

Revisão

Cesárea eletiva no Brasil: imposição da autonomia da mulher ou do poder médico?

Caio Eduardo Gullo*, Zaida Aurora Sperli Gerales Soler, D.Sc.***, Eliana Márcia Sotello Cabrera, D.Sc.***, Beatriz Barco Tavares Jontaz Irigoyen, D.Sc.****, Damaris Aparecida Rodrigues*****

*Acadêmico de medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, **Obstetiz, enfermeira, docente da graduação e pós-graduação da FAMERP, Livre-Docente em Enfermagem, área de Enfermagem Obstétrica, ***Médica, docente da graduação e pós-graduação da FAMERP, ****Enfermeira obstetra, docente da graduação e pós-graduação em Enfermagem da FAMERP, *****Enfermeira obstetra, atuante na área de pediatria do Rio Preto, monitora do curso de especialização em Enfermagem obstétrica da FAMERP

Resumo

Introdução: A cesariana é um dos procedimentos cirúrgicos mais executados no Brasil nas últimas décadas. Pesquisas demonstram que a realização da cesárea sem indicação obstétrica ocorre mesmo frente à manifestação de desejo da mulher/família pela via de parto vaginal, o que pode ter como causa, entre outras, a coerção ao parto cirúrgico nas maternidades, onde se criam razões “médicas” que o tornam aceitável. **Objetivo:** Analisar bases bibliográficas sobre as razões de médicos obstetras, gestantes e familiares adotarem a cesárea como principal opção para o nascimento no Brasil. **Métodos:** Estudo de atualização da literatura junto à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sobre a questão da cesárea como via de eleição para o parto. **Resultados:** Ficaram destacados: a formação médica mais voltada para a prática cirúrgica; o medo da mulher pela dor no parto normal; a falta de tempo do médico e número insuficiente de enfermeiros obstetras na assistência ao trabalho de parto; a realização da cesárea eletiva por solicitação da mulher, desconsiderando-se o efetivo benefício para mãe e filho e também o receio de um processo jurídico por erro ou omissão de socorro. **Conclusão:** É imperativo buscar consensos baseados em evidências científicas sobre o ciclo gravídico-puerperal, nos aspectos de formação e atuação de médicos e enfermeiros obstetras, visando à atenção humanizada ao nascimento.

Palavras-chave: cesárea, parto humanizado, assistência obstétrica, médico obstetra, nascimento, enfermeiro obstetra.

Abstract

Elective cesarean section in Brazil: an imposition of women's autonomy or of physician power?

Introduction: Cesarean section is one of the most common surgical procedures performed in Brazilian hospitals in the last decades. Some researches highlight women and relatives requests for cesarean sections. Other studies emphasize women expressed desire for a normal childbirth. However, women are often coerced into cesarean section by the creation of a “medical” reason that makes it acceptable. **Objective:** To analyze the literature found in bibliographic databases on the reasons

Artigo recebido em 27 de outubro de 2011; aceito em 2 de dezembro de 2011.

Endereço para correspondência: Caio Eduardo Gullo, Rua Dr. Rubião Meira, 111/32, 15091-160 São José do Rio Preto SP, E-mail: caiogullo@hotmail.com; zaidaaurora@gmail.com, escabrera@famerp.br, bbarco@famerp.br

why obstetricians, pregnant women and their families adopt the cesarean section as primary birth option in Brazil. *Methods:* This study performs an update of the literature found in the Virtual Health Library (BVS) concerning cesarean sections as na elective delivery option. *Results:* We highlight: medical education has been more oriented towards the performance of surgical practices; women fear of pain during normal labor; obstetrician lack of time and the insufficient number of widwives for assistance during labor; the performance of elective cesarean sections upon women requests, disregarding the actual benefits for mother and infant; the fear of lawsuits alleging errors and omission. *Conclusion:* For the humanization of birth assistance, it is imperative to reach consensus on the aspects of training and performance of obstetricians and widwives, based on scientific evidences about the gravidic-puerperal cycle.

Key-words: cesarean section, humanized labor, obstetrical care, obstetrician, birth, midwife.

Resumen

Cesárea electiva en Brasil : imposición de la autonomía de la mujer o del poder médico?

Introducción: La cesárea es uno de procedimientos quirúrgicos más ejecutados en Brasil desde hace décadas. Se destacan em muchas investigaciones tanto la solicitud de cesárea por la mujer y la familia, como la manifestación del deseo por obtener um parto normal. Sin embargo, muchas veces se realiza la cesárea bajo coerción, ya que se crea una razón “médica” que la convierte en aceptable. *Objetivo:* Analizar las bases de datos bibliográficos sobre las razones por las que médicos obstetras, gestantes y familiares adoptan la cesárea como principal opción para el nacimiento en Brasil. *Métodos:* Estudio de actualización de la literatura encontrada en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) sobre la cesárea como vía de elección para el parto. *Resultados:* Se destacaron: la formación médica más direccionada a la práctica quirúrgica; el miedo de la mujer por el dolor en el parto normal; la falta de tiempo del médico y el número insuficiente de enfermeros obstetras en la asistencia durante el trabajo de parto; la realización de la cesárea electiva por solicitud de la mujer, desconsiderándose el beneficio efectivo para madre e hijo; el recelo del médico ante una posible reclamación judicial por error u omisión de socorro. *Conclusión:* Es imperativo buscar consensos basados en evidencias científicas sobre el ciclo gravídico puerperal, en los aspectos de formación y actuación de médicos y enfermeros obstetras, aspirando a la atención humanizada al nacimiento.

Palabras-clave: cesárea, parto humanizado, asistencia obstétrica, médico obstetra, nacimiento, enfermero obstetra.

Introdução

A cesárea como opção da via de parto

A cesárea é um dos procedimentos cirúrgicos mais executados e conhecidos na atualidade. Nos últimos anos, o aumento progressivo nas taxas desta operação configurou-se como um fenômeno mundial, porém sua proporção varia marcadamente entre países, regiões e subpopulações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como razoáveis taxas de cesárea abaixo dos 20%, valor muito aquém dos índices nacionais, que têm evoluído de forma ascendente, com uma aceleração nos últimos 10 anos [1]. A partir dos anos 80, alguns autores chamaram a atenção para a inexorável tendência de ascensão das cesáreas nas sociedades ocidentais, ficando o Brasil entre os recordistas mundiais na realização deste procedimento cirúrgico de forma eletiva [1,2].

Todo esse desenvolvimento científico e tecnológico foi possibilitado pela criação de uma poderosa indústria de equipamentos médico-hospitalares e de

produtos farmacêuticos. De um lado, tal complexo industrial ajudou o desenvolvimento da medicina, colocando à disposição muitos recursos diagnósticos e terapêuticos, mas, por outro, também foi assumindo o comando das ações médicas no foco da economia de mercado, orientando as ações em saúde muitas vezes de forma distorcida [3,4].

A economia de mercado, alimentando o desejo, a necessidade e a vontade que movem o ser humano, estabelece um padrão universal de heteroregulação [5], relegando a segundo plano a autorregulação consentida tanto pelo médico quanto pela paciente [6].

Muitos fatores apresentam-se relacionados a este fato, porém ainda não se conseguiu uma explicação completa sobre o mesmo. O aprimoramento da técnica cirúrgica e anestésica, a maior oferta de recursos propedêuticos indicando riscos para o feto, o aumento da incidência de gestações em pacientes com cesariana prévia, e os fatores socioculturais relacionados à maior praticidade do parto programado devem ser assinalados. Fica destacado, em debates acadêmicos, publicações e reuniões científicas, o

predominante caráter eletivo das indicações, principalmente em hospitais privados, como uma das principais causas do aumento das taxas de cesariana no Brasil [2, 7-11].

Em países desenvolvidos, contribuem significativamente para o aumento na taxa de cesárea a maior proporção de gestantes com mais de 30 anos de idade; o uso de medicação para tratamento da infertilidade, que resulta em maior número de gestações múltiplas; e o número maior de gestações de alto risco [12]. O aumento da incidência de gestantes adolescentes também constitui um fator importante, pois a adolescente grávida é uma paciente “especial” do ponto de vista biopsicossocial, devendo ser, então, conduzida por uma equipe multidisciplinar, e muitas tem o parto resolvido por cesárea eletiva [13].

Apesar de todo desenvolvimento técnico e científico nas últimas décadas, têm sido relatadas maior morbimortalidade da operação cesariana em relação ao parto vaginal, com risco aumentado para rotura uterina, infecção e morbidade febril puerperal, e entre as exíguas vantagens daquela, uma menor incidência de hemorragia pós-parto [12]. A realização da prova de trabalho de parto em mulheres com uma cesárea anterior constitui uma alternativa segura para a condução dessas mulheres com sucesso para parto vaginal [14]. A ocorrência de cesárea prévia representa fator de risco para descolamento prematuro de placenta [15], acretismo placentário, placenta prévia, abortamento espontâneo, prenhez ectópica e óbito fetal inexplicável [16].

Em função do aumento relevante dos índices de cesárea, muitos estudos vêm sendo realizados para analisar os efeitos desse procedimento sobre os recém-nascidos. As afecções respiratórias recebem especial atenção, devido a sua influência na alta taxa de morbimortalidade nos primeiros momentos da vida extrauterina. Há décadas discute-se o risco de desconforto respiratório neonatal e de taquipneia transitória do recém-nascido como complicações da cesárea eletiva, muitas vezes acompanhadas por anóxia, sangramento e imaturidade, sem ter, necessariamente, conotação etiológica alguma [7,17].

As altas taxas de mortalidade materno-infantil no Brasil, assim como em todos os países em desenvolvimento, são reflexo da maior dificuldade de acesso a serviços de qualidade na assistência à gestação, ao parto e ao puerpério. De acordo com publicação de 2005 do Ministério da Saúde do Brasil, a razão de mortalidade materna oficial do

país foi de 55,8/100.000 nascidos vivos, distribuídas em 53,4 para a região Sudeste, 61,9 para a região Sul e 58,3 para a região Centro-Oeste, constituindo um indicador da qualidade de saúde que é influenciado diretamente pelo grau de desenvolvimento econômico-cultural-tecnológico de um país [18].

Um interessante estudo demonstrou que até a duração da amamentação é afetada pela via de parto. Foram encontrados valores similares entre os nascidos por parto vaginal e cesariano emergencial, porém os nascidos por cesariana eletiva apresentaram um risco três vezes maior de interromper a lactação no primeiro mês de vida, após controle de fatores de confusão [19].

Algumas situações especiais também são amplamente discutidas quanto à preferência por parto via vaginal ou cesárea. Sabe-se que a prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal, tendo incidência variável e etiologia multifatorial, difícil de ser apurada. O melhor tipo de parto no prematuro ainda é discutível, pois na literatura há carência de estudos prospectivos controlados, em virtude das inúmeras variáveis que se relacionam e fogem do controle [20].

Atualmente também tem sido expandido o emprego da cesárea para o nascimento de prematuros extremos, atitude muito polêmica uma vez que os dados a seu favor não são conclusivos. O diagnóstico de saúde fetal durante o trabalho de parto é incerto, as implicações de um trabalho de parto prolongado não são claras e os obstetras não têm como saber, antes do nascimento, quais recém-nascidos sobreviverão e quais morrerão pouco depois do nascimento [21].

A cesárea eletiva, ainda, é considerada uma estratégia preventiva à laceração do esfíncter anal como complicação no parto vaginal e consequente incontinência fecal em idade mais tardia, apesar de correção primária [22]. Também é comum a associação de parto vaginal com sintomas urinários e disfunção sexual subsequentes, seja diretamente, por causa da interdependência entre todos os compartimentos do assoalho pélvico, ou indiretamente, devido à ocorrência de outras variáveis relacionadas a um parto vaginal difícil [23].

Assim, tomando-se por referência as discussões e as publicações atuais sobre a cesárea eletiva, este artigo tem como objetivo apresentar uma atualização da literatura sobre a eleição da cesárea como via de parto, no foco de decisão da mulher/família e do médico obstetra.

Material e métodos

Neste estudo utilizou-se a revisão de literatura, com pesquisa em conteúdo específico percorrendo as seguintes fases: identificação do tema, categorização dos assuntos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados.

As referências bibliográficas foram levantadas em livros e em artigos encontrados nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram: cesárea (cesarean section); parto humanizado (humanized labor); assistência obstétrica (obstetrical care); médico obstetra (obstetrician); nascimento (birth); enfermeiro obstetra (midwife). Após, o material obtido foi analisado segundo objetivo proposto, metodologia empregada e resultados obtidos, bem como discussão e considerações.

Desenvolvimento

A autonomia da mulher e o direito pela cesariana eletiva

O medo da dor no trabalho de parto e no parto, divulgada como intensa, sofrida, desgastante e aterrorizante, é muito difundido nos dias atuais, tornando a mulher vulnerável a aceitar a cesárea como opção quase que exclusiva para o parto. Aliadas ao temor da dor e da repercussão do parto vaginal em sua genitália, revelam-se diferentes nuances inter-relacionadas que levam à cesárea eletiva, como a forma de organização da assistência obstétrica, a formação dos profissionais de saúde, em especial a equipe médica, e a pressão exercida pelas mulheres e familiares para a realização da cesárea na consecução do parto [11].

No campo da bioética deve-se preservar a autonomia da mulher em decidir sobre sua saúde e bem estar, mas também orientá-la sobre os benefícios do parto normal e os riscos da cesárea [5,9].

De certa forma é o que se aventa ocorrer com a realização de cesarianas com índices cada vez maiores em todo o mundo, particularmente no Brasil. A cesariana tornou-se frequentemente solicitada e praticada na obstetrícia moderna, resultando em um sério problema de saúde pública. Os principais benefícios apontados pela escolha da cesárea referem-se às vantagens do parto programado, que evitaria os riscos da mulher e do conceito

a uma cesárea de emergência [12], e também de redução na taxa de transmissão vertical de infecções, muitas vezes desconhecidas no momento do parto [12,24,25].

O acelerado processo de transformação da realidade que marcou o decorrer do século XX foi revelando um quadro alarmante, inclusive no contexto da atenção em saúde. Sob a égide do “desenvolvimento”, a sociedade de mercado transforma o pacto social em um contrato de compra e venda, que oblitera os valores humanos, sendo necessário inserir-se no mercado como produtor ou consumidor de tecnologia [5].

Invariavelmente na decisão conjunta entre o médico e a gestante quanto à via de parto, o parâmetro que define o necessário e demarca o ponto de intervenção para eliminar o injustificável delinea-se sobre o absoluto universal da razoabilidade. Assim, a partir da análise de situações, problemas ou questões éticas, consideram-se diferentes moralidades. A bioética possui ferramentas teóricas e metodológicas adequadas para proporcionar significativos impactos nas discussões que se inter-relacionam com o diagnóstico e as intervenções na área da saúde. O princípio da autonomia confere aos seres humanos o direito de escolher livremente seu próprio destino [26].

É de suma relevância assinalar aquilo que nos lembra Ivan Illich, “*a definição de anormalidade muda de uma cultura para outra. Cada civilização cria suas próprias doenças. O que numa é doença, pode ser crime, manifestação de santidade ou pecado em uma outra*” [27]. Dessa mesma forma, se valores e princípios morais são variáveis, ocorrem discussões infundáveis sobre o que pode ou não ser considerado ético [28].

No caso da cesárea eletiva e do princípio ético da autonomia, o que deve prevalecer é o princípio da justiça. O que tem sido verificado é o direito de as gestantes de clínica privada optarem pela via de parto, enquanto as da rede pública têm esse direito abolido, aventando-se que os hospitais-escola devem seguir rotinas burocráticas e técnicas de ensino da obstetrícia. As discussões atuais são muitas e acaloradas em torno da escolha da mulher pela cesárea eletiva como uma opção legítima para o nascimento, aberta a todas as mulheres, não só às de maior poder aquisitivo. Por outro lado, ao optar pela cesariana sem indicação médica, devem ser orientadas sobre os riscos e aceitar a possibilidade de conseqüências adversas para elas próprias e seus bebês [26].

Quando a paciente solicita a cesárea, cabe ao médico concordar ou não com este pedido. Tem-se que a liberdade de escolha é direito da paciente informada e, forçá-la a tentar a via de parto indesejada poderá causar mais malefícios que benefícios [26]. Já o Comitê de Ética da Federação de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) afirma que: “as cesáreas a pedido por razões não médicas não são eticamente justificáveis [12]”.

Essa posição continua sendo defendida pela organização e muitos concordam com ela. Mas segundo a opinião do comitê de ética do *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), caso não haja contraindicação formal ao procedimento, atender a vontade da paciente proporcionará benefício a ela. Isto porque a paciente manterá o vínculo com o médico que a acompanha, exercitará sua autonomia e, com certeza, terá seu bem estar psíquico e mental preservado [12].

Assim, diante dessas recomendações antagônicas, torna-se prudente avaliar a relação entre os benefícios e os sofrimentos impostos à paciente e considerar o estresse psicológico ou financeiro quanto à indicação de procedimento oposto ao pedido. Todos os componentes da equipe de saúde responsável pelo atendimento à paciente devem participar do processo decisório [29].

Deve-se sempre lembrar que cabe ao médico esclarecer pacientemente sua posição, sem, contudo, impor uma conduta desnecessária para o paciente (Código de Ética Médica, art. 42) quando da possibilidade de alternativas. Cada instituição deve ter um padrão de cuidados, com seu pessoal cuidadosamente treinado na aplicação e monitoramento de seu uso. É imprescindível a análise caso a caso [29]. A conduta não deve ser estaticamente engessada, pois os problemas humanos são muitas vezes coloridos por numerosas complexidades, não comportando tradução em números, em análises de variância, em testes estatísticos paramétricos e não paramétricos [4]. A decisão sobre a via de parto, no foco da mulher perante a sua autonomia na solicitação da cesárea, deve respeitar ponderações que levem em conta o desejo da mulher e a posição do médico, chegando a um consenso que esteja fundamentado nos princípios da bioética, da razão e da ciência [12].

Em parecer do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro foi colocado que a gestante tem o direito de escolher o tipo de parto e que é vedado ao médico, pelo Código de Ética (art. 48), “*exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente*

de decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar”. Então, segue o parecer 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 que para uma “*escolha ética devem ser consideradas as condições orçamentárias do serviço para não prejudicar outros pacientes*” [26].

Sob a ótica da assistência à saúde, a autonomia é definida como direito do paciente de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos e terapêuticos que nele podem ser realizados. Tal definição leva à possibilidade do paciente buscar uma segunda opinião médica [30], fato que cabe no caso da decisão da mulher/família quanto à resolução do parto por via vaginal ou por cesariana.

Sobre como se procede a decisão pela via de parto, verificou-se em estudo realizado entre gestantes atendidas em uma instituição pública de Minas Gerais, que a maioria das mulheres demonstra passividade frente à decisão do médico: “*ele que sabe se vai ser parto normal ou cesariana*”. A justificativa das mulheres deste estudo para a escolha da cesárea como opção de parto é a expectativa de parto tranquilo, rápido, sem dor ou intercorrências [31].

Na análise de publicações científicas, verifica-se que ao longo do tempo, em especial no Brasil, a realização da cesárea tem levantado uma série de questões reflexivas sobre o futuro reprodutivo da mulher. No século XX, os avanços tecnológicos e de retaguarda a procedimentos cirúrgicos contribuíram para o crescimento dos índices de cesárea. Entretanto, é comum associar a demanda das mulheres/famílias por cesárea aos altos índices desta cirurgia no nosso país, embora alguns estudos recentes tenham mostrado que, se ouvidas adequadamente, as mulheres brasileiras, de modo geral, prefeririam o parto normal. No entanto, é frequente a situação em que a mulher, manifestando este desejo, sofre coerção da equipe responsável pela assistência ao parto em favor da cesárea, criando uma razão “*médica*” que a torne aceitável [16].

O paradigma assistencial de atenção ao nascimento no Brasil não foi diferente de países desenvolvidos, como os Estados Unidos, que acumulam mais conhecimentos científicos e tecnológicos, onde muitos médicos, inclusive brasileiros, buscam aperfeiçoamento. Assim, passou-se a privilegiar a tecnologia e o rigor da ação médica, o que fortaleceu a cultura do parto cesárea, a ponto das mulheres

passarem a reivindicá-la, achando que era melhor para ela e para seu filho, inclusive esteticamente [2,3,8,10,11].

A cesárea eletiva no foco do poder médico

No Brasil, a tendência de aumento e escolha médica para a resolução do parto por cesárea originou grande preocupação quanto à morbimortalidade neonatal e materna e também em relação ao aumento nos custos da assistência obstétrica. Aventava-se que essa situação poderia provocar falhas Irreversíveis, ou ao menos drásticas, na formação de profissionais para a assistência ao nascimento, particularmente na promoção do aleitamento materno e o uso de leite humano [2,10].

Como qualquer relação interpessoal em que saber se associa a poder, a relação médico-paciente é marcada por evidente desigualdade entre as partes. Recai sobre o médico, portanto, as influências potencialmente nefastas da vulgarização científica e da economia de mercado devido à assimetria de poder que se estabelece.

Sabe-se que o médico é cobrado a desempenhar o máximo de sua competência técnico-científica, desconsiderando, às vezes, se determinados procedimentos são destinados ao efetivo benefício do paciente [6]. Também contribui para o excesso terapêutico o receio de um processo jurídico por erro ou omissão de socorro [29].

O conflito ético que se materializa na rede privada de assistência à saúde é que a cesárea eletiva prevalece em mulheres com nível de renda e escolaridade superiores, enquanto que as mulheres usuárias da rede pública são provenientes de classes sociais menos favorecidas e ficam sujeitas às rotinas de serviços impostas. Muitas vezes o que acontece na rede pública são as precárias condições estruturais e de pessoal, repercutindo em deficiências no acompanhamento do trabalho de parto e do parto, e comprometendo as condições de saúde de mãe e filho [26].

Além da consideração dos princípios básicos da bioética, Volnei Garrafa recomenda a utilização para o que chamou de quatro “pês” na avaliação sistemática das implicações éticas de uma conduta médica ou terapêutica: prevenção (de possíveis danos e iatrogenias), precaução (frente ao desconhecido), prudência (com relação aos avanços e “novidades”) e proteção (dos excluídos sociais, dos mais frágeis e desassistidos) [32]. Atender a estes critérios é, no

mais das vezes, um desafio para agir no melhor interesse do paciente (Código de Ética Médica, arts. 5º e 21), devendo-se avaliar a relação entre riscos e benefícios fundamentada em estimativas de resultado para a opção do tratamento considerado [29].

Infelizmente, existem muitos dados conflitantes na literatura a respeito dos resultados comparativos entre as vias de parto quanto a vários aspectos analisados, havendo a necessidade de realização de estudos bem desenhados e conduzidos. Sempre deve haver relação de confiança, boa comunicação e respeito mútuo entre o médico, a paciente e seus familiares. Existe a necessidade de argumentos para a concordância mediante convencimento racional e educado, considerando-se os aspectos culturais, legais, morais e religiosos da paciente e família [29].

Diante de escassos recursos financeiros disponíveis, surgem, então, novas questões éticas, tais como: “De que forma os custos podem influenciar decisões clínicas?” (Código de Ética Médica, art. 8º). É importante que haja uma distribuição equitativa dos recursos para a assistência da comunidade que efetivamente garanta que as pessoas com maior necessidade sejam satisfeitas antes. Caberá à equipe de saúde evitar que problemas decorrentes de recursos finitos conflitem com o atendimento oferecido, sendo as decisões tomadas com base médica e não econômica (Código de Ética Médica, arts. 8º, 16, 17 e 57). Convém enfatizar que gastos inúteis e fúteis devem ser evitados (Código de Ética Médica, art. 42) [26].

Entretanto, o que torna distinto qualquer processo relacionado à técnica daquilo que se experimenta atualmente nas sociedades industrializadas, que constroem seus modos de vida a partir da tecnologia, não decorre de uma mudança em seu atributo básico de elemento que concretiza a correlação saber/poder [33].

O modelo paternalista, onde apenas o médico assume a decisão conflitante, é reprovável (Código de Ética Médica, arts. 46, 48 e 56) [29]. O pluralismo de valores e a virtude da tolerância frente à diversidade cultural – entre outros indicadores essenciais a uma abordagem ética – são necessários, porém não são devidamente ensinados aos médicos em sua graduação [32].

O perigo da utilização maximalista da autonomia está na – saindo do referencial sadio do respeito à individualidade e passando pelo individualismo em suas variadas nuanças – exploração pelo médico segundo seus próprios interesses, muitas vezes provei-

tando-se do nível socioeconômico e da escolaridade da paciente. Assim, a teoria da autonomia mostrou ser uma faca de dois gumes, pois as universidades, corporações e indústrias começaram a treinar seus profissionais na construção de termos de consentimento informado adequados a cada situação [32].

Isso, de certa forma, obstaculizou, na prática, os objetivos iniciais e históricos da medida em proteger os mais vulneráveis [32], uma degenerescência por meio da qual o velho direito de morte soberano entra paradoxalmente no mais íntimo de uma sociedade que tanto valoriza a vida [34].

E isso tanto quando, convenientemente competentes e conscienciosos, eles se esforçam, sem dogmatismo e com prudência, em pôr ao alcance de um público sem grande formação alguma descoberta ou alguma teoria, como quando, pelo contrário, caem no sensacionalismo, vestindo com as cores do maravilhoso, do misterioso e do formidável, eventos científicos que não pretendem fazer compreender e julgar [6].

“Daí uma grande heterogeneidade das idéias que a maioria de nossos contemporâneos pode ter da ciência. Para alguns, a ênfase é colocada nos poderes, que eles temem ou, pelo contrário, em que têm a fé do carvoeiro. Outros, em compensação, retendo o lado maravilhoso da ciência, estão prontos para aproximá-la da magia e, ao mesmo tempo, se veem paradoxalmente abertos a todo tipo de crenças, recusando-se a uma crítica racional. Essas crenças incontroladas satisfazem a um gosto pelo mistério sustentado por uma idéia vaga de ciência” [6].

Na prática médica, a ideia de desenvolvimento associada à tecnologia implica em valoração positiva, já que no imaginário das sociedades ocidentais tal conceito significa crescimento e aprimoramento. Essas qualidades fazem com que os artigos destinados ao mercado sejam inevitavelmente vistos como um “avanço”, mesmo nos casos em que são evidentes as consequências nefastas de seu uso, muitas vezes destinado apenas a responder à demanda fútil e injustificável [33].

As ideias de avanço e progresso associadas a tal “desenvolvimento” criam uma cortina de fumaça que impede que se veja e avalie com clareza o quanto a lógica de mercado vem comprometendo a dignidade da assistência à saúde.

Em muitos casos, porém, a impressão positiva associada à tecnologia revela-se como realidade empiricamente observável, especificamente naquelas circunstâncias em que seu uso é amplamente disseminado a todas as populações, não estando restrito aos ditames do mercado. Exemplifica isso o inegável impacto do controle das doenças transmissíveis por meio de vacinas desde a Segunda Guerra Mundial, que produziu significativa melhoria nos indicadores de morbimortalidade materna e infantil, bem como o aumento da expectativa de vida em quase todos os países [33].

Entretanto, por mais benéfica que a aplicabilidade de uma tecnologia se mostre, não menos importante é a consideração pautada pelo princípio da equidade. Os benefícios básicos da Ciência e da Medicina, a que já podem ter acesso três quartas partes da humanidade, ainda não atingiram um bilhão de pessoas localizadas indiferentemente tanto nos países subdesenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. A profissão médica – notadamente os educadores médicos e as instituições médicas – tem papel eminente na superação desse fosso. As escolas médicas têm, sobre todas, a responsabilidade de trazer sua contribuição, revendo suas posições curriculares e suas posturas diante do desenvolvimento científico, para permanecer atentas e sem preconceitos às modificações necessárias [4].

Assim, o que se considera deletério na cesárea eletiva decorre, principalmente, de sua associação espúria com a vulgarização de uma ideia onipresente da ciência [6] e com a ideologia de mercado [33], a qual determina que as ações se voltem unicamente a maximizar o lucro. Portanto o problema não é inerente à tecnologia, mas ao uso perverso que dela se faz no sentido de um verdadeiro comércio com a ideia de ciência, principalmente diante de fatos mal conhecidos ou não explicados.

“A maior dificuldade com que se defronta a profissão [médica] é a assimilação de seus novos poderes e responsabilidades, de maneira a preservar o compromisso tradicional do médico de oferecer a seus doentes atendimento técnico-científico competente e cuidado (atenção) pessoal. A crescente complexidade científica e técnica pode perturbar o médico no que se refere à obrigação desse cuidado pessoal” [4].

Para romper as amarras que sujeitam a classe médica a essa dependência é essencial adotar padrões éticos que coloquem o bem-estar do ser humano como um fim. A maximização e o superdimensionamento do princípio da autonomia tornaram o princípio da justiça um mero coadjuvante da teoria principialista, uma espécie de apêndice, embora indispensável, mas de menor importância [33].

O individual sufocou o coletivo; o “eu” empurrou o “nós” para uma posição secundária. Assim, a teoria dos quatro, apesar de sua reconhecida praticidade e utilidade para a análise de situações práticas clínicas e em pesquisa, é sabidamente insuficiente para a análise contextualizada de conflitos que exijam flexibilidade para determinada adequação cultural [11], como durante o processo decisório sobre a via de parto [32].

Isto porque o fascínio tecnológico atingiu não apenas a classe médica como também a sociedade, que ao ter mais fácil acesso à informação, principalmente pela internet, passa a sugerir, até exigir, o emprego do último recurso lançado no mercado. Algumas famílias são guiadas por informações fantasiosas, fora da realidade, sendo muitas vezes relutantes a qualquer abordagem mais simplista [29].

A possibilidade de provocar o prazer ou infligir a dor a outros é a base das relações de poder. Justificado em seu próprio exercício, o poder legitima-se com a recompensa e o castigo, que fundamentam a ideia de justiça. O medo, a força e a dor marcam as relações entre exploradores e explorados, legalizando o uso social do poder e condicionando o comportamento. “O pacto social, seja ele qual for, decorre do uso dos parâmetro sensoriais.” [33].

Conclusão

A análise da literatura sobre a cesárea eletiva revela gritantes desigualdades entre médicos e pacientes quanto a seus “direitos e deveres”, especialmente no tocante à escolha pela via de parto. A discussão bioética sobre as condições de acesso a bens e serviços que devem ter utilização precisa é necessária, de forma que sejam respeitadas tanto a autonomia da mulher quanto a indicação médica para a resolução do parto.

Caso contrário, relações estabelecidas por meio do casamento de conveniências entre os interesses obscuros do médico e os ignorados de sua paciente revelam-se não apenas um eufemismo moral, mas uma cegueira ética. Um “conluio social” movido

a engrenagem “quebrada” que não coloca o ser humano como fim em si mesmo, mas como objeto exclusivo para obtenção de lucro.

O momento atual é de suma importância na discussão da cesariana eletiva e da opção pela via de parto, pois deve ser colocada em pauta, entre a equipe obstétrica e a mulher e sua família, a assistência humanizada ao nascimento, de forma que a autonomia seja respeitada e o parto realizado com competência de todos os profissionais envolvidos, o que pressupõe conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e emoções.

Torna-se inadiável a adequada organização do trabalho em saúde, reconhecendo a competência para atuação compartilhada dos diferentes profissionais da área obstétrica e neonatológica, com vistas a buscar resultado potencial na melhoria da relação entre o benefício real oferecido e o supérfluo. Deve-se reconhecer que não existe boa ou má tecnologia, mas sim o seu bom ou mau uso e que equidade e justiça são preceitos éticos a serem cumpridos na atenção perinatal.

Referências

1. Striker GAJ, Casanova LD, Nagao AT. Influência do tipo de parto sobre a concentração de imunoglobulinas A,G,M no colostro materno. *J Pediatr* 2004;80(2):122-8.
2. Soler ZASG. CEPHAN: Centro de Preparo e Assistência Humanizados ao Nascimento – uma proposta para a região de São José do Rio Preto, São Paulo. [livre-docência]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP; 2005.
3. Faúndes A, Cecati JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e proposta de ação. *Cad Saúde Pública* 1991;7(2):150-73.
4. Gonçalves EL, Marcondes E. Olhando para o futuro. In: Marcondes E; Gonçalves EL, eds. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 399-409.
5. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética* 2005;13(1):111-23.
6. Granger GG. *A Ciência e as Ciências*. São Paulo: Unesp; 1994.
7. Murta EFC, Freire GC, Fabri DC, Fabri RH. Could elective cesarean sections influence the birth weight of full-terms infants? *São Paulo Med J* 2006;124(6):313-5.
8. Basso JF, Monticelli M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. *Rev Latinoam Enfermagem* 2010;18(3):98-105.
9. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública* 2011;45(1):185-94.
10. Tavares BB. Expectativas de primíparas de São José do Rio Preto quanto ao tipo de parto e o conhecimento

- de indicação de cesárea [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
11. Pádua KS, Osius MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2010;44(1):70-9.
 12. Nomura RMY, Zugaib M. A cesárea eletiva como opção ao parto vaginal. *Femina* 2005;33(7):527-33.
 13. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued AA. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:270-4.
 14. Pires HM, Besteti M, Cecatti JG, Faúndes A. Inquérito entre obstetras sobre a realização da prova de trabalho de parto e o parto vaginal em gestantes com uma cesárea anterior. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1996;18(10):775-83.
 15. Cabar FR, Nomura RMY, Costa LCV, Alves EA, Zugaib M. Cesárea prévia como fator de risco para o descolamento prematuro da placenta. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004;26(9):709-14.
 16. Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG, Passani Júnior R. A prova de trabalho de parto aumenta a morbidade materna e neonatal em primíparas com uma cesárea anterior? *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003;25(4):225-60.
 17. Ramos JLA. Prematuridade iatrogênica: aspectos neonatais. *Pediatr Mod* 1986; 21(6):323-6.
 18. Calderon IMP, Cecatti JG, Veja CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(5):310-5.
 19. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi RH. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998;32(3):255-31.
 20. Souza E, Santos JFK, Bancher MM, Bertini AM, Camano L. Considerações sobre a prematuridade eletiva na Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1995;17:583-9.
 21. Sebastiani M, Ceriani Cernadas JM. Bioethical aspects in the care of extremely preterm infants. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(3):242-8.
 22. Daniel L. Saúde da mulher 18 anos após lesão do esfíncter anal durante o parto: I. Incontinência fecal. *AJOG* 2006;7(9):359-63.
 23. Otero MD. Saúde da mulher 18 anos após lesão do esfíncter anal durante o parto: II. Incontinência urinária, função sexual e saúdes física e mental. *AJOG* 2006;7(9): 365-70.
 24. Maturana AP, Rizzo CV, Vasquez DF, Cavalheiro N, Holzer S, Moraes VS. Avaliação da assistência ao parto em gestantes infectadas pelo HIV. *Arq Med ABC* 2007;32(1):11-6.
 25. Succi RCM. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. *Cad Saúde Pública* 2007;23(3):379-98.
 26. Ferrari JA. Autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Bioética* 2009;17(3):473-95.
 27. Illich I. A expropriação da saúde. *Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
 28. Foucault M. Nascimento da medicina social. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
 29. Constantino CF, Hirschheimer MR. Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal. *Bioética* 2005;13(2):85-96.
 30. Chehuen Neto JÁ, Sirimarco MT, Bicalho TC, Godinho IA, Silvestre EP, Rezende LG. Segunda opinião médica sob a perspectiva do paciente. *HU Revista* 2010;36(3):199-208.
 31. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da via de parto por gestantes. *HU Revista* 2010;36(4):296-306.
 32. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* 2005; 13(1):124-35.
 33. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética* 2005;13(1):111-23.
 34. Gullo CE, Barbosa AP. A redução gestacional, o Tribunal de Nuremberg e o poder de morte. *Jornal Brasileiro de História da Medicina* 2008;11(1):4-6.