

Meu corpo, regras deles? Limitações à Autodeterminação das Mulheres na Escolha da via de Parto e a Relação Médico-Paciente

My body, their rules? Limitations on women's self-determination in choosing the delivery method and the doctor-patient relationship

¿Mi cuerpo, sus reglas? Limitaciones de la autodeterminación de la mujer en la elección del método de parto y la relación médico-paciente

Anna Paula Soares da Silva Marmirolli¹

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM). Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito Político e Econômico. São Paulo (SP). Brasil.

Renata da Rocha²

Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM). Faculdade de Direito. São Paulo (SP). Brasil.

RESUMO: Questões envolvendo o útero tendem a suscitar discussões, especialmente por envolver diversos posicionamentos conflitantes, fazendo com que as mulheres que optam por ter filhos esbarrem em limitações externas no que diz respeito às suas escolhas reprodutivas. A questão é grave e fere a autonomia e a liberdade, não apenas da mulher gestante, mas também da usuária do sistema público de saúde. A pesquisa analisará os desafios enfrentados por essas pacientes no âmbito da escolha da via de parto, especialmente no que tange à relação junto ao médico, que tem papel essencial durante a gestação. Como objetivos principais tem-se a identificação de como o consentimento informado pode ser um mecanismo crucial para assegurar a autonomia da mulher no processo de escolha do parto, demonstrando-se a necessidade de assegurar garantias mínimas que respeitem a dignidade e os direitos reprodutivos da mulher. O presente artigo, de natureza qualitativa, apoia-se em pesquisa normativa e doutrinária, por meio do método de procedimento bibliográfico, dissertativo e argumentativo. O estudo busca compreender como essas limitações podem ser impostas por normativas e práticas, demonstrando-se que a garantia de condições mínimas de escolha e a proteção dos direitos da mulher são essenciais para relação médico-paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos reprodutivos; Relação médico-paciente; Consentimento Livre e Esclarecido – Autodeterminação informativa da mulher grávida; Justiça reprodutiva; Escolha da via de parto.

ABSTRACT: Issues related to the uterus often spark debates, especially as they involve conflicting positions, creating external limitations for women who choose to have children regarding their reproductive choices. This is a serious matter that infringes upon the autonomy and freedom not only of pregnant women but also of users of the public health system. This research will analyze the challenges faced by these patients in the context of choosing their mode of delivery, particularly in relation to the physician, who plays a crucial

¹ <https://orcid.org/0000-0001-9063-5349>.

² <https://orcid.org/0000-0002-6330-4162>.

role during pregnancy. The primary objectives include identifying how informed consent can serve as a crucial mechanism to ensure women's autonomy in the decision-making process concerning childbirth, highlighting the need to guarantee minimum standards that respect women's dignity and reproductive rights. This qualitative article is based on normative and doctrinal research, employing bibliographic, discursive, and argumentative methods. The study aims to understand how these limitations can be imposed by norms and practices, demonstrating that guaranteeing minimum conditions of choice and protecting women's rights are essential for a healthy doctor-patient relationship.

KEYWORDS: Reproductive rights; Doctor-patient relationship; Informed consent; Informative self-determination of pregnant women; Reproductive justice; Choice of delivery method.

RESUMEN: Las cuestiones relacionadas con el útero suelen suscitar discusiones, sobre todo porque implican diversas posiciones encontradas, lo que hace que las mujeres que deciden tener hijos se encuentren con limitaciones externas en lo que respecta a sus opciones reproductivas. La cuestión es grave y perjudica la autonomía y la libertad no sólo de las mujeres embarazadas, sino también de las usuarias del sistema público de salud. La investigación analizará los retos a los que se enfrentan estas pacientes a la hora de elegir su modo de parto, especialmente en lo que respecta a la relación con su médico, que desempeña un papel esencial durante el embarazo. Los principales objetivos son identificar cómo el consentimiento informado puede ser un mecanismo crucial para asegurar la autonomía de las mujeres en el proceso de elección del parto, demostrando la necesidad de asegurar unas garantías mínimas que respeten la dignidad y los derechos reproductivos de las mujeres. Este artículo, de naturaleza cualitativa, se basa en una investigación normativa y doctrinal, utilizando el método bibliográfico, disertativo y argumentativo. El estudio trata de entender cómo esas limitaciones pueden ser impuestas por reglamentos y prácticas, demostrando que la garantía de condiciones mínimas de elección y la protección de los derechos de las mujeres son esenciales para la relación médico-paciente.

PALABRAS CLAVE: Derechos reproductivos; Relación médico-paciente; Consentimiento informado - Autodeterminación informada de la mujer embarazada; Justicia reproductiva; Elección de la vía de parto.

Introdução

A discussão sobre a escolha da via de parto é uma questão amplamente debatida e controversa, envolvendo não apenas considerações médicas, mas também culturais, sociais e éticas. Com o aumento da medicalização do parto, surge o debate de até que ponto as mulheres realmente têm autonomia sobre seus corpos e suas opções reprodutivas. Em um contexto no qual as questões relacionadas ao útero feminino são muitas vezes permeadas por julgamentos diversos, a liberdade de escolha das mulheres torna-se frequentemente limitada.

Assim, a forma como as gestantes decidem entre o parto vaginal e a cesariana acaba sendo mediada pela relação com os profissionais de saúde, fazendo com que esses profissionais desempenhem um papel central nesse debate. Durante a gestação,

o médico assume a posição de orientador e cuidador, com o dever de garantir o bem-estar tanto da mãe quanto do feto. No entanto, o equilíbrio entre o papel de aconselhamento do médico e a autonomia da gestante é delicado e, muitas vezes, inclina-se para uma imposição sutil – ou, em alguns casos, explícita – de preferências médicas sobre as escolhas da mulher.

Sob essa ótica, sabe-se que há um aumento significativo no número de cesarianas realizadas, muitas vezes em desacordo com os desejos das gestantes. Por outro lado, a preferência pelo parto vaginal também pode ser imposta sem considerar o desejo individual da mulher, demonstrando que a autonomia feminina nem sempre é respeitada de forma equânime – seja no parto natural ou cesárea, considerando que os estudos acerca da vontade das gestantes comprovam taxas diferentes do que tem sido efetivamente praticado.

Apesar da recomendação de que o parto vaginal é a opção mais adequada do ponto de vista científico, sendo promovido, por vezes, como a opção natural e menos arriscada, é de se ressaltar que há várias situações em que a cesariana é não apenas preferível, mas essencial para garantir a segurança da mãe e do feto, como nos casos de HIV positivo não controlado, situação na qual a cesariana é recomendada para prevenir a transmissão vertical do vírus.

A pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa, com base em fontes doutrinárias e científicas, para analisar até que ponto a autonomia da mulher é considerada no processo de decisão sobre a via de parto, no intuito de demonstrar a necessidade do respeito à sua autodeterminação. A título de exemplo, o Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão criado pela Lei nº 3.268/57 e que tem incumbência de regular a prática médica e fiscalizar a conduta ética dos médicos registrados no Brasil, editou as Resoluções CFM nº 2.284/20 e nº 2.144/16, que oferecem diretrizes sobre a conduta ética dos médicos ao realizarem cesarianas a pedido da gestante. Embora a primeira resolução tenha substituído a segunda, é interessante observar a evolução do discurso normativo que, em muitos momentos, sugere que a vontade da gestante de optar pela

cesariana pode estar ligada ao “medo do parto natural”, questionando, na exposição de motivos da norma, se as mulheres têm, de fato, o direito de fazer essa escolha.

Diante desses fatos, tem-se que o consentimento informado e o respeito à autodeterminação informativa da gestante devem ser princípios basilares da prática obstétrica. O médico, portanto, não deve impor suas preferências de forma indiscriminada, mas atuar como um facilitador de escolhas conscientes, apresentando os riscos e benefícios de cada procedimento de forma clara e acessível. A garantia de que a mulher possa exercer plenamente seus direitos reprodutivos, sobretudo em contextos de vulnerabilidade, é crucial para a construção de uma relação médico-paciente baseada na confiança e no respeito mútuo, promovendo, assim, uma justiça reprodutiva mais ampla e equitativa.

1. A bioética e a justiça reprodutiva como instrumentos de promoção da autonomia da paciente

Segundo Norberto Bobbio (2004, p. 20), os direitos naturais surgem e se desenvolvem com a visão individualista da sociedade, tornando-se um dos principais sinais desse processo histórico³. Às vezes, isso leva a conflitos entre direitos fundamentais, pois, de acordo com o autor, não é possível introduzir um novo direito

³ Norberto Bobbio dividiu os direitos fundamentais em três gerações: a primeira, que trata dos direitos individuais, como os direitos civis e políticos; a segunda, que trata dos direitos sociais, como os direitos econômicos, sociais e culturais; a terceira, que trata dos direitos ao desenvolvimento, ao meio ambiente, à paz e à fraternidade. Todavia, no âmbito de seu livro “A era dos direitos”, Bobbio já mencionava que os direitos da nova geração – denominados de direitos de quarta geração – nascem precipuamente provenientes do progresso científico, que vem cada vez mais colocando as garantias da vida, à liberdade e à segurança em risco, trazendo uma irreversível transformação tecnológica e tecnocrática do mundo. Ainda ressalta que as ameaças à vida, à liberdade e à segurança podem vir do poder sempre maior que as conquistas da ciência e das aplicações dela derivadas dão a quem está em condição de usá-las, visto que quanto mais se estende o poder de um dos sujeitos da relação, mais se diminui a liberdade do outro, fazendo com que essa evolução histórica proporcione um conflito frequente entre direitos.

para uma categoria de pessoas sem, ao mesmo tempo, restringir um direito existente que beneficia outras pessoas.

A história dos direitos dos pacientes foi fortemente influenciada por movimentos de grupos minoritários, incluindo mulheres, pacientes psiquiátricos e outros grupos vulneráveis, como negros, crianças e pessoas com deficiência (Albuquerque, 2016, p. 42-44). As questões abordadas por esses movimentos incluíam uma variedade de tópicos relacionados aos cuidados com a saúde, englobando direitos reprodutivos, aborto, contracepção, acesso à informação, acesso aos cuidados de saúde e direitos humanos em pesquisas científicas – tais preocupações foram extremamente relevantes e urgentes, contribuindo para a crescente aceitação pública da ideia de que os direitos devem ser aplicados também aos cuidados de saúde (Faden; Beauchamp, 1986, p. 89), tendo em vista que a vontade do paciente é por vezes deixada de lado em prol da determinação médica, que possui amplo conhecimento não facilmente inteligível ou de fácil alcance do paciente, que se torna sujeito vulnerável na relação.

As preocupações acerca do papel do paciente e o reconhecimento da pessoa como dono de seu próprio corpo ocorreu de forma mais contundente apenas após a Segunda Guerra Mundial, com a publicação do Código de Nuremberg, em 1947, que estabeleceu princípios éticos fundamentais para a pesquisa com seres humanos, deixando de considerar o sujeito como mero objeto e passando a tratá-lo como pessoa que merece respeito (Alemanha, 1947).

Nessa perspectiva, as atrocidades ocorridas na Segunda Guerra, especialmente sob o argumento do desenvolvimento científico, levantaram verdadeira discussão sobre a conduta médica e a necessidade de consentimento informado (Kirby, 1983, p. 69) fazendo com que esse instituto fosse cada vez mais reconhecido em razão do crescente movimento pelos direitos dos pacientes e à medida que as tecnologias biomédicas enfatizaram a necessidade de os próprios pacientes decidirem sobre essas escolhas complexas (UNESCO, 2009, p. 22).

Sob esse prisma, Bobbio (2004, p. 20) já destacava que os chamados direitos de quarta geração surgem como resultado do progresso científico, o qual vem colocando em risco as garantias de vida, liberdade e segurança, promovendo uma transformação tecnológica e tecnocrática irreversível no mundo. De outro lado, Van Reassealer Potter (1971), pioneiro no uso do termo “bioética”, também alertava para a gravidade da falta de ética no desenvolvimento tecnológico. Nesse sentido, o autor reconhecia a necessidade de uma nova ética, a bioética, destinada a proteger todos os seres humanos dos impactos e usos das novas ciências médicas e de suas tecnologias.

A ideia de bioética, segundo Potter, era a criação de uma ética geral, não apenas dos profissionais de saúde ou dos médicos, mas para todos os seres humanos, “gerando [...] uma nova disciplina entendida como uma ‘ponte’ entre biologia, ecologia, medicina e valores humanos, a fim de alcançar a sobrevivência dos seres humanos e outras espécies animais” (Zanella; Sganzerla, 2020, p. 11-12) e que protegesse, de alguma forma, dos efeitos cada vez mais traumáticos das pesquisas biológicas, fazendo com que haja uma verdadeira discussão de seus limites (Bobbio, 2004, p. 5).

Dessarte, a necessidade de proteger os seres humanos, especialmente após os eventos da Segunda Guerra Mundial, levou à internacionalização dos direitos humanos, refletida em áreas como o direito humanitário e na luta contra a escravidão, tendo reflexo demasiadamente importante para a relação médico-paciente. Ainda assim, em que pese a garantia da autonomia por meio do consentimento tenha evoluído bastante ao longo dos últimos anos, até os dias atuais a relação médico-paciente é dominada por uma reverência de um conhecimento quase que intocável por parte do paciente, que acaba por se submeter às escolhas médicas baseando-se em um pensamento de que “o médico sabe melhor”.

Aponta-se, assim, um paternalismo preocupante, reconhecido pela doutrina como a ação tomada pelo médico para beneficiar um paciente, no intuito do bem-estar deste, ainda que contra a sua vontade (Gracia, 2001, p. 28). Parte-se do pressuposto, assim, que os médicos possuem um conhecimento superior e são os mais qualificados

para diagnosticar doenças, oferecer tratamentos eficazes e prevenir danos (Will, 2011, p. 670). A ideia central é que, se os pacientes fossem deixados para tomar suas próprias decisões, poderiam escolher caminhos que comprometeriam seu bem-estar a longo prazo, sendo necessário restringir essas escolhas, principalmente em momentos de grande carga emocional (Dworkin, 1997, p. 76).

A bioética, no entanto, introduziu a necessidade de um debate doutrinário mais aprofundado sobre a autonomia do paciente, especialmente devido à falta de destaque desse tema em discussões relevantes, como as de religião, questões sociais e etnia. Esses temas acabaram ganhando mais atenção e colocaram luz sobre as práticas paternalistas já enraizadas na medicina, exigindo uma revisão interpretativa dos princípios hipocráticos aplicados aos cuidados em saúde (Sztajn, 2021, p. 173).

Junto a este contexto surgiu também o conceito de justiça reprodutiva, nascido em uma reforma da assistência médica em 1994, momento no qual doze mulheres negras envolvidas no movimento pelos direitos reprodutivo lançaram o conceito durante uma conferência pró-escolha em Chicago (Ross, 2017, p. 290). O termo “justiça reprodutiva” foi criado por acreditar-se que o verdadeiro cuidado à saúde das mulheres deveria abranger uma gama completa de serviços reprodutivos – embora o aborto seja uma questão central, acabou-se percebendo que focar apenas nessa questão não representava adequadamente as múltiplas formas de opressão, como a supremacia branca, o machismo e o neoliberalismo (Ross, 2017, p. 290).

Essa estrutura reposicionou os direitos reprodutivos em um contexto político de interseção de raça, gênero e opressões de classe. O movimento, então, reconheceu que seu ativismo tinha que estar ligado à organização da justiça social, a fim de obter o poder, os recursos e a mudança estrutural necessários para abordar o bem-estar de todas as mulheres (Roberts, 2015, p. 79-82). Em consequência, mulheres de cor de muitas localidades foram impulsionadas a lutar pela dignidade reprodutiva (Ross, 2017, p. 290).

Em termos simples, os conceitos de direitos reprodutivos e justiça social foram unidos para criar o neologismo “justiça reprodutiva”, que é fundamentado em três

direitos humanos interconectados: o direito de ter filhos nas condições escolhidas por cada pessoa; o direito de não ter filhos, usando métodos diversos; e o direito de criar os filhos em ambientes seguros e saudáveis, livres de violência, seja por parte de indivíduos ou do Estado. A justiça reprodutiva não foi criada para substituir os serviços de saúde ou a defesa dos direitos reprodutivos, mas para complementá-los, lançando luz sobre as formas de opressão que ameaçam sua integridade corporal (Ross, 2017, p. 291).

O movimento também trouxe uma crítica importante sobre a necessidade de se reconhecer que a presunção de que a mulher branca de classe média não representava adequadamente todas as experiências das mulheres, tendo sido afirmado, ao longo dos anos, por diversos sociólogos, que o gênero opera em conjunto com identidades de raça, classe e sexualidade (Luna; Luker, 2013, p. 335). Assim, reconheceu-se que por muito tempo a retórica da escolha privilegiou apenas mulheres predominantemente brancas, de classe média, que têm a capacidade de escolher entre opções reprodutivas que não estão disponíveis para mulheres pobres e de baixa renda, especialmente mulheres de cor (Roberts, 2015, p. 79-82).

Luna e Luker (2013, p. 344-345) pontuam que um dos princípios centrais é colocar no centro as pessoas mais vulneráveis aos problemas, como pessoas pobres, pessoas negras, pessoas com deficiência e aquelas com expressões de gênero e sexualidades não normativas. No entanto, afirmam que é importante ter cautela para não se concentrar excessivamente no “outro”, já que a penalização reprodutiva de alguns grupos ocorre dentro de um contexto de privilégio reprodutivo de outros grupos, cujas experiências também precisam ser analisadas criticamente. A justiça reprodutiva não é redutível à política de identidade e é antiessencialista, porque nenhum ponto de vista pode expressar completamente os múltiplos significados e posições de sujeito de pessoas diversas que vivenciam injustiças (Ross, 2017, p. 290).

Destaca-se, portanto, que o conceito representa um avanço intelectual por sua análise multifacetada, que revela aspectos do direito e das políticas sociais tradicionalmente ocultos nas discussões sobre direitos e saúde reprodutiva. Ao expor

esse lado oculto, o movimento coloca em foco as relações de poder desiguais, especialmente aquelas perpetuadas pelo Estado, fazendo com que, na prática, seja possível abordar diversas faces desse sistema que regula o futuro reprodutivo das pessoas com base em julgamentos de valor que se originam de pressupostos sobre raça, classe e deficiência (Luna; Luker, 2013, p. 328-329).

Em síntese, tem-se que o direito de ter um filho e o direito de ser mãe é tão importante quanto o direito de não ter um filho, incluindo-se, no contexto, discussões relevantes, como o controle de natalidade, a criminalização da reprodução, a degradação ambiental com a infertilidade, a rejeição cultural de mães adolescentes, o acesso à tecnologia reprodutiva, os direitos reprodutivos das mulheres encarceradas, os direitos parentais de pessoas consideradas interditadas, o acesso a opções de parto não medicalizado, a proteção de uma obstetrícia forçada, além do acesso desigual a serviços de saúde (Luna; Luker, 2013, p. 328-331).

Além de outras questões de justiça social e ambiental, como pobreza, injustiça econômica, reforma do bem-estar social, habitação, direitos dos prisioneiros, política de imigração, políticas de drogas e violência, HIV/AIDS, política antipobreza, violência contra mulheres, direitos das pessoas com deficiência, direitos de gays e lésbicas, direitos ambientais, biotecnologia e direitos de imigração (Price, 2020, p. 43-49).

Dentro do conceito de justiça do nascimento e a proteção de uma obstetrícia forçada, ademais, alguns autores apontam a ênfase no debate sobre as condições reais do nascimento, o acesso à educação culturalmente apropriada sobre as opções de parto, a liberdade de intervenção médica indevida e o apoio à amamentação (Luna; Luker, 2013, p. 340).

O problema é histórico e vem de um passado no qual médicos, com o intuito de lucrar com os cuidados ginecológicos de mulheres negras no âmbito da obstetrícia, encabeçaram esforços para que a comunidade negra não tivesse acesso a parteiras não médicas. Em consequência, a partir de 1950, leis começaram a limitar a atuação das parteiras, ao mesmo tempo que surgiram teorias que criminalizavam a maternidade e

sexualidade das mulheres negras, tratando seus comportamentos reprodutivos como patológicos (Ross, 2017, p. 290).

Sob essa ótica, diversos estudos relatam problemas obstétricos atuais, como o fato de que mulheres negras sofrem uma quantidade desnecessária de intervenção médica durante o parto por razões não médicas; mulheres pobres e que usam drogas durante a gravidez; ou mesmo mulheres marginalizadas que descobrem que suas decisões ponderadas durante a gravidez e o parto são consideradas ilegítimas e irracionais (Luna e Luker, 2013, p. 341).

Luna e Luker afirmam, ainda, que é possível verificar que mulheres no geral – inclusive com rendimentos mais elevados – encontram dificuldades em fazer que suas decisões de parto sejam respeitadas, a exemplo de cesarianas forçadas para mães cujo trabalho de parto não está progredindo da forma esperada pelo médico – sendo essa apenas uma das situações que colocam as escolhas pessoais de gestantes em descrédito quando confrontadas com a preferências de seus médicos. Mais uma vez, o paternalismo médico, sob o fundamento de que “o médico sabe melhor”, provém do modelo de família patriarcal e pressupõe que o “pai” exercerá o poder para fazer escolhas adequadas (Wanssa, 2011, p. 113), de outro ponto de vista, alguns autores apontam que tal conduta implica em um cuidado “matriarcal” da enfermagem, que passa a ocupar uma relação de “mãe, cuidando do filho” (Will, 2011).

Referida discussão levanta importantes embates na escolha da via de parto, supondo que os médicos, por conta da medicalização e dos ganhos com as cesáreas “sempre irão indicar a via intervencionista” e a enfermagem e as doulas, que estão ao lado da paciente e entendem seus medos e anseios, sempre indicarão o parto via vaginal, sendo esta última a via natural e supostamente sempre escolhida pelas futuras mães.

Certo é que nenhuma das duas afirmações é inteiramente verdade e ambas as mães – as que escolhem o parto vaginal e as que optam pela via abdominal – devem ter suas vontades respeitadas, desde que as escolhas tenham sido tomadas com a

informação adequada para tomar uma decisão consciente e autônoma. Antes de discutir sobre autonomia, entretanto, é necessário analisar um panorama geral dos fundamentos e caminhos na escolha de via de parto.

2. Um duelo passional: a interferência no processo decisional da paciente por meio dos defensores do parto natural e da cesárea

A gravidez é uma fase na vida da mulher marcada por mudanças fisiológicas e alterações psicológicas que geram expectativas, emoções, medos e ansiedades. Durante esse período, são necessários cuidados e orientações, especialmente referentes à escolha do tipo de parto, decisão fundamentada em orientações dos profissionais de saúde e influenciada por fatores relacionados a riscos, benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras (Feitosa *et al.*, 2017, p. 718).

Desde 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015, p. 1) recomenda que a taxa ideal de cesárea seja entre 10 e 15%, entretanto, em novo estudo realizado pelo órgão (Betran *et al.*, 2021) foi revelado um aumento expressivo das cesarianas, com crescimento projetado até 2030. Segundo órgão da própria Organização das Nações Unidas (ONU), o procedimento cirúrgico “é essencial para salvar vidas, mas, quando realizado sem um bom motivo, pode colocar mulheres e bebês em risco” (ONU, 2021). Pontua-se, entretanto, que o acesso é desigual, visto que nos países menos desenvolvidos apenas uma parte – de 5 a 8% – das mulheres deram à luz por cesariana, sendo essa taxa elevada de 45 a 63% em outras regiões, como a Austrália e a Ásia, correspondendo, atualmente, por mais de um a cada cinco partos.

Os argumentos no sentido de que as cesarianas devem ser uma opção realizada com cuidado é de que procedimentos cirúrgicos desnecessários podem afetar a saúde da mãe ou do bebê, acarretando consequências sérias como potencial sangramento intenso ou infecção, tempo de recuperação mais lento após o parto, atrasos no estabelecimento da amamentação e do contato pele a pele, além de maior

probabilidade de complicações em gestações futuras (OMS, 2021). O parto vaginal, por sua vez, é indicado pela literatura em razão de suas vantagens, como a recuperação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, menor risco de infecção e de hemorragia (Ghahiri; Khosravi, 2009; Cardoso Gazineu *et al.*).

A cesariana deve ser realizada segundo indicação técnica, ou seja, em casos nos quais haja situações de risco, como hemorragia antes do parto, doença hipertensiva específica da gravidez, gemelaridade, diabetes, uma ou mais cesarianas prévias, alterações placentárias, sofrimento fetal agudo confirmado e intratável, apresentação anômala (transversa ou pélvica), desproporção céfalo-pélvica, distocia funcional, ou seja, espécies de doença materna ou fetal que não permita a contração uterina eficaz (Tedesco *et al.*, 2004; Martins-Costa *et al.*, 2002; Ministério da Saúde, 2016).

Considerando tais fatores, saliente-se que os estudos sobre as razões e fatores que influenciam a escolha da via de parto são diversos e, sob essa ótica, em grande revisão sistemática realizada por Souza *et al.* (2022, p. 3), verificou-se que no Brasil as taxas de cesariana entre a saúde pública (35-45%) e privada (80-90%) são bastante desiguais – o número poderia indicar que o setor público respeita mais o direito da gestante, mas há estudos que demonstram o oposto, conforme discutido a seguir.

Do ponto de vista estatístico Souza *et al.* (2022, p. 2-4) demonstram, ainda, que quanto mais velhas as gestantes, a taxa de cesariana tende a ser maior; mulheres com mais escolaridade são mais submetidas à cesariana do que mulheres com menos ou sem escolaridade – em que pese alguns estudos analisados não tenham encontrado diferença estatística nesse quesito; que o sul e o sudeste brasileiro apresentam maiores taxas que o norte e o nordeste; que mulheres que residem em domicílios urbanos são mais submetidas à cesariana que mulheres do meio rural; e que mulheres negras realizam menos cesarianas que mulheres brancas.

Segundo os autores “o motivo por trás desses números é questionável, pode envolver a escolha pelo método de maior comodidade, os médicos envolvidos com esse público e até mesmo a cultura nacional de preferência da cesariana, uma vez que

peças de classes econômicas mais altas têm mais autonomia na escolha da via de parto” (p. 5).

No que diz respeito ao aspecto socioeconômico, os autores (Souza *et al.* 2022, p. 6) verificaram que “em países de alta renda, a decisão por cesárea está relacionada à opinião de amigos, familiares e informações de comunidades online”, estando a solicitação pela intervenção “relacionada [...] à maior aceitação cultural desse tipo de parto e à percepção de maior facilidade desse procedimento em relação ao parto vaginal”, de outra banda, em países de baixa ou média renda “a recusa de partos cesáreos por indicação obstétrica está relacionada a crenças e dogmas religiosos, medo de julgamentos ou críticas pela própria comunidade, práticas de violência doméstica e visão cultural da cesárea como um processo não natural”.

Conforme apontado, dentre os fatores relatados que influenciam a escolha do parto vaginal destacam-se: protagonismo durante o parto; redução da sensação de dor no pós-parto; recuperação mais rápida; melhora da relação mãe/bebê; alta hospitalar; impacto na vida sexual após o parto e retorno precoce às atividades diárias. No que diz respeito à escolha do parto cesáreo, pontua-se: medo da dor e de não ter forças suficientes para o parto vaginal; sensação de maior segurança; processo mais rápido; definir previamente a data do parto e o medo de precisar de uma cesárea de emergência. Outros motivos, apontados por Domingues *et al.* (2014, p. S111-112), incluem experiências negativas com parto vaginal e a possibilidade de realização de laqueadura tubária pós-cesárea – especialmente no caso de mulheres atendidas pelo setor público que possuem pouco acesso a serviços de planejamento reprodutivo.

Nos estudos analisados por Souza *et al.* (2022), percebeu-se, ainda, que as mulheres tomam a decisão no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações. Entretanto, em outra revisão sistemática de como ocorre a opção pela via de parto (Rocha; Ferreira, 2020, p. 560) as autoras salientaram que, em determinada pesquisa no âmbito da saúde suplementar, parte do grupo de mulheres entrevistadas já

havia decidido o parto por via cirúrgica mesmo antes de engravidar ou fizeram essa opção logo no início da gestação, não cogitando a possibilidade da recusa médica.

Ressalte-se, sob esse aspecto, que a gama de publicações analisadas em todos os três artigos anteriormente apresentados também demonstram que a vontade inicial das gestantes e sua preferência pelo parto vaginal no início da gestação não condiz com a taxa de cesárea efetivamente ocorrida ao final do estudo^{4,5,6}. A questão possivelmente

⁴ Souza *et al.* menciona que “Um estudo brasileiro realizado com 23.940 gestantes, 66% tinham preferência pelo parto vaginal no início da gestação, 27% preferiam o parto cesáreo e 6,1% não apresentavam uma preferência definida, ao final da gestação, apenas 58,4 % tiveram seu desejo inicial de parto normal concretizado” Cf.: DOMINGUES, RMSM; DIAS, MAB; NAKAMURA-PEREIRA, M; TORRES, JÁ; D’ORSI, E; PEREIRA, APE. *et al.* Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. **Cad. Saúde Pública**. 2014, v. 30 (Suppl.1), p. S101-S116. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.

⁵ Domingues *et al.* afirma que “Dados de uma coorte de base hospitalar nacional com 23.940 puérperas, realizada em 2011-2012, foram analisados, segundo fonte de pagamento do parto e paridade, com utilização do teste χ^2 . A preferência inicial pela cesariana foi de 27,6%, variando de 15,4% (primíparas no setor público) a 73,2% (múltiparas com cesariana anterior no setor privado). O principal motivo para a escolha do parto vaginal foi a melhor recuperação desse tipo de parto (68,5%) e para a cesariana o medo da dor do parto (46,6%). Experiência positiva com parto vaginal (28,7%), parto cesáreo (24,5%) e realização de laqueadura tubária (32,3%) foram citadas por múltiparas. Mulheres do setor privado apresentaram 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pelo parto cesáreo no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações. Em ambos os setores, a proporção de cesariana foi muito superior ao desejado pelas mulheres.” Cf. VASCONCELLOS, MTL; SILVA, PLN; PEREIRA, APE; SCHILITZ, AOC; SOUZA JUNIOR, PRB; SZWARCOWALD, CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cad. Saúde Pública**, 2014, v. 30, p. S49-58. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nHsybvJMBHThZpVnwrFwdw/abstract/?lang=pt>. Além disso, os autores mencionam, em sua conclusão “Os dados deste estudo mostram que a forma de organização da assistência ao parto afeta a preferência inicial das mulheres e a forma como a via de parto é decidida. Mulheres do setor privado são levadas a decidir por uma cesariana, tendo uma elevada proporção de cesarianas primárias que se tornam indicação de nova cesariana numa gestação futura. Mulheres do setor público mantêm preferência mais baixa pelo parto cesáreo, mas não são apoiadas na sua opção pelo parto vaginal no final da gestação”.

⁶ Rocha; Ferreira, 2020, em ampla análise, ressalta que “Grande parte dos estudos identifica que a maioria das mulheres apresenta preferência a uma via de parto – seja vaginal ou cirúrgica –, porém, conformam-se quando o parto não acontece como esperado, comprovando que elas não participaram ou não se sentem ativas/respeitadas na escolha da sua via de parto”. Cf. LEÃO, MRC; RIESCO, MLG; SCHNECK, CA. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciênc. Saúde Colet.** 2013, n. 18, v. 8, p. 2395-2400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000800024&lng=en; OLIVEIRA, VJ; PENNA, CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Rev. Bras. Enferm.** 2018, v. 71, n. 3, p. 228-1236. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901228&lng=en; PIRES, D; FERTONANI, HP; CONILL, EM. *et al.* A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar socioantropológico na saúde suplementar

demonstra que os desejos iniciais de parto usualmente não são concretizados, sendo possível afirmar, segundo os autores, que as gestantes não participaram ou não se sentem ativas/respeitadas em suas escolhas.

No estudo de Rocha e Ferreira (2020, p. 564-565) observou-se diversos cenários: “mulheres que gostariam de um parto vaginal e tiveram um parto violento; mulheres que, tamanha naturalização da relação assimétrica entre equipe e usuária, sequer sabiam que suas preferências poderiam ter sido consideradas no momento do parto; mulheres que puderam pagar, gostariam de um parto vaginal e não conseguiram”. De outro lado, também verificou-se ao longo da análise “mulheres que puderam pagar e tiveram o parto que desejavam, seja ele qual for (cirúrgico ou natural); e mulheres que desejaram e conseguiram o atendimento que consideraram adequado e satisfatório”. No geral, os trabalhos analisados demonstram, ainda, “que as mulheres mais pobres do setor público não são empoderadas no pré-natal, não recebem informação necessária e têm medo de interpelar os profissionais de saúde sobre o parto” (Rocha; Ferreira, 2020, p. 560).

A discussão sobre o parto natural e a cesárea é polêmica e faz parte de grandes embates na literatura (Gregory *et al.*, 2011, p. 7-18). Do ponto de vista institucional, o Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão criado pela Lei nº 3.268/57 e que possui incumbência de zelar e trabalhar pelo desempenho ético da medicina, bem como de

brasileira. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** 2010. v. 10, n. 2, p. 191-197. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519--38292010000200006&lng=en; BARBOSA, G.P; GIFFIN, K; ANGULO-TUESTA, A. *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Cad. Saúde Pública.** 2003, v. 19, n. 6, p. 1611-1620. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102--311X2003000600006&lng=en; GAMA, AS; GIFFIN, KM; ANGULO-TUESTA, A. *et al.* Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública.** 2009, v. 25, n. 11, p. 2480-2488. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100017&lng=en.20. SOUZA, AB; SILVA, LC; ALVES, RN, *et al.* Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.** 2016, v. 25, n. 3, p. 115-128. Disponível em: <http://pesquisa.bvsa-lud.org/portal/resource/pt/biblio-859888.21>. OLIVEIRA, VJ; PENNA, CMM. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm.** 2017, v. 26, n. 2, p. 2-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf; OLIVEIRA, VJ. **O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres.** Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. 160 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31071>.

supervisionar a ética médica em todo o país, elaborou a Resolução CFM nº 2.284/20, que trata da ética do médico ao “atender a vontade da gestante e realizar o parto cesariano”.

Na exposição de motivos da Resolução nº 2.144/16 – resolução anterior, revogada por esta mais atual – é levantada a questão de que a solicitação da gestante é, de fato, “algumas vezes a expressão implícita de um medo de parto” e questiona-se se o casal, em particular a gestante, teria direito à escolha da via de parto. De toda forma, o procedimento, mundialmente reconhecido pela medicina, é apenas uma das técnicas possíveis que podem ser utilizadas pelo médico para trazer uma vida ao mundo e é notório que existem diversas situações em que a cesariana é a única alternativa da futura mãe. Por exemplo, a mãe que vive com HIV positivo e possui o vírus ainda não controlado, situação na qual a cirurgia é utilizada como forma de evitar transmissão ao feto – além de outras situações anteriormente indicadas.

O medo da dor durante ou após o parto é de fato um fator de peso na preferência da gestante pelo parto abdominal e diversos são os estudos que demonstram a alta taxa de gestantes que referem temer a dor e sofrimento durante o parto vaginal (Visoná de Figueiredo, 2011; Barbosa *et al.*, 2003; Feitosa *et al.*, 2017; Domingues *et al.*, 2014).

Outra preocupação da gestante relaciona-se à vida sexual após o parto, especialmente em razão da possibilidade de ocorrência de eventos traumáticos, como lacerações perineais e episiotomias, impactando na anatomia vaginal e no prazer sexual (Souza *et al.*, 2022), assim como questões relacionadas ao corpo, como a possibilidade de incontinência urinária e fecal e distopias genitais (Feitosa *et al.*, 2017, p. 718).

Souza *et al.* (2022, p. 7) sobre os fatores relacionados ao medo do parto, apontam o receio da realização de práticas sem evidências científicas durante o trabalho de parto, como a imobilização, o uso abusivo de ocitocina artificial, a episiotomia e a manobra de Kristeller (ato de pressionar a barriga/útero da gestante para o bebê sair com mais facilidade – hoje proscrita na prática obstétrica). As próprias autoras reconhecem que a realidade é agravada no setor público, onde as mulheres “sofrem manipulação excessiva, permanecem confinadas, recebem ocitocina inadvertidamente, são

submetidas à episiotomia e dão à luz na posição supina durante o parto vaginal, procedimentos não recomendados pela OMS”.

Experiências anteriores negativas com o parto vaginal também foram citadas e têm sido apontadas como fator fortemente associado à demanda por cesariana (Domingues *et al.*, 2014, p. s112). Sob esse prisma, no que diz respeito à satisfação da mulher quanto ao próprio parto, Rocha e Ferreira (2020, p. 560-562) relatam artigos que demonstraram que um número considerável de mulheres sentiu insatisfação quanto à sua experiência de parto pela impotência diante das decisões médicas e da falta de informações adequadas.

Ferrari (2012, p. 32-33) aduz que “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”. É evidente que a grande maioria dos hospitais não dispõe de técnicas específicas para redução da dor, no máximo incentivam um acompanhante que esteja presente durante o trabalho de parto e a não restrição ao leito (Iorra *et al.*, 2011).

Para a justiça reprodutiva, especialmente no âmbito da mulher negra, qualquer plano de saúde deveria incluir cobertura para contraceptivos, cuidados preventivos, assistência pré e pós-natal, tratamento de miomas, infertilidade, câncer; além enfrentar de questões como mortalidade e morbidade materna e infantil, violência doméstica, HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis (Ross, 2017, p. 290-293).

Todavia, no geral, estudos demonstram que menos de 5% das mulheres utilizaram práticas benéficas recomendadas pela OMS para uma assistência adequada ao trabalho de parto, indicando a necessidade de mudanças no modelo de atenção à concepção, tornando-a uma experiência menos dolorosa e mais gratificante (Domingues *et al.*, 2014, p. s112).

O medo da gestante, ainda assim, é minimizado⁷, na maioria dos estudos médicos que tem como pilar central a defesa do parto vaginal. Verificou-se, nesse sentido, que referidas publicações usualmente utilizam como fundamento para justificar, solucionar e/ou atenuar a preocupação e o medo da gestante com a dor opções como: a possibilidade de utilização de recursos analgésicos, métodos não farmacológicos (como a presença de um acompanhante e/ou a permanência de posição de escolha da gestante no parto) e até consulta com um psicólogo.

Destaca-se que, de fato, a implementação de medidas para valorização e auxílio ao parto normal tornou-se uma demanda emergente nos sistemas público e privado de saúde. No que diz respeito à possibilidade de melhora no conforto no que atine ao parto vaginal, tais medidas, que englobam aumentar a qualidade de assistência a gestante, proporcionando privacidade, deambulação, relaxamento, dieta, participação de enfermagem obstétrica e apoio a equipe (Souza *et al.*, 2022), devem ser garantidas e implementadas, de modo que as condições para realização do parto sejam cada vez mais adequadas e favoráveis, inibindo as situações traumáticas anteriormente levantadas pelas pesquisas apresentadas.

⁷ “Partindo-se do princípio de que, por ser um processo fisiológico, o parto não deveria causar dor, e que essa dor ocorre devido ao medo que ativa o sistema nervoso autônomo gerando estímulos que são interpretados na área talâmica como dolorosos, a mulher escolhe a via de parto cirúrgica.” PIMENTEL, TA; OLIVEIRA-FILHO EC. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirurgia: uma revisão bibliográfica. **Universitas: Ciências da Saúde**, 2016, v. 14, n. 2, p. 187-199. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/4186>. Acesso em: 12 dez. 2024.

“Percebe-se no discurso das puérperas que a dor e o sofrimento aparecem como aspectos inevitáveis ao parto normal, uma experiência desconhecida e imprevisível. Esta percepção se reflete na comparação realizada com partos anteriores e em uma atitude pré-concebida sobre a dor do parto, mesmo para as mulheres que nunca engravidaram”. FEITOSA, RMM.; PEREIRA, RD.; SOUZA, TJC. de P.; FREITAS, RJM. de; CABRAL, SAR; SOUZA, LF de F. Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 9, n. 3, p. 717–726, 2017. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5502>. Acesso em: 12 dez. 2024.

“A demanda da paciente por uma cesariana é sustentada no medo, na conveniência e na desinformação. Muitas vezes, a gestante recebe as consequências do parto por via vaginal, por considerá-lo uma experiência arriscada. A mulher tem a ideia paradoxal de que o ato cirúrgico é um modo para evitar a dor”. CARDOSO, PO; ALBERTI, LR; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 427–435, mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H6CMYzm5XMBktDtzCLvXGPt/>.

De toda forma, também se indica como necessário iniciativas como intervenções educacionais, que envolvem as mulheres ativamente no planejamento do parto, como oficinas de preparação para o parto, programas de relaxamento e apoio psicossocial quando desejado, para aquelas com medo da dor ou ansiedade (OMS, 2021).

Tais discussões, especialmente desenvolvidas durante a assistência pré-natal, devem envolver orientações sobre o melhor momento para a internação, sobre práticas benéficas a serem adotadas durante o trabalho de parto, de forma a aumentar a confiança da mulher em sua capacidade de parir e de lidar com o processo da parturição (Domingues *et al.*, 2014, p. s112).

Ainda assim, caso a gestante não se sinta inteiramente confortável no que diz respeito à realização do parto – pelo medo ou outras questões pessoais – é necessário que o médico tenha o preparo adequado para lidar com a situação, sem que isso implique em desconsiderar ou minimizar o sentimento da futura mãe.

Dessarte, evidente que não deve o médico induzir a gestante a optar por uma cesariana eletiva se já tenha tomado uma decisão de ter o filho pela via vaginal e vice-versa (Ferrari, 2012, p. 138), o papel do profissional, na realidade, é de ampliar o acesso às vias de parto, garantindo a autonomia da gestante com uma escolha bem-informada (Leeman; Plante, 2006).

Sobre o tema, inclusive, Feitosa *et al.* (2017, p. 723) menciona que as gestantes atendidas na rede pública geralmente não têm seu pedido de cesárea atendido, isto é, não possuem o direito resguardado de escolha da via de parto. Ferrari (2009, p. 477-478) menciona que o Conselho Regional de Medicina de São Paulo divulgou um debate sobre “cesáreas a pedido”, e na participação de um dos palestrantes, que era médico que afirmava ser defensor da cesárea a pedido, foi ressaltado em sua fala que, apesar de seu posicionamento, não permitiria a prática (de cesáreas a pedido) no hospital-escola onde leciona, devido à “necessidade de padronização do procedimento do parto” e “responsabilidade coletiva”, considerando que na rede pública, em contraste com a

autonomia oferecida às pacientes da rede privada, é necessário que se observe exclusivamente o protocolo científico no que diz respeito à escolha da via de parto.

Souza *et al.* (2022, p. 4) ao tratar das elevadas taxas de cesárea, apresentam diversas pesquisas que abordam o tema do ponto de vista financeiro, visto que o parto vaginal geraria economia para o Sistema Único de Saúde. O argumento de fato é relevante do ponto de vista orçamentário, mas é necessário que se analise se também não é uma forma de inibir e, por consequência, causar um impacto na escolha da gestante do sistema público, que não poderá realizar a cesárea em razão do racionamento de recursos utilizados.

Assim, em que pese a taxa de cesariana apontada no setor público (35-45%) possa indicar que o SUS respeita mais o direito da gestante, diante levantados (Leguizamón Júnior *et al.*; Kukla *et al.*, 2009; Ferrari, 2012; Rocha; Ferreira, 2020), verifica-se que o problema mais grave no sistema público está relacionado à postura médica de restringir a escolha pela cesárea, muitas vezes por questões financeiras. No setor privado, como visto, o desafio é a falta de consideração pela vontade da gestante em optar pelo parto natural, igualmente motivada por razões econômicas.

A questão é preocupante e reflete-se na opinião das pessoas envolvidas. Nesse contexto, em pesquisa realizada com médicos obstetras e gestantes (Leguizamón Júnior *et al.*, 2013, p. 509-517), que abordou as expectativas destes sobre a escolha da via de parto, foi apontado que 74,1% das gestantes preferem parto normal, mas 58,3% dos médicos preferem fazer cesárea; todavia, os mesmos médicos, se fossem instados a aconselhar, um percentual de 100% recomendaria a via vaginal; mas, caso solicitados a realizar cesariana, 54,5% concordariam de imediato e somente 27,3% admitiriam esse direito para gestantes do sistema público de saúde.

O posicionamento é grave e fere a autonomia e a liberdade, não apenas da mulher gestante, mas também da mulher periférica e gestante, que é ainda mais vulnerável e, por vezes, não pode simplesmente custear um médico que faça um parto cesariano.

Nesse contexto, diversos autores pontuam que não há evidências suficientes para comparar completamente os riscos e benefícios entre a cesariana a pedido e o parto vaginal, especialmente porque os dados atuais não oferecem uma base sólida para uma recomendação em detrimento da outra (Kukla *et al.*, 2009; Ferrari, 2012).

Conforme ressalta Kukla *et al.* (2009, p. 5) já que as preocupações de segurança não favorecem claramente nenhuma das abordagens, porque não priorizar a autonomia das mulheres, informando-as de que, em muitos casos, não há uma razão médica clara para evitar ou tentar o parto vaginal, permitindo-as, assim, que escolham entre as opções de parto.

Ainda assim, é certo que uma maior permissividade em relação à cesariana a pedido não será vista por todos como um avanço para a autonomia das mulheres. Alguns autores justificam que a crescente medicalização e a gestão tecnológica da gravidez, mesmo quando solicitado pela mulher, não poderá ser vista como a garantia da autonomia, mas como a normalização da intervenção médica, fazendo com que confiança das mulheres em seus próprios corpos e a sua participação no processo de dar à luz sejam reduzidos (Kukla *et al.*, 2009, p. 2).

É evidente, entretanto, que seus medos não estão sendo considerados, conseqüentemente implicando em limitação da sua autonomia e liberdade. Como já apontado, é necessário que a autonomia da paciente seja amplamente respeitada, seja no que diz respeito à escolha de um parto normal ou cesárea. A paciente, consciente, lúcida, capaz, deve ter plena autonomia de escolher as medidas relativas à sua saúde e, ressalvados casos de sérios riscos para a mãe e o bebê, seus direitos devem ser garantidos, especialmente pelos profissionais de saúde.

3. A autodeterminação informativa da mulher gestante na escolha da via de parto

O consentimento informado foi um marco transitório entre a fase paternalista de deveres do médico para a moderna concepção personalista dos direitos do paciente, que veio para colocar o enfermo no centro da relação, como verdadeiro titular de direitos fundamentais (Caputo, 2018, p. 92-93). Tal modificação trouxe profunda mudança nessa relação, na medida em que “o médico já não é mais um mágico ou ser supremo, seja pelo adiantado da ciência, pela evolução do direito, ou mesmo pela quantidade de informações disponíveis em vários meios que hoje existem” (Borelli, 2012, p. 109).

Apesar da evolução cada vez mais profunda na relação, o problema do paternalismo médico é real e impacta mulheres de todos os setores. Nesse âmbito, as revisões sistemáticas estudadas neste trabalho (Visioná de Figueiredo, 2011, p. 300; Feitosa *et al.*, 2017, p. 725) indicam que a maioria das mulheres demonstrou certa passividade frente ao médico, inclusive afirmando, expressamente quando questionadas, que a decisão “é sempre do médico”. Em outros casos, as gestantes revelaram que as informações repassadas não foram satisfatórias, visto que a maioria nunca recebeu nenhum tipo de informação sobre vias de parto durante a consulta, enquanto as que receberam disseram que isso se deu de forma imprecisa e insuficiente.

A passividade da gestante frente ao médico é notória, especialmente quando se considera a situação de vulnerabilidade em razão da situação. Essa questão, somada à detenção do conhecimento pelo médico, favorece a construção de uma relação assimétrica durante o acompanhamento pré-natal e que resulta em uma situação na qual a gestante passa a valorizar mais a opinião do médico em detrimento da sua (Visioná de Figueiredo, 2011, p. 304).

A autonomia vem, nesse contexto, para trazer profundas alterações na relação médico-paciente, implicando em verdadeira habilitação da paciente para superar a dependência e obter o maior controle possível de sua própria saúde (Beauchamp; Childress, 2002, p. 145). Tal autonomia só poderá ser concretizada por meio da informação adequada e conseqüente consentimento livre e esclarecido, após a elucidação das opções compatíveis com suas necessidades. A informação, assim, é

reconhecida por toda a doutrina como requisito prévio do consentimento, consubstanciada no direito de receber – e também no direito de decidir não receber – informações sobre seu estado de saúde, aprovando, em consequência, o início ou continuação de um tratamento específico (Martini, 2018, p. 51).

Em razão dos esclarecimentos, que são elementos constitutivos da vontade e influenciam a motivação da paciente, o médico deverá utilizar todos os subsídios do processo informativo para efetivar sua liberdade, visto que a omissão de informações é, dessa forma, fator relevante para a escolha, e a sonegação destas impede o pleno exercício da liberdade, sendo as explicações o alicerce para consolidação da relação (Borelli, 2012, p. 114-116).

Destarte, cabe aos profissionais e as equipes de saúde orientar e esclarecer acerca das possíveis intercorrências, tornando as mulheres ativas no processo de autocuidado durante a gestação e fazendo com que se sintam seguras no que concerne ao processo de parir (Feitosa *et al.*, 2017, p. 723). Dessa forma, os médicos devem responder a todas as perguntas e oferecer todas as informações relacionadas ao parto, garantindo que a mulher exerça seu direito à autonomia de forma significativa. Nesses casos – em que a paciente é informada e solicita expressamente a cesariana – a realização do ato é eticamente possível, assim como seria para um médico que realizaria uma cirurgia plástica ou bariátrica, situações nas quais o paciente corre riscos inerentes ao procedimento de forma consciente (Ferrari, 2012).

Destaca-se, ainda, a importância do pré-natal, reconhecido como o momento ideal para a promoção e educação em saúde. A descontinuidade da atenção e a fragmentação do vínculo com os profissionais durante o pré-natal são apontadas como contribuintes para a insatisfação das mulheres durante sua gestação (Rocha; Ferreira, 2020, p. 560), visto que o vínculo criado com o médico é usualmente fator que garante maior segurança no processo para a maioria das mulheres dos estudos apresentados.

É importante, contudo, que toda a equipe tenha em mente que o protagonismo da gestação é da mulher e os profissionais envolvidos nesse momento tão delicado podem

e devem ser instrumentos de construção de uma decisão verdadeiramente autônoma e informada, visto que “dar voz às usuárias dos serviços de saúde, visando a identificação do seu conhecimento sobre os diversos fatores que envolvem a via de parto, torna-se uma ferramenta importante para (re)significar o planejamento das ações em saúde, em nível de formação acadêmica, assistência e gestão” (Feitosa *et al.*, 2017, p. 722).

É necessário, entretanto, que todo profissional respeite a bagagem trazida pela gestante, entendendo-a como própria e fidedigna do ser humano individual e coletivo, procurando apoiar e esclarecer seus medos, dúvidas e anseios, sem desqualificar suas crenças a respeito das vias de parto (Visioná de Figueiredo, 2011, p. 304).

O parto ideal, para além dos argumentos científicos – que são relevantes – deve levar em consideração os valores e preferências dessas mulheres considerando não apenas fatores médicos, como apresentação fetal e índice de massa corporal, mas fatores pessoais, como planos de ter mais filhos e o nível de apoio durante a recuperação, além de valores individuais, como a associação entre dignidade e controle com tentar ou evitar um parto vaginal (Kukla *et al.*, 2009, p. 6). Por esses motivos, não existe uma fórmula fixa para que os profissionais de saúde saibam como conversar e quais opções oferecer para promover a autonomia das pacientes durante o parto. Cada mulher vem de uma posição social diferente e pode precisar de diferentes tipos de apoio para alcançar sua autonomia, sendo que essas diferenças nem sempre se manifestam em preferências específicas sobre o método de parto (Kukla *et al.*, 2009, p. 7).

Diante de considerações como essa, é fundamental garantir às mulheres a autonomia para decidirem se desejam ou não ter filhos. Caso optem por isso, é essencial que tenham assegurado o direito de escolher a forma como darão à luz, independentemente de pertencerem a classes mais ricas ou menos favorecidas. A autonomia implica o direito de escolha baseado em informações claras, transparentes e verdadeiras, fornecidas por profissionais responsáveis e comprometidos, que têm a obrigação ética de capacitar as gestantes para uma decisão informada. Conceder às gestantes o direito de decidir sobre o tipo de parto representa um progresso em direção

à liberdade, um verdadeiro instrumento que fortalece a dignidade humana, fio condutor que nos conecta em uma sociedade pluralista (Ferrari, 2009, p. 490).

Essas conversas precisam ser sensíveis às pressões culturais, deixando associar a ideia de que o parto vaginal sem medicação é um feito moral e a cesariana é um “fracasso materno”, valorizando, de outro lado, o que realmente faz sentido para paciente individualmente considerada, incluindo suas necessidades, responsabilidades e valores culturais, deixando um pouco de lado a avaliação sintetizada por estatísticas e considerando a perspectiva da própria paciente que terá sua vida impactada (Kukla *et al.*, 2009, p. 6). Sob essa ótica, a Associação Portuguesa de Bioética (2008) no que diz respeito à possibilidade de a mulher escolher a via de parto emitiu o seguinte parecer:

- 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 a 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.

O parecer da Associação Portuguesa de Bioética destaca a importância da autonomia da mulher na escolha da via de parto, defendendo que essa decisão deve ser fundamentada em um processo de consentimento informado, livre e esclarecido. A relevância dessa abordagem está na promoção de um atendimento mais humanizado e equitativo, garantindo que as gestantes, independentemente de sua condição social, tenham acesso às mesmas opções e informações detalhadas sobre os procedimentos. A associação, por meio do texto, também reconhece o papel dos profissionais de saúde em proporcionar o aconselhamento adequado e respeitar as escolhas das pacientes, além de sugerir mecanismos para conciliar divergências, sempre preservando o direito da mulher à decisão sobre seu corpo. Certamente, a implementação dessas práticas reflete um avanço significativo na consolidação de uma medicina ética e inclusiva.

A discussão, portanto, deve ir muito além do ir a favor ou contra o acesso das mulheres à cesárea na ausência de indicações médicas, visto que uma simples posição não fará justiça à sutileza da questão. Sob essa ótica, a pergunta certa também não é se as mulheres devem ter “permissão” para escolher a abordagem do parto, mas sim que tipo de conversas, práticas e conversas promoverão e protegerão melhor as mulheres e sua inclusão em um processo de parto seguro e positivo (Kukla *et al.*, 2009, p. 8).

Aline Albuquerque (2023, p. 89-90) assevera a importância das capacitações em empatia, inclusive em diferentes formatos, que podem e devem ser adotadas na formação e educação continuada de profissionais de saúde. Sob esse prisma, diversos estudos comprovam sua utilidade e eficiência como melhoria da empatia do profissional na relação médico-paciente.

Como exemplo, a psicologia médica é disciplina lecionada nas graduações e pós-graduações de medicina, responsável por tentar fazer com que os médicos, em seus estudos, apliquem técnicas que compreendam de forma abrangente o paciente. Um dos exemplos utilizados no âmbito da matéria é a medicina narrativa, método cujo intuito é melhorar o processo de aprendizagem do médico por meio de narrativas biográficas de personagens fictícios, explorando as questões mais particulares e delicadas do paciente

e, às vezes, sendo utilizada até mesmo para explorar a emoção do médico na narrativa, demonstrando a possibilidade e a habilidade dos estudantes em compreender o contexto emocional da doença e da saúde em seus pacientes (Marmirolli *et al.*, 2023).

O processo narrativo nasceu em contraponto à casuística, que observa a doença e o paciente como um caso em que se analisam os dados fáticos; a medicina narrativa, por sua vez, vê o enfermo como uma história que se narra, tendo o médico que entendê-la conforme o seu curso dinâmico, convertendo o caso em uma história, sem reduzir o conteúdo artificialmente, transformando a história clínica em algo que não é apenas focado na doença atual, mas no contexto amplo da vida da pessoa (Gracia, 2008, p. 51-53). Sua importância é significativa, visto que a doença nunca é uma questão isolada, desligada do contexto da vida e da história do paciente como indivíduo inserido em uma comunidade. A pessoa, por óbvio, terá suas próprias sensações, emoções, vivências, com diversas questões fáticas e sociais inter-relacionadas à doença.

A necessidade do uso das emoções pode e deve fazer parte do desenvolvimento das habilidades socioemocionais do profissional de saúde, visto que o reconhecimento das emoções negativas do paciente, suas preocupações e experiências podem ter o condão de gerar uma relação em que o doente sinta que está sendo compreendido por meio de um relacionamento empático com o profissional (Albuquerque, 2023, p. 89-91).

Bioeticistas argumentam que a autonomia envolve tanto a confiança nas pessoas que participam da decisão quanto nas próprias capacidades dos pacientes. Além disso, é necessário que haja uma reflexão crítica sobre os valores pessoais, fazendo com que a autonomia seja moldada por narrativas individuais, visto que decisões autônomas surgem de processos que respeitam o contexto e os valores de cada pessoa. Assim, para algumas mulheres, a autonomia pode não envolver tomar decisões ativas ou longas discussões sobre o parto, enquanto para outras pode ser essencial. Em todos os casos, exige-se acesso a opções seguras e adequadas, que respeitem as circunstâncias, valores e dignidade da mulher, garantindo que ela seja a protagonista de sua experiência de parto (Kukla *et al.*, 2009, p. 7-8).

Tal questão parece de suma importância para o desenvolvimento da empatia do médico no que diz respeito ao medo da gestante, especialmente para aqueles que lidam com usuárias do SUS, que na maioria dos casos são mulheres marginalizadas e não se sentem confortáveis de confrontar o médico acerca de seus desejos.

Mulheres marginalizadas por pobreza, imigração, moradia precária, uso de drogas ou álcool, ou violência doméstica, podem não ter a autoridade social necessária para expressar suas preferências em contextos institucionais ou em conversas com seus médicos. É necessário que tais profissionais tenham em mente que diálogos respeitosos e mais longos, que consideram o parto dentro de uma narrativa pessoal, podem ser inviáveis para mulheres sem acesso a cuidados contínuos ou que têm pouco contato com seus médicos (Kukla *et al.*, 2009, p. 7).

A escolha da via de parto, seja vaginal ou cesariana, deve ser um direito inalienável da mulher, com base em uma decisão informada e autônoma, sem interferências externas que pressionem ou limitem essa escolha. Esse direito envolve a capacidade de acessar informações claras, precisas e transparentes sobre as vantagens, riscos e implicações de cada método, permitindo que a mulher tome a decisão que mais lhe convém. Profissionais de saúde têm a responsabilidade ética de fornecer esse conhecimento de maneira imparcial e humanizada, priorizando o bem-estar da mulher e do bebê. Sem essa autonomia, a escolha do parto corre o risco de ser influenciada por interesses institucionais ou pela pressão social, muitas vezes conduzindo a práticas desnecessárias e inadequadas.

É crucial, no entanto, reconhecer as barreiras sociais que impedem que mulheres negras, pobres e marginalizadas exerçam a autonomia de forma plena. Historicamente, essas mulheres têm sido desproporcionalmente afetadas por um sistema de saúde que não lhes oferece as mesmas oportunidades que são garantidas a outras mulheres, muitas vezes sendo forçadas a aceitar condições de parto inadequadas ou com pouca informação sobre suas escolhas. A negligência médica e o racismo institucional tornam ainda mais difícil para essas mulheres o acesso ao cuidado adequado e ao direito de

decidir sobre seu próprio corpo. Para que a autonomia seja universal, é necessário garantir que todas as mulheres, independentemente de raça ou classe social, tenham as mesmas condições de acesso à informação e atendimento médico de qualidade.

Além disso, assegurar condições favoráveis para que as gestantes possam optar por um parto vaginal ou cesáreo não é apenas uma questão de escolha, mas de equidade e dignidade humana. O direito à escolha deve ser acompanhado por um sistema de saúde que forneça os recursos necessários para que a mulher se sinta segura em qualquer uma das opções, seja ela uma cesariana ou um parto normal. Isso inclui infraestrutura hospitalar adequada, profissionais capacitados e um acompanhamento que respeite as particularidades de cada mulher, especialmente as mais vulneráveis. Promover a autonomia na escolha do parto, portanto, é um passo essencial para combater as desigualdades estruturais e garantir que todas as mulheres sejam tratadas com a dignidade e o respeito que merecem.

Considerações finais

A discussão sobre a autonomia das mulheres na escolha da via de parto é um tema de extrema relevância no contexto da saúde pública e dos direitos reprodutivos. O direito à livre escolha é fundamental para garantir que as mulheres possam decidir, de forma informada e consciente, sobre o número de filhos que desejam ter e a forma como desejam dar à luz. Essa autonomia não deve ser vista apenas como uma questão de preferência pessoal, mas como um direito humano que deve ser respeitado e promovido pelo Estado e pelos profissionais de saúde.

Como visto ao longo do texto, a relação médico-paciente desempenha um papel fundamental nesse processo. A confiança e o respeito mútuo são essenciais para que as mulheres se sintam seguras em suas decisões. Os profissionais de saúde devem atuar como facilitadores, apresentando as opções disponíveis de maneira acessível e

compreensível, e não como impositores de suas preferências. Essa abordagem não apenas fortalece a autonomia das mulheres, mas também promove uma relação mais equitativa e justa entre médicos e pacientes.

A literatura aponta que, embora existam complicações associadas a diferentes tipos de parto, a evolução das tecnologias médicas e a melhoria das condições de saúde têm contribuído para a redução desses riscos. A ideia do presente artigo não é a defesa do parto normal ou da cesárea, mas a defesa da escolha baseada em informações claras e precisas, que não limitem a capacidade das mulheres de exercerem sua autonomia e liberdade, respeitando os fundamentos pessoais para a escolha, sem minimizá-los, como, por exemplo, o medo da dor.

A luta pela autonomia das mulheres na escolha da via de parto é uma questão que transcende o âmbito individual, refletindo uma necessidade de transformação social e cultural. É fundamental que a sociedade como um todo reconheça e respeite os direitos reprodutivos das mulheres, promovendo um ambiente onde elas possam tomar decisões informadas e seguras sobre seus corpos e suas vidas. Somente assim poderemos avançar em direção a uma justiça reprodutiva mais ampla e equitativa, garantindo que todas as mulheres tenham a oportunidade de vivenciar a maternidade de forma digna e respeitosa.

Notório, portanto, que a promoção da autonomia das mulheres no parto deve ir além de diretrizes prescritivas. É necessário que as mulheres sejam encorajadas a expressar suas opiniões e desejos, e que sejam respeitadas em suas escolhas, independentemente de suas circunstâncias sociais ou econômicas. A construção de um sistema de saúde que valorize a autonomia das mulheres – especialmente da usuária do sistema público de saúde – é um passo importante para garantir que todas tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Referências

ALBUQUERQUE, Aline. **Bioética e direitos humanos**. São Paulo: Editora Loyola, 2011.

ALBUQUERQUE, Aline. **Direitos humanos dos pacientes**. São Paulo: Juruá, 2016.

ALBUQUERQUE, Aline. **Empatia nos cuidados em saúde: comunicação e ética na prática clínica**. Santana de Parnaíba: Editora Manole, 2023.

ALEMANHA. **Código de Nuremberg**. Texto traduzido. Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde, 1947. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/codigo_nuremberg.pdf>. Acesso em: 16 set. 2024.

APB - ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BIOÉTICA. **Parecer nº P/12/APB/08 – Sobre o Direito de Escolha da Via de Parto**. 2008. Disponível em: https://upbioetica.org/wp-content/uploads/2024/07/PARECER-N.o-P_12-APB_08-Direito-a-Escolha-Da-Via-De-Parto.pdf. Acesso: 17 set. 2024.

BARBOSA, G. P. *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, 2003, p. 1611-1620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600006>. Acesso em: 16 set. 2024.

BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BETRAN A. P. *et al.* Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates **BMJ Global Health**. v. 6, n. 6, 2021, e005671. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>. Acesso em: 16 set. 2024.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. 28. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BORELLI, Luiz Gustavo Zanini. A informação na relação médico-paciente. *In*: GOZZO, Débora (Org.). **Informação e direitos fundamentais: a eficácia horizontal das normas constitucionais**. 1. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2012.

BRASIL. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 – Dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 1957. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3268.htm. Acesso em: 17 set. 2024.

CAPUTO, Alice. Il consenso informato: i mutevoli rilievi penali della sua assenza nei trattamenti medici arbitrari e della sua presenza in caso di disposizioni anticipate di trattamento. **Rev. Bioética y Derecho**. n. 44, p. 89-102, 2018. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872018000300007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 8 set. 2024.

CARDOSO GAZINEU, Roberta *et al.* Benefícios do parto normal para a qualidade de vida do binômio mãe-filho. **Textura**, v. 12, n. 20, 2019, p. 121-129. Disponível em: <https://doi.org/10.22479/desenreg2018v12n20p121-129>. Acesso em: 17 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM – Brasil). Resolução CFM nº 2.144 de 22 de junho de 2016 – É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno-fetal. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 6 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM – Brasil). Resolução CFM nº 2.284 de 24 de maio de 2021 – Dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno-fetal, e revoga a Resolução CFM nº 2.144/2016, publicada no DOU de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2284_2020.pdf. Acesso em: 6 set. 2024.

DAHLKE, Joshua D. *et al.* Counselling women about the risks of caesarean delivery in future pregnancies. **The Obstetrician & Gynaecologist**. v. 16, 2014, p. 239–44. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/tog.12144>. Acesso em: 16 set. 2024.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101–S116, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>. Acesso em: 16 set. 2024.

DWORKIN, Gerald. **The theory and practice of autonomy**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

FADEN, Ruth.; BEAUCHAMP, Tom L. **History and theory of informed consent**. New York: Oxford University Press, 1986.

FEITOSA, R. M. M. *et al.* Fatores que influenciam a escolha do tipo de parto na percepção das puérperas **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio

de Janeiro, Brasil, v. 9, n. 3, p. 717–726, 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.717-726. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5502>. Acesso em: 20 ago. 2024.

FERRARI, José. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. **Revista Bioética**. v. 17, n. 3, p. 473-495, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/512. Acesso em: 20 ago. 2024.

FERRARI, José Odair. **A autonomia da gestante e o direito à cesariana a pedido**. 2012. Tese (Doutorado em Bioética) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2012. Acesso em: 20 ago. 2024.

GHAHIRI, Ataollah; KHOSRAVI, Mehrnoush. Maternal and neonatal morbidity and mortality rate in caesarean section and vaginal delivery. **Advanced Biomedical Research**. v. 4, n. 1, p 193. DOI: 10.4103/2277-9175.166154. Disponível em: https://journals.lww.com/adbm/fulltext/2015/04000/maternal_and_neonatal_morbidity_and_mortality_rate.193.aspx. Acesso em: 20 ago. 2024.

GRACIA, Diego. History of medical ethics. *In*: HAVE, HT.; GORDIJN, B. (Eds.). **Bioethics in a European Perspective**: International Library of Ethics, Law, and the New Medicine. vol 8. Dordrecht: Springer, 2001.

GRACIA, Diego. **Procedimientos de decisión en ética clínica**. Madrid: Triacastela, 2008.

GREGORY, Kimberly; JACKSON, Sherri; KORST, Lisa; FRIDMAN, Moshe. Cesarean versus Vaginal Delivery: Whose Risks? Whose Benefits? **American Journal of Perinatology**. v. 29, n. 1, p. 7-18, 2011. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1285829>. Acesso em: 6 set. 2024.

IORRA, M. R. K. *et al.* Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, 2011, p. 260-268. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180411201527id_/http://www.amrigrs.com.br/revista/55-03/0000045956-Revista_AMRIGS_3_artigo_original_aspectos_relacionados.pdf. Acesso em: 6 set. 2024.

KALISH, R. B.; MCCULLOUGH, L. B.; CHERVENAK, F. A. Patient choice cesarean delivery: ethical issues. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**. v. 20, n. 2, p.

116–119, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18388809/>. Acesso em: 7 set. 2024.

KIRBY, MD. Informed consent: what does it mean? **J Med Ethics**. Jun, v. 9, n. 2, 1983, p. 69-75. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6876100/>. Acesso em: 16 set. 2024.

KUKLA, R. Finding autonomy in birth. **Bioethics**. v. 23, n. 1, p. 1-8, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00677.x>. Acesso em: 16 set. 2024.

LEEMAN, L. M; PLANTE, L. A. Patient-choice vaginal delivery?. **Annals of family medicine**, v. 4, n. 3, 2006, p. 265–268. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.537>. Acesso em: 16 set. 2024.

LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, p. 509-517, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/n83yyy8QSxYjK7QqLTzF6PB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 ago. 2024.

LUNA, Zakiya; LUKER; Kristin. Reproductive Justice. **Annual Review of Law and Social Science**. v. 9, 2013, p. 327-352. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-102612-134037>. Acesso em: 16 set. 2024.

MARMIROLLI, Fábio Augusto do Prado; FIDALGO, Thiago Marques; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Narrative medicine as an innovative tool in the medical psychology discipline. **Medical Education**. v. 1, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37941150/>. Acesso em 5 set. 2024.

MARTINS-COSTA, S. H *et. al.* Cesariana – Indicações. *In: Projeto Diretrizes*. Brasília: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/cesariana-indicacoes.pdf. Acesso em: 16 set. 2024.

MARTINI, Sandra Regina; FINCO, Matteo. Diritto alla salute e diritto all'autodeterminazione: la legge sul "consenso informato" in Italia. Riflessioni a partire dalla teoria dei sistemi social. **Revista Derecho y Salud**. v. 2, n. 2, p. 51, 2018. Disponível em: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/36>. Acesso em: 27 ago. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS – Brasil). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. nº 1, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf. Acesso em: 6 set. 2024.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 16 set. 2024.

ONU – Organização das Nações Unidas Brasil. **Estudo a OMS revela que número de cesarianas aumenta, mas desigualdade no acesso persiste**. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/131934-estudo-oms-revela-que-n%C3%BAmero-de-cesarianas-aumenta-mas-desigualdade-no-acesso-persiste>. Acesso em: 16 set. 2024.

POTTER, Van Renssealaer. **Bioethics: bridge to the future**. Wisconsin: Prentice-Hall, 1971.

PRICE, Kimala. What Is Reproductive Justice?: How Women of Color Activists Are Redefining the Pro-Choice Paradigm. **Meridians**, v. 19, 2020, 340-362. Disponível em: <https://doi.org/10.1215/15366936-8566034/>. Acesso em: 16 set. 2024.

ROSS, Loretta J. Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. **Souls**, v. 19, n. 3, 2017, p. 286–314. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634>. Acesso em: 16 set. 2024.

ROBERTS, Dorothy. Reproductive Justice, Not Just Rights. **Dissent**. v. 62, n. 4, 2015, p. 79-82. Disponível em: <https://www.dissentmagazine.org/article/reproductive-justice-not-just-rights/>. Acesso em: 16 set. 2024.

ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes da; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125 abr-jun, p. 556–568, 2022. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2793>. Acesso em: 16 set. 2024.

SOUZA, Érika de Lima *et al.* Fatores que influenciam a via de parto no Brasil. **Revista de Medicina**, São Paulo, Brasil, v. 101, n. 5, p. e-172947, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i5e-172947>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SZTAJN, Rachel. Reflexões sobre consentimento informado. *In*: AZEVEDO, Álvaro Villaça; LIGIEIRA, Wilson Ricardo (Coord.). **Direitos do paciente**. São Paulo: Editora Saraiva, 2021.

TEDESCO, Ricardo Porto *et al.* Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 10, p. 791–798, nov. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032004001000006>. Acesso em: 16 set. 2024.

UNESCO – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Rapport du Comité international de bioéthique de l'UNESCO (CIB) sur le consentement**. France: UNESCO, 2009. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000178124_fre. Acesso em: 16 set. 2024.

VISONÁ DE FIGUEIREDO, N. S. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, v. 36, n. 4, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1146>. Acesso em: 20 ago. 2024.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia versus beneficência. **Rev. Bioética**. vol. 19, p. 105-117, 2011. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/611. Acesso em: 16 set. 2024.

WILL, Jonathan F. A brief historical and theoretical perspective on patient autonomy and medical decision making – Part I: The beneficence model. **Chest**. vol. 139, n. 3, March, 2011, p. 670. Disponível em: <https://doi.org/10.1378/chest.10-2532>. Acesso em: 16 set. 2024.

ZANELLA, Diego C.; SGANZERLA, Anor. A bioética de Potter ontem e hoje. *In*: ZANELLA, Diego C.; SGANZERLA, Anor. (Org.). **A bioética de V. R. Potter: 50 anos depois**. Curitiba: PucPress, 2020.

Sobre as autoras:

Anna Paula Soares da Silva Marmirolli | *E-mail:* anna.p.ss@hotmail.com

Mestre em Direito Político e Econômico pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Especialista em Direito Médico e Hospitalar pela Escola Paulista de Direito, e em Processo Civil e em Direito do Consumidor pela UniDomBosco. Graduada em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Professora convidada da graduação e da pós-graduação em Medicina da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. Pesquisadora do Grupo ESADIR - Ética, Saúde e Direito - Mackenzie/CNPQ. Advogada.

Renata da Rocha | *E-mail:* renata.rocha@mackenzie.br

Realizou Estágio Pós-Doutoral em Bioética de Direitos Humanos pela Universidade de Brasília - UnB. Doutora em Filosofia do Direito e do Estado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC/SP. Mestre em Filosofia do Direito e do Estado pela Pontifícia Universidade Católica - PUC/ SP. Especialista em Direitos Fundamentais pela Universidade de Coimbra - Portugal. Graduada em Direito. Graduada em Filosofia. Professora de Filosofia do Direito e de Biodireito da Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie - UPM. Professora de Biodireito e Bioética na Pós-Graduação em Direito Médico - Escola Paulista de Direito - EPD. Vice-Presidente do Comitê de Bioética do Hospital do Coração - HCOR. Coordenadora do Curso de Extensão em Biodireito e Bioética: Dilemas Acerca da Vida Humana oferecido pelo Hospital do Coração - HCOR. Pesquisadora do Grupo BIÓS - Biodireito. Bioética e Biopolítica PUC/CNPQ. Pesquisadora do Grupo Ética e Bioética Mackenzie/CNPQ. Pesquisadora do Grupo ESADIR - Ética, Saúde e Direito - Mackenzie/CNPQ.

Taxonomia

Anna Paula Soares da Silva Marmirolli	Conceitualização; Curadoria de Dados; Análise Formal; Investigação; Escrita (rascunho original).
Renata da Rocha	Conceitualização; Análise Formal; Investigação; Metodologia; Administração de Projeto; Supervisão; Validação; Visualização; Escrita (revisão e edição).

Datas do Processo Editorial (Link do texto)	Editorial Process Dates
Data de Submissão do Resumo Expandido: 03 de março de 2024.	Expanded Abstract Submission Date: March 3, 2024.
Data da Triagem de Diretrizes: 13 de março de 2024.	Guidelines Screening Date: March 13, 2024.
Data da Triagem de Qualidade: 24 de abril de 2024.	Quality Screening Date: April 24, 2024.
Data de Comunicação de Aprovação do Resumo: 28 de maio de 2024.	Abstract Approval Communication Date: May 28, 2024.
Data de Envio do Artigo Completo: 21 de setembro de 2024.	Full Article Submission Date: September 21, 2024.
Data de Envio para Avaliação: 12 de novembro de 2024.	Submission Date for Evaluation: November 12, 2024.
Data da Primeira Avaliação: 14 de novembro de 2024.	First Review Date: November 14, 2024.
Data da Segunda Avaliação: 30 de novembro de 2024.	Second Evaluation Date: November 30, 2024.
Data do Envio para Correção: 07 de Janeiro de 2025.	Date Submitted for Correction: January 7, 2025.
Data de Aceite: 18 de janeiro de 2025.	Acceptance Date: January 18, 2025.

Corpo Editorial:

Editor- Chefe: J.P.B

Editora-Adjunta: L.S.G

Editora Associada: F.L.S.

Pareceristas: 2