

FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE DIREITO PENAL, MEDICINA FORENSE  
E CRIMINOLOGIA

**ALINE FELIPE DOS SANTOS**

**O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA NO PROCESSO DECISÓRIO DO PARTO  
CESARIANA A PEDIDO:**

Uma análise a partir da epistemologia feminista da posicionalidade e do método  
“pergunta pela mulher”

SÃO PAULO  
2024

FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE DIREITO PENAL, MEDICINA FORENSE  
E CRIMINOLOGIA

**ALINE FELIPE DOS SANTOS**

**O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA NO PROCESSO DECISÓRIO DO PARTO  
CESARIANA A PEDIDO:**

Uma análise a partir da epistemologia feminista da posicionalidade e do método  
“pergunta pela mulher”

Trabalho de Conclusão de Curso (“Tese de Láurea”) apresentado ao Departamento de Direito Penal, Medicina Forense da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo - USP, sob a orientação da Profa. Dra. Janaína Conceição Paschoal, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

SÃO PAULO  
2024

## **FOLHA DE AVALIAÇÃO**

ALINE FELIPE DOS SANTOS

Nº USP: 11325646

### **O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA NO PROCESSO DECISÓRIO DO PARTO CESARIANA A PEDIDO:**

Uma análise a partir da epistemologia feminista da posicionalidade e do método  
“pergunta pela mulher”

Trabalho de Conclusão de Curso (“Tese de Láurea”) apresentado ao Departamento de Direito Penal, Medicina Forense da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo - USP, sob a orientação da Profa. Dra. Janaína Conceição Paschoal, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Data de avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

Prof. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

SÃO PAULO

2024

*“Às mulheres que me antecederam, cujas jornadas e lutas silenciosas pavimentaram meu caminho, permitindo que eu pudesse trilhar meus sonhos e alcançar novas alturas. Que a força e a resiliência de suas histórias inspirem sempre a nossa caminhada”.*

## AGRADECIMENTOS

Concluir este trabalho representa a realização de um sonho e a superação de muitos desafios. Este percurso foi marcado por momentos de dificuldades e superações, e não teria sido possível sem o apoio de pessoas especiais, as quais desejo expressar minha profunda gratidão.

Aos meus pais Edson e Maria, pela formação e educação que me proporcionaram, pois foram os alicerces sobre os quais construí todo o meu percurso acadêmico. Sem o suporte, amor e ensinamentos de vocês, não teria chegado até aqui.

Ao meu companheiro Eduardo, meu eterno agradecimento por todo o apoio e cuidado incondicionais durante essa jornada. Sua paciência, incentivo e compreensão foram fundamentais para que eu pudesse seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha querida filha, que com sua compreensão diante das minhas ausências e seu constante incentivo, me motivou a seguir firme e determinada. Sua presença em minha vida é um estímulo constante e um lembrete de que todo esforço vale a pena.

Às minhas amigas e à minha rede de apoio, Priscila Passaretti Lang e Simone Esteves, meu muito obrigado por todo o auxílio acadêmico e emocional. Sua amizade, suporte e encorajamento foram essenciais para que eu pudesse manter a motivação e a confiança para seguir adiante.

À minha orientadora, Professora Janaína Paschoal, expresso minha mais sincera gratidão pela generosidade e pelos valiosos ensinamentos ao longo deste percurso. Sua orientação foi crucial para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

A todos vocês, meu muito obrigado. Este trabalho é, em grande parte, resultado do apoio e da força que recebi de cada um. Com gratidão e emoção, dedico a vocês esta conquista.

## RESUMO

O presente trabalho trata-se da análise crítica a respeito da autonomia da mulher no processo decisório da cesariana a pedido. O tema gera controvérsias, de um lado, aqueles que são favoráveis privilegiam a autonomia da mulher e sua autodeterminação no contexto de evolução da conquista de seus direitos sexuais e reprodutivos, aliado à defesa da segurança do procedimento eletivo. De outro, aqueles que advogam que o parto cesárea deve ser realizado apenas quando há indicações médicas específicas, ligadas a questões fisiológicas ou de emergência, mas sempre de maneira subsidiária ao parto normal. O objetivo é levantar as discussões sobre o assunto, analisando os fatores de risco e dados científicos referentes aos dois tipos de parto, bem como identificar quais os fatores influenciam as mulheres a escolherem a via vaginal ou abdominal, sob a ótica da Bioética Principalista. Ademais, pretendeu-se verificar se a Lei do Estado de São Paulo n. 17.137 de 23 de agosto de 2019 é um instrumento para a parturiente pleitear o direito de escolher a via de parto, assim como ter acesso à analgesia no Sistema Público de Saúde. Utilizou-se a vertente da Epistemologia Feminista denominada Posicionalidade, com referencial teórico pautado nas autoras Feministas Sandra Harding, Katherine Bartlett e Donna Haraway. A metodologia aplicada, a partir da Teoria Crítica Feminista, foi a “pergunta pela mulher” (*woman question*), tanto na análise da bibliografia, quanto da legislação, normativas e jurisprudência. Concluiu-se que as duas vias de parto apresentam potenciais riscos e benefícios, bem como que o acesso à cesariana eletiva está diretamente relacionada às condições socioeconômicas da parturiente, bem como que distorções no atendimento, sobretudo público, como a violência obstétrica podem influenciar no processo decisório da via de parto. Por fim, constatou-se na jurisprudência do Tribunal do Estado de São Paulo, que a Lei 17.137 de 2019 é um potencial instrumento para que as parturientes sem recursos econômicos acessem a cesariana a pedido.

## ABSTRACT

This paper is a critical analysis of women's autonomy in the decision-making process of caesarean sections on request. The issue is controversial. On the one hand, those who are in favor of it favor women's autonomy, their right to self-determination in the context of the evolution of the conquest of their sexual and reproductive rights, coupled with the defense of the safety of the elective procedure. On the other hand, those who advocate that cesarean

sections should only be performed when there are specific medical indications, linked to physiological or emergency issues, always as a subsidiary to normal births. The aim is to raise discussions on the subject, analyzing the risk factors and scientific data relating to the two types of delivery, as well as identifying which factors influence women to choose the vaginal or abdominal route, from the perspective of Principlist Bioethics. In addition, the aim was to see if São Paulo State Law 17,137 of August 23, 2019, would be an instrument for parturients to claim the right to choose the route of delivery, as well as having access to analgesia in the Public Health System. The Feminist Epistemology strand called Positionality was used, with a theoretical framework based on Feminist authors Sandra Harding, Katherine Bartlett and Donna Haraway. The methodology applied, based on Feminist Critical Theory, was the “woman question”, both in the analysis of the bibliography and of legislation, regulations and case law. It was concluded that the two modes of delivery have potential risks and benefits, as well as that access to elective caesarean section is directly related to the socio-economic conditions of the parturient woman and that distortions in care, especially public care, such as obstetric violence, can influence the decision-making process regarding the mode of delivery. Finally, the case law found that the São Paulo legislation is a potential instrument for parturient women without economic resources to access elective caesarean sections.

**PALAVRAS-CHAVE:** cesárea a pedido, Lei 17.137 de 19 de agosto de 2019, epistemologia feminista, método “pergunta pela mulher” (woman question), Bioética, Biodireito.

**KEYWORDS:** cesarean section on request, Law 17.137 of August 19, 2019, feminist epistemology, “woman question” method, Bioethics, Biolaw.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Decisão da via de parto das **primíparas** entrevistadas, segundo fonte de pagamento da assistência ao parto. Brasil, 2011-2012..... 34

Tabela 2 - Decisão da via de parto das **multíparas** entrevistadas, segundo fonte de pagamento da assistência ao parto. Brasil, 2011-2012..... 35

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	08
<b>CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
1. Considerações sobre a epistemologia	13
1.1 Epistemologia Feminista	14
1.2 Gênero como Categoria Analítica	16
1.3 Epistemologia da Posicionalidade: os saberes localizados	17
1.4 Método a Pergunta Pela Mulher ( <i>woman question</i> )	19
<b>CAPÍTULO II - BIOÉTICA E BIODIREITO</b>	
2. Bioética	21
2.1. Contexto Histórico da Formação do Termo Bioética na Alemanha Pré-nazista por Friz Jahr	21
2.2 Os Abusos Científicos nos EUA e a Formação da Bioética como disciplina autônoma	22
2.3 Bioética principalista	26
2.4. Biodireito	27
<b>CAPÍTULO III - PROCESSO DECISÓRIO DA VIA DE PARTO, AUTONOMIA DA GESTANTE, NORMATIVAS E JUDICIALIZAÇÃO</b>	
3. Processo Decisório da Via de Parto e o Princípio da Autonomia	30
3.1 Parto Vaginal: potencia riscos	37
3.2. “Parirás com dor”: a dor do parto e a assistência que causa dor	39
3.3. Legislação e Normativas	42

3.3.1. Resolução CFM no 2.144/2016 e Resolução CFM nº2.284/2020	42
3.3.2 Lei do Estado de São Paulo nº 17.137, de 23 de agosto de 2019	44
3.4. Judicialização da Lei 17.137, de 23 de agosto de 2019	47
3.5 Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI)	49
3.6 Jurisprudência e Casos Concretos	51
3.6.1. Parturiente A x Fazenda Pública do Estado de São Paulo: Indenização por dano moral	52
3.6.2. Parturiente B x Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Itatiba/SP e Município de Itatiba/SP	54
<b>CONCLUSÃO</b>	56
<b>REFERÊNCIAS</b>	58
<b>ANEXOS</b>	63
Anexo A	63
Anexo B	65
Anexo C	67
Anexo D	73

## INTRODUÇÃO

O processo de decisão sobre o tipo de parto é um tema complexo e multifacetado que envolve uma série de aspectos culturais, sociais e individuais. No contexto brasileiro, o parto é mais do que um evento médico; é uma experiência profundamente enraizada em tradições culturais e crenças sociais. Aspectos como o medo da dor, a autonomia da mulher no processo de escolha e as diferenças entre o setor público e privado desempenham papéis significativos na maneira como as mulheres tomam suas decisões em relação ao parto. A preferência pela cesariana a pedido, embora controversa, reflete um cenário onde a autonomia da gestante é constantemente colocada em debate.

Este trabalho visa explorar as dimensões do Biodireito e do Feminismo no contexto do parto cesariana a pedido, com foco específico no princípio da autonomia no processo decisório. Através de um panorama histórico da Bioética e do Biodireito, pretende-se demonstrar como os direitos fundamentais foram desrespeitados ao longo da história médica e como a Bioética principalista emergiu para assegurar o respeito aos direitos e garantias dos pacientes. Em particular, o princípio da autonomia se destaca como um elemento crucial nessa discussão, promovendo a capacidade da gestante de tomar decisões informadas e voluntárias sobre seu próprio corpo e processo de parto.

Para aprofundar essa análise, foram examinadas a Resolução CFM nº 2.144/2016 e a Resolução CFM nº 2.284/2020, além da Lei do Estado de São Paulo 17.137/2019, que garantem o direito da gestante de optar pelo parto cesariana a pedido, considerando o procedimento ético do ponto de vista médico. A Resolução CFM nº 2.144/2016, revogada pela Resolução CFM nº 2.284/2020 estabelece parâmetros éticos e técnicos para a realização de cesarianas, enquanto reforça o direito da paciente de participar ativamente na escolha do tipo de parto, desde que bem informada sobre os riscos e benefícios. A Lei Estadual 17.137/2019, assegura à parturiente o direito de optar pela cesariana a pedido, delineando um marco legal importante para a autonomia da gestante.

Neste contexto, a escolha territorial pelo Estado de São Paulo para análise da Lei Estadual 17.137/2019 permite uma compreensão mais detalhada da implementação e judicialização desse direito. Através de uma análise da jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, busca-se identificar como os tribunais têm interpretado e aplicado essa legislação, avaliando sua eficácia na promoção da autonomia das gestantes.

A crescente prevalência de cesarianas a pedido no Brasil levanta questões complexas sobre a autonomia das mulheres no processo decisório do parto. Embora a cesariana possa ser uma escolha legítima e informada para muitas gestantes, a decisão por esse tipo de parto envolve uma confluência de fatores culturais, sociais, econômicos e médicos que podem influenciar a autonomia da mulher de maneira positiva ou negativa. O problema central deste estudo reside na tensão entre a autonomia da gestante e as influências externas que moldam suas escolhas, particularmente no contexto de legislações e resoluções que regulamentam a prática da cesariana a pedido.

No Estado de São Paulo, a Lei Estadual 17.137/2019 garante à parturiente o direito de optar pelo parto cesariana a pedido, representando um marco legal significativo para a autonomia das gestantes. No entanto, a implementação e interpretação desta lei pelos profissionais de saúde e pelo sistema judiciário revelam desafios e controvérsias que precisam ser explorados. A questão fundamental é como essas regulamentações impactam a autonomia da mulher na prática e até que ponto elas realmente empoderam as gestantes a fazer escolhas informadas e voluntárias.

A pesquisa se propõe a investigar:

1. Autonomia versus Influências Externas: em que medida a autonomia da gestante é respeitada e promovida no contexto dessas regulamentações e quais são as principais influências externas (culturais, sociais, econômicas, médicas) que podem comprometer essa autonomia?

2. Judicialização e Jurisprudência: como o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo tem considerado a Lei 17.137/2019 em relação a judicialização do direito à cesariana a pedido e quais precedentes jurídicos estão sendo estabelecidos?

Este estudo será conduzido a partir da epistemologia feminista da posicionalidade e do método “Pergunta pela Mulher”, que propõem uma abordagem crítica e inclusiva, centrada nas experiências e perspectivas das mulheres. Ao adotar esses marcos teóricos, pretende-se oferecer uma análise que não apenas reconheça, mas valorize as vozes e experiências das mulheres no processo de decisão sobre o parto, contribuindo para um entendimento mais justo e equitativo do Biodireito no contexto obstétrico.

O primeiro capítulo inicia destacando a importância dos pressupostos teóricos e epistemológicos na pesquisa, enfatizando a necessidade de transparência e fundamentação acadêmica. Reflete-se sobre como diferentes paradigmas influenciam a construção do conhecimento e os resultados de uma investigação. Explora a Epistemologia Feminista, desenvolvida no contexto da Teoria Crítica Feminista, que questiona as estruturas tradicionais

de produção e legitimação do conhecimento. Discute-se como essa epistemologia desafia a suposta objetividade e neutralidade da ciência, que frequentemente marginaliza e inferioriza as mulheres.

Aborda-se a importância do gênero como categoria analítica, ressaltando a necessidade de evitar essencialismos e naturalizações. Destaca-se a interseccionalidade do gênero com outros marcadores sociais, como raça e classe, e a importância de reconhecer a multiplicidade das experiências femininas. Apresenta-se a Epistemologia da Posicionalidade, que critica a inexistência de neutralidade na produção do conhecimento e valoriza os saberes localizados, baseados em experiências específicas. Discute-se como essa abordagem permite uma compreensão mais inclusiva e diversificada do conhecimento.

Utiliza-se o método "Pergunta Pela Mulher", proposto por Katherine Bartlett, que questiona a neutralidade da produção jurídica e acadêmica. Este método visa identificar e corrigir as implicações de gênero em normas e práticas, promovendo uma análise que inclui a perspectiva das mulheres e outras experiências diversas. O capítulo conclui ressaltando a importância de integrar a Epistemologia Feminista e a Posicionalidade na análise da autonomia das mulheres no processo decisório do parto cesariana a pedido. Essa abordagem proporciona uma compreensão crítica e inclusiva, essencial para promover a equidade e o empoderamento das gestantes.

O capítulo II aborda a Bioética e o Biodireito, destacando inicialmente o contexto histórico da formação do termo Bioética. O termo foi usado pela primeira vez por Fritz Jahr na Alemanha pré-nazista em 1927, enfatizando o respeito a todas as formas de vida. Posteriormente, Van Rensselaer Potter cunhou o termo nos Estados Unidos em 1970, em resposta aos abusos científicos, como o Estudo da Sífilis em Tuskegee e experimentos na Escola Estadual de Willowbrook e no Hospital Judeu de Doenças Crônicas. Esses abusos levaram à formulação da Bioética como disciplina autônoma e à criação do Relatório Belmont em 1979, que estabeleceu os princípios de respeito às pessoas, beneficência, justiça e não-maleficência.

Em seguida, o capítulo introduz o conceito de Biodireito, definido como o ramo do Direito que regula a conduta humana diante dos avanços biotecnológicos, visando equilibrar os dilemas da Bioética e proteger os direitos fundamentais. Destaca a necessidade de adaptar a legislação às rápidas evoluções tecnológicas e promove a juridicização da Bioética, garantindo que os princípios éticos sejam aplicados na prática jurídica. Conclui enfatizando a interdependência entre Bioética e Biodireito, crucial para orientar decisões no campo das ciências da vida e assegurar a dignidade e os direitos humanos.

O terceiro e último capítulo, intitulado "Processo Decisório da Via de Parto, Autonomia da Gestante, Normativas e Judicialização" explora o princípio da autonomia, especialmente em relação à cesárea a pedido, defendendo o direito das mulheres de decidirem sobre seus próprios corpos com base em informações transparentes. Destaca-se que a escolha pela cesariana pode atender às necessidades emocionais e psicológicas das mulheres, além de discutir os riscos e benefícios desse procedimento. Expõe os potenciais riscos do parto vaginal, a fim de demonstrar que não é um procedimento simples e livre de riscos. Aborda também as questões que podem influenciar no processo decisório da via de parto.

Por conseguinte, aborda as normativas e legislações que influenciam a prática médica no Brasil, com foco específico nas resoluções do Conselho Federal de Medicina(CFM) e na Lei Estadual nº 17.137 de 2019. A análise começa com a Resolução CFM nº 2.144/2016 e a Resolução CFM nº 2.284/2020, que regulamentam a ética médica prática de cesarianas a pedido.

A Resolução CFM nº 2.144/2016 enfatiza os valores da cidadania e autodeterminação, enquanto a Resolução CFM nº 2.284/2020, que a substitui, declara ético o atendimento à vontade da gestante de realizar parto cesariano a pedido definindo qual o momento de segurança da maturidade do bebê para o procedimento. Esta resolução destaca a importância do consentimento informado e da decisão compartilhada entre a gestante e o médico, respeitando os princípios de autonomia, beneficência e justiça social. A modificação introduzida na nova resolução especifica que a cesariana a pedido só pode ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação, visando maior segurança materno-fetal, fundamentada em estudos internacionais que demonstram menor risco de complicações respiratórias para o recém-nascido.

A Lei Estadual nº 17.137 de 2019, do Estado de São Paulo, garante à parturiente o direito de optar por cesariana a partir de 39 semanas de gestação e acesso à analgesia no parto normal. A Lei busca respeitar a autonomia da gestante e assegurar igualdade de direitos, independentemente da condição socioeconômica. Também prevê a obrigatoriedade do termo de consentimento livre e informado (TCLI), redigido em linguagem acessível, e registra a decisão da parturiente no prontuário médico, garantindo respaldo legal para ambos, paciente e profissional.

A judicialização dessa Lei ocorreu quando o Diretório Estadual do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) ajuizou ação direta de constitucionalidade, argumentando que a norma estadual era redundante frente às normas federais existentes. O Tribunal de Justiça de São Paulo inicialmente julgou a lei inconstitucional, mas o Supremo Tribunal Federal (STF)

posteriormente reconheceu a competência concorrente do Estado de São Paulo para legislar sobre o direito à saúde.

O capítulo também discute o papel do TCLI, essencial para garantir a autonomia e a capacidade de decisão informada do paciente, conforme a Recomendação do CFM nº01/2016. Quatro modelos de TCLI são analisados, destacando a necessidade de informações claras e detalhadas sobre os riscos e benefícios dos procedimentos médicos.

Finalmente, o capítulo examina a decisão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em casos envolvendo o direito de escolha do tipo de parto. A análise jurisprudencial revela que nos dois precedentes levantados, a Lei Estadual Paulista 17.137/2019 foi um instrumento decisivo a favor do reconhecimento dos direitos das parturientes.

Em conclusão, constatou-se que a cesárea a pedido é um tema que gera amplos debates e exige análise tanto sob a perspectiva socioeconômica, como biopsicossociais. Foi observado que há fortes influências de classe e raça, bem como que a autonomia da gestante na escolha da via de parto é menor na rede pública, e a maior taxa de mortalidade materna está entre as mulheres negras.

## CAPÍTULO I

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### **1. Considerações Sobre a Epistemologia**

Inicialmente, visa-se destacar a relevância da apresentação dos pressupostos teóricos e epistemológicos que fundamentam a pesquisa alicerçada na premissa da sinceridade do pesquisador. Tal exposição busca não apenas respaldar academicamente o estudo, mas também conferir transparência ao processo investigativo. A reflexão sobre os fundamentos teóricos e epistemológicos, assim, emerge como um alicerce essencial para a construção de um trabalho robusto, pois, considera-se que a escolha de diferentes paradigmas introduz uma dimensão complexa de como abordagens distintas podem influenciar de maneira significativa os caminhos e os resultados de uma pesquisa.

Para Tesser, pode-se considerar a epistemologia como o “estudo metódico e reflexivo do saber, de sua organização e formação, servindo para a elucidação e sistematização de conceitos filosóficos empregados em diversas ciências” (Tesser, 1994, p. 92). Esta disciplina determina, em síntese, os tipos de conhecimentos possíveis, os mecanismos graças aos quais podemos formá-los e a lógica que nos permite determinar se um conhecimento é válido ou não (Espínola, 2023). Sua relevância reside na compreensão das bases do saber. Isso porque, segundo Tesser, todo conhecimento é portador de interesses, sendo a racionalização científica moderna instrumental e coisificante, de modo que a Ciência e a Técnica são instrumentos ideológicos de poder, manipulação e legitimação da sociedade dominante (Tesser, 1994, p. 98).

Nesse contexto, destaca-se a Epistemologia Feminista<sup>1</sup>, desenvolvida no bojo da Teoria Crítica Feminista. Ela se distingue por questionar as estruturas tradicionais de produção e legitimação do conhecimento, que embora por vezes permeadas por marcadores de gênero e posições androcêntricas, escondem-se sob um falso critério de objetividade e neutralidade. Desse modo, a Epistemologia Feminista busca por uma teoria que abarque as necessidades e as perspectivas das mulheres pois, historicamente, foram objetificadas, tendo-lhes negada a “capacidade e a autoridade do saber, bem como obrigadas a aceitarem como legítimos uma produção do conhecimento que não servem aos seus interesses emancipatórios” (Sardenberg, 2002, p. 89).

---

<sup>1</sup>O termo mais correto seria Epistemologias Feministas, no plural, considerando que existem diversas correntes epistemológicas feministas de pensamento, cada qual com sua particularidade.

### 1.1. Epistemologia Feminista

A sistematização das Epistemologias Feministas ganham corpo a partir da constatação de como a ciência tradicional, fundada em suposta neutralidade, imparcialidade e objetividade foi capaz de produzir pesquisas que relegaram as mulheres à segregação e inferiorização social, legitimando políticas institucionalizadas de exclusão e disparidade da mulher enquanto sujeita de direitos (Harding, 2019, p.143).

Sandra Harding relata que nos anos 1970 e 80, a partir de debates entre pesquisadoras feministas, viu-se a necessidade de pensar métodos científicos que maximizassem a objetividade na pesquisa, haja vista que metodologias tradicionais permitiram que “práticas sexistas e androcênicas moldassem parte das melhores investigações em Biologia e nas ciências sociais” (Harding, 2019, p.143). As pesquisadoras concluíram que tais resultados só foram possíveis pois aqueles que faziam a ciência tradicional utilizavam-se pressupostos intrinsecamente androcênicos<sup>2</sup>.

Simone de Beauvoir adverte que “a fim de provar a inferioridade da mulher, os antifeministas apelaram não somente para a religião, a filosofia e a teologia, como no passado, mas ainda para a ciência: Biologia, Psicologia experimental, etc” (Beauvoir, 1949, p. 17). A partir dessa constatação, nota-se que em diversos campos do saber, embora não de forma coordenada, há uma tendência ao subjugamento baseado no gênero, o que não restringe-se à questões da vida cotidiana, mas a perpassa atingindo as ciências, mostrando que tal neutralidade e objetividade transcendental é um valor inatingível.

A jornalista científica britânica Angela Saini, na busca por compreender a influência dos preconceitos na condição biológica da mulher, constata que pesquisadores de notada relevância, utilizando pressupostos sexistas chegaram a conclusões em pesquisas de cunho biológico sobre temas que na verdade eram questões socialmente construídas.

Em um de seus estudos na Universidade de Cambridge, Saini depara-se com uma troca de cartas entre Charles Darwin e Caroline Kennard. A feminista americana Kennard questionou o cientista acerca de sua obra "A descendência do homem", a qual estava sendo

---

<sup>2</sup>Uma das principais características da sociedade patriarcal pode ser circunscrita na definição do termo androcentrismo, postura segundo a qual todos os estudos, análises, investigações, narrações e propostas são enfocadas a partir de uma perspectiva unicamente masculina, e tomadas como válidas para a generalidade dos seres humanos, tanto homens como mulheres. (Oliveira, 2004, p. 43)

utilizada como base científica para fundamentar a tese de inferioridade biológica da mulher em relação ao homem (Saini, 2017, p. 25).

A autora relata que Kennard supunha que a obra havia sido mal interpretada, pois não seria possível que um gênio da magnitude de Darwin pudesse acreditar que as mulheres eram, por natureza, inferiores. Assim, dada a relevância e autoridade dos estudos de Darwin, deveria ser reparado. Contudo, o cientista não só não reparou, como reafirmou por diversos argumentos tal hipótese, sustentando que “os homens tendem a se destacar mais do que as mulheres em qualquer atividade, seja ela intelectual ou manual, que isso seria a demonstração da distinção da capacidade intelectual entre os dois sexos” (Saini, 2017, p. 26).

Outro argumento defendido por ele foi que as mulheres, em geral, seriam superiores aos homens em qualidades morais, mas que, segundo as leis da hereditariedade seria muito difícil que elas se tornem intelectualmente iguais aos homens, ainda, que para essa suposta desigualdade ser superada “as mulheres teriam de tornar-se provedoras, como os homens. E isso não seria uma boa ideia, porque poderia prejudicar as crianças e a felicidade dos lares” (Saini, 2017, p. 26).

Por fim, Darwin sugere que algumas mulheres se destacam somente porque podem ter adquirido algumas das habilidades notáveis dos homens devido à influência genética dos pais, especialmente durante a gestação, quando os filhos herdam traços tanto do genitor, quanto da mãe. Essa dinâmica poderia permitir que as meninas incorporassem algumas das características superiores do pai (Saini, 2017, p. 27).

Ao fim dos debates por epístolas, Kennard argumenta que as mulheres contribuem para a construção da sociedade tanto quanto o homem, que não estão limitadas ao lar. Sustenta que as mulheres foram impedidas de exercerem determinadas profissões de impacto social até o século XIX, como na educação e na política. Aduz, que como apenas mulheres de classes mais ricas podiam permanecer sem trabalhar, a maioria das mulheres acabava exercendo atividades laborais de salários baixos como em indústrias têxteis, serviços domésticos, etc. para colaborar com a manutenção da família. E fecha o raciocínio com uma observação enfática: “deixe que o ‘ambiente’ das mulheres seja semelhante ao dos homens, e com as mesmas oportunidades, antes que elas sejam julgadas — de maneira honesta — e consideradas intelectualmente inferiores a eles, por favor”(Saini, 2017, p. 27).

Esse episódio é um dos muitos exemplos de como os pressupostos do sujeito epistêmico podem influenciar na produção científica. Emerge, desse modo, a necessidade de as mulheres demarcarem espaços como produtoras de conhecimento de forma engajada, pois o campo científico tem implicações tanto nas áreas do conhecimento, como em

desdobramentos práticos como leis, políticas públicas e o próprio paradigma social da mulher. Tendo isso em vista, destaca-se a importância da sistematização metodológica para legitimar os conhecimentos produzidos.

A jurista Katharine T. Bartlett, professora de direito na Universidade de Duke, defende que, em relação ao “fazer” e o “conhecer” no Direito, as discussões metodológicas são muito importantes, pois moldam a visão acerca das possibilidades de prática e reforma jurídica. Sustenta que as feministas não podem desafiar os esquemas de poder existentes utilizando os mesmos instrumentos que têm definido o que é válido dentro dessas estruturas, o que poderia, ao revés, acabar recriando “formas de poder ilegítimas, as quais estão justamente tentando identificar e destruir”. Além disso, Bartlett afirma que a sistematização dos métodos feministas, no âmbito do direito, confere legitimidade às pautas, ajudando a fundamentação das próprias defesas e atuações, permitindo que sejam analisadas, reanalisadas e melhoradas (Bartlett, 1990, p. 244-245).

## 1.2. Gênero como Categoria Analítica

O objeto maior das Epistemologias Feministas é o estudo de como o gênero, enquanto categoria analítica, influencia os conceitos e a obtenção de conhecimento, o sujeito cognoscente, as práticas de investigação e as justificativas (Sardenberg, 2001, p. 90), buscando fazer a distinção entre os saberes, mas com o cuidado para não levar a essencialismos e naturalizações, isto é, compreender o gênero como um marcador em um contexto socialmente construído. Joan Scott (1995), relata que as feministas começaram a utilizar a palavra “gênero”, mais seriamente, como uma maneira de referir-se à organização social da relação entre os sexos, bem como para afastar o determinismo biológico.

Nessa esteira, é necessário ressaltar que, enquanto categoria analítica, o gênero é internamente heterogêneo, pois contém outros marcadores que devem ser considerados, como raça, classe e sexualidade, que influenciam de formas diferentes as experiências das mulheres. Isso, sob pena de cair em um solipsismo na figura universalizante da mulher branca como representação do feminino, procedendo-se ao apagamento de experiências diversas e reforçando outras formas de opressão. Nesse sentido, Angela Harris chama atenção para a

multiplicidade das experiências do que é ser mulher, e afirma que não há uma experiência monolítica<sup>3</sup>, advertindo sobre como a tentativa de homogeneização pode se tornar excludente:

Assim como o próprio Direito, que, ao tentar falar por todas as pessoas, acaba silenciando aqueles sem poder, a Teoria Feminista do Direito corre o risco de silenciar aquelas pessoas que, tradicionalmente, têm sido impedidas de falar, ou que têm sido ignoradas quando falam, incluindo mulheres negras (Harris, 2020, p. 47)

Já Harding, considerando a heterogeneidade do gênero enquanto categoria analítica, faz um paralelo entre a “mulher univesal” e o “homem universal”, argumentando que pode ser igualmente prejudicial para a análise científica da teoria feminista:

Uma vez entendido o caráter arrasadoramente mítico do "homem universal" e essencial que foi sujeito e objeto paradigmáticos das teorias não feministas, começamos a duvidar da utilidade de uma análise que toma como sujeito ou objeto uma mulher universal - como agente ou como matéria do pensamento. Tudo aquilo que tínhamos considerado útil, a partir da experiência social de mulheres brancas, ocidentais e heterossexuais, acaba por nos parecer particularmente suspeito, assim que começamos a analisar a experiência de qualquer outro tipo de mulher. (Harding, 2019, p.143)

É fundamental, portanto, reconhecer o papel do gênero como uma categoria analítica dinâmica, cuja compreensão vai além da dicotomia homem/mulher. A abordagem feminista, ao adotar o conceito de gênero como categoria analítica, busca desconstruir visões essencialistas e naturalizadas, reconhecendo a interseccionalidade com outras formas de opressão, como raça, classe e sexualidade, devendo levar em consideração as variantes sociais. A crítica à ideia de uma "mulher universal" é essencial para evitar generalizações excludentes e ampliar a representatividade das diferentes experiências femininas. Tal como Angela Harris e Harding ressaltam, a pluralidade das vivências das mulheres requer uma análise sensível às diversidades, evitando assim a reprodução de hierarquias e silenciamentos.

### 1.3. Epistemologia da Posicionalidade: os saberes localizados

Uma das críticas centrais e comuns entre as Epistemologias Feministas em relação às epistemologias tradicionais é a inexistência da neutralidade, tampouco de uma objetividade

<sup>3</sup> A noção de que há uma “experiência das mulheres” monolítica, que pode ser descrita independentemente de outras facetas da experiência como raça, classe e orientação sexual é aquilo a que eu me refiro [...] como “essencialismo de gênero”. Um corolário do essencialismo de gênero é o “essencialismo de raça” — a crença de que há uma monolítica “Experiência Negra” [...] O resultado do essencialismo é reduzir as vidas das pessoas que experimentam múltiplas formas de opressão a uma adição de problemas: “racismo + sexismo = a experiência da mulher negra heterosexual”, ou “racismo + sexismo + homofobia = a experiência da mulher negra lésbica.” Portanto, em um mundo essencialista, a experiência das mulheres negras será sempre forçosamente fragmentada antes de ser submetida a análise, enquanto aquelas que estão “apenas interessadas na raça” e aquelas que estão “apenas interessadas no gênero” levam a fatia que lhes apetece de nossas vidas. (Harris, 2020, p. 49).

absoluta as quais elas defendem, já que “todo conhecimento se constroi a partir de um posicionamento social (histórico, cultural) específico, refletindo não a “verdade”, mas o que se pode apreender da perspectiva que se tem desses diferentes ângulos@ (Sardenberg, 2002, p. 102,103).

Harding (1987) faz a distinção entre epistemologia, metodologia e método. Para ela, a primeira é a *teoria do conhecimento*, capaz de determinar quem pode ser o sujeito do conhecimento, quem pode ser considerado como tal e o que pode ser eleito como conhecimento. A metodologia, refere-se ao modo como devem suceder os procedimentos de investigação, bem como sua interpretação e o método seria a própria técnica para coletar e compilar os conhecimentos.

Existem vertentes das Epistemologias Feministas, cada qual adotando determinados critérios. Tendo isso em vista, insta especificar que o presente estudo utiliza-se da *epistemologia da posicionalidade* como pressuposto teórico e por conseguinte, “a pergunta pela mulher” (*woman question*) como método investigativo.

A epistemologia feminista fundamentada na posicionalidade, oferece uma abordagem crítica e reflexiva sobre o conhecimento, reconhecendo sua natureza contingencial e a influência das experiências individuais na construção da verdade. Como destaca Bartlett, a posicionalidade não apenas reconhece a existência de diferentes conhecimentos e valores, mas também os considera temporários e sujeitos a revisão crítica.

A partir do enfoque posicional, é possível compreender como as mulheres, por estarem frequentemente em posições de exclusão, desenvolvem conhecimentos específicos sobre sua realidade. Essa compreensão, baseada na experiência vivida, permite tomar decisões informadas e não arbitrárias, contrapondo-se à ideia de uma verdade universal e objetiva:

A verdade na epistemologia da posicionalidade é concebida como situada e parcial. É situada porque emerge de envolvimentos e relacionamentos específicos de cada indivíduo, sendo influenciada por sua formação, raça, classe social, orientação sexual e outros fatores. Assim, cada pessoa possui acesso a um saber único, o que torna sua verdade incompleta e sujeita a perspectivas diversas. [...]A verdade é parcial na medida em que as perspectivas individuais que a produzem e a julgam são inevitavelmente incompletas. Um indivíduo só pode compreender alguma coisa a partir de um ponto de vista limitado (Bartlett, ano, p. 293).

Um aspecto crucial da posicionalidade é sua ênfase na busca e na consideração de outras perspectivas. Isso impede a imposição unilateral de visões de mundo e promove um comprometimento crítico, no qual as verdades e os valores são constantemente questionados e refinados.

Haraway (1995, p.7) designa que as investigações a partir do ponto de vista feminista, achariam fatos diferentes sobre a natureza e a objetividade do mundo, diferentes daquelas

achadas pelo ponto de vista do homem. Tendo como centro metodológico uma interpretação constantemente contrastante com a experiência de opressão da mulher. Nessa linha, o próprio movimento feminista quando se propõe a discutir a saúde pública da mulher e outras questões paralelas, desenvolve um outro tipo de conhecimento.

No entanto, isso não significa, de modo algum, renúncia à importância do método na produção do saber científico, ou a aceitação de relativismo, mas sim uma crítica aos cânones da ciência moderna e da epistemologia tradicional, procurando demonstrar que mesmo quando tais métodos propõe-se neutros, são marcados pela própria posição do sujeito cognoscente, sendo na verdade parciais. Esses, por terem tais premissas de afastamento e descorporificação do conhecimento, escondem de onde verdadeiramente partem tais processos, ocultando os pressupostos e posições do sujeito epistêmico.

Por fim, a posicionalidade não é estática nem absoluta. Ela reconhece a possibilidade de objetividade parcial, mas ressalta sua transitoriedade e a necessidade de constante reavaliação, desconstrução e transformação. Essa abordagem oferece uma base sólida para as feministas insistirem na diversidade das experiências e na relação interdependente entre indivíduo e comunidade, contribuindo para uma compreensão mais ampla e inclusiva do conhecimento.

Donna Haraway (1995), defende a importância da responsabilidade na construção do conhecimento, no sentido de uma teoria estar disposta a prestar contas. Desafia até mesmo a posição dos subjugados, porque esses precisam e devem enfrentar revisões críticas do conhecimento que produzem.

Para Haraway as concepções dos saberes localizados na epistemologia conhecimento constituem uma proposta para fortalecimento da objetividade, mas desde que eles possam ser contestados, desconstruídos, transformados em novas formas de conhecimento.

#### **1.4. Método a Pergunta Pela Mulher (*woman question*)**

Ressalta-se a importância de uma escolha metodológica cuidadosa, de acordo com a natureza da pesquisa, seus objetivos e a abordagem mais congruente com a complexidade do objeto de estudo. Para tanto, será utilizado o método “pergunta pela mulher”<sup>4</sup> proposto pela autora Katherine Bartlett, em seu artigo Feminist Legal Methods, (Bartlett, 1990).

---

<sup>4</sup> O termo utilizado originalmente em inglês por Bartlett é “woman question”.

Com vistas a questionar a neutralidade da produção jurídica, a autora sugere trazer a mulher à centralidade da “discussão, apresentando um método que pudesse questionar a forma tradicional de produção de normas, textos e decisões desde problemáticas feministas” (Ferreira *et al.*, 2021, p. 328).

Aduz a jurista, que uma pergunta quando é regular e sistematicamente feita, torna-se um método. Destarte, utilizando-se de um conjunto de perguntas conhecido como “a pergunta pela mulher”, pretende-se identificar as implicações de gênero “em normas e práticas que, não fosse por tal interpelação, poderiam se passar por neutras ou objetivas” (Bartlett, 1990, p. 251). “Nesse sentido, a autora elucida o método:

“Formular a pergunta pela mulher é indagar acerca das implicações de gênero ligadas a determinada prática ou norma social: as mulheres foram preteridas? Se assim o for, de que maneira? Como essa omissão pode ser corrigida? Que diferença faria incluir as mulheres? [...] O propósito é, portanto, expor essas características, revelar como elas funcionam e sugerir formas de corrigi-las” (Bartlett, 1990, p. 251-252)

Dessa forma, além de compreender se e como as mulheres foram excluídas do processo de criação de textos - normas, decisões, acadêmicos- busca-se com este método, expor se deixaram, os autores, de levar em conta a realidade que não daqueles que os produzem (Ferreira; Braga, 2021, p. 14).

Barlett argumenta que a utilização desse método não visa desclassificar ou desconsiderar outras formas de construção científica ou excluir as experiências masculinas (Ferreira; Braga, 2021, p. 14). Mas que o método inclui identificar e contestar os elementos da doutrina jurídica existente (Bartlett, 1990, p. 245), abrindo novas possibilidades de análise diversa, ao invés de limitá-las a categorias pré existentes (Ferreira; Braga, 2021, p. 14).

## CAPÍTULO II

### BIOÉTICA E BIODIREITO

#### 2. Bioética

##### 2.1. Contexto Histórico da Formação do Termo Bioética na Alemanha Pré-nazista por Friz Jahr

A formulação do neologismo Bioética foi utilizada pela primeira vez, segundo Fiirst, na Alemanha pré-nazista pelo pastor protestante Fritz Jahr<sup>5</sup>, em 1927, na publicação de nota em um editorial do periódico *Kosmos*. Seu artigo sugeria o dever de respeitar toda forma de vida como um fim em si mesmo.

Neste momento, já era conhecida na Alemanha a teoria eugenista. Capitaneada por aquela que era considerada a Bíblia do programa de eutanásia nazista<sup>6</sup>, reforçada pelo Darwinismo. A teoria continha a defesa de ideias desumanizantes, como por exemplo, a referência às pessoas portadoras de deficiências como “erros humanos”. Foi acrescida à ideia do puritanismo racial, que defendia que a mistura genética com outras raças diminuiria a qualidade do ser humano e de sua natureza (Fiirst, 2018, p. 32):

[...] Os fundamentos biológicos [...] foi dado por Eugen Fischer, [...] na África do Sul, e, em 1913, publicou um estudo com pessoas que ele chamou de bastardos de Rehobother, que eram crianças nascidas da miscigenação entre Boers e Hottentots. Considerando uma suposta base científica, Fischer chegou à conclusão de que as 310 crianças analisadas eram de qualidade racial inferior. Esses estudos influenciaram diretamente Adolf Hitler (Fiirst, 2018, p. 32).

Juntas, essas concepções foram utilizadas como fundamento científico para apoiar a formulação política da eugenia, que naquele momento político-social resultou no regime nazista.

Logo, a intenção de Jahr ao criar o termo Bioética, sustenta Fiirst, foi reagir ao desenvolvimento de uma biotecnologia, que estava sendo instrumentalizada de modo inadequado e irrefletido por uma ideologia que, caminhava para o um dos episódios mais deploráveis da história da humanidade, o Holocausto.

Em um outro momento, o neologismo Bioética foi cunhado pelo oncologista Van Rensselaer Potter, em sua publicação *Bioethics: Bridge to the Future*, nos Estados Unidos, em 1970, com a intenção de desenvolver uma ética dos seres humanos entre si e com o

<sup>5</sup> “Fritz Jahr publicou um editorial no *Kosmos*, famoso periódico científico, intitulado”Bioethik: eine Übersicht der Ethik und der Beziehung des Menschen mit Tieren und Pflanzen” que, em tradução livre, significa Bioética: um panorama da ética e das relações do ser humano com os animais e plantas (“Fiirst, 2018, p. 31).

<sup>6</sup> O livro “*Freigabe der Vernichtung Lebensunwerten Lebens*”, publicado em 1920, na Alemanha.

ecossistema (Soares, 2002, p. 11). O contexto histórico desse estudo se dá em meio a diversos relatos de abusos científicos pelos norte-americanos, tão fortes quanto aqueles que foram praticados pelos nazistas, mas que não ganham a mesma ênfase devido à questão “vencedor-vencido” (Fiirst, 2018, p. 35).

## **2.2. Os Abusos Científicos nos EUA e a Formação da Bioética como Disciplina Autônoma**

Embora existam episódios anteriores, a título de contextualização, delimitaremos os abusos cometidos no cenário científico norte-americano ao século XX, quando houve uma série de casos que deixaram um legado sombrio na história da Bioética.

O Estudo da Sífilis em Tuskegee, Alabama, é um caso emblemático, utilizado como exemplo de má conduta bioética em pesquisas. Iniciado em 1932 pelo Serviço de Saúde Pública dos EUA, recrutou cerca de 600 homens afro-americanos pobres, dos quais 408 já estavam infectados com sífilis, enquanto os outros não infectados foram utilizados como controle. O objetivo do estudo era de observar como progredia a doença no corpo humano. Na época, acreditava-se que o tratamento utilizado para a doença reduzia a mortalidade, no entanto, suspeitava-se que alguns efeitos deletérios eram provocados pelo medicamento e não pela doença, já que continham metais pesados como bismuto e arsênio (Vieira, 2005, p. 3).

A pesquisa foi realizada com um recorte populacional vulnerável, isto é, homens negros e pobres, num contexto histórico bastante violento quanto ao racismo. Vale lembrar, que o Alabama é um dos berços da Ku Klux Klan, seita supremacista branca de extrema direita responsável pelo assassinato de afro-americanos, judeus e imigrantes. Além disso, imperava no país a segregação racial, podendo-se compreendê-la como expressão institucional do tratamento dispensado a essa população.

Segundo Oliveira (2002, p.35), as contrapartidas oferecidas pelos condutores do estudo de Tuskegee eram o acompanhamento médico, uma refeição quente nos dias dos exames e o pagamento das despesas com o funeral. Os participantes foram enganados e não receberam tratamento adequado mesmo após ser estabelecido, na década de 1940, o tratamento com penicilina como cura eficaz, tampouco foram informados sobre o real objetivo do estudo e que a sífilis reduzia suas expectativas de vida.

O estudo foi denunciado em 1954, sem que nenhuma providência tenha sido tomada. A pesquisa foi suspensa apenas em 1972, quando a imprensa leiga tomou conhecimento por

meio da denúncia de um jornalista do Washington Star. Este estudo, que durou 40 anos, expôs a comunidade afro-americana a sérios danos à saúde e violou gravemente os princípios éticos da pesquisa médica (Fiirst, 2018, p. 35).

Sob o prisma da Bioética Principalista, depreende-se que foram violados todos os quatro princípios. Violou-se o princípio da autonomia, na medida em que os participantes não foram informados sobre os reais objetivos e consequências do estudo, dando-lhes a chance de escolher, com base nas informações verdadeiras, se ainda assim gostariam de continuar. Os princípios da beneficência e da não-maleficência, já que os pesquisadores não agiram com máximo zelo, buscando o bem e oferecendo-lhes tratamento adequado quando tiveram a oportunidade. Além disso, causaram sérios danos que não se restringiram aos pacientes, mas às esposas, aos filhos e à comunidade, devido a transmissão evitável da doença. Por último, também ao princípio da justiça, porquanto não receberam de forma equitativa o tratamento, da mesma forma que recebeu o restante da população infectada.

Outro caso emblemático ocorreu na Escola Estadual de Willowbrook, Nova York, nas décadas de 1950 e 1960. Nessa instituição, segundo Fiirst, crianças com deficiências mentais foram submetidas a experimentos médicos controversos, incluindo a inoculação deliberada de hepatite viral:

[...] A opção para inocular o vírus propositadamente dava-se pelo argumento de que as crianças iriam adquirir a doença depois da internação, de modo que era melhor serem infectadas em condições controladas para acompanhamento da doença em seu estágio inicial (Fiirst, 2018, p. 36).

No caso de Willowbrook, as crianças com deficiências mentais foram inoculadas deliberadamente com hepatite viral, o que representa uma violação clara da autonomia. Dado o estado mental das crianças, elas não tinham a capacidade de compreender o procedimento ou consentir com ele de maneira informada. Além disso, muitos pais não foram devidamente informados ou não deram consentimento informado para que seus filhos participassem dos experimentos. A falta de respeito pela autonomia dos participantes é um dos aspectos mais condenáveis deste caso.

O princípio da não-maleficência estipula que os pesquisadores devem evitar causar danos. Neste caso, a inoculação deliberada de crianças com um vírus patogênico constitui uma violação flagrante deste princípio. A alegação de que as crianças eventualmente iriam contrair a hepatite não justifica a indução deliberada da doença. A ação dos pesquisadores causou dano direto e evitável às crianças, agravando seu estado de saúde e contrariando a obrigação ética de "não fazer o mal".

Crianças com deficiências mentais foram escolhidas como sujeitos de pesquisa, o que levanta sérias questões sobre exploração e discriminação. Este grupo vulnerável foi injustamente alvo de experimentos que não lhes trouxeram benefícios, mas sim riscos e danos adicionais. A seleção de participantes vulneráveis, incapazes de defender seus próprios interesses, evidencia uma grave injustiça. A pesquisa em Willowbrook exemplifica a exploração de uma população vulnerável, desproporcionalmente sujeita a riscos sem qualquer consideração pelos princípios de equidade e justiça.

No Texas, em 1970, um experimento foi conduzido com mulheres texanas de baixa renda. Neste estudo, as mulheres foram enganadas e submetidas a testes com anovulatórios sem o seu pleno conhecimento ou consentimento, com o objetivo de examinar os efeitos desses contraceptivos. Foram utilizadas quatro marcas de anovulatórios e um placebo, para verificar se existiam efeitos colaterais psicogênicos. Como resultado, ocorreram 10 casos de gravidez indesejada entre as 76 mulheres que receberam placebo. “Todas as mulheres do experimento eram americanas de origem texana, pobres e multíparas, que buscaram a clínica pública para métodos anticoncepcionais e não foram informadas do estudo” (Fiirst, 2018, p. 36). A exploração das mulheres neste estudo evidenciou a desigualdade de poder e a vulnerabilidade das mulheres em contextos de pesquisa médica, especialmente aquelas de grupos étnicos minoritários e com poucos recursos.

O Hospital Judeu de Doenças Crônicas, em 1963, foi palco de outro caso eticamente problemático. Pesquisadores injetaram células cancerosas em pacientes idosos sem o seu consentimento informado, alegando testar uma possível cura para o câncer. Esta prática desrespeitou gravemente a autonomia e a dignidade dos pacientes idosos, explorando sua vulnerabilidade em busca de tratamento médico (Fiirst, 2018, p. 37). Esses casos revelam não apenas os horrores do abuso científico, mas também ressaltam a necessidade premente de proteger os direitos e a dignidade das pessoas vulneráveis envolvidas em pesquisas médicas.

É nesse contexto de abusos científicos que Potter formula o termo *Bioética*, em uma sociedade ainda assolada pelas imagens dos campos de concentração nazista, explica Henderson Fiirst:

E nessa perda de sensibilidade com a vida humana que o neologismo Bioética é formulado. Posteriormente, diante de outra situação de perda de sensibilidade humana com os abusos éticos da pesquisa científica com seres humanos, o neologismo é novamente formulado em novos contextos e com nova significância (Fiirst, 2018, p. 30).

O autor previa nos seus estudos que a separação dos saberes científicos e saberes humanísticos poderiam representar um perigo para a “sobrevivência do ecossistema”. Assim, defendia a necessidade de se evitar uma catástrofe da vida humana sobre a Terra, a construção de uma ponte para o futuro unindo valores éticos aos fatos biológicos descobertos no processo científico-tecnológico (Fiirst, 2018, p. 37).

O respeito, a aplicação e a fiscalização dos preceitos éticos são fundamentais para prevenir abusos e garantir a dignidade e os direitos tanto dos indivíduos envolvidos em pesquisas científicas, quanto em relação a tratamentos e procedimentos médicos.

A história da bioética, especialmente no contexto da Alemanha pré-nazista e dos abusos científicos nos EUA, ilustra as graves consequências de negligenciar esses princípios. Fritz Jahr, ao cunhar o termo bioética, reagiu contra o uso desumano da biotecnologia pela ideologia eugenista. A posterior formulação do conceito por Van Rensselaer Potter destacou a necessidade de uma ética que integrasse o respeito pelos seres humanos e pelo ecossistema. Casos como o Estudo da Sífilis em Tuskegee e os experimentos na Escola Estadual de Willowbrook exemplificam violações flagrantes dos princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, sublinhando a urgência de uma vigilância ética rigorosa para proteger populações vulneráveis e evitar a repetição de tais atrocidades.

Os reflexos desses eventos históricos são evidentes nas condutas médicas atuais, que devem ser rigorosamente guiadas por princípios éticos para evitar abusos passados. A implementação de comitês de ética em pesquisa, a exigência de consentimento informado e a promoção de uma cultura de transparência e responsabilidade são medidas essenciais que foram adotadas para assegurar que os direitos e a dignidade dos participantes sejam respeitados. Esses avanços refletem um compromisso contínuo da comunidade médica e científica em aprender com os erros do passado e garantir que a ética permaneça central em todas as práticas de pesquisa e atendimento médico, promovendo a confiança pública e a integridade científica.

Nesse panorama, medita-se acerca da aplicação ética na realização de partos cesáreos a pedido. Embora essa prática envolva escolhas pessoais e a autonomia da paciente, ela deve ser

equilibrada com os princípios de beneficência e não-maleficência, garantindo que a decisão seja tomada com base em informações claras sobre os riscos e benefícios, assegurando assim o bem-estar da mãe e do bebê.

### 2.3. Bioética Principalista

Como reação às denúncias de abusos em pesquisas científicas contra grupos vulneráveis como crianças, mulheres e grupos étnicos, em 12 de julho de 1974 a Presidência dos Estados Unidos da América criou a *National Commission for The Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. A conclusão dessa comissão resultou na publicação do Belmont Report, em abril de 1979, que sistematizou pela primeira vez os princípios, que mais tarde foram incorporados ao campo da Bioética e desenvolvidos por Beauchamp e Childress. (Fiirst, 2018, p. 42).

Henderson Fiirst, 2018 explica que embora o neologismo Bioética tenha nascido com profunda significação, não havia uma doutrina estabelecida, o que possibilitou a incorporação rápida dos princípios do Relatório de Belmont, no qual foram propostos três princípios: (1) respeito às pessoas ou autonomia; (2) beneficência; e (3) justiça. A esses princípios, Tom L. Beauchamp e James F. Childress acrescentaram outro: (4) a não-maleficência, a partir de sua obra *Principles of biomedical ethics*, em 1979 (Barboza, 2000, p. 211).

Primeiramente, o princípio da autonomia, que enfatiza o respeito à vontade e às escolhas individuais dos pacientes, como o direito à informação, à privacidade médica e à tomada de decisões sobre seu próprio tratamento. Assim, a autonomia requer que os indivíduos que são capazes de refletir sobre suas escolhas pessoais devem ser respeitados por essa habilidade de tomar decisões.

Lumertz e Machado (2016, p. 123) fazem uma crítica à história da Medicina no que concerne a autonomia do paciente, ressaltando sua tendência paternalista que pode ser extraída do juramento de Hipócrates na passagem: “aplicar o bem segundo seu saber e sua razão”. Postura essa que reflete uma Medicina mais vertical, na qual a hierarquia médico/pesquisador e paciente, tanto de saberes, quanto decisória, é bem definida.

Nesse passo, esse princípio vem para coroar a capacidade do sujeito de tomar decisões e agir de acordo com sua própria vontade, respeitando suas opiniões e escolhas sem prejudicar outros. Assim, o desrespeito à autonomia ocorre quando não se valoriza as decisões e critérios estabelecidos pelo indivíduo limitando sua liberdade de ação e sua capacidade de tomar

decisões de forma consciente e livre de influências externas (Lumertz, Machado, 2016, p. 124).

Em continuidade, o princípio da beneficência “se traduz na obrigação de não causar dano e de extremar os benefícios e diminuir os riscos” (Barboza, 2000, p. 211). Tem em seu significado uma expressão vinda do latim *bonum facere*, que tem o sentido de intencionalmente fazer o bem. Aduzem Lumertz e Machado, que é o princípio mais antigo, sendo identificado no juramento de Hipócrates “[...] *unicamente se deve entrar no lar de um enfermo buscando seu bem*”. Salienta-se que mesmo sob o viés paternalista, o princípio da beneficência sempre esteve presente como norte da atuação do médico.

À vista disso, o princípio da beneficência proíbe infligir dano deliberado, e tal mandamento é evidenciado pelo princípio da não-maleficência. Esse, o princípio da não-maleficência, é representado pela frase em latim: *primum non nocere* (primeiro, não prejudicar). Tem como objetivo evitar que um tratamento ou pesquisa cause mais danos do que os possíveis benefícios. (Menezes, 2024).

O princípio da justiça, por sua vez, orienta a distribuição equitativa dos recursos e o acesso igualitário aos cuidados de saúde. Esse princípio dita que deve-se atuar com imparcialidade, distribuindo os recursos de modo equitativo, com o objetivo de alcançar a maior quantidade de indivíduos, da forma mais eficaz possível. Embora seja simples a conceituação, na prática o desenvolvimento do princípio da justiça/equidade é um grande desafio.

A partir desses desses princípios, sustenta Fiirst, que a comunidade científica passou a tentar construir a ponte proposta por Potter que alia os saberes científicos e aos saberes humanitários.

## 2. 4. Biodireito

Com a função primordial de promover o diálogo entre diferentes áreas do conhecimento e orientar a tomada de decisões em situações dilemáticas, a Bioética almeja tratar questões éticas advindas da evolução de pesquisas e o desenvolvimento de tecnologias que envolvem as áreas da Biologia, medicina, saúde e meio ambiente. Concebida como a aplicação prática da ética, “analisa controvérsias relacionadas com a ciência jurídica e médica, passando pelo campo da moral, para servir como fundamentação das decisões que impliquem qualquer vínculo com a vida e a saúde” (Lumertz; Machado, 2016, p. 108).

O Biodireito, por sua vez, pode-se dizer, em um primeiro momento, que o é “o ramo do Direito que trata da teoria, da legislação e da jurisprudência relativas às normas reguladoras da conduta humana em face dos avanços da Biologia, da Biotecnologia e da Medicina” (Barboza, 200, p. 212). Sendo empregado para ajudar a equalização dos dilemas da Bioética, sobretudo no que se refere à evolução dos conhecimentos biotecnológicos, que avançam em velocidade ímpar.

Sua aplicação abrange desde questões como o direito à saúde e à privacidade médica até temas mais complexos, como a manipulação genética e a reprodução assistida. Nesse contexto, o Biodireito atua como um instrumento normativo essencial para garantir a proteção dos direitos fundamentais dos indivíduos, ao mesmo tempo em que pretende promover o desenvolvimento responsável das ciências da vida. Por conseguinte, “o Direito teve de se adaptar e reger esses novos conhecimentos e essas novas técnicas da atividade humana para lhes promover e para lhes limitar, segundo o caso” (Piñeiro, 2002, p. 62). Logo, a Bioética e o Biodireito representam campos interdisciplinares que se entrelaçam no contexto das ciências da vida e do Direito.

Importante ressaltar que a velocidade que são feitas novas descobertas no campo biotecnológico, os costumes sociais e a regulamentação por meio de normas têm tempos muito diferentes, por vezes havendo um descompasso entre a vontade legal e os anseios da sociedade.

Walter Piñeiro defende a juridização da Bioética. O autor aduz que no atual estágio de desenvolvimento do Estado brasileiro não se pode perder de vista a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, Constituição Federal), promovendo o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça sexo e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, IV, CF/88), como um de seus fundamentos e de seus objetivos. Explica que:

Toda a legislação infra constitucional deverá ser impregnada do respeito à dignidade humana, que, com certeza, já traduz a impossibilidade de estabelecer desigualdades jurídicas baseadas na origem, na raça, no sexo, na cor, na idade e em outras formas de discriminação, como a que se dá, por exemplo, com base no fator religioso. (Piñeiro, 2002, p. 68)

Piñeiro ressalta ainda, que o conceito de juridicização da Bioética poderia ser compreendido também como um tipo metodológico, no qual utiliza-se para a solução de conflitos, a aplicação, no caso concreto, dos princípios da Bioética, numa ponderação em que os princípios não se anulam completamente (PIÑEIRO, 2002, p. 69).

Nesse sentido, a Bioética e, por conseguinte, o Biodireito, são norteados por quatro princípios introduzidos no ano de 1979, por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, na

publicação de um trabalho paradigmático para a área: *Principles of Biomedical Ethics*, que passaram a nortear a *práxis* das relações entre profissionais de saúde e seus pacientes (Soares, 2002, p. 12), sendo eles: a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça, descritos no ponto anterior.

Diante da complexidade e interdisciplinaridade envolvidas nas questões de Bioética e Biodireito, torna-se evidente a importância de uma abordagem que integre tanto os princípios éticos fundamentais quanto o arcabouço jurídico necessário para sua aplicação.

A Bioética surge como um guia moral, oferecendo princípios como autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, que orientam as decisões no campo da saúde e da biomedicina. Por sua vez, o Biodireito atua como a materialização desses princípios na esfera legal, garantindo a proteção dos direitos fundamentais dos indivíduos e promovendo o desenvolvimento responsável das ciências da vida.

Contudo, é essencial reconhecer que o ritmo acelerado das descobertas biotecnológicas muitas vezes desafia a capacidade das leis de acompanharem tais avanços, destacando a necessidade de uma constante revisão e atualização dos instrumentos legais para garantir que estejam alinhados com os valores e as demandas da sociedade.

## CAPÍTULO III

### PROCESSO DECISÓRIO DA VIA DE PARTO, AUTONOMIA DA GESTANTE, NORMATIVAS E JUDICIALIZAÇÃO

#### 3. Processo Decisório da Via de Parto e o Princípio da Autonomia

Há muitas discussões e críticas quanto ao aumento do número de cesarianas eletivas no Brasil. De um lado há quem defenda que deve-se sempre priorizar o parto vaginal, realizando a cesárea eletiva apenas nos casos com indicação específica. Do outro, estão os que advogam pela segurança na possibilidade da escolha da mulher pela cesárea a pedido.

A princípio, destaca-se que a alta incidência de cesarianas no Brasil, acompanha a tendência mundial, segundo estudo<sup>7</sup> realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O estudo, que atualiza pesquisas publicadas em 2016, inclui projeções de tendências futuras até 2030, revelou que o Brasil figura entre os cinco países com a taxa mais elevada em nível mundial. Em primeiro lugar está a República Dominicana (58,1%), em segundo o Brasil (55,7%), seguido por Chipre (55,3%), Egito (51,8%) e Turquia (50,8%). A mesma pesquisa mostrou que as causas do alto uso de cesarianas variam amplamente entre os países e dentro deles, tendo como impulsionadores motivos políticos e financeiros do setor de saúde, normas socioculturais, práticas, taxas de nascimentos prematuros e qualidade da atenção à saúde.

Na Declaração sobre Taxas de Cesáreas<sup>8</sup>, a OMS chama a atenção para se reavaliar a recomendação feita pela comunidade médica internacional em 1985, que considerava ideal a taxa de cesária entre 10% e 15% e afirma que “os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, ao em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas”, indicando que tal parâmetro não deve ser apenas perseguido sem outras avaliações.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil apresenta uma taxa de cesarianas elevada, especialmente no setor privado, que representa cerca de 84% dos partos, já no setor

<sup>7</sup>“Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates”, atualiza pesquisas publicadas em 2016 e pela primeira vez, inclui projeções de tendências futuras, até 2030. Foi publicado no BMJ Global Health. É baseado em dados nacionalmente representativos de países em todo o mundo de 1990 a 2018, retirados de relatórios de sistemas de informação de saúde de rotina e pesquisas domiciliares de base populacional de 154 países, representando 94,5% dos nascidos vivos no mundo em 2018.

<sup>8</sup>Disponível em: [iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?si=1&text=Desde\\_1985%2C\\_a\\_comunidade\\_médica\\_entre\\_10%25\\_e\\_15%25](http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?si=1&text=Desde_1985%2C_a_comunidade_médica_entre_10%25_e_15%25).

público, essa taxa é de aproximadamente 40% <sup>9</sup>. Estima-se que os altos índices do sistema privado, deve-se à realização da cesárea eletiva (ou cesárea a pedido).

A cesariana a pedido é definida como uma intervenção realizada "antes do início do trabalho de parto, na ausência de indicações médicas maternas e fetais" (Ferrari, 2019). Um dos argumentos centrais em sua defesa diz respeito ao direito de autodeterminação da parturiente, fundamentado no princípio bioético da autonomia, aliado ao sopesamento dos riscos e benefícios de cada via de parto.

Nesse contexto insere-se a controversa discussão sobre a cesárea a pedido.

Ao longo da história, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres passaram por uma evolução significativa, impulsionada por movimentos feministas e avanços legais. A conquista do direito de autodeterminação tem sido fundamental nesse processo, permitindo às mulheres tomarem decisões sobre sua própria saúde e reprodução. O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres pode ser rastreado até convenções internacionais como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (1994) e a Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (1995), entre outras.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde como um direito fundamental, o que inclui o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Além disso, a Lei nº 9.263/1996 estabelece o planejamento familiar como um direito de todo cidadão, garantindo o acesso a informações e métodos contraceptivos, com significativos avanços em 2022. Essas leis refletem a evolução histórica das conquistas dos direitos das mulheres e sua autonomia na tomada de decisões sobre sua saúde.

O direito de autodeterminação, embora não seja expressamente mencionado em convenções internacionais ou leis brasileiras, é implicitamente reconhecido como um princípio subjacente aos direitos sexuais e reprodutivos. Ele enfatiza que as mulheres têm o direito de fazer escolhas informadas sobre sua saúde reprodutiva, sem coerção ou discriminação.

A autonomia pressupõe o direito de escolher com base em informações transmitidas de forma transparente e clara. Nesse sentido, Ferrari (2009) defende que "dar à gestante o direito de optar pela via de parto será um avanço à liberdade e instrumento verdadeiro que consolida a dignidade humana", o que pode ser compreendido como uma expressão legítima da autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e suas condições de parto.

---

<sup>9</sup>Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/atencao-materna-e-neonatal-ans-disponibiliza-dados-importantes-na-saude-suplementar>.

Assim, o processo de escolha da via de parto e seus desdobramentos devem ser fenômenos considerados de maneira holística, reconhecendo que a saúde da gestante envolve mais do que apenas os aspectos físicos do parto, isto é, abrange também suas necessidades emocionais, psicológicas e sociais.

No contexto da relação médico/paciente, entretanto, a autonomia da parturiente pode ser desafiada pela dinâmica de poder existente. Diniz e Vélez (1998, p. 6) argumentam que embora a autonomia seja valorizada tanto pelas feministas quanto pela Bioética, quando não é exercida em um contexto de igualdade entre as partes, pode se tornar uma ferramenta que prejudica aqueles que buscam proteger. Isso levanta questões sobre a hierarquia médico/paciente e a necessidade de garantir que a decisão da parturiente seja verdadeiramente livre e informada, sem pressões externas ou desequilíbrios de poder.

Um estudo realizado pelo projeto de extensão Grupo de Gestantes e Casais Grávidos da Universidade Federal de Santa Catarina<sup>10</sup> (UFSC) que pretendeu compreender quais os fatores determinantes para a escolha da mulher pela cesariana, dividiu seus resultados em três categorias: a primeira analisou “quem opta pela cesariana?”, a segunda, “preferência definida no pré-natal” e a última, “alternativa pela cesariana durante o trabalho de parto”<sup>11</sup>.

Na primeira categoria, a pesquisa constatou que a prevalência daquelas que optam pela cesárea está entre as que dão à luz na rede privada, com terceiro grau completo (58,82%), casadas (61,17%) e primigestas (80%). Nota-se a relação entre a escolha e o perfil socioeconômico, isto é, infere-se que aquelas que não tem o fator econômico como limitação e com maior escolaridade, optam pela cesárea.

Na segunda categoria<sup>12</sup> do estudo conduzido pela extensão da UFSC, as principais justificativas pela escolha do parto cesárea definida no pré-natal foram a “idade avançada”, a intenção de realizar laqueadura durante o procedimento e cesárea anterior. A pesquisa constatou também relatos de agendamento do parto por conveniência médica, mas não apresentou quantos casos ocorreram. Essas justificativas levantam questões sobre a ética médica. Além disso, o fato de que alguns partos cesáreos são agendados por conveniência médica ressalta a possibilidade de prevalência dos interesses da equipe médica sobre a saúde e as escolhas das mulheres. A falta de quantificação desses casos na pesquisa, contudo, destaca uma lacuna na compreensão do verdadeiro alcance desse fenômeno e a necessidade de uma investigação mais aprofundada para abordar essa questão crítica.

---

<sup>10</sup> Copelli *et al.*, 2015.

<sup>11</sup> Copelli *et al.*, 2015, p. 338.

<sup>12</sup> \_\_p. 339.

Sobre essa questão, outro importante estudo capitaneado por Domingues *et al.* em 2014 intitulado: “*Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final*”, analisou a base de dados da pesquisa realizada em nível nacional “*Nascer no Brasil*”.

O estudo base “*Nascer no Brasil*” foi coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Foram selecionadas amostras nas cinco macrorregiões do país, em hospitais públicos e privados, entrevistadas 23.940 mulheres, em 266 hospitais, 199 municípios, sendo os dados coletados face a face e por entrevistas telefônicas. Mais informações sobre o desenho amostral, encontram-se detalhadas em Leal; Gama (2014, p. S5-S5, 2014).

O trabalho que analisou o processo decisório pelo tipo de parto de Domingues *et. al* fez o seguinte coorte:

Comparou-se as mulheres segundo paridade e fonte de pagamento do parto. Mulheres sem parto anterior foram consideradas **primíparas** e aquelas com um ou mais partos anteriores, **multíparas**. Mulheres com parto em unidades públicas e mulheres com parto em unidades mistas que não foram pagos por plano de saúde foram classificadas como tendo “**frente de pagamento pública**”. Mulheres com parto pago por plano de saúde, tendo o parto ocorrido em unidades mistas ou privadas, e mulheres com parto em unidades privadas, independente do parto ter sido pago ou não por plano de saúde, foram classificadas como tendo “**frente de pagamento privada**”. Foram consideradas apenas as mulheres com gestação única [...] Das puérperas selecionadas para participar do estudo, 5,7% não foram entrevistadas por recusa (85%) ou alta precoce (15%) [...] Dentre as entrevistadas, 1,4% apresentou gestação múltipla; tal parcela foi excluída das análises que serão apresentadas (Domingues *et al.*, 2014, S101). (destaquei)

As tabelas seguintes comparam o tipo de parto, vaginal ou cesárea; de quem foi a decisão em realizar o tipo escolhido, se somente a mulher, se apenas o médico ou se ambos; tudo segundo a fonte de pagamento, pública ou privada.

O estudo obteve como resultado que cerca de 66% das entrevistadas preferiam o parto vaginal no início da gestação, 27,6% o parto cesáreo e 6,1% não apresentavam uma preferência bem definida.

Constatou-se que depois do aconselhamento recebido durante a assistência pré-natal, “63,2% das mulheres acreditavam que, para uma gestação sem complicações, o parto vaginal era o mais seguro, 6,3% que o parto cesáreo era o mais seguro, 21,5% que ambos eram seguros e 9% não se sentiam esclarecidas” (Domingues *et al.*, 2014, S104).

Ao fim da gestação cerca de “33% já haviam decidido pela realização da cesariana, 25% não haviam decidido qual o tipo de parto e 58% pelo vaginal. Desses, 51,5% tiveram a cesariana como via de parto final” (Domingues *et al.*, 2014, S104).

Tabela 1 - Decisão da via de parto das **primíparas** entrevistadas, segundo fonte de pagamento da assistência ao parto. Brasil, 2011-2012

	Total ( N= 11.074 ) %	Pagamento público (N= 8.487) %	Pagamento privado (N= 2.587) %
<b>DECISÃO FINAL DA GESTAÇÃO</b>			
Sem decisão	30,4	35,5	13,8
P. V decisão da mulher	20,9	24,1	10,6
P.V. Decisão do profissional	<b>9,9</b>	<b>12,5</b>	<b>1,5</b>
P. V. Decisão ambos	11,4	12,9	6,5
P.C. Decisão da mulher	9,9	4,7	27,1
P.C. Decisão do profissional	<b>9,3</b>	<b>7,3</b>	<b>15,9</b>
P.C decisão de ambos	8,1	3,1	24,6
<b>VIA DE PARTO FINAL</b>			
Vaginal	42,7	53,0	9,0
Fórceps	1,9	2,2	1,0
Cesariana	55,4	44,8	89,9

Estudo intitulado Intitulado: “Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final”. Utilizou uma base de dados de uma coorte de base hospitalar nacional com 23.940 puérperas, realizado em 2011 a 2012. (Domingues *et al.*, 2014, p. S105- S106).

\*P.V.= parto vaginal. P.C.=parto cesariana **AMBOS**= médico e paciente

**Tabela 2** - Decisão da via de parto das **multíparas** entrevistadas, segundo fonte de pagamento da assistência ao parto. Brasil, 2011-2012

	Total ( N= 12.533) %	Pagamento público (N= 10.435) %	Pagamento privado (N= 2.098) %
<b>DECISÃO FINAL DA GESTAÇÃO</b>			
Sem decisão	21,9	24,7	7,9
P. V decisão da mulher	22,6	25,2	9,7
P.V. Decisão do profissional	<b>9,2</b>	<b>10,7</b>	<b>1,1</b>
P. V. Decisão ambos	10,8	11,9	5,3
P.C. Decisão da mulher	12,4	8,6	31,3
P.C. Decisão do profissional	<b>11,9</b>	<b>11,8</b>	<b>12,9</b>
P.C decisão de ambos	11,2	7,2	31,2
<b>VIA DE PARTO FINAL</b>			
Vaginal	50,9	58,1	15,0
Fórceps	1,1	1,2	0,5
Cesariana	48,0	40,7	84,5

Estudo intitulado Intitulado: “Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final”. Utilizou uma base de dados de uma coorte de base hospitalar nacional com 23.940 puérperas, realizado em 2011 a 2012. (Domingues *et al.*, 2014, p. S105- S106).

\*P.V.= parto vaginal. P.C.=parto cesariana AMBOS= médico e paciente

Nesse sentido, comparando-se os índices tanto de parto vaginal (P.V.),<sup>13</sup> quanto de parto cesárea (P.C), nota-se que independente da fonte de pagamento a “decisão da mulher” e a “decisão de ambos” (médico/paciente) sempre superam a “decisão do profissional”, exceto

<sup>13</sup> Vide tabela 1 e 2

no caso do parto cesárea nos dois grupos (multípara e primíparas) com fonte de pagamento pública.

Dessa forma, acerca da horizontalidade da relação médico/paciente, esse dado demonstra que o cenário em que a autonomia da mulher tem menos relevância é em relação ao parto cesárea na rede pública, o que corrobora o argumento defendida por Câmara, 2016:

Na rede privada [...], onde os usuários são pessoas de renda e nível escolar notavelmente superiores, prevalecem as cesarianas; na rede pública, com usuários provenientes de classes sociais menos favorecidas, prevalecem os partos normais, **não por opção das parturientes, mas em decorrência das rotinas de serviço impostas às mulheres pobres que recorrem ao serviço público de saúde por não dispor de recursos financeiros para assistência médica** (Câmara, 2016, p. 477).

Câmara chama a atenção para a disparidade de acesso aos serviços de acordo com a capacidade econômica da parturiente, situação que afronta o princípio da justiça.

Por derradeiro, a última categoria, na qual avaliou-se a “alternativa da cesariana durante o trabalho de parto”, constatou-se que ocorreu, sobretudo, pelo “medo da dor” e da dor “prolongada” desse período<sup>14</sup>, tendo em vista a insistência pelo parto normal, muitas vezes até às últimas consequências. Dada a relevância dessas causas, serão tratadas separadamente nos próximos tópicos a fim de aprofundar as questões e aspectos relevantes do parto vaginal.

Pensando-se sob outro prisma, aqueles que defendem a cesariana eletiva enfatizam a necessidade de considerar a perspectiva subjetiva da gestante. Ferrari ressalta que a maioria das mulheres manifesta preferência pelo parto normal, mas aquelas que escolhem o parto abdominal, em sua maioria, fazem isso devido a fatores como insatisfação com partos anteriores ou, até mesmo, tocofobia (medo extremo do parto) (Ferrari, 2009, p.477). Portanto, a escolha pela cesariana pode ser uma forma de atender às necessidades emocionais e psicológicas das mulheres, proporcionando-lhes maior segurança e tranquilidade.

Em relação ao ponto de vista subjetivo e psicológico, não raramente, a mulher após o nascimento de um filho experimenta a perda da própria individualidade. A experiência de gestar, de ter o corpo passando por transformações, de parir e a responsabilidade de criar um novo ser, traz à mulher uma nova dimensão de sua subjetividade frente ao mundo.

O puerpério é mencionado por vários autores como um período no qual a autoconfiança da mulher encontra-se em crise. Isso, pois tornar-se mãe é um ritual de transição e envolve uma reorganização de todos os papéis que integram o autoconceito da mulher, causando medo, anseios, insegurança, ansiedade, etc.. Merighi *et al.*, relatam suas constatações durante estudo realizado com puérperas, numa pesquisa que buscava compreender suas vivências: “as mulheres seguiram uma trajetória experienciando sensação

<sup>14</sup> Copelli *et al.*, 2015, p. 341.

de vazio, estranheza e vulnerabilidade, tendo muitas delas chegado ao limite de suas capacidades”<sup>15</sup> (2006, p. 776).

Tais relatos refletem os anseios por parte da população que gesta. Tanto em relação à dor, como também no que tange à incerteza quanto à segurança do nascimento do bebê, considerando a possibilidade da ocorrência de complicações causadas pela negligência médica, como nas tentativas exacerbadas pelo parto vaginal até as últimas consequências.

Em que pese o parto vaginal também ter vantagens ao bebê e à parturiente, e ser seguro na maior parte das vezes, essas são preocupações legítimas, pois partem da experiência e da subjetividade de cada uma, merecendo ser consideradas.

### 3.1. Parto Vaginal: potenciais riscos

É bastante difundida a ideia de que o parto normal seja superior parto cesárea. Entretanto, o parto normal também apresenta seus próprios riscos, incluindo complicações que podem afetar tanto a mãe quanto o neonato.

Uma frequente preocupação manifestada pelas mulheres nos consultórios médicos para a solicitação do parto cesárea eletivo, segundo Câmara, refere-se às distopias pélvicas e disfunções sexuais. Isso porque o parto vaginal está associado a um maior risco de prolapso genital, que é aumentado conforme repetem-se os partos vaginais. Nesse sentido, uma pesquisa que avaliou a função sexual de mais de 200 mulheres verificou que aquelas submetidas à cesariana mostraram melhores resultados quando comparadas com as de parto vaginal<sup>16</sup>.

Além disso, estudos constataram que partos vaginais, sobretudo os sucessivos, estão relacionados a maiores taxas de incontinências urinária e fecal. Conforme Câmara, uma pesquisa publicada no New England Journal of Medicine, que avaliou mais de 15 mil mulheres mostrou que as nulíparas tinham menor risco para esse desfecho do que aquelas que já tinham parido, e esse risco era maior para incontinência urinária entre aquelas com parto vaginal, quando comparadas às submetidas à cesariana<sup>17</sup>.

De mais a mais, o trauma perineal também é uma complicaçāo bastante comum nesse tipo de parto, tanto por laceração espontânea, como por episiotomia. Evidências mundiais

<sup>15</sup>MERIGHI, Míriam Aparecida Barbosa; GONÇALVES, Roselane; RODRIGUES, Isabela Granghelli. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, p. 775-779, 2006. p. 776

<sup>16</sup>Câmara *et al.*, 2016, p. 304.

<sup>17</sup>Câmara (2016, p. 304)

apontam que 84,3% das mulheres apresentam algum tipo de trauma perineal pós-parto (Abedzadeh *et al.*, 2018 *apud* Tavares *et al.*, 2022, p. 2).

Conforme explica Tavares, 2022, “as lacerações perineais apresentam localização e profundidade variáveis, podendo envolver clitóris, grandes e pequenos lábios, região vestibular, fúrcula e musculatura perineal e anal” e são classificada em quatro graus:

O primeiro grau ocorre quando há lesão apenas da pele e da mucosa. O segundo grau, é quando há lesão de músculos perineais sem atingir o esfínter anal. As lesões de terceiro grau envolvem o complexo do esfínter anal. Já a laceração de quarto grau ocorre quando a lesão se estende ao esfínter anal externo, interno e epitélio anal (Ministério da Saúde, 2017 *apud* Tavares *et al.* 2022, p. 02).

No mesmo sentido, estudo de coorte brasileiro que avaliou 941 partos vaginais, constatou a incidência geral de 78,2% para lacerações perineais espontâneas, sendo que 75,7% foram consideradas lacerações leves e 2,5% lacerações graves (Monteiro *et al.*, 2016 *apud* Tavares *et al.* 2022, p. 02).

Os riscos associados ao parto vaginal representam um importante fator a ser considerado no processo de escolha da via de parto pelas gestantes. O trauma perineal, presente em uma alta porcentagem de partos vaginais, pode resultar em desconforto significativo e complicações a longo prazo, como incontinência urinária e fecal, além de lacerações perineais que variam em gravidade.

Outro potencial risco do parto vaginal é a evolução para um parto vaginal operatório. Nesse tipo de parto são utilizados instrumentos para a extração fetal, como o Fórceps (pinça obstétrica utilizado para a preensão, rotação e extração do polo cefálico fetal) e o Vácuo-extrator (sistema composto por uma bomba de sucção ligado à uma ventosa). Esse método é responsável, frequentemente, por lesões no neonato.

Embora existam riscos associados à cesariana, Ferrari argumenta que "os riscos decorrentes de cesarianas eletivas são mínimos para o feto quando são tomadas as necessárias precauções para prevenir prematuridade, injúria fetal e hipotensão materna" (Ferrari, 2009, p. 489). Isso sugere que, com o devido cuidado médico, a cesariana eletiva pode ser uma opção segura tanto para a mãe quanto para o bebê, particularmente em situações onde o parto vaginal pode apresentar riscos ou na qual a gestante apresenta preferências claras por motivos válidos.

Outrossim, o estudo<sup>18</sup> que analisou a morbidade neonatal e materna relacionadas ao tipo de parto, com 170 parturientes sem complicações gestacionais e nascimento a termo,

---

<sup>18</sup>Cardoso *et al.*, 2010, p.434. Estudo realizado com 170 pacientes no período puerperal, na Maternidade Municipal de Contagem e na Maternidade da Fundação Hospitalar Nossa Senhora de Lourdes entre janeiro de 2006 e dezembro de 2006. 95 puérperas com parto via vaginal e 75 submetidas a cesáreas.

concluiu que existe maior morbidade neonatal em recém-natos de parto por via vaginal quando comparada com neonatos de cesárea, assim como, constatou-se o dobro de traumas obstétricos em recém-natos de parto vaginal (quatorze casos). No entanto, não houve diferença entre os grupos ao se tratar de afecções respiratórias e mortalidade neonatal". Por outro lado, o estudo verificou que a morbidade materna é maior em puérperas com parto cesariana. (Cardoso *et al.*, 2010, p.434).

A pesquisa brasileira mencionada ilustra bem a prevalência dessas lesões, destacando a necessidade de estratégias efetivas para sua prevenção e manejo. Adicionalmente, o risco de distopias pélvicas e disfunções sexuais também influencia negativamente a percepção das mulheres em relação ao parto vaginal. Por outro lado, estudos citados que compararam a função sexual pós-parto entre mulheres que tiveram partos vaginais e cesáreas mostraram resultados favoráveis à cesariana, o que pode reforçar a preferência pela cesariana eletiva.

Em conclusão, o parto vaginal, embora natural, não está isento de riscos significativos que podem impactar tanto a saúde materna quanto a neonatal. Complicações como trauma perineal, distopias pélvicas, disfunções sexuais, e a necessidade de intervenções instrumentais constituem preocupações legítimas que influenciam a decisão de muitas mulheres em favor da cesariana eletiva. A dor intensa e prolongada associada ao parto vaginal também contribui para essa escolha.

É essencial que as gestantes sejam informadas de maneira clara sobre os riscos e benefícios de cada via de parto, permitindo que exerçam sua autonomia de forma consciente. Profissionais de saúde devem oferecer suporte contínuo e intervenções apropriadas para minimizar os riscos do parto vaginal, além de respeitar as preferências das mulheres, assegurando um cuidado centrado na paciente e fundamentado em evidências científicas livres de vieses ideológicas. Assim, compreender e discutir esses riscos de forma clara e objetiva é essencial para apoiar as mulheres em suas escolhas, garantindo que sejam baseadas em informações precisas e abrangentes.

### **3.2. “Parirás com dor”: a dor do parto e a assistência que causa dor**

A crença de que a mulher deve "parir com dor" tem raízes culturais e religiosas. Historicamente, essa ideia é associada à narrativa bíblica encontrada no Livro de Gênesis, na qual Deus diz a Eva: "E à mulher disse: Multiplicarei grandemente a tua dor e a tua concepção; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te

dominará" (Bíblia [...], Gênesis 3:16). Essa passagem tem sido interpretada como um decreto divino de que a dor do parto é parte necessária da experiência feminina, sendo além de um castigo, a expressão da submissão da vontade da mulher ao homem.

A dor durante o parto vaginal é amplamente reconhecida como uma das experiências mais intensas que uma mulher pode enfrentar. Ela resulta de uma série de processos fisiológicos, incluindo contrações uterinas, dilatação cervical e a pressão do bebê descendo pelo canal de parto. Estudos indicam que a intensidade da dor pode variar significativamente entre as mulheres, sendo influenciada por fatores como a duração do trabalho de parto, a posição do bebê, a intensidade das contrações e a experiência anterior de parto (Nilsen et al, 20211, p. 558).

Na rede pública brasileira, o uso de analgesia no parto ainda é limitado. Muitas mulheres não têm acesso a métodos eficazes de alívio da dor durante o trabalho de parto, o que perpetua a ideia de que o sofrimento é uma parte inerente da experiência de dar à luz.

O Estado de São Paulo deu um passo importante para assegurar o direito das mulheres ao alívio da dor durante o parto com a promulgação da Lei nº 17.137, de 2019, de autoria da então Deputada Janaína Paschoal. A Lei garante a oferta de analgesia farmacológica e não farmacológica às gestantes atendidas na rede pública de saúde, representando um avanço significativo na humanização do parto, reconhecendo o direito das mulheres a uma experiência de parto mais digna e menos dolorosa:

Artigo 2º - A parturiente que optar ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deverá ser respeitada em sua autonomia.  
Parágrafo único - Garante-se à parturiente o direito à analgesia, não farmacológica e farmacológica (São Paulo, 2019).

É importante salientar que as formas não farmacológicas de analgesia já são oferecidas e incentivadas na rede pública. Conforme Oliveira *et al.*, medidas não farmacológicas são capazes de proporcionar mais tranquilidade e diminuir a percepção de dor, colaborando para uma boa evolução do parto.

Dentre as formas não farmacológicas estão o uso da "bola suíça, deambulação, banho de ducha ou imersão, musicoterapia, massagem na região cérvico-sacral, acupuntura, crioterapia e respiratórios de relaxamento" (Oliveira, 2020, p. 285).

Além disso, é imperioso diferenciar a dor do parto da assistência que provoca dor, isto é, da violência obstétrica.

Violência obstétrica é um termo utilizado para caracterizar a violência sofrida por mulheres ao procurar os serviços de saúde durante a gestação, o parto, nascimento ou

pós-parto. Podem ser violências físicas, psicológicas, verbais, negligenciais e discriminatórias, estando relacionada não somente à atuação de trabalhadores da saúde, mas às falhas estruturais de clínicas, hospitalais e do sistema de saúde como um todo.

A violência física envolve o uso de força física excessiva durante o trabalho de parto ou parto, a manobra de Kristeller, incluindo manipulação brusca, restrição física inadequada, ou intervenções médicas desnecessárias que causam dor ou lesões à mulher. A violência verbal e psicológica inclui insultos, humilhações, intimidações, ameaças, discriminação, ou falta de comunicação e apoio emocional por parte dos profissionais de saúde, que podem causar trauma emocional e afetar negativamente a experiência de parto da mulher.

Já a negligência refere-se à omissão de cuidados adequados durante o parto, como falta de monitoramento adequado do bem-estar fetal, atraso na assistência médica em caso de emergências obstétricas, ou recusa em oferecer alívio da dor. Enquanto a coerção e pressão para intervenções médicas envolve a imposição de procedimentos médicos sem o consentimento informado da mulher, indução do parto sem justificativa médica, ou episiotomia sem necessidade clínica.

Por fim, a discriminação e violência baseada em características individuais refere-se à discriminação com base em características como idade, raça, etnia, status socioeconômico, orientação sexual, identidade de gênero ou estado civil, que pode resultar em tratamento diferenciado ou inferior durante o parto. Em relação à discriminação racial, importante ressaltar, que as mortes maternas entre as mulheres negras são maiores do que o dobro quando comparada às mulheres brancas, segundo dados preliminares referentes a 2022<sup>19</sup>.

A relação entre dor do parto e assistência obstétrica é permeada por questões sociais estruturais. Nesse contexto, a crença cultural na dor como parte inevitável do parto e submissão da vontade da mulher em relação ao seu corpo é desafiada em São Paulo pela Lei nº 17.137, de 2019.

Nota-se que o problema da violência obstétrica é um problema estrutural diretamente afetado por questões que permeiam o gênero, bem como classe e raça.

Por conseguinte, é fator importante a identificação das falhas estruturais no sistema de saúde que contribuem para a ocorrência de violência obstétrica, como falta de capacitação profissional, falta de respeito aos direitos das mulheres, superlotação de hospitalais a fim de direcionar esforços a prevenção e o combate.

---

<sup>19</sup>Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/morte-de-maes-negras-e-duas-vezes-maior-que-de-brancas-aponta-pesquisa#:~:text=Dados%20preliminares%20referentes%20a%202022,cada%20100%20mil%20nascidos%20vivos>

### 3.3. Legislação e Normativas

#### 3.3.1. Resolução CFM no 2.144/2016 e Resolução CFM nº2.284/2020

A Lei Federal nº 12.842 de 10 de julho 2013, que dispõe sobre o exercício da medicina, confere ao Conselho Federal de Medicina competência para editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos, *in verbis*:

Art. 7º Compreende-se entre as competências do Conselho Federal de Medicina editar normas para definir o caráter experimental de procedimentos em Medicina, autorizando ou vedando a sua prática pelos médicos. (Brasil, CFM, 2013)

Além disso, o art. 4º, inciso II da referida lei dispõe que é atividade privativa do médico a **indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios** (Brasil, CFM, 2013) (destaquei).

Isso implica inferir que obrigatoriamente a autonomia da gestante deve passar pelo crivo do profissional médico. Logo, a via de parto não trata-se apenas de uma escolha isolada, deve ter o respaldo médico, sendo decidido preferencialmente em conjunto.

Nesse sentido, a Resolução CFM nº2.284/2020 declara que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariana a pedido. A resolução, considerando o princípio da beneficência, dispõe que o objeto do profissional é a saúde, devendo assim, agir sempre com zelo em benefício do ser humano.

Dispõe também, acerca do princípio da autonomia, tanto do profissional, quanto da gestante. Em suas considerações, a normativa ressalta a importância do médico em aceitar as escolhas de seus pacientes, sempre que adequadas tecnicamente, apoiadas nos ditames legais, comprovadas cientificamente e em consonância com a consciência do próprio profissional. Além de frisar o princípio da equidade, fundamentada no princípio da justiça social e no equilíbrio entre a assistência à saúde do ponto de vista individual e do coletivo (Brasil, 2020, p. 3).

O art. 1º estabelece, não só que é ético ao médico realizar o procedimento, como dispõe que é um direito da gestante a cesárea a pedido, quando cumprido todos os requisitos que garantam sua segurança, do feto e a adequação do tempo gestacional, em consonância com a Lei 17.137/2019 do Estado de São Paulo. Ainda, a imprescindibilidade da comunicação entre paciente e médico. Na qual o profissional deve esclarecer à gestante todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e o cesariano, assim como seus

riscos e benefícios, sendo vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado [...]. (Brasil, 2020, p. 1).

O parágrafo único do mesmo artigo, ressalta que a decisão deve ser registrada “*em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante*” (Brasil, 2020, p. 2).

Essencial pontuar, que a Resolução CFM nº2.284/2020 revoga a Resolução CFM 2.144/2016, modificando o art. 2º, o qual foi alvo de controvérsias, *in verbis*:

Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, **somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação**, devendo haver o registro em prontuário (Brasil, 2016, p. 2). (grifei)

Essa modificação, deu-se em razão de tentar garantir maior segurança do binômio materno-fetal, pois houve questionamento em relação à idade gestacional à Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do Conselho Federal de Medicina. A dúvida dizia respeito respeito à expressão presente na Resolução revogada: “a partir da 39º semana”, que deixava margem a uma ambígua interpretação, tendo em vista que é entendida por alguns como 38 semanas completas de gestação e mais alguns dias, e por outros como 39 semanas completas. Desse modo, o art. foi complementado:

Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, **somente poderá ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação (273 dias)**, devendo haver o registro em prontuário. (Brasil, 2020, p. 2) (grifei)

Segundo o documento, a fim de evitar complicações mais frequentes em recém-nascidos como distúrbios respiratórios, os metabólicos e os neurológicos, que demandam cuidados em unidade de tratamento intensiva (UTI), a literatura médica mundial considera como segura a extração fetal de forma eletiva o período de 39 semanas completas (Brasil, 2020, p. 3).

A exposição fundamenta-se em protocolos internacionais e cita alguns provenientes de pesquisas realizadas por renomadas instituições na Inglaterra, Itália e Dinamarca.

No estudo realizado na Inglaterra, tendo como objeto a “Morbidade respiratória neonatal e via de parto a termo: influência do momento de ocorrência da cesariana”<sup>20</sup>, avaliou-se 33.289 partos e a incidência de desconforto respiratório neonatal, taquipneia transitória do recém-nascido e/ou admissão em UTI neonatal. Revelou-se uma considerável diminuição do desconforto respiratório entre os nascidos com 39 semanas completas em

<sup>20</sup> Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective cesarean section. BJOG. 1995;102(2):101-6.

comparação aos nascidos com 38 semanas. Foram auferidos com algum tipo de desconforto respiratório 17,8 por 1.000 nascidos vivos, enquanto entre aqueles nascidos com 38 semanas foram 42,3 por 1.000 nascidos vivos (Brasil, 2020, p. 4).

Na Itália, pesquisou-se o “Risco de morbidade respiratória neonatal e modo de parto a termo: influência do momento do parto por cesárea eletiva”<sup>21</sup> A Universidade de Pádua analisou o registro de partos que compreendem o período de janeiro de 1998 a dezembro de 2000. Concluíram, assim como no estudo inglês que, embora a incidência tenha sido maior entre aqueles que ocorreram de parto vaginal, o risco de morbidade respiratória diminuiu significativamente quando a cesariana eletiva foi realizada após 39 semanas completas de gestação (Brasil, 2020, p. 4):

Nesse período ocorreram 10.177 nascimentos de crianças vivas e sem malformações. Destas, 1.284 (13%) nasceram a termo por cesariana eletiva, ou seja, antes do trabalho de parto. Essas crianças foram pareadas a igual número de neonatos nascidos no mesmo período por via vaginal. A morbidade respiratória neonatal foi significativamente maior no grupo de crianças que nasceram por cesariana eletiva, comparadas às que nasceram por via vaginal (OR: 2,6; IC95%: 1,35-5,9). Entretanto, o risco de morbidade respiratória diminuiu significativamente quando a cesariana eletiva foi realizada após 39 semanas completas de gestação (Brasil, CFM, 2020, p. 4).

Já o estudo dinamarquês<sup>22</sup> analisou o nascimento de 34.458 crianças dinamarquesas nascidas vivas e sem malformações, entre janeiro de 1998 e dezembro de 2006, com idade gestacional de 37 a 41 semanas, na qual 2.687 (7,8%) crianças nasceram por cesariana eletiva (Brasil, 2020, p. 4), chegou-se à mesma conclusão, de que cesariana eletiva após as 39 semanas completas traz menor risco de complicações respiratórias ao bebê.

Nesse sentido, conclui-se que a Resolução vigente, que considera ética a realização da cesárea a pedido pelo médico, é amparada por evidências científicas robustas e indicam a segurança do procedimento.

### **3.3.2. Lei do Estado de São Paulo nº 17.137, de 23 de agosto de 2019**

A Lei Estadual nº 17.137 de 23 de agosto de 2019 garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como o acesso à analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

<sup>21</sup> Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Solda G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective cesarean delivery. *Acta Paediatr.* 2004;93:643-47.

<sup>22</sup> Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective cesarean section: cohort study. *BMJ* 2008;336. ONLINE FIRST (bmj.com).1-7.

Constata-se que, no que concerne aos princípios bioéticos, estão contemplados na lei tanto o princípio da autonomia, quanto o princípio da justiça. A referida Lei visa que a autonomia da gestante seja respeitada no serviço de saúde pública, salvaguardando o direito da mulher de autodeterminar-se e decidir sobre seu próprio corpo. Contribui, daí, para colocar as parturientes usuárias do SUS em pé de igualdade com aquelas que podem acessar aos planos de saúde privados, haja vista que a partir do momento em que a escolha é considerada um direito positivado em Lei, deve o Estado reunir esforços para garantir sua efetivação.

No projeto da lei em análise, a autora evidencia como violência obstétrica o fato das mulheres que desejam um parto cesárea serem obrigadas a passarem por longas horas de sofrimento para parir por parto normal. No mesmo sentido, Câmara defende que impor a via de parto para gestantes do Sistema Único de Saúde é violar seu direito à liberdade e a autodeterminação (Câmara, 2016, p. 306).

Outro princípio suscitado no Projeto de Lei 435/2019 diz respeito à não-maleficência, argumentando-se que a imposição do parto cesárea acaba por o violar. A justificativa baseia-se nos riscos que são inerentes do parto vaginal, amplamente documentado na literatura médica e descritos de forma pormenorizada no próximo tópico sobre o TCLI, dentre os ricos para a mãe estão a hemorragia, atonia, necessidade de histerectomia, laceração vaginal, episiotomia e suas complicações, prolaps do útero, incontinência urinária e fecal, além de fratura clavicular do bebê e necessidade da utilização do fórceps, etc..

O artigo 1º da Lei 17.137/2019 estabelece o direito da parturiente à cesariana a pedido, devendo ser respeitada sua autonomia, isto é, ressalta que é o direito de escolha, não uma imposição.

Por conseguinte, nos parágrafos 1º e 2º definem que o procedimento eletivo só poderá ocorrer a partir da 39º semana de gestação, desde que esta seja informada e conscientizada sobre os benefícios do parto normal e os riscos de sucessivas cesarianas. Ressalta-se, contudo, que a promulgação da lei deu-se em 23 de agosto de 2019 e estava de acordo com a Resolução do CFM nº 2.144/2016, que foi revogada pela Resolução CFM nº 2.284 de 22 de outubro de 2020. A resolução de 2020 especificou que o procedimento “*somente poderá ser realizado a partir de 39 semanas completas de gestação (273 dias)*”, tal determinação complementou a expressão da resolução de 2016 que dizia “a partir de 39 semanas, como esclarecido no tópico anterior.

Além disso, o parágrafo 2º dispõe que a decisão deve ser registrada em um termo de consentimento livre e esclarecido, redigido em linguagem acessível. O dispositivo demonstra

a obrigatoriedade do TCLI, o que traz tanto maior segurança a para a tomada de decisão da gestante, quanto maior respaldo legal para o médico.

Por fim, o artigo inaugural diz que “*na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário*”. Essa determinação mostra-se como um instrumento que pode respaldar um possível processo judicial, seja por parte do paciente, seja por parte do médico.

O artigo 2º salienta o respeito à escolha da gestante também em caso de parto normal, garantindo a ela o direito à analgesia farmacológica e não-farmacológica. Tal disposição é uma importante garantia para humanizar o parto vaginal e até mesmo incentivá-lo, considerando que o medo da dor e a dor prolongada o procedimento são uma das maiores motivações para a escolha do parto cesárea.

O artigo 3º destaca a obrigatoriedade de afixar placas informativas nas maternidades e hospitais relacionadas aos direitos da parturiente em escolher a via de parto, seja ela normal ou cesariana a partir de 39 semanas de gestação. Essa medida visa informar e empoderar as mulheres sobre suas opções e direitos durante o parto.

Por fim, o artigo 4º reforça a possibilidade de encaminhar a parturiente para outro profissional caso haja divergência entre a escolha da parturiente e a opinião do médico responsável. Isso garante que a parturiente tenha acesso a diferentes perspectivas e opções, contribuindo para uma decisão mais informada e alinhada com suas necessidades e desejos, assim como visa respeitar a autonomia do profissional.

Portanto, extrai-se da justificativa do Projeto que ensejou a Lei 17.137/2019 do Estado de São Paulo, bem como da própria Lei, que não se trata de uma defesa ou incentivo ao parto cesárea (ou analgesia em caso de parto vaginal) em detrimento do parto normal, mas da defesa do direito da autodeterminação da mulher em relação ao seu corpo e da defesa do direito de não sentir dor. Tendo o direito, assim como aquelas no setor privado, de junto com seu médico, avaliar e escolher a qual procedimento irá proceder num momento tão importante de sua vida. De modo que a parturiente não seja discriminada pela sua condição social, tendo seu direito de escolha obstaculizado por sua situação econômica.

### 3.4 Judicialização da Lei 17.137, de 23 de agosto de 2019

O Diretório Estadual do Partido Trabalhista Brasileiro PTB, ajuizou ação direta de inconstitucionalidade<sup>23</sup> em face da Lei Estadual nº 17.137, de 23 de agosto de 2019.

O Tribunal de Justiça de São Paulo restringiu-se à análise formal da inconstitucionalidade, deixando de apreciar a ventilada tese de inconstitucionalidade material da Lei. O Órgão Especial do Tribunal julgou com fundamento no art. 24, XII, que dispõe sobre a competência concorrente do Estado em legislar.

Ressaltou-se que na inexistência de norma Federal que trate da questão há competência legislativa plena do Estado para legislar sobre a questão. No entanto, considerou-se que a norma não trouxe nenhum elemento de particularidade capaz de justificar a edição de norma suplementar.

Isso, pois, entendeu que a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou Privado” e o Estatuto da Criança e do Adolescente -ECA- (Lei 8.069, de julho de 1990) já contemplavam a hipótese da Lei Estadual. O que demonstra, *data vénia*, a análise pouco profunda dos julgadores, haja vista que os dispositivos por eles mencionados não fazem referência ao principal objeto da lei, que é o elemento volitivo, *in verbis*:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento saudável e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. ( ...) § 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a **aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos** (Tribunal de Justiça, 2020, p. 4) (destaquei)

Note-se que o trecho supra destacado, faz menção ao fundamento da cesárea “por motivos médicos”, ou seja, na legislação estadual a manifestação da vontade cabe, com respaldo médico, à parturiente, enquanto no ECA, ao médico. Tal inovação legislativa é o cerne da norma.

---

<sup>23</sup> AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE nº 2188866- 94.2019.8.26.0000 interposta no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Ainda, ressalta o voto que é assegurado à “parturiente o parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a cesariana por motivos médicos, [...] que a tutela da Saúde encontra-se no campo da ciência e não da **mera volição emocional**” (p. 4). Tal explanação evidencia como foi desconsiderada, nesta decisão, o direito de autodeterminação da mulher, descredibilizando sua autonomia, ainda que respaldada pelo profissional.

É cristalina a forma como os julgadores relegam a mulher à uma posição de exclusão de seus saberes. Assim, sob pretensa objetividade, que esconde lentes sexistas, constroem a alegoria, amplamente questionada pela epistemologia feminista, que contrapõe a mulher como um ser essencialmente emocional à determinação médica, como plenamente científica, neutra e objetiva.

A ação foi julgada procedente por voto unânime. Pontue-se que a turma foi composta por 23 desembargadores, sendo 22 homens e apenas uma mulher.

Posteriormente, recorreu-se ao Supremo Tribunal Federal (STF), que decidiu a favor do reconhecimento da competência concorrente do Estado de São Paulo para legislar sobre o direito à saúde, contrariando a decisão de primeira instância. Destaca-se que o julgamento do recurso não apreciou ou fez qualquer menção referente à autonomia da mulher.

Ante o exposto, faz-se necessária trazer à baila o ponto de vista epistemológico feminista apresentado por Donna Haraway, já desenvolvido no início do presente trabalho. Ela argumenta que as investigações a partir do ponto de vista feminista, são capazes de encontrar fatos diferentes sobre a natureza e a objetividade do mundo, diferentes daquelas achadas pelo ponto de vista do homem, pois tem como centro metodológico uma interpretação constantemente contrastante com a experiência de opressão da mulher.

No caso em tela, é cristalino que a falta de percepção quanto à importância de um dos elementos centrais da legislação em comento - a vontade- dá-se em razão da posição de gênero e, até mesmo, de classe da turma julgadora. Ora, como seria possível compreender a relevância do elemento “dor do parto” se nem mesmo é inerente à sua natureza (na esmagadora maioria). Como poderiam compreender o desespero de ter seu direito de escolha tolhido em decorrência de sua condição econômica, sendo de classe notadamente abastada?

Neste contexto, conclui-se que, procedendo à “pergunta pela mulher”, método proposto por Katherine Bartlett, constata-se que as mulheres, enquanto destinatárias diretas desta Lei, não foram levadas em consideração nas decisões retro citadas, sendo apreciado tão somente os aspectos formais da norma.

### 3.5. Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLI)

Tanto a Resolução nº2284/2020, quanto a Lei Estadual 17.137 de 2019 falam sobre a imprescindibilidade do Termo De Consentimento Livre e Informado (TCLI). Esse é um documento utilizado na área da saúde para garantir que o paciente tenha conhecimento pleno e esteja de acordo com os procedimentos médicos aos quais será submetido. Ele é um instrumento essencial para garantir o respeito à autonomia do paciente e sua capacidade de tomar decisões informadas sobre sua saúde, conhecendo os riscos aos quais será submetido.

Nesse sentido, a recomendação do CFM nº01/2016, que dispõe sobre a obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica, fornece orientações sobre a criação de formulários de consentimento informado na área médica, enfatizando a importância de informações claras e suficientes, assim como documentação escrita em linguagem acessível. Discute situações em que o consentimento pode ser dispensado, tais como emergências, danos psicológicos graves, recusa do doente em receber informações, riscos para a saúde pública e perturbações mentais.

Dentre as justificativas da recomendação do CFM está a garantia do respeito aos direitos humanos. O documento faz uma retomada histórica citando marcos importantes na evolução das garantias, direitos e referenciais éticos em relação aos seres humanos, com destaque ao:

Código de Nuremberg, A Declaração dos Direitos Humanos da ONU (1948), Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre ética nas pesquisas envolvendo seres humanos, e suas complementares: a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (2005) e o Relatório do Comitê Internacional de Bioética da Unesco sobre Consentimento Informado (2008), etc. (CFM, 1/2016, p. 9).

A função primordial do termo, segundo a recomendação, é “respeitar os princípios da autonomia, da liberdade de escolha, da dignidade, do respeito ao paciente e da igualdade”, indicando tanto como deve ser o termo em relação à forma, ao conteúdo, à abordagem, como a interação entre paciente e profissional (CFM, Recomendação 1/2016, p. 13).

No que se refere ao parto cesárea a pedido, foram levantados em pesquisa no buscador Google, alguns modelos, em anexo, oferecidos por instituições que realizam o procedimento e por associação voltada à obstetrícia, sendo selecionados os termos da SOGESP<sup>24</sup>(Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo); Unimed<sup>25</sup>, Pro Matre<sup>26</sup> e da

<sup>24</sup> Anexo A.

<sup>25</sup> Anexo B.

<sup>26</sup> Anexo C.

Maternidade Santa Joana<sup>27</sup>. Anote-se que não foram encontrados termos oferecidos por hospitais públicos.

Importante ressaltar que não há um termo padronizado, e fica a cargo de cada instituição a elaboração do seu próprio, desde que siga as recomendações do CFM.

O termo fornecido pela SOGESP (anexo A), faz menção e esclarecimentos apenas sobre o parto cesárea, não mencionando o normal. Inicia-se o termo afirmando que o parto normal é comprovadamente a melhor via de parto, que a cesárea representa mais riscos para o bebê e para a parturiente, como hemorragias, infecções, mortalidade derivada da intervenção cirúrgica; riscos provenientes da anestesia e ainda, sobre complicações estéticas, no caso de queloides. Por fim, ressalta que a data da cirurgia apenas será definida pelo médico entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias.

O termo fornecido pela Unimed (anexo B) inicia do mesmo modo, frisando que a parturiente foi informada pelo médico sobre “os benefícios do parto vaginal, em condições normais de gestação”, conforme Resolução Normativa nº 368/2015. Em continuidade, explica o procedimento, as possíveis complicações tal qual o termo disponibilizado pela SOGESP. Apresenta as porcentagens do risco de infecção relacionado à assistência à saúde, pontua que a gestante teve conhecimento sobre a legislação pertinente<sup>28</sup> e encerra, novamente reafirmando que a parturiente tem ciência de que o parto normal é considerado “a melhor via de parto”.

Por sua vez, os termos elaborados pela Pro Matre (anexo C) e pela Maternidade Santa Joana (anexo D) são os mais completos e detalhados, abrangendo não só o parto cesárea como o parto vaginal. Os termos esclarecem os riscos e as possíveis intercorrências de ambos, repetindo os riscos já citados tanto nos termos fornecidos pela SOGESP, como pela Unimed.

Em relação ao parto normal esclarecem as possíveis complicações para a parturiente e para o bebê. Iniciam a explicação informando o tempo médio de duração do processo que se dá pelas contrações, variando entre 6 a 18 horas ou mais, podendo ser necessária a utilização do fórceps, instrumento que pode provocar ferimentos leves no bebê ou, em casos raros, problemas mais sérios.

Elucida que pode haver a necessidade da realização da episiotomia (corte na parte externa da vagina)<sup>29</sup> e suas complicações como: hematomas, sangramentos, recuperação dolorosa ou infecção, laceração na mucosa vaginal, que acontece em 25% dos casos. Ainda,

---

<sup>27</sup> Anexo D.

<sup>28</sup> O termo expõe os arts. 22 e 34 do Código de ética Médica, art. 9º do Código de Defesa do Consumidor e a RN no 368/2015 da ANS.

<sup>29</sup> Os termos relatam que a episiotomia é necessária em cerca de 10 a 20% dos casos.

que a passagem do bebê pelo canal vaginal pode ocasionar: lesões na bexiga, reto ânus, esfincteres interno e externo, com a possibilidade de levar a incontinência fecal e/ou urinária a curto, médio e longo prazo; prolapso uterino (saída da exiga, reto ou do útero pela vagina), ainda, alargamento da vagina. No que se refere aos riscos para o bebê, relatam a possibilidade de fratura na clavícula.

Extrai-se da análise desses documentos que há riscos tanto materno quanto para o bebê em ambas vias de parto, que ao contrário do que é difundido amplamente, o parto vaginal não é um procedimento simples. Pelo exposto, nota-se que pode causar à mulher danos físicos que a acompanharão por toda sua vida.

No entanto, a posse de tais informações, com o auxílio do médico, permite à mulher ter uma visão mais ampla dos dois procedimentos, sendo capaz de programar-se melhor quanto às suas expectativas, anseios, assim como preparações físicas e psicológicas.

### **3.6. Jurisprudência e Casos Concretos**

A partir da análise jurisprudencial é possível entender como pensa o aplicador da Lei, considerando os filtros sociais institucionalizados, identificar se são utilizadas lentes misóginas, sexistas ou androcêntricas na prática. Assim sendo, é possível compreender através dos pressupostos da epistemologia feminista da posicionalidade e da metodologia “pergunta pela mulher”, quais são os impactos e os reflexos práticos da Lei Estadual 17.137/2019 nas decisões em primeira instância, bem como o que é levado como lide ao judiciário.

Nesse sentido, foram realizadas pesquisas no banco de sentenças do site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, utilizando-se como palavras-chave “Lei 17.137”, “Lei 17.137 de 23 de agosto de 2019” e “cesárea a pedido”.

Das pesquisas retornaram apenas duas sentenças. A primeira trata-se de pedido de indenização por dano moral proposta em face de Fazenda Pública do Estado, com sentença proferida em 20 de setembro de 2022. sob o nº 1037991-33.2020.8.26.0053. Já a segunda, refere-se a uma ação de obrigação de fazer proposta em face da Irmandade Da Santa Casa De Misericórdia De Itatiba/Sp e do Município de Itatiba sob o nº 1004395-48.2023.8.26.0281, com sentença proferida em 19 de fevereiro de 2024.

### **3.6.1. Parturiente A<sup>30</sup> x Fazenda Pública do Estado de São Paulo: Indenização por dano moral**

#### O caso:

A parturiente relatou, em síntese, que no fim de sua gestação, ao chegar na quadragésima semana, em 20.11.2019, teve fortes dores abdominais. Ao buscar ajuda no Hospital de Taipas, foi orientada a voltar para casa e aguardar a dilatação ideal para o parto. Dois dias depois, procurou novamente o hospital, quando finalmente foi internada. Informou seu desejo por cesariana devido a problemas de saúde, bem como por seu único filho ter nascido de parto cesárea, porém a médica optou por pelo parto normal.

A parturiente aduziu que, desesperada, pedia o tempo todo para que fosse submetida ao parto cesariana, bem como seu esposo, mas ambos foram ignorados. Encaminhada para fazer uma maratona exaustiva de exercícios, uma das enfermeiras observou que o bebê já tinha “apontado”, no entanto, mesmo tendo dilatação não havia passagem suficiente, conforme a autora relatou insistente ao pedir o parto cesárea. Ainda, que a obstetra realizou um exame de toque que lesionou o seu colo.

A falta de passagem adequada fez com que o bebe ficasse “entalado”, levando-o a um quadro de sofrimento fetal.

A paciente recebeu alta em 26 de novembro de 2019. Contudo, percebeu um corrimento e procurou atendimento médico. Após alguns exames constatou-se que a obstetra havia dado dois pontos no ureter da requerente durante a realização da cesariana, criando uma ligação direta entre o ureter e seu útero.

Devido a essa ocorrência, a Parturiente A necessitou passar por outra cirurgia, exclusivamente para reparar o erro da obstetra, permanecendo até 20 de maio de 2020 com um cateter. Em decorrência da cirurgia, foi acometida por uma infecção, sendo obrigada a parar com o aleitamento materno. Além disso, relatou que em razão da cirurgia reparadora ficou com uma cicatriz no abdômen bastante grande.

Diante disso, ingressou com a ação para que a ré fosse condenada a pagar-lhe danos morais e estéticos.

#### O desfecho:

---

<sup>30</sup> Embora o processo seja público, optou-se por não mencionar os nomes das autoras das ações no presente estudo, a fim de não aumentar a exposição dessas mulheres.

A "Parturiente A" foi submetida à perícia médica na qual constatou-se que havia indicação de cesárea, mas que foram seguidos os protocolos vigentes na literatura médica.

Em relação à perfuração do ureter, o perito concluiu que é uma intercorrência prevista na literatura médica e que os protocolos foram seguidos.

Em laudo complementar, a perita esclareceu que não havia indicação de cesárea no momento da internação, bem como, que o Apgar 9/9 apresentado pelo recém-nascido, não caracterizava sofrimento fetal agudo. Por fim, o laudo informou que a cicatriz da autora apresentava um bom aspecto.

A magistrada concluiu, com base nas provas periciais, que não houve erro médico, mas reconheceu que a autora não teve sua vontade respeitada, mesmo após implorar pela realização do parto cesárea.

Com fundamento na Lei Estadual n. 17.137/2019, a julgadora ressaltou que era direito da autora escolher a via de parto, pois cumpria o requisito quanto à idade gestacional, devendo a obstetra ter realizado seu desejo. Adiante, pontuou, com base no parágrafo 3º do artigo 1º da indigitada lei, que o médico é obrigado a registrar em prontuário as razões, caso a vontade da mulher não seja respeitada, o que não foi feito no caso.

Outrossim, a magistrada considerou tal conduta como configuração de violência obstétrica, *in verbis*:

Ora, inexistindo indicações absolutas de realização de cesariana, a via de parto deve ser escolhida pela parturiente, e **privá-la de tal opção constitui violência obstétrica**. Cabe ao profissional de saúde orientar a parturiente, informando-a dos benefícios e riscos apresentados por cada via, a fim de que a mulher, esclarecida, possa tomar sua decisão e **não ser obrigada a se submeter à via de parto que o médico preferir**, como ocorre com qualquer procedimento médico que possa ser realizado por duas técnicas diferentes (Tribunal de Justiça de São Paulo, 2022) (destaquei).

Por derradeiro, a magistrada considerou que os fatos ultrapassaram o mero desconforto e que o aborrecimento excedeu os limites da normalidade, tendo a conduta médica desrespeitado a vontade da paciente. Assim, os pedidos foram julgados parcialmente procedentes, para condenar a parte ré ao pagamento do importe de R\$20.000,00 (vinte mil reais) à autora a título de danos morais.

#### Aspectos relevantes do julgamento:

A princípio, é importante destacar, que foi reconhecido como direito da parturiente a escolha pela cesárea, desde que cumprido o requisito da idade gestacional de 39 semanas.

Chama a atenção os relatos de intenso sofrimento da parturiente. Ela relata que “implorou” pela realização da cesariana, não se tratando no caso em tela de vontade por questão de conveniência, como muitos criticam, mas baseada em sua experiência anterior e no conhecimento sobre o próprio corpo.

Outro ponto a ser questionado é que a conduta de forçar o parto normal é um protocolo na rede pública. Isto é, tenta-se o parto vaginal até o limite do suportável, sem considerar o sofrimento físico e psicológico da parturiente, o que, não raramente, têm desfechos trágicos.

A análise da sentença revela aspectos importantes que contribuem para o estabelecimento de um entendimento jurisprudencial alinhado com a defesa dos direitos preconizados na legislação paulista.

O destaque dado ao reconhecimento da cesárea a pedido como um direito, em consonância com a autonomia da mulher, é fundamental para garantir que as gestantes tenham a liberdade de escolher o método de parto que considerem mais adequado para si.

Além disso, a exigência de registro médico no prontuário caso a escolha da parturiente não seja respeitada oferece respaldo legal à conduta médica, promovendo transparência e prestação de contas no atendimento obstétrico.

A consideração de que a privação da escolha configura violência obstétrica destaca a importância de reconhecer e combater práticas abusivas que violam os direitos das mulheres durante o parto. No entanto, é nítido pelos relatos que a autora além da negativa, sofreu violência obstétrica, haja vista a falta de acolhimento profissional e o exame de toque que causou desconforto.

Em que pese a violência ora sofrida, a sentença emerge como um importante instrumento para garantir a reparação do sofrimento e o direito de autodeterminação das mulheres, em sua capacidade de decidir sobre seu próprio corpo, fortalecendo os princípios da dignidade e da autonomia na assistência obstétrica.

### **3.6.2. Parturiente B x Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Itatiba/SP e Município de Itatiba/SP**

#### O caso:

A parturiente relatou que estava grávida de 40 semanas e 04 dias em 16/08/23. Alegou que o hospital requerido se recusou a realizar o parto cesariano, apesar de ter 37 anos e de ter sido submetida a uma cesárea em sua última gestação gemelar no Conjunto Hospitalar de

Sorocaba/SP, via SUS, em 04/03/20. Mencionou que o hospital não forneceu qualquer documento que comprovasse a recusa da cesárea. Informou que, até o momento, não havia tido dilatação, o que tornava o parto normal arriscado para ela e o bebê. Destacou que enfrentou anemia durante a gestação e argumentou sobre o direito invocado. Requeru a concessão de liminar para obrigar o hospital a realizar o parto por cesariana e pediu que o pedido fosse julgado procedente, confirmando a liminar e condenando os réus ao pagamento de indenização por danos morais.

O desfecho:

Foi concedida a liminar obrigando o hospital a realizar a cesariana no dia seguinte. No julgamento de mérito liminar foi confirmada, no entanto não foi apreciado o pedido quanto às perdas e danos por falta de especificação do quantum, considerando quanto a esse pedido a inépcia da inicial.

Aspectos importantes do julgamento:

O destaque para o caso em tela, refere-se à medida liminar concedida em 17/08/2023, que determinou ao hospital que realizasse o parto cesariana no dia seguinte, salvo se a negativa se desse sob “grave fundamento médico devidamente comprovado de forma clara e detalhada, embasada na literatura médica dominante, observado-se protocolos médicos inerentes, se abstendo de realizar parto normal”, sob pena de multa no valor de R\$15.000,00.

A decisão fundamentou-se na Lei Estadual 17.137 de 2019 para declarar o direito da parturiente ao parto cesárea a pedido e na Resolução do CRM n. 2.284/2020 para referenciar a ética médica em relação ao procedimento.

A referida Lei, assim, mostrou-se, novamente, como instrumento eficaz para alcançar, a parturiente, seu direito de escolha.

## CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que a cesárea a pedido é um tema que suscita amplos debates e requer análise sob diversas perspectivas. As referências bibliográficas consultadas indicam que, entre os defensores da cesariana a pedido, não há uma promoção explícita da escolha pelo procedimento cirúrgico abdominal eletivo. Pelo contrário, enfatizam a importância de valorizar o princípio da autonomia da gestante, junto com uma cuidadosa consideração dos riscos e benefícios associados a cada via de parto, sempre em condições adequadas.

Dessa forma, além da segurança do procedimento, há uma preocupação manifesta com a dimensão subjetiva da gestante e seu direito de acesso ao procedimento na rede pública. Em suma, a defesa da cesárea a pedido não se baseia em incentivar a prática indiscriminada, mas em garantir que a decisão seja informada, respeitando a vontade da mulher e oferecendo a ela a segurança necessária para qualquer escolha que fizer.

A disparidade na incidência de cesarianas entre o setor privado e o público é evidente, refletindo desigualdades socioeconômicas. Mulheres com maior escolaridade e recursos financeiros tendem a ter maior acesso à cesariana a pedido, enquanto aquelas de camadas socioeconômicas menos privilegiadas enfrentam obstáculos para fazer valer suas preferências. A legislação paulista reconhece o direito da parturiente de escolher sua via de parto, desde que respaldada por informações completas sobre os riscos e benefícios de cada opção, e apoiada pelo médico responsável.

Nesse contexto, cabe ao Estado reunir esforços para garantir condições técnicas e de infraestrutura adequadas para atender a essa demanda. A decisão sobre a via de parto deve ser embasada em critérios técnicos, levando em consideração não apenas aspectos físicos, mas também emocionais e subjetivos da paciente. É imperativo que as mulheres tenham acesso a serviços de saúde de forma esclarecida e eficaz, sendo tratadas como sujeitos capazes de tomar decisões informadas sobre sua própria saúde reprodutiva.

Além disso, a justiça social está intrinsecamente ligada à garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde, incluindo acompanhamento pré-natal, educação e apoio da equipe de saúde. Também, a gestão dos recursos orçamentários é crucial para organizar os serviços de saúde de maneira a atender adequadamente às necessidades da população, reconhecendo que a saúde psicológica também desempenha um papel fundamental na abordagem biopsicossocial da atenção à saúde materna.

No que tange às influências no processo decisório da via de parto, observou-se, com base nos artigos revisados, que existem tanto fatores socioeconômicos, como físicos e

subjetivos. Em respeito às constatações socioeconômicas, notou-se o impacto da raça e da classe social. As mulheres que mais têm acesso ao parto cesariana são as autodeclaradas brancas, de maior escolaridade, primíparas e em situação conjugal estável, enquanto as que mais morrem são as mulheres negras. Ademais foram elencados como fatores relatados pela parturientes como fundamento da escolha pela cesárea: a idade avançada, pretensão de realizar laqueadura, medo da dor, medo da dor prolongada, existência de cesárea anterior.

No que se refere a autonomia da gestante na relação médico/paciente, quando avaliado a via de parto (vaginal x abdominal), fonte de pagamento (público x privado) e de quem foi a decisão (parturiente x ambos x apenas o médico), constatou-se que o segmento em que menor é a autonomia da parturiente é no parto cesárea na rede pública, em contrapartida, o maior grau de autonomia seria na cesárea no setor privado. Repise-se que tais conclusões não levam ponderam as variantes que podem existir na relação médico/paciente, restringindo-se a interpretar a quantificação das respostas dadas (vide tabela 1 e 2).

Além disso, verificou-se que o medo de sofrer as condutas que são caracterizadas como violência obstétrica, também estão muito presentes, o que pode justificar o número maior de partos no sistema de saúde privado em relação ao público<sup>31</sup>

Por fim, constatou-se acerca da jurisprudência, que o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo tem aplicado a Lei 17.137/2019 de forma fidedigna às suas motivações e ao seu cerne, isto é, a garantia do respeito à autonomia da parturiente e o acesso gratuito ao procedimento eletivo, estabelecendo dois importantes precedentes.

---

<sup>31</sup>Conforme informações disponíveis no SISNASC Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, Disponível em <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos>. Acesso em: 01 de junho de 2024.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Sarah Pereira; KALIL, José Helvécio. Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 14, n. 2, 2016.
- BARCELLOS, L. G.; Souza, A. O. R. de; Machado, C. A. F. Cesariana: uma visão Bioética. *Rev. bioét.(Impr.)*. [Internet]. 1º de março de 2010 [citado 24º de abril de 2024];17(3). Disponível em: [http://www.revistaBioética.cfm.org.br/revista\\_Bioética/article/view/513](http://www.revistaBioética.cfm.org.br/revista_Bioética/article/view/513). Acesso em: 10 nov. 2023.
- BARBOZA, Heloisa Helena. Princípios da bioética e do biodireito. *Revista Bioética*, v. 8, n. 2, 2000.
- BARTLETT, Katharine. Métodos jurídicos feministas. In: SEVERI, Fabiana; CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer de; MATOS, Myllena Calasans de. *Tecendo fios das críticas feministas ao Direito no Brasil II Direitos humanos das mulheres e violências*, v. 01, Ribeirão Preto: FDRP-USP, 2020. E-book.
- BARTLETT, Katharine T. Feminist Legal Methods. *Harvard Law Review*, v. 103, n. 4, p. 829-888, fev. 1990. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1341478?seq=1>. Acesso em: 19 nov. 2023.
- BEAUVVOIR, Simone de. *O Segundo Sexo: fatos e mitos*, vol. 1 (1949). Tradução Sérgio Milliet. 3ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. *Principles of biomedical ethics*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 1989.
- BETRAN, Ana Pilar et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*, v. 6, n. 6, p. e005671, 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Atenção Materna e Neonatal: ANS disponibiliza dados importantes na saúde suplementar. [Brasília]: Ministério da Saúde, 8 dez. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/atencao-materna-e-neonatal-ans-disponibiliza-dados-importantes-na-saude-suplementar>. Acesso em: 1 jun. 2024.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.284, de 24 de maio de 2020. 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil/D.O.U.*, Brasília, 22 out. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.284-de-24-de-maio-de-2020-282527058>. Acesso em: 1 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Racismo faz mal à saúde. Morte de mães negras é duas vezes maior que de brancas, aponta pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 24 de nov. de 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/atencao-materna-e-neonatal-ans-disponibiliza-dados-importantes-na-saude-suplementar>. Acesso em: 1 jun. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Recomendação CFM nº 1/2016. Acesso em: [http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf). Acesso em: 20 abr. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.284, de 20 de outubro de 2020. Diário Oficial da União; República Federativa do Brasil, Seção 1, 24 mai. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 1.309.195 São Paulo. Relator: Min. Ricardo Lewandowski. Recre.(S): Mesa Diretora da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Recre.(A/S): Diretório Estadual do Partido Trabalhista Brasileiro - PTB. Brasília, 30 de junho de 2021.

CÂMARA, Raphael et al. Cesariana a pedido materno. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 43, p. 301-310, 2016.

CARDOSO, Priscila Oliveira; ALBERTI, Luiz Ronaldo; PETROIANU, Andy. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 427-435, 2010.

CASTAÑON, Gustavo Arja. Introdução à Epistemologia. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 2007.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva; ROCHA, Larissa; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; GREGÓRIO, Maria Vitória Regina Petters. Determinants of women's preference for cesarean section. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 24, n. 2, p. 336-343, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200336](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200336). Acesso em: 01 ago. 2023.

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Manual de ética em ginecologia e obstetrícia. Princípios bioéticos: A Autonomia, Não-Maleficência, Beneficência, Justiça e Eqüidade. [s.d.]. Disponível em: [https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=53](https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53). Acesso em: 29 abr. 2024.

DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina González. Bioética Feminista: a emergência da diferença. Revista Estudos Feministas, [S. I.], v. 6, n. 2, p. 255, 1998. DOI: 10.1590/%x. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12006>. Acesso em: 18 maio. 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.

ESPÍNOLA, Juan Pablo Segundo. Epistemologia. Enciclopédia Humanidades, 2023. Disponível em: <https://humanidades.com.br/epistemologia/>. Acesso em: 25 jan. 2024.

FARIA, José; et al. Cesariana a pedido materno. Artigo de Revisão. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 43, n. 4, jul.-ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>. Acesso em: 10 nov. 2023.

FEFERBAUM, Marina; QUEIROZ, Rafael Mafei Rabelo. Metodologia da pesquisa em direito: técnicas e abordagens para elaboração de monografias, dissertações e teses. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

FERREIRA, Letícia Cardoso; BRAGA, Ana Carolina Mendes. A "pergunta pela mulher" nas ciências criminais: contribuições da metodologia feminista para o campo do direito. v. 19, n. 32, p. 316-339, 2021.

FERRARI, José. A autonomia da gestante e o direito da cesariana a pedido. *Revista Bioética*, v. 17, n. 3, p. 473-495, 2009.

FIOCRUZ. Nascer no Brasil: a atenção pré-natal no Brasil. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 20 maio 2024.

FIIRST, Henderson. Hermenêutica e Biodireito: a crise da fundamentação da decisão jurídica na resposta constitucionalmente adequada às questões bioéticas. 2018. Tese (Doutorado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 5, p. 7-41, 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 10 abr. 2024.

HARDING, Sandra. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 8-9, 1993. Publicado originalmente como The Instability of the Analytical Categories of Feminist Theory em *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, v. II, n. 24, Summer, 1986, p. 645-664.

HARDING, Sandra. ¿Existe un método feminista?. In: HARDING, Sandra (ed.). *Feminism and Methodology*. Indianapolis: Indiana University Press, 1987.

HARDING, Sandra. Objetividade mais forte para ciências exercidas a partir de baixo. Stronger Objectivity for Sciences From Below. Tradução de Rebeca Furtado de Melo. *Revista Em Construção*, n. 5, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/emconstrucao/issue/view/2010>. Acesso em: 7 jun. 2019.

HARRIS, Angela P.; GOMES, Camilla de Magalhães; CONCEIÇÃO, Ísis Aparecida. Raça e essencialismo na Teoria Feminista do Direito. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 10, n. 2, p. 42-73, 2020.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S5-S5, ago. 2014.

LEITÃO, F. J. C. Autonomia da mulher em trabalho de parto. [Dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2010. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/12422498.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.

LUMERTZ, Eduardo Só dos Santos; MACHADO, Gyovanni Bortolini. Bioética e Biodireito: origem, princípios e fundamentos. *Revista do Ministério Público do RS*, Porto Alegre, n. 81, set./dez. 2016, p. 107-126.

MATHIAS, Ana Eliza Rios de Araújo et al. Mensuração da dor perineal no pós-parto vaginal imediato. *Revista Dor*, v. 16, p. 267-271, 2015.

MENEZES, Pedro. Bioética. Toda Matéria, [s.d.]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/Bioética/>. Acesso em: 8 abr. 2024.

MERIGHI, Míriam Aparecida Barbosa; GONÇALVES, Roselane; RODRIGUES, Isabela Granghelli. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, p. 775-779, 2006.

NARVAZ, M.; KOLLER, S. H. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006.

NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M. H. B. de M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 3, p. 557-565, jun. 2011.

OLIVEIRA, Fátima. Saúde da população negra: Brasil, ano 2001. Ed. 1. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081.pdf#page=35>. Acesso em: 30 maio 2024.

OLIVEIRA, Rosa Maria Rodrigues de. Para uma crítica da razão androcêntrica: gênero, homoerotismo e exclusão da ciência jurídica. *Revista Seqüência*, n. 48, p. 41-72, jul. 2004.

PEREIRA, Rosa Inês Costa; CECATTI, José Guilherme; DE OLIVEIRA, Amaury Sanchez. Dor no trabalho de parto: fisiologia e o papel da analgesia peridural. *Revista de Ciências Médicas*, v. 7, n. 3, 1998.

SARDENBERG, Cecilia Maria Bacellar. Da crítica feminista à ciência a uma ciência feminista? Salvador, Bahia: REDOR/NEIM-FFCH/UFBA, 2002. 320 p. (Coleção Bahianas; v. 8).

SÃO PAULO. Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html#:~:text=Garante%20%C3%A0%20parturiente%20a%20possibilidade,quando%20escolhido%20o%20parto%20normal>. Acesso em: 22 nov. 2023.

SÃO PAULO. Projeto de lei nº 435 de 2019. Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acesso em: 22 nov. 2023.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. Ação direta de inconstitucionalidade nº 2188866-94.2019.8.26.0000, acórdão em Órgão Especial do Tribunal de Justiça de São Paulo, São Paulo, SP, 1º de julho de 2020.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Procedimento Comum Cível - Indenização por Dano Moral nº 1037991-33.2020.8.26.0053. Requerente: Thalita Regina Cisoto dos Santos Menezes e outro. Requerido: Fazenda Pública do Estado de São Paulo. Juíza de

Direito: Patricia Persicano Pires. São Paulo, 20 de setembro de 2022. Disponível em: Pasta Digital ([tjsp.jus.br](http://tjsp.jus.br)). Acesso em: 29 maio 2024.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Procedimento Comum Cível - Indenização por Dano Moral nº 1004395-48.2023.8.26.0281. Requerente: Claudineia Aparecida Paulino. Requerido: Santa Casa de Misericórdia de Itatiba e outro. Juíza de Direito: Renata Heloisa da Silva Salles. Itatiba, 19 de fevereiro de 2024. Disponível em: Pasta Digital ([tjsp.jus.br](http://tjsp.jus.br)). Acesso em: 29 maio 2024.

SOARES, André Marcelo M.; PIÑEIRO, Walter Esteves. Bioética e Biodireito: Uma Introdução. Coleção Gestão em Saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

TAVARES, N. V. da S. et al. Factors that influence the occurrence of perineal laceration in birth. Research, Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 4, p. e33111425245, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.25245. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25245>. Acesso em: 5 jun. 2024.

TESSER, Gelson João. Principais linhas epistemológicas contemporâneas. Educ. rev., Artigos de Demanda Contínua, dez. 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/RqVtSyMvVkrCQVGtbxKYZpt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.131>. Acesso em: 11 nov. 2023.

VIEIRA, Sonia. Ética e metodologia na pesquisa médica. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 5, p. 241-245, 2005.

ZULOAGA, Claudia. La metodología feminista: La importancia de su aplicación en el Derecho. CEMERI, 12 set. 2022. Disponível em: <https://cemeri.org/pt/art/a-metodologia-feminista-aplicacion-derecho-eu>. Acesso em: 8 jun. 2023.

## ANEXOS

**Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fornecido pela SOGESP - Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo. Disponível em:**  
[sogesp.com.br/media/1164/pmanexoiitclecfm.pdf](http://sogesp.com.br/media/1164/pmanexoiitclecfm.pdf)

***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)***

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), \_\_\_\_\_ (nacionalidade), portadora do RG \_\_\_\_\_ e inscrita no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na \_\_\_\_\_, (cidade) / \_\_\_\_\_ (estado), declaro para os devidos fins **minha decisão de realizar PARTO CESÁREO**.

Declaro ter ciência de que o parto normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação conforme descrito pela literatura médica.

Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a).\_\_\_\_\_, CRM/SP \_\_\_\_\_ que que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe e o bebê, sendo os mais comuns infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea) e ainda de que, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro estar ciente da necessidade de procedimento anestésico para a realização da cesárea, o que envolve riscos inerentes ao procedimento, inclusive em situações excepcionais poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.

Declaro ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de queiloide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e, independem da habilidade do meu médico, visto que dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, de acordo com a literatura médica, devendo ocorrer entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias, visando a completa maturidade do feto.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido minha decisão de realizar parto cesárea.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável e a outra, com a gestante.

Cidade, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura da gestante

---

Assinatura do obstetra

---

(nome, assinatura e RG da testemunha)

---

(nome, assinatura e RG da testemunha)

Anexo B -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fornecido pela Unimed. Disponível em:[www2.unimedgv.com.br/arquivos/termos/7\\_Ginecologia/2 PARTO CESARIANA.pdf](http://www2.unimedgv.com.br/arquivos/termos/7_Ginecologia/2 PARTO CESARIANA.pdf)



**DECLARO** que tive conhecimento de toda a legislação citada no decorrer do presente termo, a qual segue abaixo transcrita:

**Código de Ética Médica - Art. 22.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

**Art. 34.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º** - O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**RN nº 368/2015 da ANS:** Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

**DECLARO** estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente.

**DECLARO** que me foi igualmente apresentada a CARTA DE INFORMAÇÕES À GESTANTE, documento integrante do CARTÃO DA GESTANTE, consoantes regras previstas na RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 368, DE 6 DE JANEIRO DE 2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

**DECLARO** ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente, tendo ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

**Finalmente, declaro ter sido informada a respeito de todas as minhas dúvidas e questionamentos, através de linguagem clara e acessível.**

**Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para realização de PARTO CESÁREA.**

Governador Valadares - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass. Paciente  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente  
Nome: \_\_\_\_\_  
CRM-MG: \_\_\_\_\_

Ass. Testemunha  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Testemunha  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

**■ Termo de consentimento livre e esclarecido**  
**Parto Cesáriana**



Eu, \_\_\_\_\_, portadora do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrita no CPF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na Rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, na qualidade de paciente e beneficiária do plano de saúde Unimed, DECLARO, para todos os fins legais, que optei espontaneamente pela realização do procedimento cirúrgico de “PARTO CESÁRIANA”, dando plena autorização ao médico assistente Dr (a). \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CRM-MG \_\_\_\_\_ e à equipe de enfermagem do Hospital \_\_\_\_\_ para executarem o procedimento supracitado, bem como todas as técnicas e condutas necessárias que tal tratamento médico possa requerer, inclusive anestesias, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

**DECLARO** ainda, que o(a) médico(a) acima referido, em atendimento ao disposto nos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica, ao art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e à Resolução Normativa (RN) nº 368/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, apresentou-me os benefícios do parto vaginal como melhor via de parto em condições normais de gestação, prestando-me informações detalhadas sobre o Parto Cesárea, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** é realizada através de incisão (corte) no abdome inferior, sob anestesia (geral, raquianestesia, peridural ou combinação das mesmas), havendo pequenas variações de técnica cirúrgica para cada profissional, com duração aproximada de 30 a 60 minutos. Geralmente indicada durante o trabalho de parto, em que o parto transcorreria sem sucesso, porém pode ser indicada com antecedência, visto as eventuais intercorrências que possam acontecer no final da gestação.

**COMPLICAÇÕES:** A cesárea representa, em condições normais, maior risco para a mãe sendo os mais comuns: hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue, infecção da ferida operatória (corte da cesárea) e trato urinário (pela passagem de sonda vesical para drenagem da urina da bexiga) e ainda, cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de queleido (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do médico, visto que, dependem das características individuais de cada paciente. Por se tratar de um procedimento cirúrgico, as primeiras 24 horas após a cesariana são mais dolorosas, sendo necessário o uso de medicações mais potentes para a dor. Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

**Infecção relacionada à assistência à saúde**

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

**CBHPM - 3.13.09.05.4**

**CID - O80.9**

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fornecido pela Promatre. Disponível em: [promatre.com.br/wp-content/uploads/2021/05/Consentimento-Parto.pdf](http://promatre.com.br/wp-content/uploads/2021/05/Consentimento-Parto.pdf)



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

O objetivo deste Termo de Esclarecimento e Consentimento Informado, utilizado pela **PRO MATER PAULISTA**, é esclarecer os procedimentos médicos que ocorrerão por ocasião do seu parto, sendo que você deve discutir todas as suas dúvidas com seu médico antes de assiná-lo.

Além disto, o Hospital e seus funcionários se colocam à total disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos necessários.

É dever da paciente expressar se compreendeu as orientações e informações recebidas. De todo modo, queremos ter certeza se foi suficientemente esclarecida pelo médico e compreendeu o diagnóstico, riscos e objetivos, além de todas as questões aqui mencionadas, tudo isso, para que possamos contribuir e alcançar o melhor resultado para a saúde e bem estar da paciente e feto/recém-nascido.

**Paciente:**

**Cédula de Identidade:**

**Estado Civil:**

**Nacionalidade:**

**Profissão:**

**Endereço:**

**Cidade:**

**Telefone:**

que daqui em diante será simplesmente denominada paciente:

Este Termo de Consentimento Informado se refere ao parto a que será submetida, e tem por finalidade esclarecer/explicar a natureza deste procedimento, suas consequências e riscos, bem como após sua compreensão de todos os termos e ciência, autorizar que seja realizado o procedimento.

Declaro que:

1. Recebi explicações e eu entendi que por estar grávida e para que meu(s) filho(s) ou filha(s) possa(m) nascer devo me submeter a um procedimento de parto por via vaginal ou cesárea a ser realizado pela equipe médica e de enfermagem do Hospital; e também que não existe procedimento médico isento de riscos, mesmo com o uso das melhores técnicas médicas.

a. Fui esclarecida que a medicina não é uma ciência exata e, ainda que o médico e sua equipe tenham o máximo de cuidado, sempre há a possibilidade de problemas não desejados (intercorrências), razão pela qual o meu médico me informou que durante o trabalho de parto, parto e pós-parto podem ocorrer situações que fogem ao controle absoluto do médico, descritas a seguir.

b. Em face de razões decorrentes da natureza e que não podem ser alteradas pelo médico, ou pelo Hospital, o recém-nascido poderá ser prematuro, mal formado ou sofrer de alguma doença, que poderá determinar dificuldades de nascimentos ou sequelas.

2. Estou plenamente ciente e de acordo que a opção pela realização do PARTO NORMAL ou PARTO CESÁREA é uma decisão que deve ser tomada pela parturiente em conjunto com o seu médico obstetra:

2.1 Se **PARTO NORMAL**, o bebê passará pelo local que se chama trajeto pélvico, ou seja, sairá do útero, passando pelo canal vaginal até a sua saída pela vulva para o exterior do corpo. Esta passagem ocorre pelas contrações (cólicas) do útero, num processo que dura em média de 6 a 10 horas.

a. Durante este tempo, frequentemente a equipe hospitalar auscultará os batimentos cardíacos do bebê para verificar se este está bem. Também, após a ruptura da bolsa, verificarão a cor do líquido amniótico (água que envolve o bebê dentro do útero). Ao mesmo tempo, os médicos e a equipe de enfermagem deverão controlar o estado de saúde da mãe. Caso seja necessário, os médicos poderão utilizar um instrumento chamado fórceps que irá ajudar no nascimento da cabeça do bebê, e ainda que manejado com todo o cuidado, pode provocar ferimentos no recém-nascido, sendo que na grande maioria dos casos, cicatrizam rapidamente, podendo, em casos raros, haver problemas mais graves.

b. Também fui informada de que em se tratando de parto normal poderá ser realizado, a critério do médico assistente, um corte na minha vagina e vulva (parte externa da vagina) chamado de episiotomia, para ajudar na saída do bebê. Este procedimento poderá eventualmente apresentar complicações consistentes em sangramentos, hematomas ("manchas arroxeadas na pele"), pontos inflamados com recuperação dolorosa ou infecção, que, na grande maioria dos casos, são superados após o tratamento.

c. Ainda como intercorrência pouco frequente do parto normal que pode ocorrer é a fratura da clavícula do recém-nascido, em casos de difícil extração fetal e que, na grande maioria dos casos, se restabelece em poucos dias apenas com imobilização local e, via de regra, sem deixar sequelas.

d. Fui informada que a passagem do feto (bebê) pelo canal do parto pode determinar lesões da bexiga, reto, ânus, esfíncteres interno e externo. Estas lesões, em casos raros, podem levar a incontinência urinária (dificuldade de controlar a urina) e/ou fecal a curto, médio ou longo prazo. Podem também determinar prolapsos uterino, "queda" da bexiga e ou do reto (saída da bexiga, reto ou do útero pela vagina). Muitas vezes também, se nota um alargamento da vagina.

Eventualmente, durante o parto poderá ser modificada a expectativa de um parto vaginal para uma cesariana, dependendo da indicação médica.

3. As **complicações** mais comuns do parto, seja ele cesariana, seja ele normal, incluem hemorragia e infecção.

- a. Hemorragias antes, durante ou após o parto por lacerações do trajeto pélvico ou por atonia uterina (falta de contração do útero) podem levar em situação na qual a equipe médica pode decidir que seja necessária uma intervenção de emergência para a retirada do útero para sua contenção, mesmo em uma mulher jovem e que deseje mais filhos, com o fim de preservar a vida da paciente.
- b. Mesmo com todos os cuidados de assepsia, infecções podem ocorrer, acarretando aumento do período de internação e, em casos extremamente raros, trazer complicações mais sérias.
- c. No período pós-operatório, há a possibilidade rara de complicações, tais como: problemas respiratórios, abertura da incisão (corte), aderências pós-operatórias (situação essa em que um órgão pode aderir em outro, eventualmente dificultando alguma cirurgia futura), inflamações com abscessos (formação de pus) entre outros, sendo que, se isto ocorrer, será necessário a submeter-me a acompanhamento médico e tratamento específico por um período que não se pode precisar. Ainda, em decorrência de anormalidades placentárias poderão, raramente, ocorrer resíduos placentários, identificáveis em período posterior ao parto, o que eventualmente poderá exigir uma intervenção para sua remoção.
- d. Existe a possibilidade rara de ocorrer placenta prévia, situação esta em que a placenta está à frente do bebê, obstruindo o canal de parto e ainda posições anômalas do bebê, como a posição pélvica, ou transversal do feto. Ocorrendo estas hipóteses, pode haver complicações no parto, com a possibilidade de aumento nas intercorrências relativas ao recém-nascido, que neste caso, se devem a fatores da natureza que tornam o trabalho de parto mais complexo, e sujeitos a um prazo maior de recuperação da mãe, e a possíveis traumas no recém-nascido.

3.1. Se, no entanto, a critério médico, for necessária a realização de uma cirurgia chamada **CESARIANA**, os médicos farão um corte na barriga (parede abdominal) chamada de laparotomia para a retirada do bebê. Desta cirurgia resultará em uma cicatriz visível que poderá ser transversal ou longitudinal ao meu corpo dependendo da indicação médica para tal, levando-se em conta o risco e a urgência no momento da realização na cirurgia.

- a. Como ocorrência rara na cesariana, temos ainda a possibilidade de lesão na bexiga, que demandará uso de sonda vesical por período variável de alguns dias e eventual formação de fistulas, que consistem em uma abertura entre a bexiga e o útero e que, porventura, irão demandar em tratamento cirúrgico posterior para sua correção.

#### b. CESARIANA A PEDIDO

Em respeito ao princípio ético da autonomia, do qual resulta que cada pessoa é livre de tomar as decisões que achar melhor para si, dentro dos limites, ética e juridicamente aceitáveis, que são previstos nos artigos 22 e 24 do Código de Ética Médica, e na premissa, de que decisão da paciente resulta de uma deliberação informada e de uma escolha esclarecida. O princípio da autonomia requer que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças, e pressupõe conhecimentos e informação, sendo que me foram esclarecidos todos os dados sobre os procedimentos relativos a cesariana a

pedido e a opção do parto pela via vaginal, pela equipe médica e/ou meu médico a cesárea foi por mim considerada a melhor opção, entre as alternativas relacionadas. Declaro que esta minha decisão não foi influenciada por meu médico ou qualquer integrante do corpo clínico desta instituição.

Ciente \_\_\_\_\_

#### c. LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL

A cirurgia de laqueadura tubária bilateral é destinada à mulher que tenha certeza de que não deseja engravidar em caráter definitivo, visto haver uma decisão amadurecida neste sentido. Deverá ter sido combinada previamente entre a paciente, seu cônjuge ou companheiro, e o médico assistente. Declara a paciente estar ciente da existência de outros métodos anticoncepcionais, como pílulas anticoncepcionais, contraceptivos injetáveis, preservativos, DIU, adesivos, implantes, anel vaginal, gel espermicida dentre outros. Declara a paciente e seu cônjuge estar plenamente ciente de que essa cirurgia, embora irreversível, PODE FALHAR, RESULTANDO EM NOVA GRAVIDEZ. Não está excluída a possibilidade de gravidez ectópica, fora do útero.

Ciente \_\_\_\_\_

4. Em relação à **ANALGESIA E ANESTESIA**, fui informada que o parto normal pode ser feito com anestesia, e que a cesariana sempre necessita de anestesia, sendo que será avaliada pelo serviço de anestesiologia, que escolherá dentre as técnicas existentes qual é a que melhor se ajusta ao meu caso, podendo ser geral, raquidiana, ou peridural, a critério do médico anestesiologista. Será entregue um termo de esclarecimento específico para ciência dos procedimentos anestésicos.

5. Sobre o medicamento oxicocina, em regra geral, é usado para corrigir a dinâmica do trabalho de parto sob a responsabilidade do médico obstetra, ou seja, a administração deste fármaco pode corrigir falhas na contração uterina e consequentemente ajudar na dilatação do colo uterino. Poderá ou não ser utilizado após a avaliação do médico responsável.

A Pro Matre Paulista não recomenda o seu uso indiscriminado no período antes do parto, porém, após o nascimento do bebê e saída da placenta, este medicamento é administrado para se evitar o risco de hemorragia puerperal, que, dependendo da intensidade, representaria risco de óbito materno.

6. A placenta, as membranas e o cordão umbilical, após o nascimento da criança são examinados e desprezados. Eventualmente a equipe médica poderá solicitar exames específicos deste material juntamente ao Serviço de Patologia, procedimento este que autorizo que seja feito, se necessário. Caso a mãe queira levar a placenta para casa, deverá manifestar seu desejo perante a coordenação de enfermagem. Este hospital não dispõe de equipamento para armazenamento da placenta ou anexos. Cumpre esclarecer que qualquer comercialização de tecido placentário é terminantemente vedada pela legislação vigente.

7. Nos casos de a mãe desejar o serviço de coleta de células tronco, este deverá ser solicitado ao Hospital, previamente à internação, mediante o formulário próprio.

8. Sobre as acompanhantes do parto, chamadas doulas, informamos que este Hospital não dispõe deste tipo de profissional no seu quadro de funcionários. A eventual contratação de uma doula é uma decisão da paciente. Deste modo, o Hospital não tem qualquer responsabilidade sobre esta profissional e seus atos. A doula não deve intervir nos atos e recomendações médicas, sob nenhuma hipótese.

9. Estou ciente de que deverei seguir, durante o período de internação e após a alta hospitalar, todas as recomendações e prescrições médicas que me forem dadas, inclusive verbalmente, sob pena de em não as seguindo, provocar danos à minha saúde e de meu filho(a), em especial quanto aos:

- a. Cuidados a serem tomados na região do corte da cesariana, quanto a limpeza, e higienização.
- b. Cuidados gerais (p. ex: não realizar exercícios físicos, não ter exposição ao sol, não coçar a parte submetida a cirurgia, realizar curativos, proteger no banho, entre outros).
- c. Estou ciente que caso note um agravamento em qualquer sintoma que me pareça decorrente do parto ou no meu bebê, devo entrar em contato imediatamente com o meu médico ou o pediatra e agendar uma nova consulta para uma avaliação.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas aos procedimentos, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura, e li detalhadamente este termo, que me foi dado antes de sua realização.

Após ler cuidadosamente este documento, tive a oportunidade de perguntar e esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao procedimento e suas intercorrências, as quais me foram esclarecidas, tomando a decisão do tratamento em conjunto com meu (minha) médico (a), assim como fui sincera e exata na declaração dos meus antecedentes clínicos, autorizando assim, que o médico (a) realize os procedimentos descritos conforme seu julgamento técnico, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis para a realização de meu parto, via normal ou cesariana, inclusive quanto a aplicação de transfusão de sangue, se for necessária.

---

Assinatura da Paciente

**PREENCHIMENTO MÉDICO:**

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para a paciente o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas possíveis para seu parto, em face de sua situação clínica, e de seus antecedentes, bem como a importância de que as informações acima fornecidas sejam corretas e verdadeiras.

NOME: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

---

---

**SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E RISCO DE MORTE IMINENTE ou DANO IRREVERSÍVEL**

Em decorrências de situações graves de extrema urgência, em que não foi possível fornecer à paciente, seu cônjuge e/ou responsável, todas as informações necessárias ao perfeito entendimento e compreensão deste documento no período anterior à internação nesta unidade, ficam registrados em prontuário médico os procedimentos e terapias necessárias adequadas à melhor prática médica, que preferencialmente deverá ser fornecido à paciente, seu cônjuge e/ou responsável em período posterior para conhecimento e consentimento.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Médico - CRM \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS:**

1) \_\_\_\_\_

Nome completo:

RG:

2) \_\_\_\_\_

Nome completo:

RG:

---

---

Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fornecido pela Maternidade Santa Joana. Disponível em: [santajoana.com.br/site/wp-content/uploads/2021/03/TERMO-CONSENTIMENTO-PARTO-SANTA-JOANA-1-1.pdf](http://santajoana.com.br/site/wp-content/uploads/2021/03/TERMO-CONSENTIMENTO-PARTO-SANTA-JOANA-1-1.pdf)



2. Em face de razões decorrentes da natureza e que não podem ser alteradas pelo médico, ou pelo Hospital, o recém-nascido poderá ser prematuro, mal formado ou sofrer de alguma doença, que poderá determinar dificuldades de nascimentos ou seqüelas.

3. Estou plenamente ciente e de acordo que a opção pela realização do PARTO NORMAL ou PARTO CESÁREA é uma decisão que deve ser tomada pela parturiente em conjunto com o seu médico obstetra.

#### **PARTO NORMAL**

4. Se **PARTO NORMAL**, o bebê passará pelo local que se chama trajeto pélvico, ou seja, sairá do útero, passando pelo canal vaginal até a sua saída pela vulva para o exterior do corpo. Esta passagem ocorre pelas contrações (cólicas) do útero, num processo que dura em média de 6 a 18 horas ou mais.

a. Durante este tempo, frequentemente a equipe hospitalar auscultará os batimentos cardíacos do bebê para verificar se este está bem. Também, após a ruptura da bolsa, verificarão a cor do líquido amniótico (água que envolve o bebê dentro do útero). Ao mesmo tempo, os médicos e/ou a equipe de enfermagem deverão controlar o estado de saúde da mãe. Caso seja necessário, os médicos poderão utilizar um instrumento chamado fórceps ou vácuo-extrator que irá ajudar no nascimento do bebê e, ainda que manejados com todo o cuidado, podem provocar ferimentos no recém-nascido, sendo que na grande maioria dos casos, cicatrizam rapidamente, podendo, em casos raros, haver problemas mais sérios.

b. Também fui informada de que em se tratando de parto normal poderá ser realizado, a critério do médico assistente, um corte na minha vagina e vulva (parte externa da vagina) chamado de *episiotomia*, para ajudar na saída do bebê. Estima-se que a necessidade de episiotomia seja em torno de 10 a 20% dos partos. Este procedimento poderá eventualmente apresentar complicações consistentes em sangramentos, hematomas (manchas arroxeadas na pele), pontos inflamados com recuperação dolorosa ou infecção, que, na grande maioria dos casos, são superados após o tratamento. Pela passagem do bebê pelo canal de parto poderão ocorrer lacerações na pele e mucosa vaginal, ocorrências comuns que, geralmente, cicatrizam em poucos dias. A incidência de lacerações é estimada em torno de até 25% dos partos, sendo que em casos mais sérios poderá provocar hemorragia.

c. Ainda como intercorrência pouco frequente do parto normal que pode ocorrer é a fratura da clavícula do recém-nascido em casos de difícil extração fetal e que, na grande maioria dos casos, se restabelece em poucos dias apenas com imobilização local e, comumente, sem deixar sequelas.

d. Fui informada que a passagem do feto (bebê) pelo canal do parto materno pode determinar lesões da bexiga, reto, ânus, esfíncteres interno e externo. Estas lesões, em casos raros, podem levar a incontinência urinária (dificuldade de controlar a urina) e/ou fecal a curto, médio ou longo prazo. Podem também determinar prolapsos uterino, “queda” da bexiga e/ou do reto (saída da bexiga, reto ou do útero pela vagina). Muitas vezes também, se nota um alargamento da vagina.



Eventualmente, durante o parto poderá ser modificada a expectativa de um parto vaginal para uma cesariana, a depender da indicação médica.

#### **PARTO CESÁREA**

5. Se, no entanto, a critério médico, for necessária a realização de uma cirurgia chamada **CESARIANA**, os médicos farão um corte na barriga (parede abdominal) chamada de laparotomia para a retirada do bebê. Desta cirurgia resultará em uma cicatriz visível que poderá ser transversal ou longitudinal ao meu corpo dependendo da indicação médica para tal, levando-se em conta o risco e a urgência no momento da realização na cirurgia.

a. Como ocorrência rara na cesariana, temos ainda a possibilidade de lesão na bexiga, que demandará uso de sonda vesical por período variável de alguns dias e eventual formação de fistulas, que consistem em uma abertura entre a bexiga e o útero ou abdome e que, porventura, irão demandar tratamento cirúrgico posterior para sua correção. Ainda muito raramente poderão ocorrer lesões intestinais, geralmente associadas à cirurgias anteriores e aderências.

b. Sobre a *cesariana a pedido*, em respeito ao princípio ético da autonomia, do qual resulta que cada pessoa é livre de tomar as decisões que achar melhor para si, dentro dos limites, ética e juridicamente aceitáveis que são previstos no Código de Ética Médica, e na premissa de que decisão da paciente resulta de uma deliberação informada e de uma escolha esclarecida. O princípio da autonomia requer que o médico respeite a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças, e pressupõe conhecimento e informação, sendo que me foram esclarecidos todos os dados sobre os procedimentos relativos à *cesariana a pedido* e a opção do parto pela via vaginal, pela equipe hospitalar e/ou meu médico e a cesárea foi por mim considerada a melhor opção, entre as alternativas relacionadas.

Declaro que esta minha decisão não foi influenciada por meu médico ou qualquer integrante do corpo clínico desta Instituição.

#### **Ciente e de acordo**

6. As complicações mais comuns do parto, seja ele cesariana, seja ele normal, incluem hemorragia e infecção, dentre outras.

a. Hemorragias antes, durante ou após o parto por lacerações do trajeto pélvico ou por atonia uterina (falta de contração do útero) podem levar em situação na qual a equipe médica pode decidir que seja necessária uma intervenção de emergência para a retirada do útero para sua contenção, mesmo em uma mulher jovem e que deseje mais filhos, com o fim de preservar a vida da paciente.

b. Mesmo com todos os cuidados de assepsia, infecções podem ocorrer, acarretando aumento do período de internação e, em casos extremamente raros, trazer complicações mais sérias, como inclusive a medida extrema da necessidade de remoção do útero, mesmo em pacientes que ainda desejam engravidar.

c. No período pós-operatório, há a possibilidade rara de complicações, tais como: problemas respiratórios, embolia pulmonar, trombose, abertura da incisão (corte), aderências pós-operatórias (situação essa em que um órgão pode aderir em outro, eventualmente dificultando alguma cirurgia futura), inflamações com abscessos (formação de pus) entre outros, sendo que,



Santa Joana

Hospital e Maternidade

se isto ocorrer, será necessário submeter-me a acompanhamento médico e tratamento específico por um período que não se pode precisar. Ainda, em decorrência de anormalidades placentárias poderão, raramente, ocorrer retenção de resíduos placentários, identificáveis em período posterior ao parto, o que eventualmente poderá exigir uma intervenção para sua remoção.

d. Existe a possibilidade infrequente de ocorrer placenta prévia, situação esta em que a placenta está à frente do bebê, obstruindo o canal de parto total ou parcialmente, e ainda posições anômalas do bebê, como a posição pélvica, ou transversal do feto. Ocorrendo estas hipóteses, pode haver complicações no parto, com a possibilidade de aumento nas intercorrências relativas ao recém-nascido e à parturiente, que neste caso, se devem a fatores da natureza que tornam o trabalho de parto mais complexo, sujeitos a um prazo maior de recuperação da mãe e a possíveis traumas no recém-nascido.

e. A literatura médica descreve a possibilidade rara de ocorrer traumas no bebê relacionados ao parto, como lacerações acidentais e fraturas decorrentes de dificuldades na extração fetal. Eventualmente, essas intercorrências, embora muito pouco frequentes, podem necessitar de reparação e prolongar o período de internação. (American Jornal of Obstetrics and Gynecology (2004) 191, 1673-7; American Jornal of Obstetrics and Gynecology (2006) 108, 885-90).

f. Durante o trabalho de parto podem surgir situações emergenciais e inesperadas que eventualmente podem comprometer a vitalidade fetal sem tempo suficiente para realização de cesariana com anoxia ou hipoxia fetal e até mesmo morte do bebê, como prolapso de cordão umbilical, hemorragias maternas, descolamento prematura da placenta, rotura uterina, hipotensão materna dentre outras causas, apenas a exemplificar.

g. Sobre a cirurgia de *laqueadura tubária bilateral*, esta é destinada à mulher que tenha certeza de que não deseja engravidar em caráter definitivo visto haver uma decisão amadurecida neste sentido. Deverá ter sido combinada previamente entre a paciente, seu cônjuge ou companheiro, e o médico assistente durante o pré-natal.

Declara a paciente estar ciente da existência de outros métodos anticoncepcionais, como pílulas anticoncepcionais, contraceptivos injetáveis, preservativos, DIU, adesivos, implantes, anel vaginal, gel espermicida dentre outros. Declara ainda a paciente e seu cônjuge, estar plenamente cientes de que essa cirurgia, embora irreversível, PODE FALHAR, RESULTANDO EM NOVA GRAVIDEZ, mesmo com a execução técnica correta. Não está excluída a possibilidade de gravidez ectópica, fora do útero.

**Ciente e de acordo** \_\_\_\_\_

7. Em relação à **ANALGESIA E ANESTESIA**, fui informada que o parto normal pode ou não ser feito com anestesia, e que a cesariana sempre necessita de anestesia, sendo que será avaliada pelo serviço de anestesiologia, que escolherá dentre as técnicas existentes qual é a que melhor que se a ajusta ao meu caso, podendo ser geral, raquidiana, peridural ou combinada, a critério do médico anestesiologista. Será entregue um termo de esclarecimento específico para ciência dos procedimentos anestésicos.

8. Sobre o medicamento Ocitocina®, em regra geral, é usado para corrigir a dinâmica do trabalho de parto sob a responsabilidade do médico obstetra, ou seja, a administração deste fármaco pode corrigir falhas na contração uterina e consequentemente ajudar na dilatação do colo



uterino e nascimento do bebê. Poderá ou não ser utilizado após a avaliação do médico responsável.

O Hospital e Maternidade Santa Joana não recomenda o seu uso indiscriminado no período antes do parto, porém, após o nascimento do bebê e saída da placenta, este medicamento é administrado para se evitar o risco de hemorragia puerperal, que, dependendo da intensidade, representaria risco de óbito materno.

9. A placenta, as membranas e o cordão umbilical, após o nascimento da criança serão examinados e desprezados. Eventualmente a equipe médica poderá solicitar exames específicos deste material juntamente ao Serviço de Patologia, procedimento este que autorizo que seja feito, se necessário. Caso haja a necessidade da coleta de outros materiais, autorizo o exame anatomo-patológico, assim como citopatológico e cultura: de material, peças cirúrgicas, órgão, amostra de tecido, fluidos corpóreos, autópsias ou imuno-histoquímica solicitados pelo médico(a) e/ou equipe que acompanha meu caso. (Resolução CFM nº 2.169 de 30 de outubro de 2017).

**LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CIRÚRGICA DR. FERDINANDO Q. COSTA LTDA.**

Rua Doutor José de Queirós Aranha, 376 – Aclimação/SP – CEP: 04106-062  
Diretor Técnico: Dr. Ricardo Borges da Costa – CRM 53736

**SALOMÃO E ZOPPI SERVIÇOS MÉDICOS E PARTICIPAÇÕES S/A**

Avenida Carinás, 635 – Moema/SP – CEP: 04086-011  
Diretor Técnico: Dr. Gianfranco Zampieri – CRM 43268

**GIP MEDICINA DIAGNÓSTICA S/A – FEMME LABORATÓRIO DA MULHER**

Rua Afonso Freitas, 188 – Paraíso/SP – CEP: 04006-050  
Diretor Técnico: Dr. Rogério Ciarcia Ramires – CRM 76530

**DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S/A – DASA (GeneOne)**

Avenida Juruá, 434 – Alphaville – Barueri/SP – CEP: 06455-010  
Diretor Técnico: Dra. Marcia Simões Cortinhas – CRM 91809

Declara a paciente estar ciente que o material coletado durante o procedimento foi encaminhado para o laboratório acima assinalado.

Ciente \_\_\_\_\_

- O paciente tem o direito de optar pela realização de seu exame em laboratório da sua escolha, devendo, nesse caso, receber orientações para que ele próprio possa providenciar esse encaminhamento, assinando um respectivo termo de responsabilidade. (Resolução nº 20, de 10 de abril de 2014, da Anvisa).

- Caso a mãe queira levar a placenta para casa, deverá manifestar seu desejo perante a coordenação de enfermagem. Este hospital não dispõe de equipamento para armazenamento da placenta ou anexos. Cumpre esclarecer que qualquer comercialização de tecido placentário é terminantemente vedada pela legislação vigente.

10. Nos casos de a mãe desejar o serviço de *coleta de células tronco*, este deverá ser solicitado ao Hospital, previamente à internação, mediante formulário próprio.



Santa Joana

Hospital e Maternidade

11. Sobre as acompanhantes do parto, chamadas doulas, informamos que este Hospital não dispõe deste tipo de profissional no seu quadro de funcionários. A eventual contratação de uma doula é uma decisão da paciente. Desse modo, o Hospital não tem qualquer responsabilidade sobre esta profissional e seus atos. A doula não deve intervir nas ações e recomendações médicas sob nenhuma hipótese.

12. Estou ciente de que deverei seguir, durante o período de internação e após a alta hospitalar, todas as recomendações e prescrições médicas que me forem dadas, inclusive verbalmente, sob pena de em não as seguindo, provocar danos à minha saúde e de meu filho(a), em especial quanto aos:

a. Cuidados a serem tomados na região do corte da cesariana ou episiotomia, quanto a limpeza, e higienização.

b. Cuidados gerais (ex.: não realizar exercícios físicos, não ter exposição ao sol, não coçar a parte submetida a cirurgia, realizar curativos, proteger no banho, entre outros).

c. Estou ciente que caso note um agravamento em qualquer sintoma que me pareça decorrente do parto ou no meu bebê, devo entrar em contato imediatamente com o meu médico ou o pediatra e agendar uma nova consulta para uma avaliação ou retornar imediatamente ao Hospital.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas aos procedimentos, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura, e li detalhadamente este Termo, que me foi dado antes de sua realização.

Após ler cuidadosamente este documento, tive a oportunidade de perguntar e esclarecer todas as minhas dúvidas com relação ao procedimento e suas intercorrências, as quais me foram esclarecidas, tomando a decisão do tratamento em conjunto com meu (minha) médico(a), assim como fui sincera e exata na declaração dos meus antecedentes clínicos, inclusive sobre uso de drogas lícitas ou não, autorizando assim, que o médico(a) realize os procedimentos descritos conforme seu julgamento técnico, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis para a realização de meu parto, via normal ou cesariana, inclusive quanto a aplicação de transfusão de sangue, se for necessária.

---

Assinatura da Paciente e/ou Responsável



**PREENCHIMENTO MÉDICO**

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para a paciente o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas possíveis para seu parto, em face de sua situação clínica, e de seus antecedentes, bem como a importância de que as informações acima fornecidas sejam corretas e verdadeiras.

**NOME:** \_\_\_\_\_ **CREMESP:** \_\_\_\_\_

**De acordo** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA** \_\_\_\_\_

**SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA ou RISCO DE MORTE IMINENTE ou DANO IRREVERSÍVEL**

Em decorrência de situações graves ou de extrema urgência, em que não foi possível fornecer à parturiente, seu cônjuge e/ou responsável, todas as informações necessárias ao perfeito entendimento e compreensão deste documento no período anterior à internação nesta unidade, ficam registrados em prontuário médico os procedimentos e terapias necessárias adequadas à melhor prática médica, que preferencialmente deverá ser fornecido à parturiente, seu cônjuge e/ou responsável em período posterior para conhecimento e consentimento.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

**Médico - CRM** \_\_\_\_\_

**Enfermeira – COREN** \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS:**

**1)** \_\_\_\_\_

Nome completo:

RG:

**2)** \_\_\_\_\_

Nome completo:

RG: