz RH. - The rising cesarean section rate: can it safely be reversed? *Journal of American College of Obstetric and Gynecologists*, volume 56, August 1980, number 2.

Mode of delivery and postpartum morbidity in Latin American and Caribbean Countries among women Who are infected with human immunodeficiency virus-1: The NICHD International Site Development Initiative Perinatal Study. *American Journal of Obstetric and Gynecology* (2006) 195, 215-229.

Monari F, Di Mario S, Facchinetti F, Basevi V. – Obstetrician's and midwives attitudes toward Cesarean Section. *Birth* 35:2, June 2008.

Moraes MS, Goldenberg P. – Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cadernos de Saúde Pública* vol.17 no.3 Rio de Janeiro May/June 2001.

Morales KJ, Gordon MC, Bates Jr. WB. – Postcesarean delivery adhesions with delayed delivery of infant. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* May 2007, 461.e2.

Morris D. – *The Human animal*. BBC Books, London, 1994.

Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. - Neonatal respiratory morbidity and the mode of delivery at term: influence of elective cesarean section. *Br Journal Obstetric Gynaecology* 1995; 102:101-106.

Mozurkewich EL, Hutton Ek. – Elective repeat cesarean delivery Trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, volume 183, issue 5, November 2000, p. 1187-1197.

Muhuri PK. Et al. – Method of delivery and neonatal mortality among Very Low Birth Weight Infants in the United States. *Maternal and Child Journal*. Volume 10, n<sup>o</sup> 1, January 2006.

Murphy C, Geisler M, Brophy C, McAuliffe F. – Re-admission in the puerperium is more likely IF delivery by cesarean section and is related to non FEE-paying status. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, volume 199, issue 6, Supplement 1, December 2008, p. S125.

Murray SF, Serani F. Recent trends in cesarean sections rates in Chile – the political economy of maternal care. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas; 2000  
Disponível in: <http://www.ine.cl/chile-cifras>.

Nagahama EEI, Santiago SM. - A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3): 651-657, 2005.

Nair C. – Trends in cesarean deliveries in Canadá. *Health Reproductive* 1991;3:2003:203-19.

National Institute of Health: State-of-the Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstetric and Gynecology*, volume 107, n.6, June 2006.

National Library of Medicine (NIH) – Cesarean Section – A Brief History. Disponível na Internet: <http://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/preface.html>  
Acessado em 23 de março de 2009.

Nelson, Karin B., Can We Prevent Cerebral Palsy? 30 October 2003 *New England Journal of Medicine* 349(18): 1765-1768

NICE clinical guideline 132 - Caesarean section pg. 6 of 56. Disponível na Internet: [guidance.nice.org.uk/cg132](http://guidance.nice.org.uk/cg132). Acessado em 29 de janeiro de 2013.

Nicholas B. - Strategies of effective transformation. In: Donchin A, Purdy L. editors. *Embodyng feminist bioethics advances*. New York: Rowman a Littefield Publishers, 1999: 241.

NIH Consensus and State-of-the-Science Statements on Cesarean Delivery on Maternal Request. Volume 23, number 1, March 27-29, 2006. Disponível na Internet: [consensus.nih.gov/2006/CesareanStatement\\_Final053106.pdf](http://consensus.nih.gov/2006/CesareanStatement_Final053106.pdf) . Acessado em 15 de março de 2010.

Nishimoto TMI, Eluf Neto J, Rozman MA. - Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.51 n°.1 São Paulo Jan./Feb. 2005.

Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. – Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, 2004;38(1):9-15.

Nunes R., Brandão C. – *Humanização da Saúde*. Gráfica de Coimbra, p. 18, Janeiro de 2007.

Nunes R. – *Regulação da Saúde*. Uniarte Gráfica, Porto, maio de 2005.

Nunes R. coord. - *Dependências Individuais e Valores Sociais*. Coord. Rui Nunes, Miguel Ricou, Cristina Nunes. Associação Portuguesa de Bioética, Gráfica de Coimbra, 2004, p. 55.

Nunes R, Melo HP. – *Testamento Vital*. Edições Almedina, Coimbra, Maio, 2011.

Odent M. – *A cesariana*. Editora Saint Germain. São José, Estado de Santa Catarina, 2004.

Odent M. – Birth under water, *Lancet* 1983: 1476-7.

Odent M. – *Nascimento Renascido*. Editora Errepar S/A, Argentina, 1984. O artigo foi originalmente publicado no *Jornal Bem Estar* de Porto Alegre em 2007.

O'Dwyer V. Et al. – Maternal mortality and the rising cesarean rate. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, volume 116, issue 2, p. 162-164, February 2012.

OECD Health Data 2010 - Version: June 2010

[http://www.oecd.org/home/0,2987,en\\_2649\\_201185\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html)

Acessado em março de 2011.

Ojeme DS, et al – Preferred and actual delivery mode after a cesarean in London, UK. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2008) 102, 156-159.

Olson L, Gregory K, Mongoue-Tchokote S, et al. Maternal and neonatal outcomes of planned primary cesarean versus vaginal delivery for low risk primiparous women at term. AJOG ; vol. 199, issue 6, supplement 1, December 2008, p. s37.

Ophir E. et al – Delivery mode and maternal rehospitalization. Arch Gynecol Obstet, 2008, 277:401-404.

Oral E, Elter K. – The impact of cesarean birth on subsequent fertility. Current opinion in Obstetric and gynecology, 2007, 19:238-243.

Olusanya BO, Solanke AO. - Adverse neonatal outcomes associated with trial of labor after previous cesarean delivery in an inner-city hospital in Lagos, Nigeria. International Journal of Gynecology & Obstetrics Volume 107, Issue 2, November 2009, p. 135-139.

Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. - Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. Rev. Saúde Pública vol.44 n°.1 São Paulo Feb. 2010.

Page L. – The Humanization of Birth. International Journal of Gynecology and Obstetrics 75 (2001) S55-S58.

Página da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível na Internet:  
[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)  
Acessado em 8 de setembro de 2009.

Pang MW. et. al. – Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. Birth 35:2 June 2008.

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 observational study. Birth. 2008 Jun;35(2) :121-8.

Papa ACE, Mattar R, Camano L. – Cesariana Pós-morte. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, volume 21, número 6, Rio de Janeiro, Julho 1999.

Papile L. – The Apgar Score in the 21st Century. NEJM, volume 344:519-520, February 15, 2001, number 7.

Pare E, Stamilio D, Cahil A, Stevens E, Peipert J, Macones G. – Maternal morbidity with elective repeat cesarean section: the influence of the number of previous cesarean sections. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 191, issue 6, supplement 1, December 2004, p. S153.

Parente, RCM. – Cesariana: a polêmica das taxas. Boletim Informativo da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro. Novembro/Dezembro de 2008.  
Disponível na Internet: <http://www.sgorj.org.br/>.

Parilla BV, Dooley SL, Jansen RD, Socol ML. - Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeat cesarean delivery. *Obstetric Gynaecology* 1993; 81:392-395.

Patah LEM, Malik AM. - Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública* vol.45 no.1 São Paulo Feb. 2011.

Paterson-Brown S. - Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. *BMJ* 1998;317:462-3.

Pearce C. et al. – Elective appendectomy at the time of cesarean delivery: a randomized controlled Trial. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, volume 199, issue 5, November 2008, p. 491.e-491.e5.

Pellegrino E. – O bem estar do paciente deve suplantar os interesses do médico. *Revista Ser Médico. Publicação do Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo. Número 36, Ano XIV, Jul/Ago/Set/ 2011. p. 4-8.*

Pesce AF. – Private obstetric intervention: good, bad or whatever? *MJA* 2009;190 (9): 467-468.

Pestalozza F. – Il Lavoro delle donne e La proezione della maternità, nas Atas do I Congresso Internacional sobre Doenças do Trabalho, 14 de junho de 1906, Milão, Tip. Reggiani, 1906, p. 519-525.

Petrou S, Henderson J, Glazener C. – Economic aspects of caesarean section and alternative modes of delivery. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* Volume 15 No 1 p. 145-163, 2001.

Petry A. - *Revista Veja*. Editora Abril, edição 2163 – ano 43 – número 18, 5 de maio de 2009. p.133-4.

Pevzner L. et. al. – Patient's request associated with cesarean delivery on maternal request in an urban population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, volume 198, issue 5, may 2008, p. e35-e37.

Pinker S. - Mulher é mais feliz quando reconhece diferenças de gênero. *Folha Online – Ciência*, 21 de março de 2010. Acessado em 31 de março de 2010. Disponível na Internet: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u709956.shtml>.

Pinker, S. – Sobre Santos e Demônios. Artigo publicado na *Folha de São Paulo, Caderno Mais*, em 10 de fevereiro de 2008.

Pinto e Silva JLC, Surita FGC. - Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.31 nº.7 Rio de Janeiro July 2009

Pinto MJN. – A mulher, a educação e a família. - Desafios à sexualidade humana. Coletânea Bioética Hoje X. Org. Rui Nunes e Guilhermina Rego. Gráfica de Coimbra, Janeiro de 2006. p. 46-48.

Plante LA. – One Cheer for choice. *Obstetrics and Gynecology*, volume 108, n.3, part 1, september 2006.

Popper KR. – Conjecturas e Refutações. O progresso do conhecimento científico. Editora UNB 5ª Edição, 2008, p.80.

Portal da Saúde – SUS. Disponível na Internet: Acessado em 30 de maio de 2012.  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37472&janela=1)

Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. – Women's Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale. *Birth* 35:1 march, 2008.

Prata, M. – Revista Ser Médico. CREMESP. Volume 57, Ano XIV, out/nov/dez, 2011.

Pray-Dede M. et al. – Timing of elective cesarean delivery at term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology Supplement to December 2009* S 242.

Projeto Diretrizes, volume II. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2003, p. 185-191.

Rachna B, Bryony S, Deirdre JM. – Pelvic floor at 3 years after instrumental delivery and cesarean delivery in the second stage of labor and the impact of a subsequent delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 192, issue 3, March 2005, p. 789-794.

Radestad I, et al. – Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after Childbirth: a Nationwide follow-up. *Birth* 35:2 June 2008.

Rajaratam JK. Et. al. – Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 197 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *The Lancet*, volume 375, issue 9730, p. 1988-2008, june 2010.

Ramos JGL, Costa SM, Stuczynski JV, Brietze E. – Morte materna em Hospital Terciário no Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 25(6): 431-436, 2003.

Ratcliffe FM, Evans JM. – Neonatal wellbeing after caesarean delivery with general spinal, and epidural anesthesia. *Eur J Anaesthesiol* 1993;10:175-81.

Rattner D, Ferraz ST. - A Medicina tradicional e os sistemas municipais de saúde: Humanização do parto sob o enfoque do patrimônio cultural. Vários autores. Brasília: Conasems, 2009.

- Rawls, J. – Uma teoria da Justiça. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2008.
- Ray C, Boithias C, Castaigne-Meary V, et al. - Caesarean before labour between 34 and 37 weeks: What are the risk factors of severe neonatal respiratory distress?. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology. Vol 127, 2006, p. 56-60
- Reale, M. – "Introdução à filosofia", 2. ed. – São Paulo: Saraiva, 1989.
- Reddy UM. Prediction and prevention of recurrent stillbirth. Obstet Gynecol 2003;102:1151-64.
- Reddy UM, Ko CW, Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2006;195(3):764-70.
- Remoortere KV, et. al. – Cesarean and birth experience in Chile. AJOG, volume 195, issue 6, Supplement 1, december 2006, p. S212.
- Renner RM. et. al. – Informational factors influencing patient's childbirth preferences after prior cesarean. American Journal of Obstetrics and Gynecology volume 196, issue 5, May 2007, p. e14-e16.
- Rezende, JM - Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e Membro da Sociedade Brasileira e Sociedade Internacional de História da Medicina. [jmrezende@cultura.com.br](mailto:jmrezende@cultura.com.br) <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende>  
Acessado em 23 de março de 2009.
- Rezende J. - Operação cesariana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1969. Obstetrícia; p. 952-91.
- Revista Isto É. – Matéria: O Poder do Salto Alto. Edição 1796, 10 de março de 2004.
- Revista Veja – Edição 2079 – ano 41 – número 38, de 24 de setembro de 2008, p. 150-152
- Rijnders M. et al. – Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in woman 3 years postpartum in the Netherlands. Birth 35:2, June, 2008.
- Robson MS. - Can we reduce the caesarean section rate? Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Vol 15 No. 1pp 179-194, 2001.
- Rocco R. et. al. – Morbidade associada a cesariana eletiva em portadoras do HIV. RBGO, volume 25, número 5, 2003, p. 323-328.
- Rochelle ML, Holt VL, Esterling TR, Martin DP. - Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. NEJM, volume 345, July 5, 2005, number 1, 3-8.



Rom EP, Ribeiro RR, Guerra Júnior G, Barros Filho AA. - Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel, Estado do Paraná. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(3): 317-21.

Rortveit G, Daltveit, AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. NEJM 2003; 348:900-907.

Rortveit G. et. al. – Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section. NEJM, volume 348:900-907 March 6, 2003, número 10.

Ros A. et. al. – Arch Gynecol Obstet (2007) 275:269-274.

Ryding E, Nieminem K, Stephasson O. Swedish women's fear of childbirth and preference for cesarean section. International Journal of Gynecology and Obstetrics 107S52 (2009) S413-s729.

Sable MS, Libbus MK. – Pregnancy Intention and Pregnancy Happiness: Are they different? Maternal and Child Health Journal, volume 4, n. 3, 2000.

Sachs BP, Castro MA. – The Risks of lowering the Cesarean Delivery Rate. NEJM, Souding Board, volume 340:54-57, January 7, 1999, number 1.

Sachs BP, Castro MA. – The risks of lowering the cesarean delivery rate. NEJM Souding Board, volume 340:54-57, January 7, 1999, number 1.

Sachs BP. et. al. Cesarean section related maternal mortality in Massachusetts, 1954-1985. Obstet Gynecol 1988 Mar;71(3Pt 1) : 385-8.

Sadan O. et. all. – Once a cesarean, always a cesarean? A computer-assisted decision analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology Volume 195, issue 6, Supplement 1, December 2006, p. S113.

Safe Surgery Save Lifes. Documento da Organização Mundial de Saúde, 2008. Disponível na Internet:

[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge\\_base/SSSL\\_Brochure\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf). Acessado em 8 de março de 2010.

Sagadyleslie M. – Couseling women about elective cesarean section. Journal of Midwifery & Women's Health. Volume 49, issue 2, March-April 2004, p. 155-159.

Saisto T, Halmesmaki E. – Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obster Gynecol Scand, 2003 Mar;82(3) : 201-8.

Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. – Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal delivery. BJOG. 2001 May;108(5) : 492-8.

Sanchez-Ramos L. et al. - Route of breech delivery and maternal and neonatal outcomes. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 73 (2001) 7-14.

Sand PK. – Should women be offered elective cesarean section in the hope of preserving pelvic floor function? *Int. Urogynecol Journal* (2005) 16: 255-256.

Sarafraz N, Bagheri A, Kafaie M. – Relationship between mother's weight and fetal weight. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107S2 (2009) S413-S729

Saunders N, Paterson C. Effect of gestational age on obstetric performance: when is "term" over? *Lancet* 1991; 338:1190-1192.

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.

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; 82:834-840.

Schutte MF, van Hemel OJC, van der Berg C, van de Pol A. – Perinatal mortality in breech presentations as compared to vertex presentation in singleton pregnancies: an analysis based upon 57.819 computer registered pregnancies in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 19 (1985), p. 391-400.

Selo-Ojeme D. et al. – Preferred and actual delivery mode after a cesarean in London, UK. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2008) 102, 156-159.

Serrão D. – Abortamento: fronteiras de uma realidade. *Perspectiva ética. Desafios à sexualidade humana. Coletânea Bioética Hoje X*. Org Rui Nunes e Guilhermina Rego. Gráfica de Coimbra, Janeiro de 2006. p. 73

Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. – Avaliação preliminar do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *RBGO*, volume 26 (7), número 7, 2004, p. 517-525.

Shah A, et al, Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. *Int J Gynecol Obstet* volume 107, issue 103, p. 191-197, December 2009, doi:10.1016/j.ijgo.2009.08.013

Shears, R - Mail Online - Sunday, Feb 05 2012.

Disponível na Internet: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2094348/Caroline-Lovell-Home-birth-advocate-dies-delivering-baby-daughter-home.html#ixzz1lWfwnCHL>

Schei B. et. al. – Women's preference for caesarean section and history of sexual abuse – preliminary results from a multi-country study: the BIDENS study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107S2 (2009) S93-S396.

Silva ALCS, Filho OBM, Costa CFF. – Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. RBGO, 2005; 27(4): 189-96.

Simão AB, Ribeiro PM, Caetano AJ, César CC. - Comparando as idades à primeira relação sexual, à primeira união e ao nascimento do primeiro filho de duas coortes de mulheres brancas e negras em Belo Horizonte: evidências quantitativas. Revista brasileira de Estudos Populacionais, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 151-166, jan./jun. 2006.

Simkin P. – Birth Plans: after 25 years, women still want to be heard. Birth 34:1 March 2007.

Simoës E, Kunz S, Bosing-Schwenkglends M, Schmahl. Occupation and risk of cesarean section: study based on the perinatal survey of Baden-Württemberg, Germany. Arch Gynecol Obstet (2005) 271: 338-342.

Site Amigas do Parto. Disponível na Internet:  
<http://www.amigasdoparto.com.br/rehuna.html> Acessado em 1 de abril de 2010.

Site Amigas do Parto. Pelo Direito de Nascer e Florescer. Uma reflexão Crítica e criativa sobre a Humanização. Movimento pela humanização do parto. 13 de Fevereiro de 2007. Disponível na Internet: Acessado em 31 de julho de 2010.  
[http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com\\_content&task=view&id=397&Itemid=35](http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=397&Itemid=35)

Site do IPEA (O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) – Disponível na Internet:  
[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5531](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5531)  
Acessado em 30 de maio de 2012.

Site da Prefeitura Municipal de Porto Velho. Disponível na Internet:  
[http://www.portovelho.ro.gov.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1&Itemid=15](http://www.portovelho.ro.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=15) Acessado em 31 de julho de 2009.

Site da UOL. - Especialistas e entidades de classe criticam falta de anestesia nos partos do SUS em SP. Acessado em 22 de junho de 2010  
<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/2010/06/22/especialistas-e-entidades-de-classe-criticam-falta-de-anestesia-nos-partos-do-sus-em-sp.jhtm>.

Site da UOL. Mortalidade materna caiu 47% nos últimos 20 anos, diz ONU. Publicado em 16 de maio de 2012. Acessado em 25 de maio de 2012. <http://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/efe/2012/05/16/mortalidade-materna-caiu-47-nos-ultimos-20-anos-diz-onu.htm>

Site da UOL. Mortalidade materna no Brasil tem queda recorde de 21% em um ano. Publicado em 25 de maio de 2012. Acessado em 25 de maio de 2012.  
<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/05/25/mortalidade-materna-no-brasil-teve-queda-de-21-de-2010-para-2011.htm>

Site do CREMERJ - <http://www.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=714&item=1>

Site do CREMERJ - <http://www.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=715&item=1>

Site do IBGE. Indicadores Sociais e Demográficos de 2010. Acessado em 15 de outubro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ro#>

Site Doulas do Brasil. Disponível na Internet: <http://www.doulas.com.br/rehuna.html>. Acessado em 1 de abril de 2010.

Site do ReHuNa. Disponível na Internet: <http://www.rehuna.org.br/>

Site do ReHuNa. Disponível na Internet: <http://www.rehuna.org.br/> Acessado em 1 de abril de 2010.

Smaill F, Hofmeyer GF. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. Cochrane Database System Rev 2002; 3 CD000933-CD000933.

Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. – Cesarean delivery in the first birth increased the risk of unexplained stillbirth in the second pregnancy. Lancet 2003; 362:1779-1784.

Sociedade Brasileira de História da Medicina. Acessado em 22 de março de 2009. Disponível na Internet: <http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=134>.

Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Página da Internet: <http://www.dor.org.br/> Acessado em 9 de dezembro de 2009.

Solt I. – Is cesarean a clean surgery? American Journal of Obstetric and Gynecology, supplement to December 2009, S234.

Souza JP. Et al. – Revisão sistemática sobre a morbidade materna near miss. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2): 255-264, fevereiro, 2006.

Souza MR. - Parto: entre o desejo e a realização. Trabalho apresentado no XIII Encontro Brasileiro de Estudos Populacionais em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, de 4 a 8 de novembro de 2002. A pesquisa foi coordenada pela Dra. Elza Berquó e contou com financiamento do Fundo de Populações das Nações Unidas (FNUAP) e National Institute of Health (NIH). Disponível na Internet no site:

[http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos\\_cientificos/arquivos/parto\\_entre\\_o\\_desejo\\_e\\_a\\_realizacao.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos_cientificos/arquivos/parto_entre_o_desejo_e_a_realizacao.pdf). Acessado em 16 de julho de 2009.

Spadari MJ. – Procurando o lado humano da Medicina. Existe outro? Ética e Bioética. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul. 1ª Edição, Porto Alegre, Editora Stampa, 2006, p. 32.

Stanton C, Ronsmans C, and Baltimore Group Cesarean. – Recommendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing countries. Birth 35:3 September 2008.

Striker GAJ, Casanova LD, Nagao AT. - Influência do tipo de parto sobre a concentração das imunoglobulinas (Ig) A, G e M no colostro materno. J. Pediatr. (Rio J.) vol.80 no.2 Porto Alegre Mar./Apr. 2004.

Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartrn CI. – Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. NEJM 1993; 329: 1905-1911.

Sze EHM. – Prevalence and Severity of Anal Incontinence in Women With and Without Additional Vaginal Deliveries After a Fourth-Degree Perineal Laceration. Diseases of the Colon & Rectum. 2005 Volume 48 n. 1 66-69. Disponível na Internet: <http://journals.lww.com/dcrjournal/pages/results.aspx?k=EDDIE%20SZE&Scope=AllIssues&txtKeywords=EDDIE%20SZE> Acessado em 17 de abril de 2010.

Tamin H. et al. – Cesarean delivery among nulliparous women em Beirut: assessing predictors in nine hospitals. Birth 34:1. March, 2007.

Tanaka ACA. – Maternidade: dilema entre nascimtno e morte. Editora Hucitec, Abrasco, 1995.

Tang S, Li X, Wu Z. – Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban China: evidence from three nationwide household health surveys. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 195, issue 6, December 2006, p. 1527-1532.

Tanner, J M. - Growth at adolescence., 2nd ed., Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962.

Tedesco RP. et al. – Fatores Determinantes para as expectativas de primigestas acerca da Via de Parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 26 (10): 791-798, 2004.

Temporão, JG. – Aborto: chance para a reflexão. Correio Braziliense, DF, 06 de maio de 2008. Opinião.

Tharani Kandasamy T. et al. - Cesarean delivery surveillance system at a maternity hospital in Kabul, Afghanistan. International Journal of Gynecology & Obstetrics Volume 104, Issue 1, January 2009, p. 14-17

Tita A. et al. – Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at term and Neonatal Outcomes. NEJM, volume 360, n. 2, January 8, 2009; 111-120.

Tita A. – The Maternal Fetal Medicine Units (MFMU) cesarean registry: Impact of gestational age at elective cesarean on neonatal outcomes. American Journal of Obstetrics and Gynecology, volume 197, issue 6, Supplement 1, December 2007, p. S37.

Tita A. – Timing of elective repeat cesaren delivery at term and maternal outcomes. American Journal of Obstetrics and Gynecology Supplement to December 2009 S 246.

The European Mode of Delivery Collaboration. The Lancet March 1999 volume 353, issue 9158, p. 1035-1039.

The International Perinatal HIV Group. A Meta-Analysis of 15 cohort Studies. The Mode of delivery and the risk of vertical transmission of HIV Type I. NEJM 1999 Volume 340 Number 13, April 1:977-987.

The Royal College of Midwives, The Royal College of Obstetricians and Gynecologists, The National Childbirth Trust. Making Normal Birth a Reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party. November 2007. Disponível na Internet: <http://www.rcog.org.uk> Acessado em 6 de janeiro de 2009.

The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada et al. – Joint Policy Statement on Normal Childbirth. J Obstet Gynaecol Canada 2008;221:1163-1165.

Thurman AR, Zoller JS, Swift SE. – Non-pregnant patient's preference for delivery route. Int Urogynecol J (2004) 15: 308-12.

Tornquist CS. – Armadilhas na nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Estudos Feministas, ano 10, segundo semestre 2002, 483-492.

Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. NEJM, volume 341:1709-1714, december 2, 1999, number 23.

Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, de Ruiter A, Lyall H, Rookey PA.- Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. AIDS 2008;22:973-81.

Tranquilli AL, Giannubilo SR. – Cesarean delivery on maternal request in Italy. Brief Communication. International Journal of Gynecology and Obstetrics 84 (2004) 169-170.

Turnbull DA, Wilkinson C, Yaser A, et. al. – Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. Medical Journal of Australia, 1999; 170: 580-583.

Uma R, Libby G, Murphy DJ. – Obstetric management of a woman's first delivery and the implications for pelvic floor in later life. BJOG, 2005, August;112(8):1043-6.

Unterscheider J, McMenamin M, Abdelrahim I, Cullinane F. – Cesarean Section at full dilatation – results from a three year audit. International Journal of Gynecology and Obstetrics 107S2 (2009) S93-S396.

Uygur D. et al. – Multiple caesarean section: is it safe? Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 119 (2205) 171-175.

Vadnais M, Sachs B. – Maternal Mortality with Cesarean Delivery: a Literature Review. Seminars in Perinatology 30:242-246, 2006.

Vaginal Birth After Previous Cesarean Section. ACOG. Practice Bulletin N°54. American College of Obstetricians and Gynecologists 2004; 104:203-12.

Van der Berg A, van Elburg RM, van Geijn HP, Fetter WPF. – Neonatal respiratory morbidity following elective caesarean section in term infants. A 5 year retrospective study and a review of the literature. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology volume 98, 2001, p. 9-13.

Van Voorhis, BJ. - In vitro fertilization. N Engl J Med 2007; 356:379-86.

Villar J, Carroli G, Zavaleta A, et. al. – Maternal and neonatal individual risks and benefits with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ 2007;335;1025 published online 30 Oct 2007. Disponível na Internet: <http://bmj.com/cgi/content/full/335/7628/1025> Acessado em 5 de maio de 2009.

Villar J. et al. - Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. The Lancet Volume 367, Issue 9525, 3 June 2006-9 June 2006, p.1819-1829.

Visgo AG, et al - Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2006 Dec; 108 (6): 1517-29.

Walsh J, Robson M, Foley M. – The influence of ethnicity on caesarean section rates in the home of active management of labour. The International Journal of Gynecology and Obstetrics 107S2 (2009) S93-S396.

Wagner M. Choosing Cesarean section. The Lancet, volume 356, issue 9242, p. 1677-80. November, 2000.

Waldestron U. – Why do some women change their opinion about childbirth over time. Birth. 2004 Jun;31(2):102-7.

Waldestron U, Hildingsoon I, Ryding EL. – Antenatal fear of childbirth and its associations with subsequent caesarean section and experience of childbirth. BJOG. 2006 Jun;113(6): 638-46.

Waniez P, Wurtz B, Brustlein V. Abuse of caesarean Delivery in Brazil: Geographic Dimensions of a Medical Aberration. Sante,16(1):21-31, 2006.

Wax JR. – Maternal Request cesarean versus planned spontaneous vaginal delivery maternal morbidity and short term outcomes. Semin Perinatol 2006;30: 247-52.

Weaver JJ, et al. – Are there ‘unnecessary’ cesarean sections? Perceptions of women and obstetrician about cesarean sections for nonclinical indications. Birth 34:1 March 2007.

Weber M. – A política como vocação. Editora da Universidade de Brasília, Brasília, 2003, p.11.

Weber M. – Ensaio de Sociologia. – Coleção Os Pensadores, Editora Abril, 1ª Edição, maio de 1974. p. 249.

Weidwerpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. – Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. Revista de Saúde Pública, 32 (3), 225-31, 1998. Disponível na Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n3/p225-231.pdf>. Acessado em 4 de março de 2010.

Wen SW. Et. al. – Comparison of maternal mortality and morbidity between Trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) 191, 1263-9.

Whitaker, F. - Relatório sobre a Dignidade Humana e a Paz no Brasil. Publicado na Folha de São Paulo, caderno Cotidiano em 21 de outubro de 2003.

Whyte et al. – Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. American Journal of Obstetric and Gynecology, volume 191, issue 3, september 2004, p. 864-871.

Wilmink FA. Et. al. – Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestations: a 7 year retrospective analysis of a national registry. American Journal of Obstetrics and Gynecology March 2010, 250.e1.

World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood, Division of Reproductive Health. Care in Normal Birth: A Practical Guide. WHO/FRH/MSM/96.24. Report of a technical working group. Geneva: WHO, 1997, Disponível na Internet: <http://who.int/reproductive-health/publications>. Acessado em 6 de janeiro de 2009.

World Health Organization. Safe Motherhood. Care in normal birth. A Practical Guide. Geneva, 1996. Disponível na Internet: Acessado em 21 de abril de 2009. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf).

Wright JB, Wright AL, Simpson NA, Bryce FC. - A survey of trainee obstetricians preferences for childbirth. European Journal of Obstetric and Gynecology Reproductive Biology. 2001 July;97(1):1723-5.

Wu JM, Hundley AF, Visco AG. – Elective primary caesarean delivery: attitudes of urogynecology and maternal-fetal medicine specialists. Obstet Gynecol, 2005 Feb;105(2):301-6.

Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. – Abnormal placentations: twenty-year analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005;192: 1458-61.



Yang J. et. all – Elective Caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to child transmission of hepatitis B virus – a systematic review. *Virology Journal* 2008, 5:100. Disponível na Internet: <http://www.virologyj.com/content/5/1/100>.

Acessado em 2 de outubro de 2008.

Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. - Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev. Saúde Pública* v.35 n.2 São Paulo abr. 2001.

Yildirin G. et al. – When should we perform prophylactic antibiotics in elective cesarean cases. *Arch Gynecol Obstet* (2009) 280:13-18.

Yoles I, Maschiac S. - Increased maternal mortality in cesarean section as compared to vaginal delivery? Time for re-evaluation. *American Journal of Obstetrics Gynaecology* 1998; 178: Suppl: S78-S79.

Young D. – What is normal childbirth and do we need more statements about it? Editorial. *Birth* 36:1 March, 2009.

Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Trumble A. – Natural History of labor progression. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, volume 199, issue 6, Supplement 1, December 2008, p. S51.

Zimmermann JB. Et. al. – Complicações puerperais associadas à via de parto. *Revista Médica de Minas Gerais* 2009; 19(2): 109-116.

Zlot AI, Jackson DJ, Korenbrot C. – Association of acculturation with cesarean section among latinas. *Maternal and Child Health Journal*. Volume 9, n. 1, March 2005.

Zahniser SC, Kendricks JS, Franks AL, Saftlas AS. – Trends in obstetrics operative procedures. *Am J Public Health* 1992;82:1340-1344.

Zhang J, et al. – Normal labor patterns in U.S. women. . *American journal of Obstetric and Gynecology*, volume 199, issue 6, Supplement 1, December 2008, p. S36.

Zhang J, Meikle S, Zheng J, Sun W. Li Z. – Cesarean delivery on maternal request in southeast China. *Obstetric Gynecol*, 2008 May;111(5):1077-82.

Zugaib M. – Matéria publicada na Folha de São Paulo em 15 de fevereiro de 2009. Disponível na Internet: Acessado em 14 de março de 2010.

<http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=11567>

Zugaib, M. *Obstetrícia*. Editora Manole, Barueri, São Paulo, 2008.

Zupancic JÁ. – The Economic of Elective Cesarean Section. *Clin Perinatol* 35 (2008) 591-599.

## ANEXO I – PARECER DO CEP

**Fundação Universidade  
Federal de Rondônia – UNIR**



Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde – CEP/NUSAU

Porto Velho, 05 de março de 2009.  
Carta 006/2009/CEP/NUSAU  
Da: Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
Para: José Odair Ferrari  
Assunto: Parecer Ético  
FR: 226837  
CAAE: 4433.0.000.047-08

Informo-lhe que o projeto de pesquisa de sua autoria “**A opção pela cesariana e a legitimação da autonomia**” foi aprovado em reunião do Comitê de Ética realizada em 03/03/2009. Por conseqüência, a pesquisa pode ser imediatamente iniciada.

Outrossim, esclareço ainda que este Comitê deve ser informado do andamento da investigação, bem como receber cópia do relatório final, quando de sua conclusão.

Atenciosamente,

  
Prof.ª Ms. Lucinda Maria Dutra de S. Moreira  
Coordenadora/Portaria 308 GR  
Comitê de Ética em Pesquisa NUSAU/UNIR  
Coord. Port. 308/GR/2007

## ANEXO II – FICHA PRELIMINAR

### NASCIMENTOS 2006/2007 - HOSPITAL DE BASE

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade da Mãe: \_\_\_\_\_

Naturalidade da mãe: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

---

Telefones: \_\_\_\_\_

Primigesta ( ) Gesta = \_\_\_\_\_ Para = \_\_\_\_\_ Abortos = \_\_\_\_\_

Data da cirurgia: \_\_\_\_\_

Indicação da Cirurgia: \_\_\_\_\_

Duração da cirurgia em minutos: \_\_\_\_\_

Semanas de Gravidez: ( ) + 40 ( ) 40 ( ) 39 ( ) 38 ( ) 37-36  
( ) 35-34 ( ) 33-32 ( ) 31-30 ( ) 29-28 ( ) < 28

Peso ao Nascer: \_\_\_\_\_ Índice de APGAR: 1º Min. \_\_\_\_\_ 5º Min. \_\_\_\_\_ SR ( )

Condições de Alta da mãe:

- ( ) sem problemas relatados
- ( ) problemas relatados. Quais? \_\_\_\_\_
- ( ) óbito da mãe. Causa? \_\_\_\_\_
- ( ) SEM REGISTRO

Condições de Alta do RN:

- ( ) sem problemas relatados
- ( ) problemas relatados. Quais? \_\_\_\_\_
- ( ) óbito fetal. Causa? \_\_\_\_\_
- ( ) SEM REGISTRO

OBSERVAÇÕES.

## ANEXO III - TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESOLUÇÃO CNS 196/96

Eu, \_\_\_\_\_,  
fui convidada a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**OPÇÃO  
CONSENTIDA PELA CESAREANA E A LEGITIMAÇÃO DA  
AUTONOMIA**” e para tanto me foram fornecidos os seguintes  
esclarecimentos:

- 1- A pesquisa será realizada e dirigida pelo médico e professor Jose Odair Ferrari e terá como objetivo principal estudar a ocorrência de Partos Normais e Cesarianas nas gestantes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base nos anos de 2006 e 2007;
- 2- Durante a pesquisa terei que preencher um formulário que contém informações sobre minha história ginecológica, outros dados sócio-econômicos, pessoais e profissionais, além das ocorrências advindas antes durante e depois de minha internação como gestante no Hospital de Base Ary Pinheiro;
- 3- Esta pesquisa não oferece riscos aos participantes e o benefício será aferido assim que forem constatadas as consequências dos procedimentos dos partos normais ou das cesarianas tanto para a mãe como para os conceptos;
- 4- Ninguém é obrigado a participar da pesquisa, assim como poderá deixá-la no momento que quiser, não havendo qualquer prejuízo pessoal;
- 5- Não haverá qualquer despesa e nem qualquer pagamento para o participante;
- 6- Está sendo garantido o sigilo das informações por mim prestadas, com uso das mesmas exclusivamente para o estudo proposto.

Qualquer dúvida ou esclarecimento deve procurar:

Professor Jose Ferrari

End.: Rua Forqueta, 233, Vila da Eletronorte, Porto Velho,

Fone: 9984 1452

**Declaro que, após a leitura das informações acima, me sinto  
perfeitamente esclarecida e aceito, por livre vontade, participar da  
pesquisa.**

Porto Velho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

---

## ANEXO IV – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

### QUESTIONARIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1 – Idade da mãe: \_\_\_\_\_

2 – Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3 – Via de Parto:

- (1) Vaginal
- (2) Cesariana

4 – Óbito Materno em decorrência de complicações do parto:

- (1) Sim
- (2) Não

5 – Óbito Fetal em decorrência de complicações do parto:

- (1) Sim
- (2) Não

6 – Etnia:

- (1) – Branca
- (2) – Parda
- (3) – Indígena
- (4) – Amarela
- (5) – Negra

7 – Naturalidade da mãe:

- (1) – Rondônia
- (2) – Amazonas
- (3) – Mato Grosso
- (4) – Acre
- (5) – Outro Estado

8 – Residência da mãe:

- (1) – Porto Velho
- (2) – Ariquemes
- (3) – Guajará Mirim
- (4) – Itapuã d'Oeste
- (5) – Humaitá
- (6) – Aldeia indígena
- (7) – Outra cidade

9 - Religião da mãe no momento do nascimento:

- (1) – Católica
- (2) – Evangélica
- (3) – Espírita
- (4) – Candomblé
- (5) – Santo Daime ou União do Vegetal
- (6) – Nenhuma religião
- (7) – Outra: \_\_\_\_\_

10 - Mudou de religião após o nascimento:

- (1) Sim Especificar: \_\_\_\_\_
- (2) Não

11 – Estado Civil no momento do nascimento

- (1) – Solteira
- (2) – União Estável
- (3) – Casada
- (4) – Viúva
- (5) – Separada

12 – O pai da criança:

- (1) – é o parceiro atual
- (2) – não é o parceiro atual
- (3) – não sabe quem é o pai da criança
- (4) – não quer informar

13 – Tempo de duração da relação com o pai até a data de nascimento

- (1) – foi uma relação casual
- (2) – menos de 6 meses
- (3) – mais de 6 meses e menos de 1 ano
- (4) – 1 a 2 anos
- (5) – 2 a 4 anos
- (6) – + de 5 anos

14 – Duração da relação após a data de nascimento:

- (1) – continuou solteira
- (2) – continuou com o mesmo parceiro
- (3) – separou do parceiro antes do nascimento
- (4) – separou do parceiro com menos de 6 meses após o nascimento
- (5) – separou do parceiro com mais de 6 meses após o nascimento
- (6) – separou do parceiro com mais de 1 ano após o nascimento

15 – Estado Civil atual

- (1) – Solteira
- (2) – União Estável
- (3) – Casada
- (4) – Viúva

- (5) - Separada
- 16 - Tempo de duração da relação após a data de nascimento
- (1) – menos de 1 ano
  - (2) – 1 a 2 anos
  - (3) – 2 a 4 anos
  - (4) – + de 5 anos
- 17 – Grau de instrução na data de nascimento
- (1) – Analfabeta
  - (2) – Ensino Fundamental incompleto
  - (3) – Ensino Fundamental completo
  - (4) – Ensino Médio incompleto
  - (5) – Ensino Médio Completo
  - (6) – Ensino Superior incompleto
  - (7) – Ensino Superior completo
- 18 – Continuou a estudar após o nascimento
- (1) Sim
  - (2) Não
- 19 – Profissão no momento do nascimento
- (1) – do lar
  - (2) – estudante
  - (3) – doméstica
  - (4) – trabalho formal
  - (5) – trabalho informal
- 20 – Parou de trabalhar após o nascimento
- (1) Sim
  - (2) Não
- 21 - Profissão atual
- (1) – do lar
  - (2) – estudante
  - (3) – doméstica
  - (4) – trabalho formal
  - (5) – trabalho informal
- 22 – Problemas de saúde atuais e passados relatados e não relacionados à parturição
- (1) Sim
  - (2) Não
- 23 – Fumava antes da gestação:
- (1) Sim
  - (2) Não
- 24 – Fumou durante a gestação:

- (1) Sim
- (2) Não

25 – Fuma nos dias atuais:

- (1) Sim
- (2) Não

26 – Fazia uso de bebidas alcoólicas antes da gestação:

- (1) Sim
- (2) Não

27 – Fez uso de bebidas alcoólicas durante a gestação:

- (1) Sim
- (2) Não

28 – Faz uso de bebidas alcoólicas nos dias atuais:

- (1) Sim
- (2) Não

29 – Durante a gestação fez uso de:

- (1) – nenhum tipo de droga
- (2) – mela
- (3) – maconha
- (4) – cocaína

## **HISTÓRIA REPRODUTIVA**

30 – Em relação à utilização de métodos contraceptivos antes da gravidez

- (1) – nunca utilizou nenhum método contraceptivo
- (2) – fazia tabelinha
- (3) – fazia uso regular de camisinha
- (4) – fazia uso irregular de camisinha
- (5) – já utilizou pílulas anticoncepcionais
- (6) – já utilizou DIU

31 – Em relação à utilização de métodos contraceptivos após a gravidez

- (1) – não utiliza nenhum método contraceptivo
- (2) – faz tabelinha
- (3) – faz uso regular de camisinha
- (4) – faz uso irregular de camisinha
- (5) – utiliza pílulas anticoncepcionais
- (6) – utiliza DIU

32 – Idade da primeira menstruação: \_\_\_\_\_



33 – Idade da primeira relação sexual: \_\_\_\_\_

34 – Teve algum tipo de DST antes de engravidar:

- (1) Sim
- (2) Não

35 – É portadora do vírus da HIV:

- (1) Sim
- (2) Não

36 – A primeira relação sexual foi:

- (1) – consentida
- (2) – forçada
- (3) – estupro

37 – Semanas de gravidez até o momento do nascimento:

- (1) – mais de 40 semanas
- (2) – 40 semanas
- (3) – 39 semanas
- (4) – 38 semanas
- (5) – 37-36 semanas
- (6) – 35-34 semanas
- (7) – 33-32 semanas
- (8) – 31-30 semanas
- (9) – 29-28 semanas
- (10) – menos de 28 semanas

38 – Número de gestações até o momento do nascimento

- (1) – Primigesta
- (2) – Segunda Gestação
- (3) – Terceira Gestação
- (4) – Quarta Gestação
- (5) – Quinta Gestação
- (6) – + de 5 gestações

39 – Número de filhos vivos no momento do nascimento

- (1) – Nenhum
- (2) – 1
- (3) – 2
- (4) – 3
- (5) – 4
- (6) – 5
- (7) – + de 5

40 – Número de abortos no momento do nascimento

- (1) – nenhum

- (2) – 1
- (3) – 2
- (4) – 3
- (5) – 4
- (6) – 5
- (7) – + de 5

41 – Em relação ao Pré-Natal:

- (1) – não fez Pré-Natal
- (2) – apenas 1 consulta de Pré-Natal
- (3) – 2 consultas de Pré-Natal
- (4) – 3 consultas de Pré-Natal
- (5) – realizou todas as consultas e exames do Pré-Natal

42 – No último exame de US realizado o feto estava:

- (1) – não foi feito US
- (2) – vivo
- (3) – em sofrimento
- (4) – morto

43 – Estado de saúde do nascituro ao nascer

- (1) – prematuro
- (2) – pós maturo
- (3) – normal
- (4) – natimorto
- (5) – com anomalias

44 – Peso ao nascer (gr): \_\_\_\_\_

45 – Tempo de duração do parto normal:

- (1) – 1 a 2 horas
- (2) – 3 a 4 horas
- (3) – 5 a 6 horas
- (4) – 7 a 8 horas
- (5) – 9 a 10 horas
- (6) – 11 a 12 horas
- (7) – mais de 12 horas
- (8) – foi cesareana

46 – Tempo de duração da cesareana:

- (1) – 1 hora ou menos
- (2) – mais de 1 hora
- (3) – foi parto normal

47 – Índice de APGAR no primeiro minuto:

- (1) 0
- (2) 1-2
- (3) 3-4
- (4) 5-6
- (5) 7-8
- (6) 9-10
- (7) Sem registro de Apgar

48 - Índice de APGAR no quinto minuto:

- (1) 0
- (2) 1-2
- (3) 3-4
- (4) 5-6
- (5) 7-8
- (6) 9-10
- (7) Sem registro de Apgar

49- Estado de saúde do nascituro atual:

- (1) – faleceu até 7 dias após o parto
- (2) – faleceu até 6 meses após o parto
- (3) – faleceu até 1 ano após o parto
- (4) – faleceu depois de 1 ano após o parto
- (5) – está normal

50 - É portador de algum tipo de deficiência física:

- (1) Sim
- (2) Não

51 - É portador de algum tipo de deficiência neurológica:

- (1) Sim
- (2) Não

52 – Foi uma gravidez planejada?

- (1) Sim
- (2) Não

53 – Foi uma gravidez desejada?

- (1) Sim
- (2) Não

54 – Em relação à amamentação:

- (1) – não amamentou
- (2) – amamentou por período inferior a 1 mes
- (3) – amamentou entre 1 a 2 meses
- (4) – amamentou entre 2 a 3 meses
- (5) – amamentou entre 3 a 6 meses

- (6) – amamentou por mais de 6 meses
- 55 – Durante a gravidez você:
- (1) – não teve nenhuma doença
  - (2) – apresentou anemia
  - (3) – apresentou diabetes
  - (4) – apresentou eclâmpsia
- 56 – Era teu desejo ter parto normal?
- (1) Sim
  - (2) Não
- 57 – Era teu desejo fazer cesareana?
- (1) Sim
  - (2) Não
- 58 – A via de parto foi
- (1) Parto normal
  - (2) Parto normal com episiotomia
  - (3) Parto com Fórceps
  - (4) Cesareana
- 59 – A cesareana foi:
- (1) – não foi feita cesareana
  - (2) – feita de “urgência”
  - (3) – eletiva
- 60 – A duração da cesareana foi de:
- (1) – não foi feita cesareana
  - (2) – menos de 1 hora
  - (3) – mais de 1 hora
- 61 – Você teve alguma complicação da cesareana:
- (1) Sim especifique: \_\_\_\_\_
  - (2) Não
- 62 – Você se arrependeu de ter feito cesareana?
- (1) Sim
  - (2) Não
- 63 – Você teve alguma complicação do Parto Normal?
- (1) Sim Especifique: \_\_\_\_\_
  - (2) Não
- 64 – Você se arrependeu de ter tido parto normal?
- (1) Sim
  - (2) Não

65 – Você precisou retornar ao hospital para receber atendimento por complicações decorrentes do nascimento:

- (1) Sim
- (2) Não

66 – Pretende ter outros filhos?

- (1) Sim
- (2) Não

67 – Caso você pudesse escolher hoje, qual via de parto escolheria?

- (1) – cesareana
- (2) – parto normal

68 - Você acha que independentemente das condições financeiras, a gestante tem o direito de escolher o tipo de parto a ser realizado, optando por ser parto normal ou cesareana?

- (1) Sim
- (2) Não

69 – Em relação ao desejo sexual após o nascimento:

- (1) – continua do mesmo jeito
- (2) – ficou mais “fria”
- (3) – aumentou seu desejo
- (4) – não quer responder

70 – Em relação ao tempo necessário para recuperação:

- (1) – o tempo de recuperação do parto normal é maior
- (2) – o tempo de recuperação da cesareana é maior
- (3) – o tempo de recuperação é o mesmo para ambos

71 - Você indicaria para alguma amiga ou parente que estivesse para ser submetida ao mesmo tipo de parto que você teve?

- (1) Sim
- (2) Não

72 - Você aconselharia a uma amiga ou parente sua fazer qual tipo de parto?

- (1)- Cesareana
- (2)- Parto normal

73 – Caso você tenha feito cesareana:

- (1) – a cirurgia retardou a amamentação
- (2) – a cirurgia não interferiu com a amamentação