

# Cesariana a pedido materno

## *Cesarean section by maternal request*

RAPHAEL CÂMARA<sup>1</sup>, MARCELO BURLÁ<sup>2,3</sup>, JOSÉ FERRARI<sup>4</sup>, LANA LIMA<sup>5</sup>, JOFFRE AMIM JUNIOR<sup>5</sup>, ANTONIO BRAGA<sup>2,5</sup>, JORGE REZENDE FILHO<sup>5</sup>.

### R E S U M O

A cesariana a pedido materno é aquela realizada em uma gestante sem indicações médicas e sem contraindicação para tentativa do parto vaginal. Existe grande controvérsia sobre a realização da cesariana a pedido. Riscos potenciais da cesariana a pedido incluem complicações em gravidezes subsequentes, tais como: rotura uterina, placenta prévia e acretismo. Potenciais benefícios da cesariana a pedido englobam um menor risco de hemorragia pós-parto na primeira cesariana e menos complicações cirúrgicas quando comparada ao parto vaginal. A cesariana a pedido jamais deve ser realizada antes de 39 semanas.

**Descritores:** Gestantes. Parto. Cesárea.

### INTRODUÇÃO

O fenômeno do aumento das taxas de cesarianas é registrado na maioria dos países do mundo<sup>1</sup>. No Brasil, segundo dados recentes publicados pelo Ministério da Saúde, o percentual de partos cesáreos é de 40% na rede pública, chegando a 84% na saúde suplementar<sup>2</sup>. Em verdade, pode-se observar uma taxa crescente de cesarianas no Brasil nas últimas três décadas, acompanhada, *pari passu*, por uma significativa diminuição da mortalidade materna<sup>3</sup>.

A melhora nesse indicador deve-se a uma multiplicidade de fatores sociais e econômicos, assim como, às melhorias das condições gerais de saúde da população. Por outro lado, é ainda controverso se o aumento das taxas de cesarianas é também responsável por essa diminuição na morbimortalidade materna e perinatal. Há estudos que mostram que até um determinado patamar, a mortalidade materna e perinatal diminui ao englobar pacientes que necessitam realmente da cesariana; e, a partir de determinado valor, pode haver até uma piora nesses indicadores de saúde<sup>4</sup>. Por outro lado, há resultados que mostram que o aumento das taxas de cesarianas não está relacionada com aumento de mortalidade materna, o que permitiria alargar as indicações dessa cirurgia, permitindo-se, até mesmo, realizar a cesariana a pedido da paciente<sup>5</sup>.

Rever as indicações médicas para a cesariana, analisando-se o impacto da via de parto no binômio materno-perinatal, assim como, as implicações éticas e bioéticas da cesariana a pedido será objeto dessa revisão.

A busca foi feita em três bancos de dados: *Medline*, *Scielo* e *Lilacs*. Foi efetuada utilizando as seguintes palavras-chave: *cesarean section* e suas derivações e *maternal-request* [ti]. A busca foi limitada a estudos realizados com seres humanos e publicados em inglês, português, espanhol e francês no período de 1966 a 2015. As referências bibliográficas dos artigos selecionados para leitura também foram utilizadas.

### INDICAÇÕES MÉDICAS PARA A CESARIANA

Via de regra, as indicações de cesariana podem ser agrupadas entre maternas e fetais, assim como, em absolutas e relativas. Genericamente, constituem indicações de cesarianas: herpes ativo no momento do trabalho de parto; condilomas ou outros tumores que impeçam a progressão da apresentação fetal; distócias que podem ser de ombro, por desproporção céfalo-pélvica, macrosomia fetal ou apresentação pélvica; gemelidade (levando em conta idade gestacional e apresentação); infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (a depender da carga viral e de condições ligadas ao trabalho de parto); acretismo placentário; placenta prévia central; prolapso

1 - Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2 - Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. 3 - Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 4 - Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO, Brasil. 5 - Departamento de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

de cordão umbilical; sofrimento fetal agudo e descolamento prematuro de placenta se a cesariana for a via de parto mais rápida; *vasa previa* detectado antes do trabalho de parto; dentre outras<sup>6</sup>.

Pelas peculiaridades das questões em estudo, poucos são os desfechos que possuem ensaios clínicos randomizados que apontem para a melhor via de parto. Dentre estes, podemos responder que, baseado em ensaio clínico, o parto pélvico apresenta vantagens quando conduzido por cesariana por determinar menor mortalidade neonatal<sup>7</sup>. Da mesma forma, a macrossomia fetal é indicação de cesariana ao cursar com aumento de morbidades, principalmente neonatal. Nesse mister, todavia, permanece ainda a dúvida sobre qual seria o peso de corte aferido pela ultrassonografia que torna a cesariana a via de parto mais indicada nesse cenário. O Projeto Diretrizes, da Associação Médica Brasileira, aponta que recém-nascido macrossômico é definido como aquele com peso de nascimento superior a 4000-4500 g, sendo essa definição variável. Mas, sabe-se que quando o peso de nascimento for superior a 4000g, a morbimortalidade perinatal está aumentada<sup>8</sup>.

Contrário ao senso comum, as desordens hipertensivas e suas intercorrências, como a eclâmpsia, não são, *per se*, indicações absolutas de cesarianas e devem ser avaliadas perante as evidências recentes mais robustas<sup>9</sup>. Da mesma forma, a história de cesariana não se configura indicação para uma nova cesariana. É sabido que há um pequeno aumento no risco de rotura uterina durante o trabalho de parto nessas pacientes, mas isso deve ser ponderado com outros fatores, notadamente o número de cesarianas prévias, o tipo de histerotomia e o intervalo entre a última cesariana e o parto atual.

### QUAL A MELHOR VIA DE PARTO?

Sob o ponto de vista epidemiológico, é tarefa hercúlea a avaliação sobre a melhor via de parto. Isso decorre por deficiências intrínsecas dos estudos que avaliam o tema, devido aos desenhos das investigações, número de participantes envolvidos, pela falta de ensaios clínicos sobre via de parto em fetos cefálicos no termo, pelo grande potencial ideológico de parte dos pesquisadores envolvidos nessa questão e pelas repercussões éticas óbvias em estudos dessa natureza envolvendo grávidas e conceptos.

Há que salientar ainda um grande viés nesses estudos sobre via de parto, que é a não distinção entre as cesarianas realizadas durante o trabalho de parto das cesarianas eletivas. É notável e recomendável, quando se comparam os riscos do parto vaginal e das cesarianas, tanto para a mãe quanto para o feto, que se devem separar as cesarianas “de urgência” das cesarianas eletivas – objeto de análise dessa revisão.

Ilustra essa questão o estudo patrocinado pela Organização Mundial da Saúde, de base populacional, que avaliou mais de cem mil partos, demonstrando que a cesariana eletiva, feita sem indicação médica, antes de iniciado o trabalho de parto, tem efeito protetor em relação à morte materna, histerectomias, morte neonatal e índice conjunto de morbidade e mortalidade perinatal quando comparado ao parto vaginal. Importante também relatar que o estudo dividiu as pacientes que cursaram com parto vaginal e parto vaginal operatório, sendo que, neste, os números foram maiores para a maioria dos desfechos negativos. Não há como dissociar os riscos do parto vaginal operatório dos riscos associados ao parto vaginal. Não houve nenhuma morte materna e neonatal associadas à cesariana sem indicação médica, que precedeu o trabalho de parto, e que também se mostrou protetora e preventiva de mortes fetais<sup>10</sup>. De modo desarrazoado, na conclusão final do estudo, os autores relatam que a cesariana somente deve ser realizada se houver indicação, contrária aos resultados apresentados.

Sobre o mesmo tema, outro estudo de base populacional que analisou 286.565 nascimentos em 24 países do mundo, concluiu que todas as demais formas de nascimento trazem riscos maiores quando comparadas ao parto vaginal quando tomadas como referência as internações em UTI, transfusões sanguíneas e histerectomias e a conclusão final dos autores é que a cesariana esteve associada com um risco intrínseco aumentado de complicações graves para a mãe e que as cesarianas deveriam ser realizadas somente quando houver claros benefícios que justifiquem os elevados custos do procedimento. É prudente salientar que não foi registrada nenhuma morte materna nas cesarianas eletivas, sem indicação médica<sup>11</sup>. O trabalho citado é, obviamente, sujeito à críticas em virtude das dificuldades de tornar homogêneas e confiáveis as informações coletadas em 24 países diferentes que, invariavelmente, possuem diferentes níveis de complexidade no registro de informações de prontuários médicos.

Em documento publicado pelo Colégio Americano de Ginecologistas-Obstetras, em 2013, estabeleceu-se diretrizes para a realização da cesariana a pedido, que somente deve ser efetuada após 39 semanas de gestação, jamais sendo feita pela ausência de mecanismos eficazes para controle da dor, devendo-se ser evitada em mulheres que tenham desejo de prole numerosa. A revisão mostrou que a cesariana a pedido quando comparada com o parto vaginal mostrou um maior tempo de permanência hospitalar da mulher, maior chance de problemas respiratórios neonatais (problema somente visto até 39 semanas, com substancial melhora desse padrão em gestações com 40 semanas ou mais) e um maior risco de complicações como acretismo e histerectomias em gestações subsequentes. Ao revés, a cesariana eletiva mostrou uma menor taxa de transfusões, hemorragias, menos complicações cirúrgicas (lembrar que parto vaginal pode necessitar do uso de fórceps ou cesarianas de urgência) e menor chance de incontinência urinária no primeiro ano pós-parto e de lesões do plexo braquial. Por fim, e considerando-se o atual nível do conhecimento, não se pode atestar a superioridade de uma via de parto sobre a outra, no que se refere a dor após o parto, dor pélvica, depressão pós-parto, fístulas e mortalidade materna.

A única metanálise até hoje realizada pela Cochrane sobre o tema não encontrou nenhum ensaio clínico comparando parto vaginal com cesariana a pedido<sup>12</sup>. Uma revisão sistemática composta de 54 trabalhos avaliando os mais diversos desfechos encontrou grande parte dos estudos com baixa qualidade metodológica, impedindo conclusões robustas. Entre os resultados de maior consistência, associa a cesariana ao maior risco de placenta prévia em gestações futuras, maior permanência hospitalar materna, morbidade respiratória do neonato (que diminui com a idade gestacional em que a cirurgia é feita) e menor risco de hemorragia e transfusão sanguínea<sup>13</sup>.

Resultados muito semelhantes foram mostrados no artigo de revisão publicado no prestigiado *Journal of American Medical Association*. A cesariana está associada com menores lesões perineais e operatórias, hemorragias, incontinências urinária e anal, encefalopatia hipóxico-isquêmica neonatal, asfixia neonatal e lesão do plexo braquial quando comparada com o parto vaginal. Não foram encontradas diferenças para mortalidade materna,

dor no pós-parto e amamentação. A cesariana mostrou resultados desfavoráveis para a ocorrência de infecções (certamente menores na cesariana eletiva em relação à cesariana de emergência), permanência materna no hospital, rotura uterina em gravidezes posteriores e placenta prévia – acretismo em gravidezes subsequentes<sup>14</sup>.

Diretrizes semelhantes fazem parte do protocolo britânico atual do *National Institute of Clinical Excellence*, que relata menor presença de dores abdominais e perineais no momento do parto e até três dias após, de danos vaginais, hemorragia pós-parto precoce e choque nas pacientes submetidas à cesariana quando comparadas às que tiveram parto vaginal. Por outro lado, o parto vaginal é relacionado com menor permanência hospitalar, menores taxas de histerectomia por hemorragia pós-parto e parada cardíaca<sup>15</sup>. Um estudo de coorte prospectivo alemão com mais de 2500 mulheres comparou as duas vias de parto no que se refere a um grupamento de cinco desfechos associados (internação em CTI, rotura uterina, eclampsia, hemorragia obstétrica grave e miscelânea) e a cesariana englobando eletivas e de emergência mostrou piores resultados que a via vaginal<sup>16</sup>.

Dados referentes ao ano de 2013, publicados em 2015 pelo órgão americano de estatísticas em saúde englobando 90% dos partos ocorridos, demonstrou que a cesariana esteve mais associada à transfusão sanguínea e admissão em CTI que o parto vaginal e houve maiores taxas de rotura uterina e histerectomias em pacientes submetidas à cesarianas múltiplas<sup>17</sup>. Todavia, estudo de coorte retrospectivo que avaliou mais de 80.000 nascimentos entre 1993 e 2012 mostrou que o aumento das taxas de cesarianas nesse período esteve associado com menores taxas de danos ao plexo braquial e encefalopatia neonatal e não houve diferenças em acretismo e histerectomias nas cesarianas. A taxa de morbidades neonatais graves diminuiu de três a cinco vezes nesse período. Chama atenção que, mesmo em cenários em que as taxas de cesarianas são maiores que 20%, não houve diferença nesses resultados. Somente houve um caso de morte materna nesse período, que ocorreu em um parto vaginal<sup>18</sup>.

É notável a escassez de ensaios clínicos comparando a cesariana com o parto vaginal em fetos cefálicos. Uma estratégia para fomentar esses estudos seria a análise de grupos pela intenção da via de parto; consideran-

do-se que, mesmo que o tipo de parto seja outro, o resultado iria para a via escolhida no início do estudo. Nessa perspectiva, estudo que avaliou mais de 4000 partos, demonstrou que o parto vaginal esteve mais associado com presença de mecônio e a cesariana mais associada com admissão de concepto em UTI neonatal. Não houve diferença quanto à morbidades respiratória e neurológica do neonato e nem no que se refere ao índice de *Apgar* no primeiro e quinto minutos. Importante ressaltar que quase a totalidade dos casos em que foi efetuada a cesariana foi por indicação médica (99%), sendo a cesariana a pedido uma ínfima parte dos casos, o que pode não refletir a realidade dos desfechos nessa população específica<sup>19</sup>.

Vale citar recente estudo chinês do tipo coorte que avaliou mais de 66.000 partos comparando desfechos relacionados a partos vaginais, cesarianas a pedido, cesarianas com indicação e partos vaginais assistidos. Esse trabalho é interessante, pois a China registra taxas de cesarianas muito similares às do Brasil, próximas de 50%. Não houve diferença nos resultados entre pacientes que cursaram com parto vaginal e cesariana a pedido quanto à admissão em CTI materno, hemorragia grave pós-parto, infecção materna, danos a órgãos maternos, tromboembolismo materno e mortalidade perinatal. Em verdade, não houve nenhuma morte materna no estudo, comprovando que esse desfecho é muito raro e de difícil de ser avaliado. A cesariana a pedido esteve relacionada com menos traumas ao neonato no momento do parto, infecção neonatal, encefalopatia hipóxico-isquêmica e aspiração meconial. Ao revés, o parto vaginal esteve associado com menos distúrbios respiratórios neonatais (0,4% vs. 0,6%). O estudo concluiu que os resultados foram semelhantes entre esses dois tipos de partos (vaginal e cesariana a pedido), mas, mesmo assim, disse que o parto vaginal era mais seguro. Importante ressaltar que os resultados dos partos vaginais assistidos e de cesarianas intraparto foram piores do que os partos vaginais ou as cesarianas a pedido<sup>20</sup>.

Outro estudo advindo de uma coorte dinamarquesa avaliou quase 400 mil partos comparando intenção de parto vaginal com intenção de cesariana e teve como resultado um menor valor de hemorragia materna grave com a cesariana, tendo como validador dessa conclusão um valor menor de transfusão de hemácias no grupo submetido à intenção de cesariana<sup>21</sup>.

Todavia, a cesariana não deve ser realizada à luz das evidências atuais, para prevenção de paralisia cerebral. Embora haja evidência de que a cesariana reduza taxas de encefalopatia neonatal<sup>22</sup>, grande parte desses casos são leves e moderados e não costumam evoluir para paralisia cerebral<sup>23</sup>. É sabido atualmente que apenas 20-30% dos casos de paralisia cerebral se deve a eventos hipóxicos-isquêmicos intraparto e a cesariana, quando comparada ao parto vaginal numa metanálise, não demonstrou diferença estatisticamente significativa quando comparada ao parto vaginal no que refere ao risco de paralisia cerebral<sup>24</sup>.

Um desfecho que é muito valorizado pelas mulheres para solicitação de cesarianas eletivas na experiência dos médicos de consultório é o referente às distopias pélvicas e disfunções sexuais. O parto vaginal está associado a um maior risco de prolapso genital e esse risco é tão maior quanto mais partos vaginais ocorrem<sup>25</sup>. Esse risco se deve a danos aos músculos do assoalho pélvico, que são majorados em casos de segundo período prolongado, fetos macrossômicos e uso de fórcepe<sup>26</sup>. Estudo de coorte que avaliou a função sexual de mais de 200 mulheres mostrou diminuição do desejo e da lubrificação decorridas 12 semanas do parto na via vaginal e diminuição do desejo somente quando houve cesariana<sup>27</sup>, mas não houve diferença significativa entre as duas vias de parto, o que é similar a outros estudos que não mostram diferenças na função sexual<sup>28</sup>. Por outro lado, após aplicação de questionários que avaliam a função sexual, pacientes submetidas à cesarianas mostraram melhores resultados quando comparadas ao parto vaginal, sendo aquelas que foram submetidas ao fórcepe as detentoras dos piores resultados<sup>29</sup>. Pacientes com vaginismo têm maior chance de terem partos por via alta e, quando o nascimento ocorre por via vaginal, há uma chance maior de lacerações perineais<sup>30</sup>.

O parto vaginal, pelos motivos já descritos, está relacionado a maiores taxas de incontinências urinária e fecal. Estudo publicado no *New England Journal of Medicine*, avaliando mais de 15 mil mulheres, mostrou que as nulíparas tinham menor risco para esse desfecho do que aquelas que já haviam parido, e esse risco era maior para incontinência urinária entre aquelas com parto vaginal quando comparadas com as pacientes submetidas à cesariana. Interessante é o cuidado na conclusão do es-

tudo com os autores escrevendo que isso não deveria ser utilizado para se indicar uma cesariana<sup>31</sup>.

Recentemente, tem-se aventado relação entre cesarianas e distúrbios alérgicos e asma em pessoas nascidas por essa via. Metanálise recente mostrou um aumento do risco de cerca de 20% em nascidos por cesariana, seja eletiva ou de emergência. O aumento dos casos de asma pode ter como um dos fatores o aumento das taxas globais de cesarianas<sup>32</sup>. Não só a asma, mas diversas outras doenças autoimunes vêm crescendo nos últimos anos, coincidentemente com o aumento das taxas de cesarianas. Alguns autores tergiversam que isso pode se dever a diferentes colonizações microbianas advindas dos partos vaginais e cesarianas no trato intestinal estéril do neonato logo após o nascimento<sup>33</sup>.

Embora seja comumente divulgado que a cesariana eletiva tem um custo maior do que o parto vaginal, os estudos são discordantes quanto a isso e, se há alguma diferença, ela é muito pequena<sup>34</sup>. Frequentemente, os gestores se utilizam dessa argumentação longe dos holofotes para justificar a necessidade de diminuir as taxas de cesarianas. Em saúde pública, certamente este é um dado relevante e que deve ser discutido abertamente com a sociedade; muito embora estudo recente, que avaliou 30 artigos que versam sobre esse tema, não encontrou superioridade de custo nas diferentes vias de parto.<sup>35</sup> No Brasil, isso pode se dever ao fato de ter que diminuir a presença do médico no parto, já que sabidamente o custo de formação e contratação de um médico é muito maior do que o dos outros profissionais aptos a fazerem o parto, embora só o médico tenha a formação e a aptidão para resolver qualquer intercorrência que possa vir a surgir num evento fisiológico e imprevisível que é o nascimento.

Uma vantagem indubitável da cesariana é a ausência de dor no momento do parto. Esse é o motivo alegado por muitas das brasileiras para sua escolha. Por mais que métodos não farmacológicos sejam pregados para alívio da dor, as evidências não mostram real benefício, tendo eles pouco ou nenhum efeito no alívio da sensação algíca<sup>36</sup>. Além do que, é notório que o sistema público de saúde brasileiro muito raramente disponibiliza analgesia efetiva para o parto vaginal.

As questões referentes ao parto, no Brasil, assumiram uma polarização entre grande parte dos obs-

tetas e sociedades médicas e ativistas de movimentos feministas e que defendem o parto vaginal e que estão instalados em órgãos do governo.

Recentemente, a Fiocruz divulgou uma pesquisa, que foi propagada com grande ênfase na mídia, e que deu origem para uma série de artigos na revista da própria Fiocruz, a *Cadernos de Saúde Pública*<sup>37</sup>. A conclusão principal do estudo que avaliou mais de 20.000 mulheres numa coorte foi que a proporção de cesarianas atingiu patamares muito superiores ao desejado pelas mulheres no início da gestação nos setores privado e público. O motivo apresentado por quase metade das mulheres foi o medo da dor. Estranhamente, dois motivos muito ouvidos pelos obstetras no Brasil, alegados pelas mulheres para preferirem a cesariana como via de parto, sequer foram mencionados: medo de disfunções sexuais futuras e o receio relacionado ao agendamento para a realização do parto pelo seu médico pré-natalista. A questão do agendamento toma vulto num cenário no qual há cada vez menos leitos de maternidades privadas, já não bastasse o caso na saúde pública. O estudo traz diversas afirmações questionáveis do ponto de vista científico, tais como o relato de que a preferência pelo parto vaginal não foi apoiada ou incentivada pelos profissionais e que o fato de 80% das gestantes no setor privado serem acompanhadas pelo mesmo médico no pré-natal e parto sugere um aconselhamento favorável à cesariana e que a atitude do profissional em relação à cesariana é influenciada também por conveniências financeiras e econômicas. O texto cogita ainda a possibilidade de um aconselhamento enviesado e que mulheres do setor privado são levadas a decidir por uma cesariana e as do setor público não são apoiadas na sua decisão pelo parto vaginal no final da gestação. São afirmações muito contundentes e que requerem evidências mais robustas para serem cogitadas num estudo científico. É fundamental que haja no Brasil pesquisas que se aprofundem nesse tema sem vieses ideológicos e, preferencialmente, com independência de fomento público, para não gerar a desconfiança de resultados tendenciosos, favoráveis aos gestores. Pesquisas desta natureza e importância deveriam ser submetidas a periódicos não relacionados às instituições onde trabalham os próprios pesquisadores para evitar quaisquer dúvidas de possíveis conflitos de interesses.

## A CESARIANA A PEDIDO: ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS

A cesariana a pedido materno ou sem indicação médica é definida como a primeira cesariana realizada antes de iniciado o trabalho de parto e feita na ausência de indicações maternas e fetais<sup>38</sup>.

Aqui cabe fazer algumas reflexões no campo da Bioética Principlista que utiliza como referencial teórico quatro princípios bastante conhecidos e difundidos: a Beneficência, a Não-Maleficência, o princípio da Justiça e o princípio da Autonomia.

O princípio da Autonomia tem, nesta abordagem, uma relevância muito especial, visto que a Autonomia é pressuposto da dignidade humana. É indispensável citar a célebre frase de John Stuart Mill (1806 – 1883) que constitui o principal sustentáculo na definição de Autonomia: ‘Sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano’. Para Edmund Pellegrino: ‘Violar a Autonomia de alguém é violar a dignidade do ser humano. A questão é como resolver os conflitos sem subjugar o outro, uma vez que o respeito à Autonomia deve ser recíproco entre o médico e seu paciente. Se o paciente toma uma decisão livre, válida e sem coerção sobre não usar um determinado tratamento, esta deve ser respeitada. Entretanto, este também não tem o direito de microgerenciar a decisão do médico: não se pode pretender que sejam violadas sua moralidade profissional ou integridade pessoal<sup>39</sup>.

A Autonomia plena é exercida efetivamente em situações nas quais não existam fatores externos que possam interferir ou influenciar na decisão da gestante sobre via de nascimento do seu concepto. Devemos considerar que a Autonomia deve ser preservada não como um destacado princípio da disciplina de Bioética, mas como uma expressão da vontade livre e esclarecida do ser humano. Para que seja respeitada a Autonomia da gestante, o médico deverá ouvir atentamente cada mulher no que tange seus valores, seus medos, seus receios e valorar a opinião de cada parturiente a respeito da via de parto de seu futuro filho, sem influenciá-la, baseado em suas convicções pessoais ou, pior, baseado em interesses pessoais<sup>40</sup>.

O esclarecimento deve ser feito com base nas melhores evidências existentes e todas as dúvidas das pacientes respondidas. Importante também se levar em

conta o princípio da Justiça distributiva, referente à distribuição equitativa e justa dos recursos financeiros que são destinados à Saúde e que sempre aumentam quando são incorporadas novas tecnologias.

No setor privado, os índices de cesarianas são superiores a 90% e reflete uma assistência prestada a uma clientela com maior poder aquisitivo, mais informada e com maior índice de escolaridade. As mulheres que escolhem a cesariana nos hospitais particulares, assim o fazem por conta da autonomia que lhes é própria e não por influência do médico assistente. De forma bastante diversa, as gestantes que buscam o setor público devem se submeter às rotinas do serviço e não têm o direito de escolher a via de nascimento do próprio filho e são obrigadas a parir seus filhos pela via vaginal, a não ser que disponham de dinheiro para pagar pela cesariana na rede suplementar.

No raciocínio dos burocratas, o parto vaginal é melhor porque é natural. Imputam aos médicos a pecha de autoritários e as mulheres submetidas à cesariana o estigma de submissas, desinformadas e acrílicas, a ponto de aceitar passivamente o procedimento. Sob outra perspectiva, é possível afirmar que autoritarismo seria obrigar gestante desvalidas a parir via vaginal quando essas não o desejarem. Impor a via de parto para gestantes do Sistema Único de Saúde do Brasil é violar o direito à liberdade e à autodeterminação.

A autonomia pressupõe o direito de escolher que deve ser baseado na informação transmitida de forma transparente, clara e verdadeira por profissionais responsáveis e comprometidos que têm a obrigação ética de tornar as gestantes competentes para uma escolha. Diante de uma solicitação da gestante para proceder a uma cesariana a pedido, Minkoff *et al.* opinam que o médico deve responder por meio de um amplo processo informado e consentido com a sugestão de que a mulher reconsidere seu pedido para assegurar que sua autonomia estará sendo formalmente exercida. Nestes casos, atender ao pedido da paciente é eticamente aceitável<sup>41</sup>.

Em 2008, os conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro aprovaram parecer dando direito à gestante de escolher o tipo de parto que melhor lhe aprouver. O texto do relator faz referência aos artigos 48 e 56 do Código de Ética Médica, os quais as-

severam ser vedado ao médico: "Artigo 48. Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar."; "Artigo 56. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.". Na conclusão, o relator do Parecer 190/08 opina que a cesariana a pedido será ética, desde que a decisão seja compartilhada pelo médico/equipe e paciente/família e esta for considerada a melhor opção, depois de esgotadas todas as alternativas relacionadas. No último parágrafo é ressaltado ainda: na escolha ética devem ser consideradas as condições orçamentárias do serviço para não prejudicar outros pacientes. Esse parecer é importante porque traz segurança jurídica ao médico para realizar a cesariana a pedido da mulher sem necessidade de ter que "inventar" diagnósticos cometendo então o crime de fraudar informações em prontuário médico.

Em abril de 2015, a Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde do Brasil lançou um documento para consulta da população e de diversas entidades que concluiu pela aceitação da cesariana a pedido materno<sup>42</sup>.

Ainda em 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar lançou as novas regras para estimular o parto vaginal e reduzir as cesarianas desnecessárias. Com a entrada em vigor da Resolução Normativa nº 368, as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, deverão divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico. Também são obrigadas a fornecer o Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante, no qual deverá constar o registro de todo o pré-natal, e exigir que os obstetras utilizem o partograma. O entendimento inicial era o de que os médicos não seriam remunerados nos casos de cesarianas sem indicação médica. Após enorme polêmica em que as mulheres e obstetras pressionaram os gestores a fim de garantir a autonomia das gestantes, foi instituído que, por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido, a gestante pode optar pela cesariana sem indicação médica.

O esclarecimento deve ser feito se baseando exclusivamente nas melhores evidências existentes e todas as dúvidas das pacientes respondidas. Importante também se levar em conta as questões estatais relaciona-

das a custos e logísticas ocasionadas pela massificação de tecnologias em saúde.

De certo, cabe ao Estado expor, de forma ética, todas essas questões para a população, com a adoção de medidas e com a divulgação de dados confiáveis e acessíveis à população. Importante lembrar que no setor privado temos taxas de mais de 90% de cesarianas, mostrando que a autonomia dessas gestantes é imperiosamente respeitada e que no setor público os desejos das gestantes são subordinados às rotinas de trabalho, o que limita a autonomia.

A alegação de que os médicos interferem na escolha da via de parto das gestantes é falha, visto que as mulheres que optam pela cesariana pertencem às classes sociais mais abastadas.

Este é um debate universal e é importante frisar que, mesmo em países nórdicos que ostentam taxas muito baixas de cesarianas e perseguem ativamente o parto vaginal, os indicadores de cesarianas vêm crescendo motivados por questões culturais e pelo medo e receio da mulheres relacionados às dores do parto<sup>43</sup>.

Em verdade, mesmo a Organização Mundial de Saúde, em documento recente, abandonou a meta de 15% de cesarianas que era propagada desde 1985 e passou a almejar cesarianas feitas somente com indicação, independente de metas<sup>44</sup>. Não há mais nenhum país desenvolvido do mundo que tenha taxas menores do que as por tanto tempo propagadas de 15% de cesarianas.

É importante salientar que existem vários países com indicadores de saúde superiores aos registrados no Brasil que possuem taxas similares para as cesarianas, tais como: Itália, Chile, Chipre, Coreia do Sul, etc. Um estudo ecológico publicado no *Journal of American Medical Association* (JAMA) no final de 2015 englobando 194 países mostrou que taxas de cesarianas até 19/100.000 nascidos vivos mostraram menores mortalidades materna e neonatal, concluindo que as taxas anteriormente preconizadas pela OMS para cesarianas seriam muito baixas<sup>45</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os autores deste trabalho insistem, sem qualquer temor, que a cesariana deve ser indicada sempre que houver qualquer indício ou ameaça de dano ao binômio materno-perinatal. Se, em épocas pretéritas, "morrer

de parto” era um fato corriqueiro, nos dias atuais, é inconcebível e inaceitável a morte de uma mãe em decorrência da gestação-parto-puerpério.

A assertiva de que o parto vaginal é melhor porque é “natural” não pode e não deve ser levada às últimas consequências, sob o risco de enormes infortúnios.

A melhor forma de nascer é a forma segura. Proporcionar a cada gestante o direito de escolher a

via de parto de seu filho é interceder pela autonomia da grávida, antecipando-lhe respeito e garantia de dignidade.

Em desejando a gestante uma cesariana eletiva, respeitada sua autonomia, deve o obstetra realizá-la apenas transcorridas as 39 semanas de gestação a fim de garantir os melhores resultados perinatais ao recém-nascido.

## ABSTRACT

*Cesarean section by maternal request is the one performed on a pregnant woman without medical indication and without contraindication to vaginal delivery. There is great controversy over requested cesarean section. Potential risks include complications in subsequent pregnancies, such as uterine rupture, placenta previa and accreta. Potential benefits of requested cesareans include a lower risk of postpartum hemorrhage in the first cesarean and fewer surgical complications compared with vaginal delivery. Cesarean section by request should never be performed before 39 weeks.*

**Keywords:** Pregnant Women. Parturition. Cesarean Section.

## REFERÊNCIAS

- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal 5. *Lancet*. 2010 Apr [cited 2010 Apr 23];375(9726):[about 14 p.] Available from: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960518-1/fulltext?&elsca1=WB=-TLO&elsc2a=email&elsc3a=segment>
- Eckstein I. Ministério da Saúde e ANS publicam regras para estimular parto normal na saúde suplementar. 2015 Jan 06 [citado 2015 Fev 15]. In: Ministério da Saúde. Blog da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. C2015 -. [about 1 screen]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/34963-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-regras-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>
- Laboissière P. (25 Maio, 2012). Mortalidade materna no Brasil teve queda de 21% de 2010 para 2011 UOL Notícias. Retirado de: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/05/25/mortalidade-materna-no-brasil-teve-queda-de-21-de-2010-para-2011.html>
- Xie RH, Gaudet L, Krewski D, Graham ID, Walker MC, Wen SW. Higher cesarean delivery rates are associated with higher infant mortality rates in industrialized countries. *Birth* 2015;42(1):62-9.
- O'Dwyer V, Hogan L, Farah N, Kennelly MM, Fitzpatrick C, Turner MJ. Maternal mortality and the rising cesarean rate. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;116(2):162-4.
- Mylonas I, Friese K. The indications for and risks of elective cesarean section. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(29-30):489-95.
- Hannah M, Hannah W, Hodnett E, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA*. 2002;287(14):1822-31.
- Sociedade Brasileira de Pediatria; Sociedade Brasileira de Genética Médica; Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Projeto Diretrizes. Recém-nascido macrossômico. Brasília: AMB; CFM; 2011. 8 p.
- Tita AT. When is primary cesarean appropriate: maternal and obstetrical indications. *Semin Perinatol*. 2014;36(5):324-7.
- Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010;375(9713):490-9. Erratum

- in: *Lancet*. 2010;376(9756):1902.
- 11 Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Laopai-boon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*. 2010;8:71.
  - 12 Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Sys Rev*. 2006;3:CD004660.
  - 13 Visco AG, Viswanathan M, Lohr KN, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, et al. Caesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2006;108(6):1517-29.
  - 14 Ecker J. Elective cesarean delivery on maternal request. *JAMA*; 2013;309(18):1930-6.
  - 15 Nice Guidelines. Caesarean Section [Internet]. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence. c2011 [update 2012 Aug 20]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG132>
  - 16 van Dillen J, Zwart JJ, Schutte J, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Severe acute maternal morbidity and mode of delivery in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(11):1460-5.
  - 17 Curtin SC, Gregory KD. Maternal morbidity for vaginal and cesarean deliveries, according to previous cesarean history: New Data from the Birth Certificate, 2013. *Natl Vital Stat Rep*. 2015;64(4):1-13.
  - 18 Suarez-Easton S, Shalev E, Salim R. Trend in major neonatal and maternal morbidities accompanying the rise in the cesarean delivery rate. *Sci Rep*. 2015;5:12565.
  - 19 Geller E, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *J Perinatol*. 2010;30(4):258-64.
  - 20 Liu X, Landon MB, Cheng W, Chen Y. Caesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:817. e1-9.
  - 21 Holm C, Langhoff-Roos J, Petersen KB, Norgaard A, Diness BR. Severe postpartum haemorrhage and mode of delivery: a retrospective cohort study. *BJOG*. 2012;119(5):596-604.
  - 22 Badawi N, Kurinczuk JJ, Keogh JM, Alessandri LM, O'Sullivan F, Burton PR, et al. Intrapartum risk factors for newborn encephalopathy: the Western Australian case-control study. *BMJ*. 1998;317(7172):1554-8.
  - 23 Douglas-Escobar M, Weiss MD. Hypoxic-ischemic encephalopathy: a review for the clinician. *JAMA Pediatr*. 2015;169(4):397-403.
  - 24 O'Callaghan M, MacLennan A. Cesarean delivery and cerebral palsy a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2013;122(6):1169-75.
  - 25 Yeniel AÖ, Ergenoglu AM, Askar N, Itil IM, Mese-ri R. How do delivery mode and parity affect pelvic organ prolapse? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(7):847-51.
  - 26 Shek K, Dietz H. Intrapartum risk factors of levator trauma. *BJOG*. 2010;117(12):1485-92.
  - 27 Eid MA, Sayed A, Abdel-Rehim R, Mostafa T. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *Int J Impot Res*. 2015;27(3):118-20.
  - 28 Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J*. 2014;25(1):5-14.
  - 29 Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med*. 2009;6(6):1645-67.
  - 30 Möller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Sydsjö G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG*. 2015;122(3):329-34.
  - 31 Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S: Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003;34810:900-7.
  - 32 Huang L, Chen Q, Zhao Y, Wang W, Fang F, Bao Y. Is elective cesarean section associated with a higher risk of asthma? A meta-analysis. *J Asthma*. 2015;52(1):16-25.
  - 33 Neu J, Rushing J. Cesarean versus vaginal delivery: long-term infant outcomes and the hygiene hypothesis. *Clin Perinatol*. 2011;38(2):321-31.
  - 34 D'Souza R. Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: putting the UK National

- Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(2):165-77.
- 35 Fahy M, Doyle O, Denny K, McAuliffe FM, Robson M. Economics of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(5):508-16.
- 36 Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;3:CD009234.
- 37 Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 Suppl 1:S101-16.
- 38 American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol*. 2013;121(4):904-7.
- 39 Pellegrino E. O bem estar do paciente deve suplantar os interesses do médico [entrevista]. *Rev Ser Médico*. 2011;56:4-8.
- 40 Barcellos L, de Souza AOR, Machado CAF. Cesariana: uma visão bioética. *Rev Bioética*. 2009;17(3):497-510.
- 41 Minkoff H, Powderly KR, Chervenack F, McCullough LB. Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2004;103(2):387-92.
- 42 Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de recomendação. Brasília: Conitec. Comissão Nacional de incorporação de tecnologia no SUS; 2015.
- 43 Dweik D, Sluijs AM. What is underneath the cesarean request? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(11):1153-5.
- 44 Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível na Internet: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)
- 45 Molina G, Weiser T, Lipsitz S, Esquivel M, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA*. 2015;314(21):2263-70.

Recebido em: 01/03/2016

Aceito para publicação em: 09/06/2016

Conflito de interesse: nenhum.

Fonte de financiamento: nenhuma.

**Endereço para correspondência:**

Raphael Câmara.

E-mail: raphaelcparente@hotmail.com