

XXIV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - UFS

BIODIREITO

LIZIANE PAIXAO SILVA OLIVEIRA

RIVA SOBRADO DE FREITAS

SIMONE LETÍCIA SEVERO E SOUSA

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – Conpedi

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UFRN

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. José Alcebíades de Oliveira Junior - UFRGS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes - IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Conselho Fiscal

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG /PUC PR

Prof. Dr. Roberto Correia da Silva Gomes Caldas - PUC SP

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches - UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS (suplente)

Prof. Dr. Paulo Roberto Lyrio Pimenta - UFBA (suplente)

Representante Discente - Mestrando Caio Augusto Souza Lara - UFMG (titular)

Secretarias

Diretor de Informática - Prof. Dr. Aires José Rover – UFSC

Diretor de Relações com a Graduação - Prof. Dr. Alexandre Walmott Borgs – UFU

Diretor de Relações Internacionais - Prof. Dr. Antonio Carlos Diniz Murta - FUMEC

Diretora de Apoio Institucional - Profa. Dra. Clerilei Aparecida Bier - UDESC

Diretor de Educação Jurídica - Prof. Dr. Eid Badr - UEA / ESBAM / OAB-AM

Diretoras de Eventos - Profa. Dra. Valesca Raizer Borges Moschen – UFES e Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - UNICURITIBA

Diretor de Apoio Interinstitucional - Prof. Dr. Vladimir Oliveira da Silveira – UNINOVE

B615

Biodireito [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UFS;

Coordenadores: Riva Sobrado de Freitas, Liziane Paixão Silva Oliveira, Simone Letícia Severo e Sousa. – Florianópolis: CONPEDI, 2015.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-030-5

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: DIREITO, CONSTITUIÇÃO E CIDADANIA: contribuições para os objetivos de desenvolvimento do Milênio.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Biodireito. I. Encontro Nacional do CONPEDI/UFS (24. : 2015 : Aracaju, SE).

CDU: 34



XXIV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - UFS

BIODIREITO

Apresentação

(O texto de apresentação deste GT será disponibilizado em breve)

A AUTONOMIA DA PARTURIENTE NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO X A VIDA DO NASCITURO: UMA ABORDAGEM BIOÉTICA

THE AUTONOMY OF THE WOMAN IN LABOR TO CHOOSE THE WAY OF BIRTH X THE UNBORNS LIFE: A BIOETHICAL APPROACH

Carolina Bastos Lima Paes

Resumo

A partir da exposição de caso concreto ocorrido no estado do Rio Grande do Sul, e amplamente noticiado pela mídia brasileira, em que uma mulher grávida foi conduzida coercitivamente, por ordem judicial, a uma instituição hospitalar, para se submeter a uma cirurgia cesariana, o artigo se utiliza dos princípios fundamentais da bioética para analisar a relação entre a autonomia da parturiente na escolha da via de parto e a vida, a saúde e a integridade física do nascituro, enquanto valores envolvidos no processo de parto. Partindo-se do pressuposto de que ambos os valores gozam de proteção pelo ordenamento jurídico brasileiro, o trabalho apresenta o fundamento bioético para que, diante das circunstâncias concretas de cada caso específico, seja determinada a prevalência de um ou de outro valor, na hipótese de estes colidirem entre si, guardando-se a devida proporcionalidade entre a intervenção de terceiros em prol do nascituro e os riscos aos quais o mesmo está sujeito.

Palavras-chave: Escolha da via de parto, Autonomia da parturiente, Vida do nascituro, Colisão, Princípios bioéticos, Proporcionalidade.

Abstract/Resumen/Résumé

From the exposure of a case occurred in the state of Rio Grande do Sul, widely reported by the Brazilian media, in which a pregnant woman was forced, by a court order, to submit herself to a cesarean section, the article intends to analyze the relationship between the autonomy of a woman in labor, to choose the way of giving birth to her child, and the life, health and integrity of the unborn. Starting from the assumption that both values enjoy the protection of the Brazilian legal system, this work presents the bioethical grounds to determine the prevalence of one or another value, when they collide with each other, given the concrete circumstances of each particular case, and keeping up proper proportionality between the limits of a third part acting in favor of the unborn and the risks to which it is subjected.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Choice of the way of birth, Autonomy of the woman in labor, Unborns life, Bioethical principles, Proportionality.

1 INTRODUÇÃO

Rio Grande do Sul. Município de Torres, distante cento e noventa e três quilômetros da capital, Porto Alegre. Uma mulher de vinte e nove anos, grávida, dirigiu-se, espontaneamente, ao Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, onde foi atendida, queixando-se de dores nas regiões lombar e do ventre.

O profissional médico responsável pelo atendimento recomendou a realização de uma cirurgia cesariana, sob o argumento de que a gravidez estaria em estágio avançado, supostamente, quarenta e duas semanas, e o nascituro estaria em posição pélvica, inadequada para o parto normal.

Mas a mulher, que gostaria de dar à luz pela via vaginal, recusou-se a se submeter à cirurgia. A pedido do hospital, assinou um termo, assumindo a responsabilidade pelos riscos que estaria correndo, retirou-se dali e retornou para a sua residência, onde esperaria a evolução do seu trabalho de parto, sob a assistência de uma doula¹, para que, então, voltasse a procurar atendimento em instituição hospitalar.

Tempos depois, a mulher foi surpreendida, em sua residência, por um oficial de justiça, acompanhado de força policial, que portava um mandado de condução coercitiva, expedido pelo Juizado da Infância e Juventude, para que a mulher fosse conduzida à instituição hospitalar, coercitivamente, para receber o atendimento médico necessário ao resguardo da vida e da integridade física do nascituro, inclusive com a realização de cirurgia cesariana, caso fosse esta a recomendação médica, no momento do atendimento.

A administração do Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, após a recusa da paciente a se submeter ao parto cesáreo, informou o fato ao Ministério Público, que, legitimado pelo fato de se tratar de interesse de incapaz, ingressou, no Juizado da Infância e Juventude do Poder Judiciário local, com uma medida de proteção, com pedido de antecipação dos efeitos da tutela. A medida liminar foi de pronto deferida pelo juízo, a paciente foi conduzida, coercitivamente, ao hospital, para novo atendimento médico, ocasião em que foi submetida, contra a sua vontade, à intervenção cirúrgica, para a remoção do nascituro do seu útero, pela via abdominal. A cesariana foi bem sucedida, e mãe e filho sobreviveram, sem quaisquer sequelas².

¹ Consta do sítio <www.doulas.com.br> que "[a] palavra 'doula' vem do grego 'mulher que serve'. Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto".

² As informações fáticas sobre o caso concreto foram compiladas de notícias divulgadas nos seguintes sítios da internet: <www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>; <www.g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravida-faca-cesariana-contra-vontade-no-rs.html>; e <www.ormnews.com.br/noticia/mulher-obrigada-a-fazer-cesarea-violencia-ou-risco-a-vida>.

O caso, amplamente noticiado pela mídia, no início do mês de abril de 2014, pôs combustível na chama da discussão em torno da violência obstétrica. Foram muitas as manifestações, tanto em defesa da liberdade da mulher de escolher o meio pelo qual pretende dar à luz, como também em defesa dos profissionais de saúde, que, no caso concreto, teriam agido para salvar uma vida, exatamente como manda o juramento de Hipócrates³.

Os ânimos das organizações que trabalham em prol dos direitos da mulher, em especial, daquelas que combatem as diversas formas de violência obstétrica, tanto se acirraram que, em 11 de abril de 2014, as Secretarias de Direitos Humanos e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e o Ministério da Saúde do Brasil divulgaram nota, manifestando solidariedade para com a mulher que fora submetida ao parto cesáreo, em cumprimento de decisão judicial, bem como apoio às medidas adotadas pelo governo do Rio Grande do Sul. Diz a nota:

1. Os princípios de Direitos Humanos preconizam que todas as gestantes têm direito a acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, e que a assistência seja realizada de forma humanizada e segura. A mulher tem o direito de escolher como será o parto de seu filho, a posição do parto, e quem deve acompanhá-la nesse momento. Isso é Lei no Brasil. A não observância dessas questões - e outras - se configura em flagrante violação de direitos. A Resolução nº 50, da Organização das Nações Unidas (ONU), reconhece que Direitos Humanos são parte dos princípios e valores inerentes à saúde.
2. Sabidamente o Brasil é um dos países que mais realiza partos cirúrgicos, correspondendo a mais da metade dos nascimentos, situação que nos faz refletir sobre a cultura da cesárea em nosso país.
3. A atenção obstétrica humanizada e segura é foco de ação do governo federal, que em 2011 apresentou para sociedade brasileira a Rede Cegonha. Essa estratégia atua para qualificar a atenção à mulher, articulando o planejamento reprodutivo, o cuidado à gravidez, parto e puerpério, e a atenção à criança desde o nascimento, estendendo os cuidados até os dois anos, período decisivo para o seu desenvolvimento. Assim, a atenção obstétrica e neonatal no SUS caminha para outro modelo, que considera que parto pertence à mulher, que deve ser respeitada, assistida e amparada.
4. É importante que profissionais de saúde saibam manejar conflitos e sejam capazes, sem prejuízo ético e técnico, direcionar sua ação para a produção de consensos que permitam chegar a uma conclusão terapêutica, contemplando interesses e necessidades de ambas as partes.⁴

A nota se encerra com a afirmação de que "[o] Brasil deve aproveitar esse fato para ampliar o debate sobre o cuidado obstétrico e neonatal, incluindo a violência obstétrica em todas as suas formas e a observância de Direitos Humanos na Saúde". E é justamente este o intuito do presente artigo. Não se trata, convém esclarecer, de um estrito estudo de caso. O

³ "[...] Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. [...] Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário [...]". A íntegra do juramento está disponível no endereço <www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>.

⁴ A nota está disponível no endereço <www.sdh.gov.br/noticias/2014/abril/governo-manifesta-solidariedade-a-adelir-carmem-lemos-de-goes>.

caso foi trazido à colação apenas como alimento para a discussão em torno da violência obstétrica.

No presente estudo, será feita uma abordagem bioética acerca da relação entre a autonomia da parturiente, na escolha da via de parto, de um lado, e a vida, a saúde e a integridade física do nascituro, do outro. Serão expostos os princípios bioéticos, bem como as disposições constitucionais brasileiras aplicáveis à hipótese, a fim de se averiguar se a autonomia da parturiente deve ser compreendida como um direito absoluto, ou se, ao contrário, pode ser restringida e, em sendo a resposta positiva, sob quais condições pode vir a sê-lo.

2 O PARTO INSTITUCIONALIZADO: UM CENÁRIO PROPÍCIO À VIOLAÇÃO DE DIREITOS

O modelo de política pública de saúde hoje prevalecente, pelo menos na maioria dos países ocidentais, inclusive, no Brasil, teve origem nos Estados Unidos da América, no século XX, período formativo do capital monopolista (MESQUITA FILHO, 2010, p. 71). As bases desse modelo residem na medicina científico-tecnológica, caracterizada, dentre outros aspectos, pela especialização dos profissionais de saúde e pela tecnificação do ato médico.

A medicina científico-tecnológica do século XX teve, indubitavelmente, um lado bastante positivo, uma vez que abriu espaço para o considerável desenvolvimento das técnicas de tratamento à disposição dos profissionais de saúde, as quais, quando utilizadas em prol da população, podem repercutir em grandes benefícios à saúde e à qualidade de vida.

Mas a sofisticação tecnológica teve, também, um lado negativo, que foi a desumanização da medicina. O exame clínico, o contato físico entre médico e paciente, cedeu lugar às máquinas de exame diagnóstico computadorizado. O clínico geral, “médico de família”, tanto se especializou, que deixou de olhar para o paciente como um todo e passou a focar nas suas partes isoladas. E a prescrição de remédios e de tratamentos se deixou influenciar pelo poder econômico da indústria farmacêutica.

Na área específica da reprodução humana, que é a que interessa ao presente estudo, o desenvolvimento tecno-científico da medicina culminou na medicalização e na tecnificação do parto (BELLI, 2013, p. 27). Esse ato tão íntimo, tão especial na vida da mulher, foi deslocado do ambiente familiar para o ambiente hospitalar, sob o argumento legitimador da intervenção médica como a maneira mais eficaz para a diminuição da mortalidade materno-infantil. O médico assumiu, no lugar da mulher, o protagonismo do ato de dar à luz, ato este

que, assim, ganhou um viés patológico (MACEDO; ARRAES, 2013, p. 1). Em contraponto, os saberes tradicionais e o parto natural restaram desmoralizados.

No ambiente hospitalar, os pacientes de um modo geral e, particularmente, a mulher em trabalho de parto, compõem uma relação assimétrica com o médico. Todo esse aparato tecnológico, somado à excessiva especialização do profissional de saúde, deixam a parturiente em um estado de vulnerabilidade que torna propícia a violação de direitos durante todo o período do parto.

Não raras vezes se tem notícias de uma variedade de atos de violência praticados dentro de hospitais, contra mulheres em trabalho de parto. Mariana Marques Pulhez (2013) registra episódios de procedimentos médicos feitos sem o consentimento da paciente, como, por exemplo, a episiotomia⁵ e a indução medicamentosa do parto, além da colocação da parturiente em posições vexatórias, até mesmo com o emprego de amarras, e da externalização de palavras ofensivas.

Esses atos de violência são discutidos, atualmente, sob a insígnia de “violência obstétrica”, que é definida por Laura F. Belli (2013, p. 28) como sendo a “violência exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres” (tradução livre). Belli registra, ainda, que, a despeito de os tratados internacionais que versam sobre a violência contra a mulher não mencionarem, de forma expressa, essa modalidade de violência, a Venezuela foi o primeiro país a definir legalmente a violência obstétrica, o que fez em 2007, nos seguintes termos:

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarla o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (BELLI, 2013, p. 29)

Já no ordenamento jurídico da Argentina, destaca a Lei n.º 25.929/2004, denominada de Lei do Parto Humanizado, que, em seu artigo 2º, confere uma série de direitos às mulheres em trabalho de parto, incluído os períodos pré e pós-parto. São, os referidos direitos:

⁵ Incisão feita no períneo (área muscular localizada entre a vagina e o ânus) da parturiente, para ampliar o canal de parto, facilitando a passagem do bebê.

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantisse la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su próprio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. (BELLI, 2013, p. 28-29)

Entre nós, a legislação específica se restringe à Lei n.º 11.108/2005, que assegura à parturiente, na rede própria do Sistema Único de Saúde (SUS) ou na sua rede conveniada, o direito a um acompanhante, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, acompanhante este que deve ser indicado pela própria parturiente⁶.

E, recentemente, em 06 de janeiro de 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou a Resolução Normativa n.º 368⁷, dispondo sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. A medida tem como intento estimular a realização de parto normal, com a consequente redução de cesarianas desnecessárias, no âmbito da saúde suplementar.

Dentre tantas espécies de violência que podem ser enquadradas no gênero “violência obstétrica”, focar-se-á, a partir de então, na violência consubstanciada na submissão da parturiente, sem o seu prévio consentimento informado, ao parto cesáreo.

Segundo Raphael Câmara Medeiros Parente e outros autores (2010), antes do ano de 1500, a cirurgia cesariana, que é o parto pela via abdominal, só era realizada em circunstâncias extremas, depois de a parturiente já haver falecido, ou quando não houvesse possibilidade de a mesma sobreviver ao parto, ocasião em que se recorria ao corte abdominal,

⁶ Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. § 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. § 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

⁷ A íntegra da Resolução Normativa n.º 368, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), está disponível no [sítio <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892>](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892).

para salvar a vida do bebê⁸. A primeira notícia de parto cesáreo realizado sem o sacrifício da parturiente data de 1500, quando um castrador de porcos, chamado Jacob Nufer, diante do sofrimento de sua esposa, já em trabalho de parto havia vários dias, teria feito uma incisão no ventre da mulher, à exemplo de como procedia com os porcos, e retirado o bebê com vida. A mulher, por sua vez, teria sobrevivido e, posteriormente, dado à luz mais cinco filhos, todos em parto pela via vaginal.

No Brasil, a primeira cesariana teria sido realizada em Recife, no ano de 1817, pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço, que é considerado, atualmente, o patrono da obstetrícia brasileira. A parturiente teria sido uma negra escrava, que teria sobrevivido (PARENTE; MORAES FILHO; REZENDE FILHO; BOTTINO; PIRAGIBE; LIMA; GOMES, 2010, p. 483-484).

Mariana Marques Pulhez registra que dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2009, evidenciam que, no Brasil, noventa e oito por cento dos nascimentos ocorrem no ambiente hospitalar. Já os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) registram que, entre nós, cinquenta por cento dos nascimentos se dão pela via cirúrgica, “sendo que na rede pública eles totalizam 37% e na rede privada, alcançam 82%” (PULHEZ, 2013, p. 527-528).

Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com diversas instituições científicas do país, e divulgada em 29 de maio de 2014, sob o título *Nascer no Brasil*, revelou que, atualmente, o número de cirurgias cesarianas no Brasil é ainda maior. Segundo tais dados, 52% (cinquenta e dois por cento) dos nascimentos, hoje, dão-se pela via abdominal, sendo que, no setor privado, o índice chega à marca de 88% (oitenta e oito por cento).⁹

Um índice tão acima do limite máximo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 15% (quinze por cento), faz surgir a curiosidade em torno dos motivos que levam as mulheres a optar pela via de parto não-natural, se é que, na prática, as mulheres têm, realmente, a oportunidade de escolher.

Juliana Macedo e Roosevelt Arraes e (2013) asseveram que, a despeito de a OMS e o Ministério da Saúde do Brasil recomendarem o parto pela via vaginal, por ser esta modalidade considerada mais benéfica e mais segura, tanto para a mãe quanto para o bebê, têm-se optado

⁸ Como, àquela época, a cesariana implicava o sacrifício da vida da parturiente, parece não passar de lenda a história de que o nome “cesariana” teria sido dado ao parto pela via abdominal em homenagem ao ditador Caio Júlio César (100-44 a.C.), que teria vindo ao mundo por esta via. Sua mãe, Aurélia, no entanto, teria vivido por mais cinquenta e cinco anos, após o nascimento de Júlio César, tendo, inclusive, dado à luz outros filhos.

⁹ O dados revelados pela pesquisa *Nascer no Brasil* estão disponíveis no sítio <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>.

pela cesariana por motivos que nada têm a ver com recomendações clínicas, como, por exemplo:

1) o medo que as mulheres têm de sentir dor; 2) a influência do médico que indica o parto cirúrgico como o que apresenta menos riscos; 3) a conveniência de se poder escolher a data e a hora do parto; 4) o receio de que um parto normal afete seu desempenho sexual e consequente necessidade de cirurgia de períneo; 5) a comodidade de não ter que ser responsável por escolher, numa postura de passividade, em que todas as responsabilidades serão do profissional médico; 6) o aproveitamento da cirurgia para fazer laqueadura; 7) o *status* de se optar por uma cesariana que é “parto de rico”. (MACEDO; ARRAES, 2013, p. 7)

Some-se a tudo isso, ainda, o interesse econômico das instituições e dos profissionais de saúde, visto que a modalidade cirúrgica lhes é mais lucrativa, pois exige a participação de uma quantidade maior de profissionais, além de uma maior estrutura, física e de equipamentos. Ademais, a própria formação dos profissionais de saúde, nos moldes da medicina científico-tecnológica do século XX, não inclui a preparação necessária para o parto humanizado.

Todo esse cenário do parto institucionalizado deixa a mulher que está em vias de parto em um estado de vulnerabilidade que exige a contraforça da bioética, com todo o seu instrumental principiológico, para que os direitos dos sujeitos do parto restem resguardados.

3 A BIOÉTICA COMO ESCUDO CONTRA A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DOS SUJEITOS DO PARTO

A bioética é um ramo da ética cuja nomenclatura nasceu na área da ecologia, como um instrumental ético-normativo para a garantia da sobrevivência humana, diante dos avanços tecnológicos. Sobre a origem do termo, Maria Helena Diniz (2009, p. 9) esclarece que

[o] termo foi empregado pela primeira vez pelo oncologista e biólogo norte-americano Van Rensselder Potter, da Universidade de Wisconsin, em Madison, em sua obra *Bioethics: bridge to the future*, publicada em 1971, num sentido ecológico, considerando-a a “ciência da sobrevivência”. Para esse autor, a bioética seria então uma nova disciplina que recorreria às ciências biológicas para melhorar a qualidade de vida do ser humano, permitindo a participação do homem na evolução biológica e preservando a harmonia universal. Seria a ciência que garantiria a sobrevivência na Terra, que está em perigo, em virtude de um descontrolado crescimento da tecnologia industrial, do uso indiscriminado de agrotóxicos, de animais em pesquisas ou experiências biológicas e da sempre crescente poluição aquática, atmosférica e sonora. A bioética, portanto, em sua origem, teria um compromisso com o equilíbrio e a preservação da relação dos seres humanos com o ecossistema e a própria vida do planeta.

Contudo, foi na área da saúde que a bioética encontrou o ambiente favorável para a sua consolidação. Diniz ressalta que a compreensão inicial da bioética, voltada para a ecologia, diverge totalmente da compreensão que vem lhe sendo dada desde 1971, quando o *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*

“passou a considerar a bioética como a ética das ciências da vida” (DINIZ, 2009, p. 9). E, finalmente, conclui:

A bioética deverá ser um estudo deontológico, que proporcione diretrizes morais para o agir humano diante dos dilemas levantados pela biomedicina, que giram em torno dos direitos entre a vida e a morte, da liberdade da mãe, do futuro ser gerado artificialmente, da possibilidade de doar ou de dispor do próprio corpo, da investigação científica e da necessidade de preservação de direitos das pessoas envolvidas e das gerações futuras. (DINIZ, 2009, p. 9)

A compreensão atual da bioética, apesar de divergir da origem do termo “bioética”, é condizente com a origem dos primeiros princípios orientadores das experiências com seres humanos, que, segundo Aline Mignon de Almeida (2000, p. 4), foram elaborados pelo Tribunal de Nuremberg, em resposta às graves violações praticadas, por médicos nazistas, contra direitos de pacientes judeus, durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). O Código de Nuremberg (1947) tratou, dentre dez princípios, do consentimento voluntário do paciente, o germe de um dos princípios que compõem a tríade bioética, qual seja, o princípio da autonomia.

Já em 1978, nos Estados Unidos da América, a Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental, instituída pelo governo, elaborou o Relatório Belmont, “cuja finalidade seria identificar os princípios éticos básicos que deveriam nortear a conduta da pesquisa biomédica e comportamental que envolve seres humanos” (LEITE, 2008, p. 47). Àquela ocasião, foram identificados três princípios bioéticos básicos, assim enunciados por George Salomão Leite (2008, p. 49):

O princípio do *respeito pelas pessoas*, segundo o *Relatório*, incorpora ao menos duas convicções éticas: (a) em primeiro lugar, os indivíduos devem ser tratados como seres autônomos, dotados de autodeterminação; (b) em segundo lugar, as pessoas cuja autonomia estejam atenuadas devem ser submetidas à proteção. [...] Decorre deste princípio a figura do *consentimento informado*, do qual a pessoa apenas deverá se submeter a uma pesquisa desde que ingresse voluntariamente e obtenha informações adequadas sobre a mesma.

Por *beneficência*, segundo o *Relatório*, não devemos entender a prática de atos de bondade ou de caridade, [...]. Consoante o citado documento, duas regras gerais foram formuladas como expressões de ações beneficentes: (a) não causar dano; e (b) maximizar os benefícios possíveis e minimizar os possíveis prejuízos.

O *princípio da justiça* traduz-se na imparcialidade de distribuição dos riscos e benefícios, como resposta à indagação: Quem deve receber os benefícios da pesquisa e carregar seus riscos? Segundo o *Relatório*, outra maneira de conceber o princípio em apreço é que os iguais devem ser tratados igualmente.

A formulação dos princípios bioéticos foi se desenvolvendo, até a elaboração do que, atualmente, conhece-se por “tríade bioética”. São três princípios que compõem o aparato principiológico básico da bioética, aos quais, aos poucos, foram se acrescentando outros princípios deles derivados.

Formam a tríade bioética os seguintes princípios: autonomia; beneficência; e justiça.

Nas palavras de Aline de Almeida (2000, p. 7),

o princípio da autonomia está diretamente ligado ao livre consentimento do paciente na medida em que este deve ser sempre informado; em outras palavras, o indivíduo tem a liberdade de fazer o que quiser, mas, para que esta liberdade seja plena, é necessário oferecer a completa informação para que o consentimento seja realmente livre e consciente.

Da definição retro transcrita ressaí a íntima relação de dependência entre a autodeterminação do paciente e a informação completa sobre os riscos e benefícios das opções de tratamento disponíveis. É dizer: o médico tem o dever ético de prestar toda a informação de que dispõe acerca dos tratamentos cabíveis ao caso, informação esta que deve incluir os riscos e os benefícios de cada tratamento, para que, então, o paciente possa optar, de forma livre e consciente, pelo tratamento que julgar melhor para si. Não é lícito ao médico influenciar nessa decisão, senão por motivos estritamente clínicos, na hipótese de um tratamento oferecer riscos desproporcionais aos benefícios através dele alcançáveis. O consentimento do paciente, portanto, não é válido, se a ele não preceder a completa informação sobre as opções de tratamento, tampouco se a decisão houver sofrido influência descabida por parte de outrem.

O princípio da beneficência, por sua vez, deve ser lido em conjunto com outro princípio dele derivado, qual seja, o princípio da não-maleficência. Ambos os princípios se prestam a orientar a ponderação entre riscos e benefícios de um determinado procedimento médico, em cada caso particular. Ainda nas palavras de Aline Almeida (2000, p. 7),

[o] médico deve sempre fazer uma avaliação do procedimento a ser usado pelo paciente, para que este não sofra desnecessariamente sem obter resultados, ou seja, na sua avaliação os benefícios têm que superar os riscos, assim como os sofrimentos, para valerem a pena.

Já o princípio da não-maleficência impõe que o paciente não seja submetido a riscos incapazes de lhe trazer benefícios que valham a pena, nem a riscos que possam ser evitados. A intervenção médica, nesses termos, só se legitima quando, ainda que haja riscos, estes sejam superados pelos benefícios que o tratamento possa, concretamente, proporcionar ao paciente. Da equação entre riscos e benefícios, o resultado deve ser positivo, e a avaliação do profissional de saúde deve se basear em possibilidades reais, ou seja, naquilo que já se saiba, com base no estágio de evolução das ciências da saúde, que do procedimento médico possa, efetivamente, resultar.

Nesse ponto, convém fazer a ressalva de que o instrumental bioético não impõe ao médico uma obrigação de resultado, ou seja, de efetivo sucesso do tratamento escolhido, após a ponderação entre riscos e benefícios. A obrigação do médico para com o paciente se caracteriza como uma obrigação de meio, que lhe exige o emprego dos seus melhores

esforços, com o que o estágio de evolução da medicina e da biologia lhe disponibiliza, em busca da cura do paciente, ou da melhor qualidade de vida possível, quando a primeira não se mostrar possível. O tratamento pode falhar. O paciente pode não reagir conforme o esperado. O que não pode falhar é a avaliação do médico sobre o melhor tratamento que o caso requer, ponderando-se riscos e benefícios de todos os tratamentos cabíveis à hipótese.

O último princípio que compõe a tríade bioética é o princípio da justiça, que, nas palavras de Marconi Ó Catão (2004, p. 43), “obriga a garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde”. Ainda segundo as lições do mesmo autor, “[o] poder de decisão médica deve aliar-se à justiça. É o que ocorre quando há conflitos entre a responsabilidade médica e a autonomia do paciente, ou de sua família, visando à proteção da vida” (CATÃO, 2004, p. 43).

Os teóricos do assunto apontam, ainda, como princípio orientador da bioética, o princípio da dignidade humana, visto ser esta, a dignidade, uma qualidade inerente ao ser humano, razão pela qual o ramo da ética que se ocupa da preservação da vida, frente aos avanços biotecnológicos, não poderia dela se descuidar.

Nesse sentido, George Salomão Leite (2008, p. 55) leciona que,

[q]uanto à Bioética, compreendida sinteticamente como *ciência da vida*, a dignidade da pessoa humana há de ser concebida como seu fundamento. Se estamos partindo da idéia de que a *dignidade* é um atributo intrínseco ao ser humano, decorrente de sua própria condição existencial, na bioética ela se torna também um valor fundamental, haja vista que aquela tem por objeto os avanços da ciência em função do ser humano. Advertem Léo Pessini e Christian de Paul de Barchifontaine que a pessoa humana é o tema central da bioética. Sendo assim, se a dignidade é um atributo inato ao ser humano, e se este é o núcleo da bioética, certamente que a *dignidade* deverá ser concebida como fundamento bioético. O avanço tecnológico deverá buscar não apenas a manutenção da vida ou o seu prolongamento, analisando sob o prisma quantitativo, mas deverá perseguir a manutenção ou prolongamento com qualidade, ou seja, com *dignidade*.

No mesmo sentido, Maria Helena Diniz (2009, p. 17) afirma que

[u]rge, portanto, a imposição de limites à moderna medicina, reconhecendo-se que o respeito ao ser humano em todas as suas fases evolutivas (antes de nascer, no nascimento, no viver, no sofrer e no morrer) só é alcançado se se estiver atento à dignidade humana. Daí ocupar-se a bioética de questões éticas atinentes ao começo e fim da vida humana, às novas técnicas de reprodução humana assistida, à seleção de sexo, à engenharia genética, à maternidade substitutiva etc., considerando a dignidade humana como um valor ético, ao qual a prática biomédica está condicionada e obrigada a respeitar. Para a bioética e o biodireito a vida humana não pode ser uma questão de mera sobrevivência física, mas sim de “vida com dignidade”.

Aplicados, de forma sistemática, à eleição da via de parto, os três princípios básicos da bioética impõem ao médico que, após um exame criterioso da situação clínica da parturiente, informe-lhe sobre todos os riscos e benefícios de cada uma das vias de parto

possíveis, para que a mesma possa, então, de forma livre e consciente, optar pela via que julgar melhor para si, cabendo, ainda, não só ao médico, mas sim a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de parto, respeitar a escolha feita pela parturiente, e empregar todos os meios e recursos disponíveis para executar, da melhor maneira possível, a opção da parturiente.

Insta ressaltar que o instrumental bioético aqui exposto se compõe de princípios, que, segundo as lições de Robert Alexy, são mandados de otimização, que, nesse aspecto, diferem das regras, que são mandados definitivos. Esclarece o autor que

[e]l punto decisivo para la distinción entre reglas y principios es que los principios son *mandatos de optimización* mientras que las reglas tienen el carácter de *mandatos definitivos*. En tanto mandatos de optimización, los principios son normas que ordenan que algo sea realizado en la mayor medida posible, de acuerdo con las posibilidades jurídicas y fácticas. Esto significa que pueden ser satisfechos en grados diferentes y que la medida ordenada de su satisfacción depende no sólo de las posibilidades fácticas sino jurídicas, que están determinadas no sólo por reglas sino también, esencialmente, por los principios opuestos. Esto último implica que los principios son susceptibles de ponderación y, además, la necesitan. La ponderación es la forma de aplicación del derecho que caracteriza a los principios. (ALEXY, 2004, p. 162)

Os princípios, portanto, diante da situação concreta em que são aplicáveis, devem ser ponderados entre si, de forma que uns prevaleçam sobre os outros, sem que disso decorra a invalidação de qualquer deles. Ao contrário das regras, os princípios não são aplicados de forma absoluta, não são válidos de forma absoluta. São, de outra forma, aplicados por meio da ponderação, tendo-se em conta as peculiaridades de cada caso específico aos quais são aplicáveis.

No tópico seguinte, tratar-se-á da ponderação entre os princípios bioéticos, diante dos valores que a eleição da via de parto envolve.

4 OS VALORES ENVOLVIDOS: A AUTONOMIA DA PARTURIENTE X A VIDA DO NASCITURO

Nos termos da Constituição de 1988, a República Federativa do Brasil se constitui em um Estado Democrático de Direito orientado, dentre outros fundamentos, pelo princípio da dignidade humana¹⁰, princípio este que, na qualidade de fundamento da República, ilumina não só o ordenamento jurídico pátrio, mas sim toda a atuação estatal, e também as relações entre os membros da sociedade brasileira.

¹⁰ Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político.

Já dentre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, o constituinte originário elegeu a promoção do bem de todos, sem quaisquer formas de discriminação¹¹. E, logo no primeiro dispositivo do título destinado aos direitos e às garantias fundamentais, garantiu aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade¹², elencando, em seguida, alguns direitos e algumas garantias decorrentes de tais direitos, dentre os quais, podem-se destacar as disposições dos incisos II¹³ e III¹⁴, que asseguram, respectivamente, que apenas mediante lei alguém pode ser obrigado a fazer ou a deixar de fazer algo, e que ninguém, nem mesmo mediante lei, pode ser submetido a tortura ou a tratamento desumano ou degradante.

Dentre os direitos sociais, o constituinte menciona o direito à saúde, e a proteção à maternidade e à infância¹⁵.

No título destinado à ordem social, o constituinte trata a saúde como direito de todos e dever do Estado¹⁶, facultando, porém, à iniciativa privada a assistência complementar à saúde¹⁷. E elenca, dentre os objetivos da assistência social, a proteção à família, à maternidade e à infância¹⁸.

Ademais, o constituinte qualifica a família como a base da sociedade, que goza de especial proteção do Estado¹⁹, e assegura o planejamento familiar na esfera da liberdade do casal, cabendo ao Estado a promoção dos meios para o exercício de tal direito, com base nos

¹¹ Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

¹² Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

¹³ II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;

¹⁴ III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;

¹⁵ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

¹⁶ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

¹⁷ Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

¹⁸ Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

¹⁹ Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, vedada qualquer forma de coerção²⁰.

E, por fim, o direito à vida e à saúde, dentre outros direitos, da criança e do adolescente, por imperativo constitucional, devem ser assegurados com absoluta prioridade, pela família, pela sociedade e pelo Estado, que devem, também, colocá-los a salvo de qualquer forma de negligência, violência e crueldade, dentre outros²¹.

Os dispositivos constitucionais mencionados evidenciam que, entre nós, os dois valores envolvidos na eleição da via de parto, quais sejam, a autonomia da parturiente e a vida do nascituro, gozam de proteção.

De um lado, a Lei Maior assegura o direito à liberdade da parturiente, liberdade esta que só pode ser restringida em virtude de lei, bem como preserva a sua integridade física, uma vez que veda a tortura e o tratamento desumano ou degradante. A parturiente, nesses termos, tem autonomia para, após receber do profissional de saúde a devida informação, escolher o meio pelo qual quer dar à luz. Trata-se, tal autonomia, de uma expressão da sua dignidade, que restaria violada caso a parturiente fosse coagida, sem motivo justificável, a se submeter, contra a sua vontade, a uma intervenção médica contrária àquela que escolheu, de forma livre e consciente.

Por outro lado, a saúde e a vida do nascituro devem ser assegurados com absoluta prioridade, devendo, não só a família, mas também a sociedade e o Estado, colocá-lo a salvo de toda forma de negligência, violência e crueldade.

Qual é, então, a solução acobertada pelo direito, e pela bioética, para a hipótese de os dois valores envolvidos na eleição da via de parto colidirem entre si, isto é, a autonomia da parturiente sujeitar a riscos a vida e a saúde do nascituro?

No tópico anterior, afirmou-se que os princípios bioéticos não são aplicados de forma absoluta, devendo, sim, ser ponderados, diante das peculiaridades do caso concreto, ocasião em que uns podem prevalecer sobre outros, sem que disso resulte a invalidade de qualquer deles.

Aplicando-se o arsenal bioético à eleição da via de parto, deduz-se que a autonomia da parturiente deve prevalecer sob circunstâncias normais, sem a incidência de riscos

²⁰ § 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

²¹ Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

consideráveis, seja para o nascituro, seja para a própria parturiente. Isso equivale a afirmar que a bioética exige dos profissionais de saúde, em um primeiro momento, o fornecimento de toda a informação necessária para uma escolha livre e consciente da via de parto e, em um segundo momento, o respeito pela vontade da parturiente, bem como o emprego de todos os meios e recursos para a melhor execução possível da vontade manifestada pela parturiente, quanto ao meio pelo qual pretende dar à luz.

No entanto, a solução deve ser outra quando a opção feita pela parturiente implica em riscos, para além daqueles esperados e aceitáveis, à vida e à saúde do nascituro. Em tal hipótese, esse segundo valor envolvido se agiganta sobre o primeiro, devendo em relação a este prevalecer, primeiro porque o direito à vida é primário em relação a todos os outros, visto que, sem ele, nenhum outro direito pode ser exercido. Em segundo lugar, em se tratando de nascituro, o direito à vida e à saúde deve ser assegurado com absoluta prioridade, devendo, família, sociedade e Estado, colocá-lo a salvo de toda forma de negligência, violência e crueldade.

Eventual opção da parturiente que, embora livre e consciente, e fundada em toda a informação necessária, sujeite a riscos evitáveis a vida e a saúde do nascituro, não merece o respeito dos profissionais de saúde envolvidos no processo de parto, nem mesmo do Estado, que, em tal situação, devem agir para salvaguardar a sobrevivência do nascituro.

Esclareça-se, contudo, que uma intervenção de terceiros, sobretudo no nível em que foi verificada no caso concreto que serve de pano de fundo para a presente abordagem bioética, só se justifica mediante a existência de riscos concretos para a vida ou a saúde do nascituro. Não é lícita a marginalização da vontade da parturiente tão-somente porque o parto normal é mais barato, ou porque a cesariana pode ser programada, por exemplo. Tampouco pode a vontade do médico prevalecer sobre a vontade da parturiente, sem motivos clínicos justificáveis. Insista-se que toda e qualquer intervenção médica deve ser previamente avaliada, à luz dos princípios da beneficência e da não-maleficência, de sorte que o médico não deve intervir no paciente senão para lhe fazer o bem. E a sujeição da parturiente a outra via de parto que não aquela por ela escolhida, caso não haja, devidamente comprovados, riscos para o nascituro, ou para a própria parturiente, é capaz de causar muito mais mal do que bem, tanto para a parturiente, quanto para o nascituro.

Imprescindível para a desconsideração da vontade manifestada pela parturiente, portanto, é a comprovação da existência de riscos concretos para a vida ou a saúde do nascituro, que não possam ser evitados por outros meios. A intervenção de terceiros, dessa sorte, deve ser proporcional ao risco enfrentado pelo nascituro. Riscos extremos demandam

intervenções extremas, ao passo que riscos menores devem ser afastados por medidas que violem o mínimo possível o outro valor contraposto.

No caso concreto que teve lugar no Rio Grande do Sul, no mês de abril de 2014, a medida adotada, conjuntamente, pela equipe da instituição hospitalar, pelo Ministério Público e pelo Poder Judiciário locais foi, indubitavelmente, uma medida extrema. A parturiente foi conduzida coercitivamente ao hospital, com o auxílio de força policial, e lá foi submetida, contra a sua vontade, ao parto cirúrgico, pela via abdominal.

Não se trata, é salutar que se repita, de uma estrita análise de caso concreto. Não foram analisados, à exaustão, todos os fatos do caso utilizado como pano de fundo do presente estudo, de sorte que não se pretende afirmar se, naquele caso específico, deveria prevalecer a autonomia da parturiente ou a vida do nascituro, mediante a intervenção dos profissionais de saúde, com o aval do Estado. Os fatos do caso aqui narrados não permitiriam uma conclusão responsável nem em um, nem em outro sentido.

Ao contrário, os fatos foram aqui apresentados como cenário da discussão em torno da violência obstétrica, para ilustrar a colisão entre a autonomia da parturiente e a vida do nascituro e, assim, introduzir a abordagem bioética que conduziu à conclusão de que a vontade manifestada pela parturiente, quanto à via de parto, só pode ser desconsiderada mediante a comprovação da existência de riscos concretos à vida, à saúde ou à integridade física do nascituro e, além disso, deve-se preservar, sempre, a devida proporcionalidade entre a intensidade da intervenção de terceiros em prol do nascituro e a gravidade e a urgência dos riscos por ele enfrentados.

5 CONCLUSÃO

A institucionalização do parto, isto é, a sua transferência, do ambiente familiar, para a instituição hospitalar, bem como o protagonismo do médico especializado, com o auxílio da tecnologia, em detrimento da parturiente, expõem os sujeitos do parto a uma situação de vulnerabilidade que ameaça os seus direitos. Nessa conjuntura, o instrumental principiológico da bioética ganha importância, como escudo contra a violação dos direitos da parturiente e do nascituro, durante o processo de parto.

Os princípios da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça, interpretados de forma sistemática, obrigam os profissionais de saúde envolvidos no processo de parto a prestar a completa informação sobre as vias de parto cabíveis ao caso, inclusive, os riscos e benefícios de cada uma delas, levando-se em consideração a situação clínica da parturiente, que deve, portanto, ser criteriosamente analisada. Não se exige, do médico, o

efetivo sucesso da sua intervenção. Trata-se de uma obrigação de meio, não de resultado. Todavia, o médico não pode se furtar a proceder a uma correta avaliação da situação concreta, e a ponderar riscos e benefícios de cada uma das vias de parto, para, que, então, possa emitir uma opinião profissional segura sobre a via mais adequada à hipótese.

A parturiente, por sua vez, goza de autonomia para, após ter recebido a completa informação sobre as vias de parto a ela disponíveis, escolher, de forma livre e consciente, o meio pelo qual pretende dar à luz. Novamente, então, surge uma obrigação aos profissionais de saúde envolvidos no processo de parto, qual seja, respeitar a opção feita pela parturiente, e empregar os seus melhores esforços, com a utilização de todos os meios necessários, para executar a opção da parturiente da melhor maneira possível.

A autonomia da parturiente na escolha da via de parto deve prevalecer sob circunstâncias normais, em que os riscos, caso existentes, sejam controláveis e aceitáveis, comparados aos benefícios da via eleita. Contudo, uma vez que a opção da parturiente sujeite a vida, a saúde ou a integridade física do nascituro a riscos para além daqueles justificáveis, legitima-se a intervenção de terceiros para a salvaguarda do nascituro.

No Estado Democrático de Direito em que se constitui a República Federativa do Brasil, ambos os valores, tanto a autonomia da parturiente, quanto a vida, a saúde e a integridade física do nascituro, gozam de proteção, de sorte que deve ser feita uma ponderação entre os dois, sob a orientação do instrumental principiológico da bioética, para que possa ser determinado qual dos dois deve prevalecer, em cada situação concreta específica.

Por fim, o nível de intensidade de eventual intervenção de terceiros em prol do nascituro, contra a autonomia da parturiente, deve guardar proporcionalidade com a gravidade e a urgência dos riscos enfrentados pelo nascituro, de sorte que a intervenção atinja o mínimo possível o valor contraposto.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. Nacer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. **FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 30 mai. 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

ALEXY, Robert. **El concepto y la validez del derecho**. 2.ed. Barcelona: Gedisa, 2004.

ALMEIDA, Aline Mignon de. **Bioética e biodireito**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

BALOGH, Giovana. Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2 abr. 2014. Disponível em: <www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>. Acesso em: 5 mai. 2014.

BELLI, Laura F. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. In: **Revista Redbioética/UNESCO**, v. 1, n. 7, p. 25-34, jan./jun. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa n.º 368**. Brasília, DF, 06 jan. 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 12 mai. 2014.

BRASIL. Governo manifesta solidariedade a Adelir Carmem Lemos de Goes. **Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República**, Brasília, 11 abr. 2014. Disponível em: <www.sdh.gov.br/noticias/2014/abril/governo-manifesta-solidariedade-a-adelir-carmem-lemos-de-goes>. Acesso em: 5 mai. 2014.

BRASIL. **Lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 13 mai. 2014.

CARNEIRO, Luiza; FRAGA, Rafaela. Justiça determina que grávida faça cesariana contra vontade no RS. **G1**, Rio Grande do Sul, 2 abr. 2014. Disponível em: <www.g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/04/justica-determina-que-gravida-faca-cesariana-contra-vontade-no-rs.html>. Acesso em: 5 mai. 2014.

CATÃO, Marconi Ó. **Biodireito: transplante de órgãos humanos e direitos de personalidade**. São Paulo: WVC, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Juramento de Hipócrates**. São Paulo. Disponível em: <www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>. Acesso em: 5 mai. 2014.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

DUARTE, Ana Cris. O que é “doula”. **Doulas do Brasil**. Disponível em: <www.doulas.com.br>. Acesso em: 5 mai. 2014.

LEITE, George Salomão. Ensaio sobre bioética constitucional. In: SARLET, Ingo Wolfgang; LEITE, George Salomão (Orgs.). **Direitos fundamentais e biotecnologia**. São Paulo: Método, 2008.

MACEDO, Juliana Gabiatti de; ARRAES, Roosevelt. Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira. In: **VII Jornada de Sociologia da Saúde**, 2013.

MESQUITA FILHO, Marcos. Uma abordagem bioética das origens das políticas públicas de saúde. In: SILVA, José Vitor da (Org.). **Bioética: visão multidimensional**. São Paulo: Iátria, 2010.

Mulher obrigada a fazer cesárea: violência ou risco à vida? **ORM News**, Bolsa de Mulher, 8 abr. 2014. Disponível em: <www.ormnews.com.br/noticia/mulher-obrigada-a-fazer-cesarea-violencia-ou-risco-a-vida>. Acesso em: 5 mai. 2014.

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros; et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. In: **Revista Femina**, v. 38, n. 9, p. 481-486, set. 2010.

PULHEZ, Mariana Marques. Parem a violência obstétrica! In: **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 35, p. 522-537, ago. 2013.