



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

O modo de parir nos sistemas público e privado de saúde
Um estudo sobre as preferências das gestantes e a decisão relativa à via de parto.

Sarah Guerra Gonzalez Cursino dos Santos

Brasília, DF

2018

SARAH GUERRA GONZALEZ CURSINO DOS SANTOS

O modo de parir nos sistemas público e privado de saúde

Um estudo sobre as preferências das gestantes e a decisão relativa à via de parto.

Monografia apresentada ao Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília (SOL/UnB) para a obtenção do título de Bacharel em Sociologia.

Orientador: Profº Drº Tiago Ribeiro Duarte

Brasília – DF
Dezembro de 2018

O modo de parir nos sistemas público e privado de saúde

Um estudo sobre as preferências das gestantes e a decisão relativa à via de parto.

Monografia apresentada ao Instituto de Ciências Sociais (ICS) no Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília (SOL/UnB) para a obtenção do título de Bacharel em Sociologia sob orientação do Prof^o Dr^o Tiago Ribeiro Duarte, em 17 de Dezembro de 2018, à seguinte banca examinadora:

Professor Doutor Tiago Ribeiro Duarte

Orientador

Professora Doutora Ana Cristina Murta Collares

DEDICATÓRIA

À todos aqueles que se dedicaram ou ainda se dedicam a fazer com que as parturientes tenham boas experiências no momento do parto.

AGRADECIMENTOS

À Deus, agradeço pela minha saúde e por ter me guiado em todas as fases de minha vida.

Aos meus pais, agradeço pelo incentivo e apoio incondicional em todas as etapas da minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Tiago Ribeiro Duarte, agradeço por todo apoio, confiança, orientação e empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

À minha família, agradeço por sempre me incentivar e me apoiar em todos os meus projetos.

Aos meus amigos, em especial ao Eduardo, Thaís, Carolina, João Marcelo, João Cyrilo, Matheus, e tantos outros, agradeço por estarem comigo nos momentos bons e ruins da minha trajetória acadêmica.

Aos meus companheiros do grupo de pesquisa, agradeço pelas contribuições dadas à este trabalho durante nossas reuniões semanais.

À Universidade, agradeço por todas as condições dadas, que me fizeram proporcionar dias muito ricos de aprendizado.

Ao Departamento de Sociologia, em especial às servidoras Gabriella e Renata, agradeço pela convivência diária, pelo auxílio nas questões administrativas e, também, pela amizade.

EPÍGRAFE

Toda mulher, ao saber que está grávida, leva a mão à garganta: ela sabe que dará à luz um ser que seguirá forçosamente o caminho de Cristo, caindo na sua via muitas vezes sob o peso da cruz. Não há como escapar.

Clarice Lispector

.....

Para Sempre

*Por que Deus permite
Que as mães vão-se embora?
Mãe não tem limite
É tempo sem hora
Luz que não apaga
Quando sopra o vento
E chuva desaba
Veludo escondido
Na pele enrugada
Água pura, ar puro
Puro pensamento
Morrer acontece
Com o que é breve e passa
Sem deixar vestígio
Mãe, na sua graça
É eternidade
Por que Deus se lembra
- Mistério profundo -
De tirá-la um dia?
Fosse eu rei do mundo
Baixava uma lei:
Mãe não morre nunca
Mãe ficará sempre
Junto de seu filho
E ele, velho embora
Será pequenino
Feito grão de milho*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Este trabalho busca compreender quais são as preferências das gestantes em relação à via de parto e, também, como acontece o processo decisório sobre a via de parturição. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que 10 a 15% dos partos sejam feitos por meio de operações cesarianas. No Brasil, entretanto, mais da metade dos partos são feitos pela via cirúrgica. No campo da obstetrícia, discute-se a segurança do referido procedimento, já que este se tornou uma prática médica rotineira. Tendo em vista esse debate, busquei, na parte inicial do trabalho, realizar uma revisão bibliográfica para compreender a história da operação cesariana e, também, para entender quais fatores contribuíram para que esse procedimento fosse considerado, pelos médicos, uma via segura de parturição. Na segunda parte do trabalho, busquei expor os dados coletados relativos à preferência das mulheres sobre a via de parto e ao processo decisório sobre a via de parturição. Foram realizadas 28 entrevistas com 14 gestantes atendidas pelo SUS e pela rede privada. Buscou-se entender as preferências de mulheres grávidas que possuem diferentes níveis de escolaridade e renda, utilizando-se um estudo comparativo entre os sistemas público e privado de saúde. A partir das entrevistas feitas durante o puerpério, foi possível investigar quais fatores influenciam a decisão sobre a via de parto.

Palavras-chave: Preferência; via de parto; cesariana; obstetrícia.

Sumário

Introdução.....	9
O Parto enquanto Objeto Sociológico	11
A Estrutura do Trabalho	13
Capítulo 1 - A história da assistência obstétrica e o debate atual sobre via de parto no Brasil.....	14
1. Introdução.....	14
2. A história da cesariana na Europa.	15
3. A história da cesariana no Brasil.	20
4. Números da operação cesariana no Brasil.....	22
Capítulo 2 – As preferências das gestantes em relação à via de parto.	26
1. Introdução.....	26
2. Processo de construção das preferências das mulheres grávidas.	28
3. Preferências das gestantes em relação à via de parto.	32
3.1. Preferência pelo parto normal.	33
3.2. Preferência pela operação cesariana.....	36
3.3. Considerações Finais.....	37
Capítulo 3 – O processo decisório sobre a via de parto.....	39
1. Introdução.....	39
2. Aspectos que influenciam a decisão sobre a via de parto no SUS e na rede privada.	40
2.1. Indicação Médica	44
2.2. Ansiedade	48
2.3. Pressão Social.....	49
2.4. Considerações Finais.....	50
Considerações Finais	51
Glossário.....	53
Anexo I – Roteiro das entrevistas feitas antes do parto.....	56
Bloco 1 - Perfil socioeconômico.....	56
Bloco 2 - A gravidez.....	57
Bloco 3 - Expectativas em relação ao parto.....	57
Anexo II – Roteiro das entrevistas feitas depois do parto.	58

Bloco 1 – O parto.....	58
Bloco 2 – O puerpério.....	59
Referências Bibliográficas.....	59
1. Bibliografia consultada.....	59
2. Documentos Consultados	61

Introdução

O parto é um processo fisiológico que existe desde o início da vida humana. Para que as gerações se perpetuem, os indivíduos se reproduzem e, por conseguinte, as mulheres passam pelo processo de parturição¹ – que é algo natural. Entretanto, as formas e os processos de parir sofreram diversas alterações ao longo do tempo histórico. Assim, é importante ressaltar que essas mudanças são influenciadas por fenômenos sociais. Atualmente, a parturição ocorre – na grande maioria das vezes – em hospitais e de forma medicalizada. Os partos são realizados por médicos obstetras e, além disso, envolve intervenções médicas nos partos vaginais ou a realização de cirurgia para a retirada do feto.

O debate sobre os índices de operações cesarianas realizadas é constante na área médica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que os índices de cesarianas variem entre 10 e 15% dos partos e que essa cirurgia não seja realizada de forma habitual. Segundo a OMS, a operação cesariana deve ser feita, apenas, se houver uma indicação clínica para tal. Entretanto, no Brasil e em diversos outros países, as taxas de realização desse procedimento cirúrgico são bem superiores ao número indicado. No Brasil, as cesarianas realizadas representam 56% dos partos. Ao mesmo tempo, a corporação médica indica a dificuldade de definir uma “cota” máxima para a realização de operações cesarianas.

A discussão sobre o alto número de cesarianas realizadas no Brasil fomentou o meu interesse em realizar uma pesquisa sobre o tema. A maioria dos estudos sobre essa temática foram feitos na área da medicina e da saúde pública. Entretanto, aqui, buscarei discutir o tema sob uma perspectiva sociológica. Apesar de representar um processo natural e fisiológico, o nascimento possui várias significações e sentidos sociais.

Assim, busquei investigar quais são as preferências das gestantes em relação à via de parto e como acontece o processo decisório sobre a via de parturição. A pesquisa possui uma abordagem qualitativa, em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres assistidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e pela rede privada. Trata-se de uma técnica de pesquisa fundamental para mapear práticas, crenças e padrões relacionados a universos sociais específicos. (DUARTE, 2004).

¹ Relativo à parto. O significado de todos os termos técnicos estão no glossário ao final deste trabalho.

O sumário executivo da pesquisa “Nascer no Brasil”² faz algumas recomendações a diferentes setores da sociedade. Às universidades e instituições de pesquisa é recomendado – dentre outras iniciativas – “realizar pesquisas avaliativas e de comparação de modelos de atenção ao parto e nascimento em diferentes contextos, no setor público e privado”. Assim, esse estudo foi realizado buscando atender à necessidade de realização dessas pesquisas sobre os dois modelos de assistência obstétrica existentes hoje no Brasil.

Além disso, segundo Bourdieu (2016), diferentes volumes de capitais – em especial os capitais econômico e cultural – fazem com que os indivíduos tenham gostos, preferências e percepções distintas. Assim, ao investigar o cenário obstétrico desses dois diferentes sistemas de saúde, buscou-se compreender as expectativas de mulheres que possuem diferentes níveis de escolaridade e renda. As preferências relativas à parturição são construídas socialmente e, nesse sentido, investigar os desejos de mulheres de diferentes posições sociais mostrou-se interessante do ponto de vista sociológico.

Realizei duas entrevistas com cada gestante. A primeira entrevista foi realizada antes do parto para que fosse possível compreender a preferência da gestante em relação à via de parto. É importante frisar que a primeira entrevista foi feita, necessariamente, durante o período gestacional. A segunda entrevista foi realizada durante o puerpério³. Essa segunda etapa da pesquisa foi fundamental, já que as puérperas relataram como foi o momento do parto e, também, falam sobre a decisão relacionada à via de parturição. Foram entrevistadas catorze mulheres – sete assistidas pelo SUS e sete pela rede privada. Como cada uma foi entrevistada duas vezes, no total foram realizadas vinte e oito entrevistas. Além disso, é importante ressaltar que foram selecionadas mulheres que residem no DF e Entorno.

No campo das ciências sociais, as amostras podem ser classificadas em “probabilísticas” ou “não-probabilísticas”. As amostras probabilísticas são aquelas em

² Trata-se de uma pesquisa de abrangência nacional, que foi coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com renomadas instituições científicas. Esse estudo – que possui uma abordagem quantitativa – entrevistou 23.894 mulheres. A referida pesquisa foi realizada em 266 maternidades públicas e privadas, localizadas em 191 municípios de todos os estados brasileiros. Foram realizadas três entrevistas com cada mulher: a primeira antes do parto, a segunda após 45 dias de puerpério e a terceira foi feita entre 6 e 18 meses após o parto.

³ É o período que decorre desde o parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher voltem às condições anteriores à gestação.

que todos os sujeitos têm a mesma probabilidade de serem escolhidos. Já na amostra não-probabilística, existem critérios que definem a seleção dos sujeitos que serão pesquisados. As amostras não probabilísticas podem ser subdivididas em: acidentais e intencionais (ou de seleção racional). (RICHARDSON, 1999). Para os fins dessa pesquisa, foi necessária uma amostra não-probabilística intencional já que metade das entrevistadas foram assistidas pelo SUS e, a outra metade, pela rede privada de saúde. inicialmente, busquei selecionar mulheres grávidas por meio de redes sociais, em especial, o “Facebook”. Mas, após poucas mulheres se disporem a participar do estudo, busquei – com amigos e familiares - contatos de mulheres grávidas. Essas duas estratégias colocadas acima fazem com que se obtenha uma amostra não-probabilística de seleção racional.

O Parto enquanto Objeto Sociológico

Para compreendermos o processo de parturição sob uma perspectiva sociológica, utilizaremos como aporte teórico a teoria desenvolvida por Berger e Luckmann (2004) em *A Construção Social da Realidade*. Para estes autores (2004: p.79), o conceito de instituição refere-se à “tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores”. As instituições, em si, visam canalizar os desejos e instintos individuais. Ou seja, as atitudes individuais que poderiam ser orientadas para diversas direções, são canalizadas em um só sentido de ação e, assim, cria-se padrões determinados de comportamentos individuais. Ao abordar o processo de institucionalização, é preciso ressaltar que elas agem moldando os comportamentos, significados, desejos e instintos individuais. Nesse sentido, apesar das instituições agirem coercitivamente, elas são responsáveis, essencialmente, por formarem desejos e anseios pessoais. Ou seja, diferentes instituições agem construindo preferências. E, nesse sentido, as pessoas não agem – necessariamente – por temer algum tipo de controle social. Os comportamentos são tipificados pela interação entre diferentes instituições, fazendo com que as atitudes individuais não sejam “forçadas”, mas baseadas em desejos que são produzidos – socialmente – pelas instituições.

Peter Berger, em sua obra “*Perspectivas Sociológicas – uma visão humanística*”, exemplifica, de forma clara e direta, a ideia de instituição. Para ele, o casamento

representa um ótimo exemplo de instituição. Assim, a partir do casamento, os indivíduos canalizam seus instintos sexuais em uma forma tipificada de ação. O instinto sexual – caso não houvesse esse condicionante social – poderia ser expresso de diversas outras maneiras. Entretanto, como essa conduta foi institucionalizada por meio do casamento, a instituição impõe uma “fórmula” para o indivíduo, mostrando a ele como canalizar seus desejos sexuais. A instituição determina tipos de condutas padronizadas. (BERGER, 2001).

O parto, de maneira similar, representa uma atividade que foi institucionalizada. E, desse modo, diferentes instituições canalizam o ato de parir – que é algo instintivo - e produzem determinados comportamentos tipificados. Assim, o processo de parturição é conduzido por mais de uma instituição – principalmente, a instituição médico-hospitalar e a familiar - e grupos sociais em que a gestante está inserida. A mulher, portanto, tem suas vontades moldadas pela interação com essas instituições, fazendo com que esse processo ocorra de maneira sutil. Como foi dito anteriormente, as instituições moldam os anseios das mulheres e, assim, a maioria delas deseja parir em ambientes hospitalares, onde ocorrem intervenções médicas. Entretanto, é preciso ressaltar que existem diferenças nas preferências das gestantes, principalmente em relação ao tipo de parto.

Para interpretar os dados coletados na pesquisa, é importante também introduzir a noção de “universo simbólico”. Para Berger e Luckmann (2004), esse conceito é definido como sendo “corpos de tradições teóricas”, que integram todas as áreas de significação em que um indivíduo está envolto. Ou seja, integra também as áreas “simbólicas” – que não fazem parte da realidade da vida cotidiana daquele indivíduo. Assim, é preciso ressaltar que existem universos simbólicos ligados às instituições. Tendo em vista a construção da significação do parto, a instituição médico-hospitalar, por exemplo, possui um universo simbólico específico – que é controlado pelos médicos – e que as gestantes habitam. Entretanto, outras instituições possuem outros universos simbólicos que, nem sempre, são similares aos significados atribuídos ao parto pela instituição médico-hospitalar. Além disso, vale ressaltar que esses significados podem variar, inclusive, dentro de uma mesma instituição – como ocorre, por exemplo, em relação à instituição familiar. Nesse caso, a significação atribuída ao parto varia de acordo com a posição social que a gestante ocupa; ou seja, esses significados estão relacionados com a estratificação social. Há, portanto, a possibilidade de conflito entre

os diferentes universos simbólicos que as gestantes habitam. Logo, ao dizer que há uma “interação” entre as instituições e seus respectivos universos simbólicos, é necessário frisar que podem existir divergências e, assim sendo, a moldagem das expectativas acontece por uma interação que pode ser conflituosa.

Berger e Luckmann (2004) explicam que o acesso a determinada instituição acontece por meio de significados objetivados. Ou seja, por meio de uma realidade concreta, que já está dada e é, portanto, exterior ao indivíduo. Além disso, para eles, acontece o processo de interiorização desses significados objetivos, que formam, assim, uma significação subjetiva. Os autores defendem a existência de um processo dialético na sociedade, envolvendo a objetivação e a subjetivação; ao mesmo tempo que os indivíduos são produtos da sociedade, a sociedade é produto dos indivíduos. Assim, o processo que rege as preferências das mulheres em relação ao parto precisa ser compreendido de modo dialético.

As gestantes, em suas vidas cotidianas, acessam instituições que representam realidades objetivas, que são exteriores a elas. Esse contato acontece por meio de significados objetivados pertencem aos universos simbólicos que elas habitam. A linguagem tem um papel fundamental nesse processo. A partir daí, torna-se possível o processo de interiorização dessa realidade objetiva. Quando isso ocorre, esses significados são subjetivados e, portanto, cada mulher forma seus próprios significados, valores e opiniões.

A Estrutura do Trabalho

O trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro deles, farei uma revisão de literatura sobre o tema, buscando entender a história da assistência obstétrica na Europa e no Brasil. Este primeiro capítulo visa compreender as transformações ocorridas no universo simbólico ocidental relacionado ao parto. Além disso, também busco apontar os debates que estão sendo feitos, atualmente, sobre essa temática. Já no segundo capítulo, irei analisar os dados das entrevistas feitas antes do parto com as gestantes. O objetivo do segundo capítulo é investigar quais são as preferências das gestantes em relação à via de parto e, também, quais motivações embasam a preferência posta. No terceiro capítulo, farei a análise dos dados das entrevistas realizadas após o

parto. Assim, buscarei apontar quais elementos influenciam no processo decisório sobre a via de parto.

Capítulo 1 - A história da assistência obstétrica e o debate atual sobre via de parto no Brasil.

1. Introdução

O modo de assistência ao parto mudou drasticamente ao longo da história. O advento da cesariana representa uma grande mudança no cenário obstétrico. Assim, a possibilidade de parir por meio da via cirúrgica reduziu, drasticamente, a mortalidade materna⁴ - visto que a cesariana representa uma alternativa aos partos vaginais malsucedidos. Porém, atualmente, os altos índices de partos cirúrgicos realizados no Brasil têm gerado um intenso debate no meio acadêmico – principalmente na área da saúde pública. Neste capítulo, a partir de uma revisão bibliográfica sobre a história da operação cesariana, busco mostrar as transformações do universo simbólico ocidental relacionado ao parto.

Segundo Brenes (1991), o processo de parturição era assistido, tradicionalmente, por parteiras. As mulheres confiavam nas parteiras que conduziam o parto – que era realizado na casa da parturiente⁵. Essas parteiras recorriam, muitas vezes, ao auxílio de outras mulheres da comunidade. O conhecimento tradicional do corpo feminino era fundamental e a assistência obstétrica era realizada por mulheres. Entretanto, a pouca experiência das parteiras com partos mais difíceis fazia com que muitas mães e crianças morressem.

A noção de retirada do feto pela via abdominal é algo bem antigo. (PARENTE *et al.*, 2010). Alguns relatos apontam que as primeiras cesarianas foram feitas na Babilônia (1795-1750 a.C). Entretanto, naquela época, a operação era realizada, apenas, em mulheres mortas ou naquelas que estavam prestes a morrer. Nesse sentido, não existia a

⁴ Refere-se à taxa de mulheres que morreram durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto. A morte materna pode ser decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, mas não devida a causas acidentais ou incidentais.

⁵ Refere-se à mulher que está em trabalho de parto ou acabou de parir.

possibilidade de realizar o procedimento cirúrgico em uma parturiente para que ela sobrevivesse. A cesariana era realizada para tentar salvar a vida da criança ou por questões religiosas – para que fosse possível batizar a criança e enterrá-la separadamente da mãe. Assim, até 1500, nos casos de partos muito difíceis, em que a mãe estava morrendo, a execução do procedimento cirúrgico ocorria para que fosse possível tentar salvar a vida da criança.

Segundo Parente *et al.* (2010), antes do século XVI, a realização da cesariana fazia parte de um debate religioso. Como esse procedimento só era realizado em mulheres mortas ou naquelas que estavam morrendo, havia uma controvérsia sobre o tema. Os mulçumanos, por exemplo, se opunham à realização desse procedimento cirúrgico – mesmo após o óbito materno. A Igreja Católica, por sua vez, considerava fundamental a realização do procedimento após a morte da mãe, já que possibilitava o batismo da criança. Em 1280, a Igreja Católica tornou obrigatória a realização de cesariana pós-morte.

2. A história da cesariana na Europa.

A primeira cesariana realizada em uma parturiente viva aconteceu na Suíça, em 1500. (REZENDE, 2009). Entretanto, o parto pela via abdominal ainda não era uma prática obstétrica. A operação foi feita pelo próprio esposo da parturiente, já que, após muitos dias em trabalho de parto, a criança não nascia – mesmo a mãe sendo auxiliada por várias parteiras. Assim, Jacob Nufer – esposo da parturiente – pediu autorização para as autoridades da região para realizar o parto pela via abdominal. Após a permissão ter sido concedida, ele fez o parto de sua esposa. Apesar de todos os riscos inerentes à realização desse procedimento naquele tempo histórico, que foi feito por uma pessoa leiga, a mãe e a criança sobreviveram.

“Jacob não era médico nem sequer cirurgião-barbeiro⁶. Era um homem simples do povo, habituado a castrar porcas. Sua mulher, primípara⁷, entrou em trabalho de parto e, como era de hábito na época, estava sendo atendida por parteira. Por alguma razão, a criança não nascia. Desesperado, o marido chamou uma a uma, todas as parteiras do lugar, num total de treze. Depois de

⁶ Era uma profissão “comum” na idade média. Este profissional realizava pequenas cirurgias e cuidava de ferimentos.

⁷ É a mulher que pariu ou vai parir pela primeira vez.

muitas tentativas e de longa espera, vendo que as forças de sua esposa se exauriam, apelou para os cirurgiões-barbeiros do lugar, acostumados a praticar a talha hipogástrica⁸ para a retirada de cálculo vesical⁹, a fim de que fizessem a operação cesariana em sua esposa. A simples ideia de um cirurgião-barbeiro atender a uma parturiente já constituía fato inédito que contrariava todos os costumes da época. Nenhum deles atreveu-se a prestar socorro à infeliz mulher. Nufer decidiu, então, solicitar permissão às autoridades civis da cidade para praticar, ele mesmo, a operação cesariana em sua esposa. Auxiliado por duas parteiras mais corajosas, colocou sua mulher sobre uma mesa e com uma navalha abriu-lhe o ventre. Diz a crônica que o fez com tal habilidade que a criança foi removida de uma só vez, sem provocar qualquer dano à mãe ou ao filho”. (REZENDE, p.172-173, 2009).

De acordo com Parente *et al.* (2010), a possibilidade da realização da operação cesariana como uma forma de evitar a morte materna surgiu no século XVI. Em 1581, Francis Rousset foi pioneiro na defesa da realização da operação cesariana como uma forma de salvar a vida da mãe. Ele escreveu sobre indicações e riscos associados ao procedimento cirúrgico. Entretanto, essa posição foi contestada por autoridades e médicos da época. Pode-se perceber que, nesse período, a cesariana não era vista como um progresso no cenário obstétrico. Houve uma resistência dos próprios médicos em adotar esse procedimento cirúrgico como uma alternativa possível em relação ao parto normal, mesmo em casos complicados que levavam à morte da mãe.

A partir do século XVIII, alguns fatores contribuíram para o progresso científico da medicina e, por conseguinte, para o desenvolvimento de uma técnica cirúrgica inovadora – que pretendia salvar a vida da mãe e da criança quando não havia evolução pelo processo de parturição natural. O primeiro deles trata-se da fundação de hospitais modernos, em que os pacientes eram internados com perspectivas reais de cura.

Segundo Catão (2011), a instituição hospitalar moderna possui características bem diferentes daquelas observadas nos hospitais em períodos anteriores. Nas sociedades pré-modernas, a função do hospital era abrigar doentes pobres. Porém, como os tratamentos médicos eram muito escassos, aquele ambiente servia somente para assistir, materialmente e psicologicamente, o enfermo. Além disso, a internação hospitalar também visava isolar o doente dos outros indivíduos da sociedade. Assim, ao ser hospitalizado, o enfermo não tinha perspectivas de sair daquele meio e retomar a sua vida normal. Antes do surgimento dos hospitais modernos, os enfermos pertencentes a

⁸ Trata-se de uma punção da bexiga com uma agulha para escoamento da urina.

⁹ Refere-se à presença de pedras ou material calcificado na bexiga.

camadas mais altas da sociedade europeia não recorriam aos nosocômios¹⁰ e eram assistidos em seus próprios lares.

Além do advento de instituições hospitalares modernas, o estudo acerca do processo de parturição por médicos que atuavam nesses locais também foi fundamental. (CATÃO, 2011). Assim, a produção de conhecimento sobre o processo de parturição e, também, sobre as distocias¹¹ facilitou o desenvolvimento de tecnologias médicas responsáveis pela diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal¹². O estudo sobre o raquitismo¹³ – que atingia muitas mulheres naquela época – mostrou como a doença pode causar malformações pélvicas que tornam o parto vaginal muito difícil.

Segundo Low (2009), surgiram algumas técnicas médicas que visavam possibilitar o parto vaginal ou, então, salvar a vida da mãe. A versão, por exemplo, faz com que a criança – que está posicionada de modo inadequado para o parto – vire e, assim, o parto possa ocorrer sem maiores problemas. Assim, trata-se de uma manobra – técnica manual realizada pelos médicos – que foi desenvolvida a partir do conhecimento relativo ao processo de parturição. A craniotomia¹⁴, por sua vez, foi uma técnica utilizada pela obstetrícia quando as malformações pélvicas obstruíam a passagem da criança e havia risco de ruptura uterina. Assim, o uso desse procedimento tinha o intuito de salvar a vida da mãe. A operação consistia em perfurar o crânio fetal, remover o cérebro do feto e, assim, remover a criança com o crânio perfurado. Entretanto, havia uma discussão ética e religiosa que contestava a realização desse tipo de procedimento com a criança ainda viva.

“A intervenção precoce para salvar a mãe era desejável para evitar o esgotamento materno. No entanto, isso muitas vezes levou à difícil questão ética de realizar uma craniotomia enquanto a criança ainda estava viva. Os opositores alegavam que isso era assassinato e não proporcionava uma oportunidade para o batismo da criança. Os defensores argumentavam que,

¹⁰ É o local próprio destinado ao tratamento de pessoas doentes ou feridas; hospital.

¹¹ Refere-se a qualquer problema, tanto de origem materna ou fetal, que dificulte ou impeça o parto.

¹² Refere-se ao número de óbitos ocorridos, em nascidos vivos, até o 27º dia de vida.

¹³ Doença da infância e adolescência devia à carência de vitamina “D”, que se caracteriza pela mineralização insuficiente dos ossos.

¹⁴ Na obstetrícia, refere-se à operação de destruição do retalho ósseo do crânio fetal. Antes do desenvolvimento da cesariana, esse procedimento era realizado para salvar a vida da mãe.

sem tratamento, a criança morreria e a principal responsabilidade do médico era a vida da mãe (Tradução minha)¹⁵. (LOW, p.1132, 2009).

O fórceps¹⁶ surgiu como uma tecnologia médica – que também auxiliava a execução de partos vaginais difíceis. Esse aparelho visa puxar, mecanicamente, o feto do ventre materno. Entretanto, no século XVIII, autoridades médicas e religiosos se opunham à utilização do instrumento. As suas taxas de utilização nos partos na Europa – durante o século XVIII – eram muito baixas. Na França, por exemplo, o fórceps foi usado em apenas 0,62% dos partos entre 1797 e 1831. Entretanto, após esse período, o uso do referido instrumento tornou-se mais frequente. A sua utilização acarretou uma queda no número de craniotomias realizadas. (LOW, 2009).

De acordo com Parente *et al.* (2010), a realização de cesarianas – a partir do final do século XVIII – tornou-se mais frequente. Pode-se considerar que, a partir desse período, o procedimento cirúrgico tornou-se uma prática obstétrica. Entretanto, a cesariana como uma via de parto ainda era bastante infrequente e os índices de mortalidade materna ainda eram altíssimos. Portanto, a execução do procedimento cirúrgico ocorria, apenas, como um último recurso para tentar salvar a vida mãe. Durante o ano de 1798, foram registradas – em toda a Europa – apenas setenta e três cesarianas e a taxa de mortalidade materna foi de 57%. Já em 1844, foram registradas 338 cesarianas e 62% das parturientes morreram. Pode-se notar, portanto, um crescimento no número de cesarianas realizadas, mas a mortalidade materna continuou muito elevada. Nessa época, tendo em vista o universo simbólico da medicina, o parto normal representava a única forma segura de parturição.

A partir de meados do século XIX, o advento de algumas tecnologias médicas – propiciadas pelo desenvolvimento científico nessa época – minimizou muito as complicações típicas da execução da operação cesariana. As principais tecnologias foram: o desenvolvimento da anestesia, a possibilidade da realização de transfusões de

¹⁵ “Early intervention to save the mother was desirable to avoid maternal exhaustion. However, this often led to the difficult ethical issue of performing a craniotomy while the child was still alive. Opponents claimed this was murder and did not provide an opportunity for baptism of the child. Advocates argued that, untreated, the child would die and the physician’s primary responsibility was the life of the mother”(LOW, 2009).

¹⁶ É um instrumento cirúrgico de dois ramos articulados, para apreensão, compressão ou tração. O uso desse instrumento visa extrair fetos do útero.

sangue, a sutura¹⁷ uterina, a assepsia¹⁸, a antisepsia¹⁹, a administração de antibióticos, a drenagem²⁰ do útero e, também, da cavidade peritoneal²¹. A partir daí, as complicações mais graves decorrentes da realização da operação cesariana – especialmente hemorragias e a septicemia²² – passaram a ser evitadas ou controladas. (PARENTE *et al.*, 2010). Essas descobertas científicas contribuíram, enormemente, para que esse procedimento cirúrgico se tornasse relativamente seguro. As taxas mortalidade materna – relacionadas com a execução dessa cirurgia – diminuíram muito após a implementação e a massificação do uso dessas referidas técnicas nas operações cesarianas.

A possibilidade de combate às infecções foi fundamental para a diminuição da mortalidade materna e, conseqüentemente, o número de partos cesarianas realizados aumentou. Assim, no final do século XIX, a cesariana se tornou uma alternativa à craniotomia, tendo em vista os casos de malformações pélvicas. Em 1895, na Europa, as técnicas de controle de infecções fizeram com que os índices de mortalidade materna reduzissem consideravelmente – chegando a 10%. Entretanto, as infecções e hemorragias continuaram sendo as principais causas de mortalidade materna. Durante o século XX, as pesquisas médicas continuaram sendo desenvolvidas com a finalidade de se descobrir mecanismos mais eficazes de combate às infecções. Entre 1930 e 1940, a introdução das sulfonamidas²³, da penicilina²⁴ e antibióticos específicos para combater infecções intrauterinas e a febre puerperal foram fundamentais para que as taxas de mortalidade materna caíssem ainda mais. (LOW, 2009).

¹⁷ É o ato de unir os bordos de um corte, ferida.

¹⁸ É um conjunto de meios para impedir a entrada de germes patogênicos no organismo e prevenir infecções.

¹⁹ É um conjunto de meios para destruir germes patogênicos e prevenir infecções.

²⁰ Retirada, por meio de dreno, de líquidos e gases fisiológicos ou patológicos retidos no organismo.

²¹ Refere-se à uma cavidade que se localiza dentro da cavidade abdominal, seu limite inferior é a cavidade pélvica.

²² Trata-se de uma infecção generalizada, ou seja, que se espalhou por todo o corpo.

²³ Trata-se de um grupo de antibióticos sintéticos usados no tratamento de doenças infecciosas.

²⁴ Refere-se à antibióticos que são profusamente utilizados no tratamento de infecções causadas por bactérias sensíveis.

3. A história da cesariana no Brasil.

No Brasil, as primeiras escolas médicas foram fundadas em 1808, com a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil. Foram criadas duas faculdades de medicina no Brasil: uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro. Nesse período, o ensino de obstetrícia ainda era bem precário e, além disso, era essencialmente teórico. A assistência ao parto no Brasil era realizada por parteiras, ou seja, de forma tradicional. O estabelecimento do atendimento às parturientes em instituições hospitalares ocorreu de forma bem gradual e lenta. Inicialmente, os alunos de medicina eram proibidos de assistir aos partos feitos nas poucas enfermarias dos hospitais destinados ao atendimento às parturientes. A falta da prática obstétrica contribuiu para que a transição do modelo tradicional de assistência ao parto para o modelo hospitalar de assistência fosse mais lenta no Brasil do que nos países europeus. (MARTINS, 2004).

“Apesar da constatação da importância da disciplina, as condições de ensino não se alteraram em relação à época das escolas cirúrgicas. Todos os autores contemporâneos, bem como os memorialistas que analisaram o período anterior à década de 1870, são unânimes em apontar as fragilidades de um ensino de obstetrícia eminentemente teórico. As memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia trazem algumas informações sobre as dificuldades enfrentadas pelos professores e alunos de forma geral e em especial no ensino da obstetrícia; conforme o Dr. Rodrigues Silva: ‘A prática de partos consistia em manobras exercidas sobre um manequim ridículo, que mais provocava risos do que prestava-se à aprendizagem séria’ (Rodrigues Silva apud Adeodato Filho, 1967: 26). De acordo com os críticos, aquele estado de coisas permitia que os alunos saíssem do curso sabendo fazer apenas partos teóricos, isso em uma época em que, na Europa, os métodos clínicos já estavam sendo colocados em prática nos hospitais e no atendimento privado” (MARTINS, p.145-146, 2004).

Segundo Brenes (1991), além desses problemas citados anteriormente, o modelo hospitalar de assistência obstétrica esbarrava em uma questão ainda mais séria: a resistência das mulheres em aderir a essa forma moderna de assistência. Nessa época, a maioria absoluta das mulheres temia ser assistidas por médicos – que eram sempre, nesse tempo histórico, homens. Nesse sentido, era necessário que os médicos e o seu discurso fizessem com que as mulheres confiassem mais nesse novo modelo de assistência ao parto. Em princípio, as gestantes resistiram em trocar o lar pelo hospital e, obviamente, a precariedade das instalações e do atendimento dificultaram esse processo.

O primeiro relato da realização de uma operação cesariana no Brasil é de 1889. (PARENTE *et al.*, 2010). Entretanto, apesar da grande expectativa causada pela

execução do procedimento, a parturiente não sobreviveu. O início da execução de partos pela via abdominal aconteceu bem mais tarde no Brasil. A via de parto cirúrgica, aqui, só começou a ser realizada - como uma prática obstétrica - a partir do século XX. A fundação da Maternidade do Rio de Janeiro, em 1904, contribuiu para a modernização da assistência obstétrica e, por conseguinte, foi fundamental para o aumento do número de cesarianas realizadas.

Em 1915, Fernando Magalhães – um dos mais renomados obstetras da época – desenvolveu e deu início à aplicação de uma técnica inovadora, que foi fundamental para a diminuição do índice de mortalidade materna no Brasil. (TEIXEIRA *et al.*, 2016). Essa nova tecnologia médica baseava-se na ideia de isolamento do útero com lençóis de borracha, a fim de evitar a contaminação do órgão. A frequente execução dessa técnica tornou a cesariana um método mais seguro e, assim, as taxas de mortalidade materna caíram. Na época, de cento e sessenta e uma cesarianas realizadas, houve óbito materno em 6,8% dos casos.

A popularização da via de parto cirúrgica aconteceu a partir de 1950. Em 1970, no Brasil, foram realizadas mais de 88 mil cesarianas, o que representou 14,6% dos partos realizados. A partir desse período, o índice de cesarianas continuou crescendo em ritmo muito acelerado. Em 1980, 31% dos partos já eram realizados pela via cirúrgica. Em 1996, 38% dos partos foram cesarianas. Dez anos depois, em 2006, 45% dos partos já eram realizados pela via cirúrgica. Atualmente, estudos apontam que os índices de cesariana no Brasil giram em torno de 55%. Ou seja, mais da metade dos partos realizados hoje, no Brasil, são cesarianas.

“O Brasil exibe uma das maiores taxas de cesáreas do mundo e tem sido citado como um exemplo de possível abuso desse procedimento. Segundo o Datasus, em série histórica de 1994 até 2006, verifica-se que, no Brasil, mais de 95% dos partos são atendidos em hospitais, sendo verificada uma notável elevação dos índices pois, enquanto em 1970 a taxa era de 14,6%, o ano de 2006 registra uma proporção de 45% dos nascidos vivos”. (HWANG *et al.*, p.1, 2009).

Entretanto, é necessário que ressaltar que o modo e a velocidade com que as transformações no cenário obstétrico ocorreram não foram as mesmas em todas as regiões do globo. O Brasil, por exemplo, está entre os países que possuem as maiores taxas de cesariana do mundo. Ao mesmo tempo, alguns países da Europa – que foram pioneiros nessas transformações – têm índices bem menores desse procedimento cirúrgico. A operação cesariana, entretanto, em algumas regiões da África, Ásia e

Oceania ainda é uma tecnologia médica pouco acessível. Nessas regiões do mundo, alguns fatores colaboram para que as taxas de mortalidade materna sejam muito altas. (PARENTE *et al.*, 2010).

“A cesariana é uma tecnologia que nos trouxe enorme auxílio para mitigar a mortalidade materna no século XX. Atualmente e, paradoxalmente, a grande questão é como torná-la acessível em países da África Subsaariana, da Ásia e da Oceania, onde há alguns com taxas de menos de 1% de cesariana (Chade) e mortalidade materna de 470 por 100 mil nascidos vivos (Papua Nova Guiné)”. (PARENTE *et al.*, p.486, 2010).

Atualmente, no Brasil, existe um amplo debate – realizado, principalmente, na área da saúde pública – sobre os benefícios e riscos da execução de cesarianas. Tendo em vista o nosso cenário obstétrico atual, tem se discutido em que medida o alto número de cesarianas realizadas é algo benéfico para a saúde da mulher e do recém-nascido. Além disso, o processo de decisão pela via de parto e a preferência das mulheres em relação ao tipo de parto também são questões importantes e que devem ser discutidas nas ciências sociais, já que existem significações e sentidos sociais envolvendo a parturição.

4. Números da operação cesariana no Brasil.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), existe uma taxa ideal para a realização de partos pela via cirúrgica. Nesse sentido, a entidade internacional aponta que os países que possuem os índices de cesarianas entre 10 e 15% possuem índices menores de mortalidade materna e neonatal. A operação cesariana é tida como um importante avanço científico da medicina, entretanto, não está isenta dos riscos presentes em qualquer procedimento cirúrgico. (OMS, 2015).

“Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade²⁵ materna e perinatal²⁶. Porém não

²⁵ A morbidade é a taxa de indivíduos portadores de determinada doença dentro de um grupo específico, a partir de certo período de análise. Em obstetria, esse termo é utilizado para designar o índice de mulheres que sofreram complicações graves durante a gestação, parto ou puerpério e, também, os recém-nascidos que apresentam alguma enfermidade grave após o nascimento.

²⁶ O termo “mortalidade perinatal” é usado para designar o número de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação acrescido dos óbitos ocorridos até o 7º dia completo de vida, por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em determinado período, no espaço geográfico considerado.

existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.”(OMS, p.1, 2015).

Os riscos associados à realização do parto normal são menores do que aqueles relativos ao parto cirúrgico – tendo em vista parturientes que não possuem nenhuma indicação clínica para a execução da operação cesariana. As complicações advindas da realização do procedimento cirúrgico, na maioria das vezes, estão associadas a infecções e a problemas com o uso da anestesia. (VICENTE *et al.*, 2017). Além disso, a chance de prematuridade entre os recém-nascidos também é maior quando o nascimento ocorre pela via da cesariana. Em um estudo realizado por Faúndes, em 1985, na cidade de Campinas (SP), foi apurado que a taxa de mortalidade materna em partos vaginais foi de 3,6 óbitos a cada 10 mil partos e, em cesarianas, constatou-se 8,8 mortes maternas a cada 10 mil partos.

Além dos riscos diretos à saúde da mãe e da criança, existem outras questões que também devem ser pautadas. A primeira delas é o maior tempo de recuperação da mãe, que faz com que haja dificuldades relacionadas ao cuidado com o bebê. Outra questão fundamental é a dificuldade de amamentação relacionada com a execução do parto abdominal. Vários estudos já evidenciaram a importância do aleitamento materno para a criança.

“No entanto, há outras conseqüências da cesárea que são menos evidentes, e afetam a saúde da mãe e do bebê. Uma cesariana implica uma recuperação mais difícil para a mãe, levando a um período maior de separação entre ela e o filho, uma demora no primeiro contato entre eles e no início da amamentação. Se acrescentarmos a isto um aumento no uso de analgésicos e o maior desconforto ao se lidar com o bebê, é fácil compreender porque a taxa e a duração da amamentação são afetadas pela cirurgia abdominal. Sabendo da importância do aleitamento materno para um país como o Brasil, este é um argumento forte contra a cesariana desnecessária”. (FAÚNDES *et al.*, p.161, 1991).

Algumas pesquisas sobre obstetrícia (SOUZA, 1994; NAKANO *et al.*, 2015) – realizadas no âmbito da saúde pública e das ciências sociais – apontam que o alto índice de cesarianas feitas no Brasil relaciona-se com a preferência dos médicos em realizar esse procedimento cirúrgico. Os fatores que geram essa opção dos profissionais são vários. A rapidez e a conveniência proporcionada pela realização de um procedimento

que é – em grande parte das vezes – agendado previamente são os principais fatores que geram essa preferência, segundo os estudos realizados na área.

Além disso, alega-se que o ensino obstétrico no Brasil, atualmente, é voltado para ensinar os aprendizes de medicina a realizarem a operação cesariana. Assim, o ensino raso e a pouca prática em partos vaginais também contribuem, de forma significativa, para a preferência dos médicos pelo parto cirúrgico. Além disso, é importante citar que há, no meio médico, a crença de que a cesariana é um procedimento muito seguro e, nesse sentido, esses profissionais apontam que os riscos para a mulher e para a criança são mínimos.

“Um estudo realizado em hospital universitário com estudantes de medicina mostra como a formação universitária e a residência médica são voltadas para o treinamento da cesariana e a inculcação da ideia de praticidade, conveniência e segurança do procedimento. Na mesma direção, outra pesquisa argumenta que, também nas maternidades públicas, os índices da cirurgia são elevados, expressando uma cultura profissional baseada na crença da segurança do procedimento e vieses da formação médica obstétrica. O estudo chama a atenção para a pouca familiaridade das gerações mais novas de obstetras com técnicas e manobras de assistência ao parto vaginal. Diante de qualquer dificuldade no trabalho de parto, parte-se para a cirurgia, pois, além de serem mais experimentados nesse tipo de nascimento, sentem-se menos expostos a futuros processos judiciais”. (RISCADO *et al.*, p.5, 2016).

A preferência das gestantes por uma determinada via de parto também tem sido discutida nos estudos realizados sobre o tema. Segundo o estudo “Nascer no Brasil” – que possui uma abordagem qualitativa -, 66% das gestantes preferem o parto vaginal, porém, a decisão sobre a via de parto – na maioria das vezes – não considera a preferência da gestante. (LEAL, 2014). De acordo com essa pesquisa, 51,5% das mulheres que disseram preferir o parto normal, pariram pela via cirúrgica. Os motivos que estão associados à preferência por determinada via de parto são, principalmente, o medo da dor do parto vaginal – no caso da preferência pela cesariana – e a recuperação mais lenta e difícil – no caso da preferência pelo parto normal.

Conforme apontam Kottwitz *et al.* (2018), em uma pesquisa denominada “Via de parto preferida por puérperas e suas motivações”, foi constatado que a maioria das gestantes desconhecem os riscos inerentes ao processo de parturição – em ambos os tipos de parto – para elas e para os seus filhos. Nesse sentido, entende-se que existe uma confiança das mulheres na assistência obstétrica moderna, ou seja, aquela a que essas mulheres estão submetidas. No Brasil, as principais causas de óbito materno são as hemorragias e complicações devido à hipertensão.

“Este estudo demonstrou, ainda, que a maioria das mulheres acreditava que o tipo de parto ao qual foram submetidas não envolvia riscos para si e para o recém-nascido. Esses dados são alarmantes, partindo do pressuposto de que as mulheres desconhecem os riscos possíveis, para sua saúde e para o conceito, dos procedimentos realizados no seu corpo. Dados apontam que a cada minuto uma mulher morre no mundo devido a complicações da gravidez e do parto, o que chama a atenção para o fato de que, independentemente do tipo de parto, existem riscos inerentes a este processo. Atualmente, as duas principais causas diretas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia, que corresponderam, em 2012, a 20,2% e 11,9% do total de óbitos maternos, respectivamente. Nesse mesmo ano, a principal causa de óbito materno, nos estados do Paraná e Santa Catarina, foi a hemorragia, com 18,6% e 15,6% respectivamente”. (KOTTWITZ *et al.*, p.6, 2018).

A partir das considerações feitas no capítulo, foi possível perceber que as transformações ocorridas no universo simbólico do parto estão associadas à segurança do procedimento cirúrgico. Quando a cesariana começou a ser realizada, ela era considerada um procedimento inseguro já que muitas complicações graves aconteciam, fazendo com que muitas mulheres morressem. O advento de algumas tecnologias médicas fez com que as principais complicações fossem evitadas e, assim, a cesariana evoluiu para uma via de parto que é, atualmente, considerada segura pelos médicos. Assim, hoje, as gestantes podem desejar uma das duas vias de parto. No próximo capítulo, buscarei abordar as preferências das mulheres grávidas em relação à via de parto e, também, analisar as motivações que sustentam as diferentes preferências.

Capítulo 2 – As preferências das gestantes em relação à via de parto.

1. Introdução

Neste segundo capítulo, o objetivo será abordar uma questão central da pesquisa: as preferências das gestantes em relação à via de parto. A partir das entrevistas realizadas antes do parto, busquei entender o que as mulheres grávidas esperavam do processo de parturição. Além disso, por meio do arcabouço teórico escolhido, o objetivo do capítulo também é compreender de que modo as preferências das gestantes são construídas. A segunda questão fundamental da pesquisa é a análise do processo decisório em relação ao tipo de parto – que será abordado no terceiro capítulo deste trabalho. Ou seja, a partir da metodologia escolhida, visa-se compreender quais fatores influenciaram a escolha da via de parto e, nesse sentido, de que forma o processo de parturição se desenrola. Para que os dados coletados nas entrevistas sejam interpretados, diferentes literaturas serão utilizadas. Assim, foram escolhidas produções acadêmicas do campo das ciências sociais, artigos que abordam esse tema, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde, da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), do CFM (Conselho Federal de Medicina), da AMB (Associação Médica Brasileira) e da OMS (Organização Mundial da Saúde).

No primeiro capítulo deste trabalho, discutiu-se a história da assistência obstétrica – tendo em vista o contexto de desenvolvimento técnico-científico da medicina – e o debate atual, especialmente no Brasil, sobre o cenário da obstetrícia. Portanto, viu-se, no capítulo anterior, que o Brasil possui altos índices de partos feitos pela via cirúrgica. Considerando os estudos científicos realizados sobre o tema, a OMS declarou que, idealmente, 10 a 15% dos partos devem ser feitos pela via cirúrgica. Assim, segundo a organização, quando os índices de partos cirúrgicos realizados variam nessa faixa indicada, as taxas de mortalidade materna e neonatal são mais baixas. Estudos apontam que taxas muito altas de operações cesarianas são prejudiciais à saúde

da mulher. Ao mesmo tempo, as pesquisas também indicam que o baixo acesso ao parto cirúrgico costuma ser um problema de saúde pública ainda maior.

O uso do termo “preferência” ocorre já que a opção feita pela gestante não é, necessariamente, a via de parto que acaba sendo decidida. Como já foi explicado anteriormente, essa pesquisa também busca apontar os fatores que influenciam no processo decisório sobre a via de parto. Existem produções científicas que indicam que a razão médica representa um fator essencial. Dias e Deslandes (2004), no estudo “Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra de uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro” indicam a existência de uma cultura médica que incentiva a realização de operações cesarianas. Eles apontam que os médicos obstetras consideram que as cesarianas são procedimentos rápidos, fáceis e seguros. Além disso, a pesquisa afirma que esses profissionais consideram que a cirurgia é benéfica para eles, para as mães e para os bebês. Essa ideia deve-se, em grande parte, ao fato de que os estudantes de obstetrícia são treinados, dezenas de vezes, a realizar esse procedimento cirúrgico. Logo, a percepção de risco, por parte dos obstetras, em relação à operação cesariana, é que a cirurgia não representa uma ameaça à saúde da parturiente e do feto. No artigo, há, inclusive, exemplos de falas de médicos mostra que contestam a segurança do parto vaginal, de modo que a via normal de parturição não seria mais segura que a cesariana

No Brasil, os índices de partos realizados pela via cirúrgica chegaram – em 2016 – a 55,5%. O Ministério da Saúde, por meio das “Diretrizes de Assistência ao Parto Normal”, também busca incentivar a redução de cirurgias cesarianas e diminuir a realização de intervenções desnecessárias durante o parto normal.

“Consolidado em nosso meio, o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho ou filha. De fato, os avanços da obstetrícia contribuíram com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo. Entretanto, as mulheres e recém-nascidos são expostos a altas taxas de intervenções, como a episiotomia²⁷, o uso de ocitocina²⁸, a cesariana, aspiração naso-

²⁷ Trata-se de uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.

²⁸ É o principal hormônio associado ao parto. Ele promove as contrações uterinas, que provocam a dilatação do colo uterino e a descida do bebê no canal da pelve feminina. Esse hormônio é produzido, naturalmente, pelo hipotálamo, mas também pode ser produzido sinteticamente.

faringeana²⁹, além de outras. Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade, são muito comuns, atingindo um grande número de mulheres e seus filhos ou filhas que são assistidas em hospitais no país. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer. Quando as mulheres procuram ajuda, além da preocupação sobre a sua saúde e a do seu filho ou filha, estão também em busca de uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.17, 2017).

Dessa forma, é possível constatar que existe uma grande dissonância entre o que a OMS e o Ministério da Saúde recomendam - em relação à taxa de partos cesarianas – e o cenário obstétrico brasileiro. Tendo em vista que esses índices, no Brasil, são bem superiores em relação ao que as pesquisas indicam ser o melhor para a saúde da mulher, o presente estudo busca contribuir para o melhor entendimento das causas desse problema de saúde pública, possibilitando a formulação de novas políticas públicas que visem melhorias na assistência obstétrica brasileira.

Nesse capítulo, irei, primeiramente, dissertar sobre o processo de formação das preferências das gestantes – com base na teoria posta por Berger e Luckmann em *A Construção Social da Realidade*. Na segunda parte do capítulo, buscarei expor os dados referente à preferência das gestantes – atendidas pelo SUS e pela rede privada – em relação à via de parto e, também, apontarei algumas categorias analíticas que tratam das motivações das gestantes relacionadas à preferência por uma das duas vias de parto.

2. Processo de construção das preferências das mulheres grávidas.

Nesta secção, analisaremos como as preferências das gestantes em relação à via de parto são construídas socialmente. Para isso, retomarei alguns conceitos expostos na introdução deste trabalho. Como vimos, Berger e Luckmann (2004) explicam como instituições são capazes de formar e moldar desejos individuais, de modo a construir preferências. Além disso, os autores também ressaltaram como as significações

²⁹ Trata-se procedimento realizado para retirar as secreções das vias aéreas do recém-nascido.

objetivas sobre algo são importantes para entender a significação subjetiva que é dada pelos indivíduos. Para este trabalho, é fundamental entender como eles abordam a dialética do processo de objetivação e subjetivação dos significados.

De acordo com o que foi exposto na introdução deste trabalho, Berger e Luckmann (2004) dissertam sobre a noção de “universo simbólico”. Como foi discutido anteriormente, existem universos simbólicos ligados às instituições. Assim, ao analisar as preferências das mulheres grávidas, é preciso considerar a influência do universo simbólico da medicina. Esse universo, que é controlado pelos médicos, impacta sobremaneira nas vontades das gestantes. A ciência médica – apesar de ser um conhecimento especializado – ultrapassa as barreiras do mundo científico e as gestantes, por meio da realidade da vida cotidiana, acessam o universo simbólico dos médicos e o conhecimento produzido pela medicina – mesmo que de maneira mais simplificada. Assim, a opção pela realização da cesariana não representa, necessariamente, uma imposição direta da instituição médico-hospitalar. Como afirmado acima, essa opção pode estar vinculada às preferências e desejos das gestantes, as quais são construídas socialmente em um processo dialético de interação entre instituições e grupos sociais.

Em um artigo científico denominado “O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do ‘parto cesáreo’ entre obstetras”, Nakano *et al.* (2017) visam analisar as opiniões de um grupo de obstetras sobre a prática da operação cesariana. Os pesquisadores buscaram entender a formação de um estilo de pensamento que compreende a execução do parto cirúrgico como uma prática rotineira e normal. Nesse sentido, foram coletados ‘relatos orais’ de um conjunto selecionado de obstetras. Esses profissionais – além de atuarem na prática médica – também atuam na formação de outros profissionais; de acordo com os autores do estudo, esses médicos são ‘formadores de opinião’. Logo, a partir desses relatos, é possível compreender, de forma mais clara, os elementos que compõem o universo simbólico da medicina.

Segundo os obstetras consultados, existem duas concepções distintas de obstetrícia: a clássica ou “antiga” e a moderna ou “nova”. O modo clássico da prática obstétrica está relacionado ao acompanhamento do trabalho de parto vaginal. Nessa concepção, a função do obstetra é decidir o momento certo para intervir no processo de parturição, para corrigir possíveis problemas que aconteçam no momento do parto. Já a obstetrícia moderna inclui a antecipação de eventuais problemas durante o parto. Logo,

os médicos consideram que os avanços da técnica cirúrgica – propiciados pelo desenvolvimento da medicina – possibilitaram o advento de uma nova forma de parir em que é possível, segundo eles, controlar o curso dos acontecimentos e impedir que as intercorrências surjam. Os autores do estudo perceberam, ainda, que existe uma visão ‘evolutiva’ da obstetrícia, que se mostrou presente no imaginário de todos os médicos entrevistados. Assim, a cesariana é vista, por esses profissionais, como o símbolo da evolução da obstetrícia - já que representa uma cirurgia que ganhou adesão por parte dos médicos, tornou-se uma técnica mais simplificada e mais segura. (NAKANO *et al.*, 2017)

“A simplificação do procedimento, a trivialidade, a segurança e a familiaridade com a cirurgia de fazer nascer, desde o período de graduação, promovem a disposição de incorporação da cesariana à prática obstétrica. É um procedimento cirúrgico que “deu certo” e teve “boa aceitação”. A técnica cirúrgica passa a alistar múltiplos regimes de valor – estéticos, sociais, mercantis, jurídicos –, abrindo margem para outros arranjos sociotécnicos, como a cesariana agendada, a proteção contra litígios, o nascimento roteirizado, limpo e ordenado” (NAKANO *et al.*, p.422, 2017).

Além disso, deve-se pontuar a discordância desses médicos em relação aos conhecimentos produzidos na área da saúde pública. De acordo com os relatos coletados, quem deve pautar as condutas médicas, são aqueles que atuam, de fato, na prática obstétrica, ou seja, realizando partos. Segundo um dos obstetras consultados na pesquisa, a imensa maioria dos médicos não é obstetra e não sabem, na prática, como o processo de parturição acontece:

“99% dos pesquisadores da Fiocruz não são obstetras, não colocam mão na barriga. Ficam ditando política sem saber do que se trata, sem nunca ter entrado em maternidade. Isso para mim sinceramente inviabiliza, impossibilita qualquer tipo de credibilidade de opinião ou diretriz, seja lá o que for, por parte da instituição. As diretrizes que os estudos da Fiocruz colocam são todas não factíveis. Na prática, não impacta em nada nos obstetras. [Dizem] ‘vamos diminuir cesárea!’. Não diminui nada, só aumenta. Não muda nada, porque aquilo ali não é factível. É ignorado pelos obstetras. Querem impor na marra [a redução das cesáreas] e vão continuar sem conseguir. Por quê? Porque não há uma coordenação com quem de direito que são os obstetras”. (NAKANO *et al.*, p.425, 2017).

Ao analisar o trecho acima, é possível perceber a existência de divergências entre as opiniões dos médicos e dos especialistas em saúde pública – que buscam apontar os riscos da execução rotineira da operação cesariana e traçar diretrizes para que os índices dessa prática cirúrgica diminuam. A partir das considerações feitas sobre o universo simbólico da medicina, em particular da obstetrícia, é possível perceber que os

obstetras tendem a considerar a operação cesariana uma técnica eficiente e segura, e por isso, não condenam a realização frequente dessa cirurgia.

A partir dos conceitos discutidos anteriormente, é possível entender a noção de preferência das gestantes. As mulheres, desde o início da gestação, possuem desejos e anseios relativos ao processo de parturição e ao tipo de parto que será realizado. A partir dos significados objetivados – que estão presentes no universo simbólico das mulheres – elas acessam, por exemplo, a instituição médico-hospitalar. O acesso a essa realidade institucional ocorre desde criança e, portanto, antes do início da gestação, já que o parto é um fenômeno social que integra o universo simbólico da vida cotidiana. A maioria das mulheres internaliza a realidade da instituição médico-hospitalar antes mesmo da gravidez, e assim, é possível compreender que as preferências das gestantes em relação ao parto são construídas socialmente.

Além da influência do universo simbólico de instituições que as gestantes habitam, as significações objetivas sobre o parto também desempenham um papel importante na construção das preferências das gestantes. Na vida cotidiana, por exemplo, a ideia de parturição aparece, com frequência, em novelas, programas de televisão e em outros veículos midiáticos. Nesse caso, a representação do parto normal aparece, na maioria das vezes, como sendo algo muito doloroso e difícil. A partir desse e de outros significados objetivos, além de outros fatores, as expectativas são construídas socialmente.

No artigo “Perspectivas das dores do parto normal de primigestas³⁰ no período pré-natal”, Almeida *et al.* (2012) mostram o que as gestantes esperam em relação à dor do parto normal e, além disso, buscam apontar como essas percepções foram construídas. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, em que foram entrevistadas dez parturientes primíparas, de uma maternidade pública de Goiânia-GO. A pesquisa indica o papel fundamental exercido pelas instituições familiar e médico-hospitalar na construção das expectativas, além de apontar os veículos midiáticos como outra importante influência na significação subjetiva das mulheres sobre o parto.

“Como fontes de informação sobre a dor do parto normal, foram apontadas por elas fontes primárias e secundárias. Os profissionais de saúde (médico e enfermeiro), gestantes do pré-natal e mulheres da família e do meio social

³⁰ É um termo utilizado para designar mulheres que estão grávidas pela primeira vez.

que já tinham vivenciado a dor do parto normal, foram citados como fonte primária de informação. Os veículos midiáticos, como vídeos, revistas, jornais, livros, televisão e internet, foram apontados como fonte secundária. Alguns exemplos dessas fontes de informação são apresentados na fala a seguir: *procurei informação na internet, no hospital com as enfermeiras, em casa e em livros. Procurei na revista, no jornal e até parto normal, que passou esses tempos atrás na televisão, eu assisti (e6)*. De acordo com as fontes de informação apresentadas pela entrevistada, foi possível identificar a necessidade da primigesta de compreender melhor o processo parturitivo³¹, visando subsidiar a sua trajetória na formação de uma opinião própria acerca da dor do parto normal”. (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Nesse sentido, o que as mulheres esperam do processo de parturição são baseadas em uma realidade objetiva, mas inclui interpretações das mulheres, tendo em vista as particularidades de cada uma. Ao considerar que as mulheres podem acessar diferentes universos simbólicos, suas preferências variam muito. Ou seja, uma mulher específica mantém contato com determinadas instituições e grupos sociais específicos, que possuem significações institucionalizadas próprias para o parto. Logo, é fundamental entender a influência desses diversos universos simbólicos nas preferências das mulheres. Elas internalizam diversas realidades objetivas, e assim, as interpretam, tiram suas próprias conclusões e formam seus desejos, vontades e expectativas. Nesse sentido, percebe-se a existência de uma dialética entre realidades objetivas e uma realidade subjetiva, que é própria de cada gestante. Entretanto, aqui, buscaremos identificar padrões relacionados às preferências das mulheres grávidas.

3. Preferências das gestantes em relação à via de parto.

A noção de preferência é fundamental para essa pesquisa. A partir das entrevistas que realizei, percebi que muitas mulheres desejam o parto normal por ser o mais “natural” e, apesar de reconhecerem que esse tipo de parto pode envolver dores intensas, elas consideram que, por ser um processo fisiológico, é mais seguro e a sua recuperação, mais rápida. Entretanto, também observei que há um outro grupo de mulheres que desejam a realização do parto cesariana. Elas relataram que o anseio pela via cirúrgica de parturição deve-se, em grande parte, pelo medo das dores do parto. Essas diferentes preferências em relação à via de parto, geralmente, estão associadas à existência de algum tipo de medo – relacionado às dores do parto vaginal ou à execução da operação cesariana.

³¹ Relativo a parto.

Neste estudo, buscarei entender as diferenças relativas às preferências sobre via de parto, tendo em vista a assistência feita por dois sistemas de saúde distintos – o público e o privado. As gestantes atendidas pela rede privada possuem níveis mais altos de escolaridade e renda. No SUS, as mulheres grávidas, em geral, possuem níveis mais baixos de escolaridade e renda.

Segundo Bourdieu (2016), as estruturas de percepção individuais relacionam-se à quantidade de capital que determinado indivíduo possui. Para ele, o volume de capital de cada um é fundamental para definir a posição social ocupada. Além disso, ele desenvolve a noção de “*habitus*”. Trata-se de princípios geradores de práticas distintas e distintivas, mas são também esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e gostos diferentes. Assim, quantidade de capital e o “*habitus*” estão vinculados às estruturas de percepção e às preferências das mulheres grávidas. Nesse sentido, gestantes que possuem volumes menores de capitais cultural e econômico tendem a possuir gostos, preferências, visões do mundo social diferentes daquelas que possuem volumes maiores desses tipos de capitais. A partir das considerações postas acima, buscaremos identificar diferenças nas preferências – e nas motivações que as embasam - relacionadas à via de parto.

A partir das entrevistas realizadas com parturientes do sistema privado de saúde e do SUS, apresentarei algumas categorias analíticas para interpretar as motivações das gestantes que fazem com que elas prefiram determinada via de parto. Primeiramente, buscarei analisar os motivos que embasam a preferência pelo parto normal e, em seguida, analisarei as motivações que geram a preferência pela operação cesariana. Em relação ao parto normal, as categorias analíticas são as seguintes: *medo da cesariana*, *“dependência” para cuidar do bebê e parto normal enquanto processo natural*. Tendo em vista a preferência pela operação cesariana, irei desenvolver duas categorias analíticas: *medo das dores do parto normal e experiência anterior muito dolorosa de parto normal*.

3.1. Preferência pelo parto normal.

A partir das entrevistas realizadas, percebi que algumas gestantes disseram temer a execução da via de parto cirúrgico. Para essas mulheres, o *medo da cesariana* está relacionado com diversos fatores. Alguns dos motivos apontados são: temor da anestesia, ansiedade e difícil recuperação. Em uma das entrevistas realizadas antes do parto, Nancy – que foi atendida pelo SUS - relatou ter medo da realização de uma operação cesariana, mesmo já tendo realizado uma no passado. A gestante indicou alguns fatores que, para ela, influenciam o medo da operação cesariana.

“Já tive dois partos cesáreos. Não, o parto deles foi até bom. Devido...eu faço tratamento de depressão tem três anos e meu último parto tem seis anos. Aí devido à depressão, eu creio que seja, eu peguei um *medo de cesárea*. Não sei, acho que é que eu fico muito ansiosa, eu desmaio, direto eu desmaio. Aí eu fiquei com esse medo”. (NANCY, 27 anos. Ênfase adicionada pela autora).

“Tenho medo não, porque não. Eu sei que eu vou sentir a contração ali é pro neném nascer. Na hora que ele nascer vai ser mais tranquilo. Na verdade, eu tenho um pouco de medo dos dois, né, mas o *parto cesáreo eu tenho mais medo*, devido à anestesia, devido a algum problema de saúde que você não sabe que você tem. Igual eu sinto de depressão, eu fico muito agitada, eu fico com medo de na hora de eu ficar muito agitada, a pressão subir demais ou abaixar demais e acontecer alguma coisa errada”. (NANCY, 27 anos. Ênfase adicionada pela autora).

Em outra entrevista realizada, Giovanna também disse temer a realização da operação cesariana. Entretanto, ela também apontou outros fatores que geram a preferência pelo parto normal, o que implica que a opção por determinada via de parto pode estar vinculada a mais de uma motivação. Além disso, pude observar que as mulheres que citaram temer a realização desse procedimento cirúrgico são atendidas pela rede pública de saúde e possuem menores índices de escolaridade e renda.

“O cesariana você fica...é muito complicado e *você fica mais dependente* de outra pessoa e eu tenho muito medo do parto cesário. Parto normal a recuperação é bem mais rápido”. (GIOVANNA, 27 anos. Ênfase adicionada pela autora).

Ao ressaltar que diferentes mulheres acessam grupos sociais também distintos, é necessário considerar que a variação de escolaridade e renda influem na moldagem das suas preferências. Observei que, dentre as gestantes que possuem níveis mais baixos de escolaridade e renda, a maioria gostaria de parir pela via vaginal de parturição. Essas mulheres associaram a preferência pelo parto normal à rapidez da recuperação e, conseqüentemente, à menor *“dependência” de outras pessoas* durante o puerpério. Essa motivação foi repetidamente citada pelas gestantes atendidas pelo SUS. As falas de duas das entrevistadas ilustram esse ponto.

“Eu nunca pensei em ter parto cesariana, pelo fato de ser cortada, passar por uma cirurgia sem necessidade. Assim, claro que se for preciso, eu passaria, mas fiquei grávida e ‘ah, quero um parto cesário porque não quero sentir dor’. Não, porque depois eu vou sentir dor, você pode não sentir na hora por causa da anestesia, mas todo processo eu acho que é muito invasivo, não precisa passar por isso. Ela pode ter um parto natural que ela vai se recuperar rápido, cuidar de seu bebezinho sozinha, sem precisar de ninguém. *No parto cesário não, você é dependente de alguém.* Eu penso assim. E eu não tenho ninguém, não tenho uma mãe, minha mãe é doente, então não posso contar com ela. Então, pra mim, parto cesário hoje seria um pouco difícil, não seria muito bom”. (SUELY, 27 anos. Ênfase adicionada pela autora).

“Pelas coisas que eu já vi e já ouvi, parto normal a recuperação é mais rápida, o procedimento é mais seguro e a criança também sai com mais segurança, né. Na minha visão, o normal é o ideal. O cesário é arriscado, tanto para o bebê tanto para a mãe, principalmente para a mãe, na parte de recuperação. A gente trabalha, a gente tem responsabilidades, *a gente não tem o tempo que talvez a cesariana exige.* O tempo de recuperação necessária. Já ouvi casos de mulheres que fizeram cesária e ficaram com dores, não por três meses, mas sim por seis meses, dores internas. Então, pra mim, o parto cesário, ele é prejudicial”. (ALBA, 29 anos. Ênfase adicionada pela autora).

Ao analisar as diferentes preferências das gestantes em relação à via de parto, pode-se questionar quais as motivações que embasam esse desejo. Tendo em vista essa categoria analítica específica, foi possível observar que essa motivação está, ao menos em alguns casos, relacionada com a posição social que a gestante ocupa na sociedade. A impressão que tive, ao realizar as entrevistas, foi que essa preocupação existe já que nenhum familiar está à disposição para ajudar a cuidar do bebê e, também, não há possibilidade de contratar outra pessoa para auxiliar a mãe – como frequentemente acontece em famílias de maior poder aquisitivo.

Uma outra motivação citada pelas gestantes para a preferência pelo parto normal trata-se da noção dessa via de parturição enquanto um *processo natural* do corpo da mulher. Dessa maneira, algumas entrevistadas associaram essa via de parto como algo fisiológico e, ao mesmo tempo, consideram a via cirúrgica de parturição como um processo agressivo e que, por isso, demanda uma recuperação mais lenta e difícil. Em uma das entrevistas realizadas, Rita – que é atendida pela rede privada de saúde – considera que o melhor para a gestante está associado ao processo que é mais natural.

“O parto ideal, né. Mesmo com a anestesia, com medicamento, eu ainda acho que é melhor do que um corte profundo de muitas camadas de você, né, sendo aberta pra tirar o bebê. Não parece o modo mais gentil de fazer as coisas, sem necessidade, né. Isso desde o começo eu sempre quis, não passar pela cirurgia. E eu trabalho pro governo, sou jornalista, e eu acompanho, né, as leis e as coisas que são aprovadas, e eu vi as diretrizes da OMS, que basearam as do SUS agora, que tão baseando o atendimento no SUS também, a respeito do parto e porque que ele é melhor. Então assim, desde antes de engravidar, eu tava convencida de que *se é processo natural e fisiológico do*

corpo, ainda é melhor do que intervenção cirúrgica". (RITA, 25 anos. Ênfase adicionada pela autora).

Em outra entrevista, é possível identificar, também, a noção do parto normal como um processo natural do corpo da mulher; a gestante citada foi atendida pela rede pública de saúde. Tendo em vista essa categoria analítica, observei que parturientes dos dois sistemas de saúde abordaram essa questão ao falar sobre a preferência em relação à via de parto. Desse modo, não pude perceber uma diferença nesse ponto em relação às gestantes com níveis distintos de escolaridade e renda.

“Eu acho que é a melhor opção. Pra mãe, pro bebê, acho que é mais saudável. *O bebê vir naturalmente, na hora dele, passar pelo parto, pelo processo.* Eu tive a primeira cesariana, eu sei o tanto de alergia que ela carrega. O bebê tem uma propensão maior a ter alergias. Então, ela teve bastante alergia, eu acho que é a melhor opção”. (TÂNIA, 33 anos. Ênfase adicionada pela autora).

3.2. Preferência pela operação cesariana.

A partir das entrevistas realizadas, pude perceber que a razão mais frequente para a preferência pela operação cesariana é o *medo das dores do parto normal*. O temor das dores do parto foi citado em todas as entrevistas em que as gestantes disseram preferir o parto cirúrgico. Além disso, observei que algumas gestantes que preferem o parto normal disseram, também, considerar as dores do parto normal muito intensas. Entretanto, para essas mulheres, outras questões – que foram abordadas acima – pesaram mais e fizeram com que elas preferissem o processo normal de parturição. Em uma das entrevistas realizadas antes do parto, Ângela – que foi atendida pela rede privada - falou sobre como o medo das dores do parto normal foi crucial para ela preferir a operação cesariana.

“Do jeito que eu planejei, o parto cesariana. Eu chegar, eu...como eu planejei minha gravidez, eu tirar uns dias pra eu me organizar, entendeu?! Tranquilamente, chegar no hospital pra poder, né, ter o parto. Até porque eu sempre, desde criança, *eu sempre tive medo de parto normal. Eu sou fraca pra dor.* Eu sei que a recuperação do parto normal, ela é mais rápida, né. Mas foi uma opção minha mesmo, de chegar tranquila, de estar ali com a minha família, ter alguém me acompanhando e, depois do nascimento, eu ter a minha recuperação, né. Então, como planejei, eu tenho essa expectativa que vai ser mais tranquilo pra mim do que eu, talvez, passar horas e horas no trabalho de parto e todo aquele sofrimento, né, tendo parto normal”. (ANGELA, 33 anos. Ênfase adicionada pela autora).

“Então, como eu te falei, o parto normal te dá mais segurança porque você não vai tomar aquela anestesia, mas o sofrimento eu acho maior. Porque, também, varia muito de pessoa pra pessoa. Eu não sei se eu já vou ser aquela pessoa que vou chegar e já vou ganhar ele bem rápido. Porque eu conheço pessoas que demorou muito tempo, sofreu demais e depois optou pela cesariana. Então, eu acredito que como eu uma pessoa que eu sou...eu vou ficar nervosa, talvez eu vou dar trabalho, entendeu? Então, eu não quero sofrimento pra mim, eu prefiro a cesariana mesmo sabendo dos riscos em relação à injeção, né, os danos que podem causar no pós-parto, né, no pós-operatório. Mas mesmo assim eu prefiro”. (ANGELA, 33 anos).

Tanto gestantes atendidas pela rede privada como pelo SUS disseram temer as dores do parto normal. Assim, não notei diferença em relação à parturientes com diferentes níveis de escolaridade e renda. Porém, as gestantes assistidas pela rede pública não eram primíparas e, portanto, a expectativa do sofrimento do parto normal é fruto de uma experiência anterior dolorosa.

Em uma entrevista realizada antes do parto, foi-me relatado a experiência anterior de um parto normal muito doloroso; e, por isso, a entrevistada disse que gostaria de realizar uma cesariana. Entretanto, durante a entrevista, ela – que foi atendida pelo Hospital Municipal de Formosa – não considerou a realização do seu desejo como algo factível.

“Isso. *A dor. Aí eu sempre quis ter parto cesariano no próximo, né.* Só que aí dessa vez, como eu não tinha planejado a gravidez, aí ficou mais difícil pra ter parto cesariano. Aí vai ser normal também”. (PAULA, 23 anos. Ênfase adicionada pela autora).

“Porque eu mesmo tô com uns ‘trem’ em casa, um parto cesariana é quase 7 mil, uns 6, 7 mil. Aí tem enxoval, eu tô montando casa, tô construindo, aí fica mais complicado, né, pra mim. Eu falo mais em questão de financeira mesmo”. (PAULA, 23 anos).

“Eu acho melhor o parto cesariana. Não sei se é por causa da dor, acho que a gente vai muito pela dor, né, *o normal vem muita dor.* Cesariana não, você planeja tudinho, a data, a hora, você vai lá e as dores são depois. Mas em relação, é bem melhor que o parto normal. Eu acho, né, eu nunca passei pela experiência”. (PAULA, 23 anos).

3.3. Considerações Finais

De acordo com as considerações e análises feitas sobre as preferências das gestantes, pude concluir que os desejos, vontades e anseios das mulheres grávidas são muito variados. Ao analisar as preferências em relação à via de parto, foi possível identificar alguns padrões, vinculados à rede de saúde utilizada – pública ou privada – e,

também, ao perfil socioeconômico da gestante. Entretanto, como foi explicado anteriormente, as preferências sobre o tipo de parto são moldadas por variadas instituições e por grupos sociais diversos. A formação desses desejos muda de acordo com as relações que a gestante mantém com as diferentes instituições e grupos sociais. Assim, ao agrupar mulheres que possuem níveis semelhantes de escolaridade e renda, é possível observar que as relações sociais que essas mulheres estabelecem são, em alguma medida, parecidas. Logo, tendo em vista a semelhança das relações sociais estabelecidas por determinadas mulheres, compreende-se os padrões observados em relação às suas expectativas.

Ao analisar os dados, percebi que a maioria das gestantes - atendidas por ambos sistemas de saúde – disseram preferir o parto normal. Porém, ao investigar as motivações que levam a essa preferência, foi possível notar diferenças entre os dois grupos de mulheres. No SUS, a preferência das gestantes esteve – na maioria das vezes – vinculadas ao receio da “dependência”. Além disso, o medo da operação cesariana também apareceu em algumas entrevistas. Notei, também, que o receio do procedimento cirúrgico foi citado por gestantes que não eram primíparas e, portanto, já tiveram mais contato com a instituição médico-hospitalar. Já na rede privada, observei que o desejo pelo parto normal esteve mais associado à noção de parto normal enquanto um processo natural do corpo da mulher.

Tendo em vista a preferência pela operação cesariana, as gestantes – de ambos sistemas de saúde abordaram a questão das dores do parto normal. Entretanto, pude notar duas diferenças interessantes. A primeira delas refere-se ao fato de que as gestantes atendidas pelo SUS não eram primíparas e, por isso, a motivação dessas mulheres esteve relacionada a uma experiência anterior de parto normal que foi muito dolorosa. A outra questão que pude observar foi a certeza, por parte das mulheres atendidas pela rede privada, de que o desejo pela operação cesariana seria atendido. Ao mesmo tempo, as mulheres assistidas pelo SUS consideraram que o desejo pelo procedimento cirúrgico não seria atendido. Essa diferença será melhor explicada no próximo capítulo, em que buscarei abordar como acontece, de fato, o processo decisório em relação à via de parto, considerando os dois sistemas de saúde.

Capítulo 3 – O processo decisório sobre a via de parto.

1. Introdução

A realização de duas entrevistas com cada gestante buscou compreender as expectativas das gestantes e a forma com que o processo de parturição, de fato, acontece. Nesse sentido, busquei observar se as expectativas das gestantes foram atendidas ou não e, especialmente, verificar os fatores que influenciam no processo decisório em relação à via de parto. Durante a pesquisa, como foi explicado no início deste trabalho, busquei analisar as expectativas e o processo decisório em relação à via de parto de dois diferentes grupos de mulheres: aquelas atendidas pela rede privada de saúde e aquelas assistidas pelo SUS. Neste capítulo, tendo em vista esse recorte, analisarei como o processo de parturição ocorre nesses dois diferentes grupos.

A partir das entrevistas realizadas, observei a existência de alguns fatores que influenciam na decisão sobre a via de parto. Ao analisar como esses elementos interferem no processo decisório em relação ao tipo de parto, é possível obter uma melhor compreensão das razões que fazem com que o Brasil tenha índices muito elevados de operações cesarianas. Ao analisar os dados, foi possível verificar que existem aspectos sociológicos e não-sociológicos que interferem na decisão sobre a via

de parto. É necessário ressaltar que a presença de elementos não-sociológicos, ainda assim possui implicações sociológicas. Nesse sentido, para entender o processo decisório em relação à via de parto, utilizarei três categorias analíticas: a indicação médica, a ansiedade e a “pressão social”.

2. Aspectos que influenciam a decisão sobre a via de parto no SUS e na rede privada.

A maioria das gestantes – considerando os dois grupos de mulheres - disseram preferir a via normal de parturição. Como foi explicitado no capítulo anterior, as motivações que embasam essa preferência são diversas. Dentre as mulheres atendidas pelo SUS, algumas pariram pela via normal enquanto outras foram submetidas ao procedimento cirúrgico. Entretanto, não observei uma relação direta entre o desejo da gestante e o tipo de parto realizado. As duas mulheres – assistidas pelo SUS – que disseram preferir a operação cesariana não pariram pela via cirúrgica. Em relação às outras gestantes atendidas pela rede pública, algumas tiveram partos normais enquanto outras foram submetidas ao parto cirúrgico.

Na rede pública de saúde, pude observar que a realização das cesarianas esteve vinculada à existência de uma intercorrência clínica, que dificultava o processo normal de parturição. As duas gestantes – assistidas pelo SUS – que relataram, na primeira entrevista, preferir a operação cesariana, tiveram parto normal. Antes do parto, ao questioná-las sobre suas expectativas, elas, além de indicarem a preferência pela cesariana, falaram que não consideravam essa possibilidade algo factível. O SUS, segundo o relato de uma delas, só custeia o procedimento cirúrgico em caso de emergência.

“Porque a cesariana ficou muito caro pra pagar. E o SUS só cobre se for um caso assim, que não tiver como mesmo ser normal. Daí vai ter que ser normal, porque eu não tô com condições de pagar uma cesariana agora”.
(EDUARDA, 21 anos).

O documento “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana”, elaborado pelo Ministério da Saúde, busca orientar os obstetras e outros profissionais de saúde – em especial do SUS - sobre as condutas relacionadas ao parto cirúrgico. Esse

relatório, no capítulo em que discute a realização da cesariana “a pedido” materno³², indica qual deve ser a conduta do obstetra quando a gestante deseja a operação cesariana, mesmo sem a existência de alguma razão clínica que indique a realização do procedimento cirúrgico.

“Recomendação: A informação sobre indicações de cesariana, o procedimento, seus riscos e repercussões para futuras gestações deve ser feita de maneira clara e acessível respeitando as características socioculturais e individuais da gestante. Se não há indicação médica, deve-se discutir as razões da preferência por cesariana. É recomendado que a gestante converse sobre sua preferência com outros profissionais (anestesiista, outro obstetra, enfermeiras(os) obstétricas(os), obstetrites). Em caso de ansiedade relacionada ao parto ou partofobia³³, é recomendado apoio psicológico multiprofissional. Se após informação (e apoio psicológico quando indicado) a gestante mantiver seu desejo por cesariana, o parto vaginal não é recomendado. Quando a decisão pela cesariana for tomada, devem ser registrados os fatores que influenciaram na decisão, e qual deles é o mais influente. Caso o obstetra manifeste objeção de consciência e não deseje realizar a cesariana a pedido, deve ser indicado outro profissional médico que faça o procedimento. A cesariana programada não é recomendada antes de 39 semanas de gestação”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.48, 2015).

De acordo com as diretrizes colocadas pelo relatório citado, é possível perceber que o SUS não incentiva a realização de operações cesarianas a pedido materno, entretanto, também não é política do sistema público de saúde realizar o parto normal sem que haja consentimento das parturientes. Ao analisar as entrevistas em que as gestantes usuárias SUS preferiam a operação cesariana, percebi que, no momento do parto, o processo normal de parturição ocorreu sem objeção por parte delas. Uma dessas parturientes, inclusive, contou que o parto normal aconteceu de modo mais fácil do ela própria esperava.

“Eu esperava sentir mais dor, né, eu esperava totalmente diferente. Eu esperava que geralmente o povo começa a passar mal, vai pro hospital e ganha. Eu não, eu já tudo o contrário. Eu fui pro hospital, fui sem sentir nada, o que eu não esperava, né, que geralmente é muito difícil não sentir nada, mas foi tranquilo, melhor do que eu esperava. Bem melhor”. (PAULA, 23 anos).

Ao mesmo tempo, algumas gestantes que disseram, na primeira entrevista, preferir o parto normal, pariram pela cesariana por razões clínicas. Essas motivações médicas foram variadas – esse ponto será melhor abordado na próxima seção deste capítulo. De acordo com uma das gestantes entrevistadas, o procedimento cirúrgico de

³² A cesariana “a pedido” materno refere-se à execução desse procedimento cirúrgico apenas pela vontade da parturiente – sem que haja indicação clínica para tal. Trata-se de uma prática obstétrica muito comum na rede privada de saúde.

³³ Refere-se ao medo do parto.

emergência foi indicado por conta de uma intercorrência clínica. O relato de Nancy mostra como a situação ocorreu.

“Estourei a bolsa³⁴, tava em casa, lavando tapete e estourei a bolsa. E fui pro hospital. Fui pra Sobradinho. Preferi ir pra Sobradinho, aí cheguei em Sobradinho sentindo já as contrações, muita contração. Aí fiquei esperando um pouco ser atendida, aí tava demorando um pouco e a médica veio me examinar. A enfermeira viu, né, que eu tava sentindo muita contração já e percebeu que o neném tinha feito coco dentro da minha barriga, já tinha dias já. Aí me levou pra sala, aí na hora que deu o toque³⁵, falou que tinha que ser cesárea urgente. Não podia ser normal por causa da infecção, né. Já tinha um tempo já que tinha feito cocô, o neném. Aí não demorou quase nada, fui direto pra sala de cirurgia, fizeram a cesariana, tranquilo, saí ótima de lá”. (NANCY, 27 anos).

Apesar da maioria das gestantes atendidas pela rede privada de saúde também preferirem o parto vaginal, o cenário obstétrico observado nesse sistema de saúde mostrou-se bem diferente. Ao analisar as entrevistas das mulheres assistidas por esse sistema saúde, percebi uma problemática relacionada à via normal de parturição. Na rede privada, os planos de saúde são responsáveis por grande parte do atendimento obstétrico. A questão fundamental, nesse caso, é que os planos cobrem as consultas de pré-natal e o parto, porém, na via normal de parturição, há a necessidade de acompanhamento da parturiente durante o trabalho de parto. Entretanto, o valor que é oferecido aos obstetras conveniados desses planos de saúde – para fazer o parto – é baixo. Nesse sentido, pude notar que há um desinteresse dos médicos em acompanhar partos normais cobertos pelos planos de saúde.

Nesse sentido, observei que apenas uma das gestantes pariu pela via vaginal; ela citou que pagou uma “taxa de disponibilidade” para que a médica realizasse o parto normal, não importando o fato de que o seu plano de saúde cobria esse tipo de parto e, também, de que sua médica possui convênio com este plano de saúde. O não pagamento dessa taxa não implica que o plano não irá cobrir o parto normal, mas sim que este será realizado com o médico plantonista do hospital. O problema fundamental é que as gestantes – assistidas pela rede privada e, em especial, pelos planos de saúde – desejam que o parto normal seja acompanhado pelos obstetras que as acompanhou durante o pré-natal. Analisando comparativamente, essa problemática não existe no sistema público

³⁴ Refere-se ao termo “bolsa amniótica”, que é um invólucro membranoso cheio de líquido, dentro do qual o feto humano se desenvolve.

³⁵ Refere-se ao exame de toque vaginal, que é feito para avaliar o colo uterino da gestante. Na maioria das vezes, esse exame é feito durante o trabalho de parto, para medir a dilatação do colo do útero.

de saúde. No SUS, a gestante, desde o início, sabe que não há a possibilidade de que seu parto seja assistido pelo médico que a acompanhou durante o pré-natal. Na rede pública, as consultas do pré-natal são realizadas pelo médico do posto de saúde e o parto é feito pelo médico do hospital de referência³⁶ da parturiente.

“Se for parto normal, a minha médica cobra seis mil reais. Se for cesariana, é pelo plano. Eu tô esperando pra ter por parto normal. Aí eu vou ter que gastar 6 mil. A maioria dos médicos hoje são assim, eles fazem cesariana pelo plano e parto normal tem que pagar. E seis mil...a minha médica é uma das mais baratas, a média de cobrança é a partir de dez mil, tanto dos que eu trabalho, como os das minhas amigas que estão grávidas, que eu tive notícia, né”. (RUTH, 30 anos).

“Mas eu acho que isso é bom, porque apesar de ter assim, eu já tinha me preparado financeiramente pra gastar esses seis mil, e eu acho que a assistência que ela me deu foi realmente muito boa, assim, tenho certeza que uma cesariana não teria essa assistência, que ela ficou o tempo todo, eu internei, ela internou junto, subiu junto comigo pro quarto, assim”. (RUTH, 30 anos).

A cobrança da “taxa de disponibilidade” é alvo de um embate entre a corporação médica e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) – agência reguladora dos planos de saúde. A ANS considera que esse tipo de cobrança, feita pelo obstetra diretamente à gestante, é uma prática ilegal. Segundo a agência reguladora, os planos devem cobrir todos os procedimentos listados no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS”, de acordo com a lei 9.656/1998; portanto, é indevido cobrar duas vezes pela realização do mesmo procedimento.

“A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) esclarece à sociedade que cobranças feitas aos beneficiários de plano de saúde pelos prestadores de serviços, como a conhecida taxa de disponibilidade, são consideradas indevidas. Os consumidores de planos de saúde têm, conforme a segmentação contratada, cobertura garantida pelas operadoras para todos os procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, conforme determina a Lei 9656/98. Uma consumidora de plano hospitalar com obstetrícia tem, por exemplo, o direito garantido de que o parto, normal ou por cesárea, está no seu plano e os honorários médicos serão em sua totalidade cobertos pela operadora. Qualquer taxa cobrada pelo obstetra à gestante é ilegal e deve ser denunciada à ANS”. (ANS, p.1, 2014).

Ao mesmo tempo, o CFM (Conselho Federal de Medicina) – que representa a corporação médica – contesta a posição da ANS. Para o conselho, a cobrança não deve ser considerada ilegal, já que o “acompanhamento presencial” feito pelo médico – que é pago por meio da “taxa de disponibilidade” – não é coberto pelo plano. Segundo a corporação médica, existem três procedimentos diferentes: as consultas do pré-natal, o

³⁶ Hospital de referência é aquele mais próximo do local de residência da gestante. No DF, caso a gestante chegue em trabalho de parto a outro hospital público, a transferência da paciente para o seu hospital de referência é feita pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

parto em si e o “acompanhamento presencial”. Tendo em vista que consideram que são procedimentos diferentes, não é possível dizer que há dupla cobrança. (PARECER CFM N°39/12).

“O obstetra, por ocasião da primeira consulta, deverá esclarecer à gestante que o acompanhamento presencial do trabalho de parto tem caráter opcional por parte dela, e que o contrato do plano de saúde lhe assegura a cobertura obstétrica, mas não lhe outorga o direito de realizar o parto com o obstetra que a assistiu durante o pré-natal. Se a gestante optar por seu acompanhamento presencial no trabalho de parto, o honorário profissional referente a tal procedimento será pago por ela, diretamente ao obstetra, visto que nesta circunstância ele não deve receber honorário da operadora do plano de saúde pela realização do parto. Tal acordo será registrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que ela assinará quando convencida de que lhe foram prestados os indispensáveis esclarecimentos sobre o procedimento”. (CFM, p.3, 2012).

As outras gestantes entrevistadas – atendidas pela rede privada – pariram por meio de operação cesariana. Algumas delas optaram pela realização do procedimento cirúrgico e esse desejo foi prontamente atendido pela instituição médico-hospitalar.

2.1. Indicação Médica

A execução do parto normal necessita, obrigatoriamente, da ausência de problemas clínicos que prejudiquem o processo de parturição vaginal. As parturientes assistidas pelo SUS que tiverem uma gestação dita de “risco habitual” tendem a ter um parto vaginal sem intercorrências, já que nessa instituição há a política de incentivar a realização de partos normais. No campo da medicina, existem discussões sobre as reais indicações clínicas que justificam a realização da operação cesariana. Há, no cenário obstétrico, incertezas científicas em relação a essas indicações.

Como já foi posto anteriormente, vários estudos indicam que cesarianas desnecessárias não causam benefícios à saúde da mulher e da criança. Foram realizados diversos estudos sobre as possíveis condições maternas e fetais que podem levar a uma indicação médica para a realização da operação cesariana. Essas pesquisas buscam definir quais são as melhores condutas médicas que devem ser tomadas, em caso de condições maternas e/ou fetais adversas. Logo, é preciso identificar as situações em que a realização dessa cirurgia é mais eficiente que o parto normal. Entretanto, essa tarefa é bem complexa. Em algumas condições maternas e fetais existem evidências mais fortes, porém outras são mais fracas. O uso do termo “incertezas científicas” é usado porque

alguns documentos indicam que não é possível afirmar - em algumas situações adversas específicas – qual via de parto trará mais benefícios para a saúde da mulher e da criança.

O Ministério da Saúde buscou, no documento “Diretrizes de Atenção à Gestante: Operação Cesariana” (CONITEC, 2015), especificar quais são essas possíveis condições maternas e/ou fetais adversas e, com base nos estudos científicos já realizados sobre essas situações, elaborar uma recomendação para os obstetras. Ao analisar o referido documento, foi possível identificar os casos em que as evidências científicas são mais conclusivas sobre as condutas médicas que devem tomadas e, também, as situações em que há uma “incerteza”. Para exemplificar o que foi afirmado acima, retirei do documento o “resumo das evidências” relativos a duas situações específicas: o nascimento pré-termo³⁷ e gestantes infectadas pelo herpes vírus (HSV).

“Os estudos sobre forma de nascimento em fetos pré-termos são de baixa qualidade e não permitem concluir os desfechos neonatais comparando parto vaginal e cesariana programada. Não foram observados melhores resultados neonatais naqueles nascidos de cesariana”. (CONITEC, p.32, 2015)

“Os estudos encontrados relacionando herpes vírus na gestação e herpes neonatal são de casuística pequena e baixa qualidade. ECRs³⁸ de boa qualidade não evidenciaram redução de transmissão vertical do herpes vírus com uso de aciclovir³⁹”. (CONITEC, p. 44, 2015).

A Associação Médica Brasileira (AMB) realizou, em parceria com o CFM, o relatório referente ao “Projeto Diretrizes” (MARTINS-COSTA *et al*, 2002) – que também busca abordar as condições maternas e fetais. De acordo com esse outro documento publicado, as indicações de cesarianas podem ser classificadas de acordo com o grau de recomendação e força da evidência. Segundo a associação, existem quatro níveis possíveis de classificação: (A) – estudos experimentais e observacionais de maior consistência; (B) – estudos experimentais e observacionais de menor consistência; (C) – relatos ou série de casos; (D) – publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas. Em outro texto – do “Projeto Diretrizes”- publicado

³⁷ É o parto prematuro, que ocorre antes das 37 semanas de gravidez.

³⁸ Refere-se aos estudos clínicos randomizados. Trata-se de uma ferramenta para a obtenção de evidências para o cuidado à saúde. Apesar de algumas possíveis variações, baseiam-se na comparação entre duas ou mais intervenções, as quais são controladas pelos pesquisadores e aplicadas de forma aleatória em um grupo de participantes.

³⁹ Refere-se a um medicamento usado para tratar pacientes portadores do vírus da Herpes simplex.

posteriormente pela AMB (JATENE, 2012), a diferença entre o nível “C” e o “D” foi explicada.

“O grupo “C” diferencia-se do “D” no intuito de destacar as publicações de relatos e séries de casos de um lado, e a opinião e consenso de especialistas do outro. Mesmo que os relatos apresentem limitações importantes em termos de desenho de pesquisa, podem ser avaliados criticamente pelo leitor em função de sua observação sistematizada, diferentemente da opinião do especialista que reflete a experiência resultante de uma observação restrita pelas características dos pacientes que a ele são encaminhados”. (JATENE, p.4, 2012).

Assim, ao verificar a existência de incertezas científicas relacionadas à necessidade da realização de operações cesarianas, é possível notar que a opinião do médico representa um fator fundamental, no que tange à decisão relativa ao tipo de parto.

A partir do que foi posto anteriormente sobre o universo simbólico dos médicos, percebe-se que muitos obstetras incentivam a realização de operações cesarianas e que, em geral, não consideram os riscos associados à realização dessa cirurgia. Segundo Dias e Deslandes (2004), os médicos consideram a cesariana um procedimento seguro e minimizam os riscos existentes na execução dessa cirurgia. De acordo com uma observação feita pelos autores, muitos médicos não costumam acompanhar o pós-operatório das parturientes que eles operaram durante o plantão. Esse fato contribui para a ideia de que os riscos associados à operação cesariana são mínimos.

“Os médicos, principalmente os obstetras do quadro, minimizam os riscos das cesarianas, uma vez que os mesmos, na maior parte, não acompanham o pós-operatório das pacientes que operaram durante o plantão ou para as quais indicaram a cirurgia. Quando retornam à maternidade no plantão seguinte não têm mais nenhuma notícia do que aconteceu à paciente, nem tem o hábito de informar-se. Essa percepção da ausência de risco, principalmente em relação à infecção no pós-operatório, colide com os depoimentos dos médicos residentes que como são responsáveis pelo acompanhamento das pacientes, apontam uma incidência grande de infecções cirúrgicas”. (DIAS; DESLANDES, p. 112, 2004)

Conforme apontam Dias e Deslandes (2004), os residentes em obstetrícia têm a oportunidade de realizar várias cesarianas já no primeiro ano de residência. Ao mesmo tempo, eles não são treinados a realizar manobras um pouco mais complexas de assistência ao parto vaginal, já que estas são pouco frequentes na prática obstétrica atual. A pouca experiência dos médicos em realizar essas intervenções obstétricas faz com que eles se sintam inseguros para realizar esse tipo de parto. O aumento da segurança da cesariana contribui para que os médicos se sintam mais confiantes para

realizar o procedimento cirúrgico e, ao mesmo tempo, menos confiantes para realizar partos vaginais que podem apresentar algum tipo de complicação. A partir disso, nota-se que o controle⁴⁰ do universo simbólico da medicina faz com que os médicos definam situações médicas que inspiram pouca resistência das gestantes.

A partir das entrevistas realizadas após o parto, observei que muitas puérperas disseram que o profissional que as atendia alegou a existência de algum problema clínico⁴¹ - que justificava a necessidade do procedimento cirúrgico. É preciso ressaltar que esse estudo não possui o objetivo de julgar as decisões tomadas pelos obstetras. Além de analisar as preferências das gestantes, a pesquisa busca – a partir de uma abordagem sociológica – identificar e analisar os fatores que influenciam o processo decisório em relação ao tipo de parto.

As razões apontadas pelos médicos para a realização do procedimento cirúrgico incluem: pré-eclâmpsia; sofrimento fetal decorrente de trabalho de parto muito longo em que o bebê ‘não descia’; dificuldade de dilatação em trabalho de parto de gestação anterior e presença de mecônio⁴² na bolsa amniótica.

“A partir da vigésima sexta semana, comecei a ter pressão alta. Fui no pré-natal, aí eu tava com pressão alta, aí ele me encaminhou pro pronto-socorro. Fiz alguns exames pra pré-eclâmpsia, não tinha dado nada, aí eu voltei pra casa. Aí eu tive três episódios assim, na trigésima sexta pra trigésima sétima semana. No terceiro, fiz os exames e fiquei. A princípio, a médica não me falou, *ela só falou que era por causa da pressão e da idade gestacional* era melhor a gente fazer o parto. Não me falou se tinha dado alguma coisa nos exames. Aí eu fiquei internada no dia 22 e no dia 23, de manhã, ele nasceu”. (TÂNIA, 33 anos. Ênfase adicionada pela autora).

“Ele tava bem, coraçãozinho bem, placenta bem, tudo no lugar que tinha que tá. Só que o *médico falou: ‘Em casos como esse, se o bebê não desce, ele começa a sofrer, porque ele tá cansado também’*. Aí ele mostrou o coraçãozinho, quando a contração começava, o coraçãozinho ficava um pouquinho mais fraco. Daí ele foi me explicando tudo e eu tinha lido muito, falei: ‘Cara, eu prefiro ir pra cirurgia, eu tranquila aqui, tipo, vamos pra cirurgia, vamos tomar anestesia, do que ir de emergência, né, tipo, aí o bebê

⁴⁰ Segundo Foucault, o sujeito que é detentor de uma forma de “saber”, exerce um “poder” sobre outros indivíduos. Ao mesmo tempo, o “poder” possibilita o desenvolvimento de algum tipo de “saber”. O autor aborda essa relação em contextos disciplinares, em que os corpos são controlados para que sejam produzidos corpos dóceis, economicamente úteis. Essa relação “saber-poder” existe aqui, porém, ela não tem as implicações relacionadas à produção de sujeitos disciplinados para atuar na sociedade capitalista.

⁴¹ Nos casos em que os obstetras alegaram a necessidade da realização da cesariana, não houve contestação desse posicionamento por nenhuma parturiente. Além disso, notei que as puérperas que preferiam o parto normal mas pariram por meio do procedimento cirúrgico não se sentiram frustradas.

⁴² Trata-se de substância pastosa de cor esverdeada, que é coletada no intestino do feto e constitui as primeiras evacuações dos recém-nascidos.

tá sofrendo e tem que tirar agora'. E foi muito tranquilo". (RITA, 25 anos. Ênfase adicionada pela autora).

"Eu não tenho dilatação por conta de, do, já da experiência que eu tive do primeiro filho. E aí conversando com o obstetra, *a obstetra sugeriu que eu agendasse uma cesárea*, 'pra' que eu não entrasse em trabalho de parto, pra evitar que eu, é, sofresse muito, né, tivesse muita dor, porque as minhas contrações são muito rápidas, então, pouco espaçadas, e eu não tenho dilatação, então *eu ia acabar tendo que ir pra uma cesárea de qualquer jeito*" (NÍVEA, 29 anos. Ênfase adicionada pela autora).

A partir do que foi posto anteriormente, é possível perceber que a indicação médica é um fator muito importante, no que tange o processo decisório em relação à via de parto. Ao analisar documentos que falam sobre casos em que a cesariana – possivelmente – seria necessária, foi possível perceber que alguns estudos foram classificados como sendo de “baixa qualidade” e outros se mostraram inconclusivos. Percebe-se que, nesse campo, existem incertezas. A partir disso, nota-se como a opinião do médico especialista é algo imprescindível. Nesse cenário, percebe-se como é complexo contestar o posicionamento do obstetra.

2.2. Ansiedade

A *ansiedade* representa um aspecto que pode influenciar de maneira fundamental o processo de decisão sobre a via de parto. Seelmann, Santos e Shimo (2013) afirmam – em um estudo realizado sobre a opinião de estudantes de nutrição sobre a preferência pela via de parto – que os médicos apontam que as mulheres costumam preferir o procedimento cirúrgico, tendo em vista a ansiedade existente no período gravídico-puerperal e, também, outros fatores – como o medo das dores do parto.

"Um dos principais argumentos utilizados atualmente pelos profissionais adeptos do parto cesariano é que a maioria das mulheres brasileiras prefere esta via de parto em detrimento ao parto normal. Argumenta-se que a mulher procura maior conforto para si e proteção ao seu bebê, influenciada por diferentes fatores, como a própria intolerância à dor e os sentimentos de medo, ansiedade e angústia". (SEELMANN *et al*, p.62, 2013).

Os dados da minha pesquisa corroboram, em parte, o argumento dos médicos, já que demonstram que, em alguns casos, a questão da ansiedade de fato interfere nas decisões sobre o parto. Algumas mulheres entrevistadas relataram que – apesar da preferência inicial ser pelo parto normal – a ansiedade atrapalhou a espera pela entrada em trabalho de parto. De acordo com uma gestante entrevistada, sua obstetra disse que

ela deveria aguardar mais tempo para entrar em trabalho de parto. Porém, segundo ela, o seu quadro de ansiedade era muito grande e ela pediu que fosse realizado o procedimento cirúrgico. A ansiedade, nesse caso, também esteve associada a um sentimento de culpa.

“E eu fiquei imaginando, meu Deus, eu já tô com 41 semanas, aí vem o peso de você achar que se alguma coisa acontecer com o seu bebê vai ser culpa sua, não ter feito a cesária logo e tal. Aí teve um último dia, que foi dia três, que eu tinha sentido muita dor, não tinha conseguido comer nada, passando mal, enjoada, ansiosa, muito ansiosa. Daí eu fui cedo no pronto-socorro e aí a doutora falou... ela me examinou e tal e disse ‘olha, o seu colo do útero ainda tá fechado, sua placenta tá bem grossa ainda e, pra você ganhar, eu dou ainda mais uns três dias, pra esse bebê vir. Se você quiser esperar mais esses três dias, pode ir pra casa, voltar e esperar’. Só que naquele momento, eu falei assim: ‘eu não vou esperar, eu quero ganhar. *Eu quero ganhar logo*, porque se eu não entro em trabalho de parto agora, eu vou pra casa e vou ficar me sentindo mal de achar que alguma coisa tá acontecendo com ele’. Daí ela falou: ‘então tudo bem, eu vou te internar agora e a gente faz a cesária, a cesariana’. Daí ela me internou e daí pra frente foi tudo bem tranquilo, não senti mais contração nem nada, foi bem tranquilo”. (CHRISTIANE, 21 anos).

A ansiedade é um fator tradicionalmente tratado como um elemento psicológico. Entretanto, como ela representa um aspecto que apareceu nas entrevistas e também é mencionado pelos médicos, é possível apontar a hipótese de que existem elementos sociológicos que influenciam desencadeiem esse quadro psicológico entre um número significativo de gestantes.

2.3. Pressão Social

Outro fator que influencia a via de parto é a “*pressão social*”. A referida “pressão” acontece por meio de instituições e grupos sociais. A família e a medicina são instituições que exercem esse tipo de influência; amigos e outros grupos sociais próximos à gestante também exercem esse papel. Ao final da gestação, algumas mulheres são submetidas a um mecanismo de “influências” – trata-se de uma “pressão” exercida por familiares e amigos – para que elas tenham o parto cirúrgico, não importando suas expectativas e desejos.

De acordo com uma das entrevistadas, sua mãe disse várias coisas para fazer com que ela optasse pela cesariana. Segundo o seu relato, a preferência inicial era pelo parto normal, mas a “pressão” sofrida fez com que ela revisse seu desejo inicial. Além disso, a gestante também sofre de ansiedade, o que mostra como é complexo afirmar o

que levou a gestante a parir pela cesariana. Assim, é possível notar a influência que as instituições – como a família – possuem e, também, perceber como há uma dinâmica de múltiplos fatores que interferem no processo decisório em relação à via de parto.

“Porque eu ainda tava assim, ainda tinha uma parte minha...porque eu sempre quis fazer normal, né, eu sempre quis ter normal, mas minha mãe me colocou muito pra fazer a cesária, ela me deixava desesperada, falava que eu não ia dar conta, achava que eu ia morrer pra ter o bebê e tudo mais. E aí a gente acaba indo pela cabeça dos outros mesmo, até que por usar remédio controlado, que eu usava os ansiolíticos, né, o doutor tinha dito que era melhor esperar pra ver se eu não conseguia fazer o parto cesário, pra eu não ter o normal e tal, ele tinha me dito isso”. (CHRISTIANE, 21 anos)

A partir das entrevistas analisadas, foi possível perceber que a pressão social é mais presente quando a gestação está muito avançada. Ou seja, a partir de 40 semanas existe uma pressão para que a criança nasça, já que existe uma controvérsia em relação ao máximo tempo possível de gestação. Para alguns médicos, o limite de uma gestação é de 41 semanas, mas, para outros, esse tempo chega a 42 semanas. A ideia de que a criança irá ‘passar do tempo’ também é muito difundida no saber comum. Assim, além da instituição médico-hospitalar, outras instituições e grupos sociais exercem a referida “pressão” para que a mãe não espere e realize uma cesariana para tirar a criança do útero.

2.4. Considerações Finais

A partir dos dados coletados nas entrevistas – antes e depois do parto -, realizadas com gestantes atendidas pela rede privada e pelo SUS, foi possível observar as dissonâncias existentes entre as expectativas de mulheres que habitam diferentes universos simbólicos e, também, que mantêm contato com grupos sociais distintos. Em relação à via de parto, muitas mulheres não foram contempladas em seus desejos; entretanto, observei que isso não gerou um sentimento de “frustração”. A partir dos relatos coletados, a impressão é que há confiança dessas mulheres em relação aos médicos e à instituição médico-hospitalar. O estudo também mostrou a existência de outros mecanismos de “influências” que são fundamentais para compreender como ocorre a decisão sobre o tipo de parto. Dentre esses fatores, estão: a indicação médica, a “pressão social” e a ansiedade. Além disso, foi possível perceber que, muitas vezes, esses elementos interagem, fazendo com que o processo decisório sobre via de parto seja resultado de múltiplas variáveis.

A partir da análise das entrevistas, percebi que existem algumas situações individuais que interferem na decisão sobre a via de parto. Entretanto, seria necessário um estudo de maior escala para averiguar qual é o real impacto desse tipo de elemento no processo decisório sobre a via de parto. O elevado número de operações cesarianas realizadas no país mostra-se, portanto, ser uma questão muito complexa, pois, como os dados apresentados nesse estudo evidenciam, há múltiplas variáveis que interferem no processo decisório em relação à via de parto.

Considerações Finais

A realização desse trabalho permitiu verificar que as causas do alto número de cesarianas feitas no Brasil são muito complexas. Assim, não é simples apontar quais são os elementos que fazem com que, no Brasil, mais metade dos partos sejam feitos por meio de operações cesarianas dado que existem vários fatores que influenciam no processo decisório em relação à via de parto. E, além disso, percebeu-se que existem situações em que há uma interação desses elementos, mostrando como é difícil definir o que causa o alto percentual de cesarianas realizadas no país.

Ao buscar entender historicamente a ascensão da via de cirúrgica de parto, constatou-se que a cesariana representa uma tecnologia médica inovadora, capaz de salvar a vida de parturientes e recém-nascidos, em casos de possíveis complicações no processo normal de parturição. Ao investigar a história dessa operação “salvadora”, foi possível observar que os índices de mortalidade materna e neonatal diminuíram muito após o desenvolvimento dessa técnica cirúrgica. Entretanto, também foi possível verificar que o processo de aperfeiçoamento da referida cirurgia foi lento e muito tempo

foi necessário para que a operação cesariana fosse considerada uma via de parto segura. Atualmente, apesar de ser considerada um procedimento seguro pela medicina, especialistas em saúde pública ressaltam que a cesariana é uma cirurgia e que, por isso, sempre existirão riscos.

A partir da análise das entrevistas feitas com as gestantes, foi possível observar que, de um modo geral, tanto no sistema de saúde público como privado, elas preferem a via normal de parturição. Foram identificadas as seguintes razões que motivam essa preferência: o medo da cesariana, o entendimento do parto normal como um processo natural e fisiológico do corpo da mulher e o receio da “dependência” de outras pessoas referente aos cuidados com o bebê. Algumas gestantes – atendidas por ambos sistemas de saúde - apontaram preferir a via cirúrgica. Essa preferência esteve relacionada, essencialmente, com o medo das dores do parto normal. Além disso, a experiência anterior de um parto normal doloroso também foi apontada com um motivo para a preferência pela via cirúrgica.

As entrevistas feitas durante o puerpério foram importantes para identificar os fatores que influenciaram a decisão relativa à via de parto. Ao analisar os dados das entrevistas, foi possível verificar que a indicação médica representa um elemento importante. Ao analisar alguns documentos oficiais que falam sobre as situações em que a cesariana é indicada, percebeu-se que muito estudos são “inconclusivos”. Assim, a existência de incertezas sobre os casos em que a cesariana é realmente necessária faz com que opinião do médico represente um fator muito influente nessa decisão. Além disso, foi possível perceber que a “pressão social” e a ansiedade são aspectos que também interferem no processo decisório. Apareceram também elementos que representam peculiaridades individuais que podem afetar o processo decisório sobre a via de parturição. Em uma das entrevistas feitas após o parto, por exemplo, a puérpera relatou que decidiu, no dia 28 de dezembro, agendar a operação cesariana para o mesmo dia já que não queria que a filha nascesse no dia 31 de dezembro, durante a virada do ano.

Assim, por meio das entrevistas realizadas, foi possível perceber que existem múltiplos fatores que interferem na decisão sobre a via de parto. Mesmo a indicação médica sendo um aspecto central, foi possível observar que outros elementos desempenham uma influência importante em relação à decisão sobre a via de parto.

Tendo em vista a multiplicidade de elementos envolvidos, é muito complexo definir quais são as razões que fazem com que o Brasil tenha um dos maiores índices de cesarianas do mundo.

Glossário

Aciclovir – É um medicamento usado para tratar pacientes portadores do vírus da Herpes simplex.

Antissepsia – Conjunto de meios para destruir germes patogênicos e prevenir infecções.

Aspiração naso-faríngea – É um procedimento realizado para retirar as secreções das vias aéreas do recém-nascido.

Assepsia – Conjunto de meios para impedir a entrada de germes patogênicos no organismo e prevenir infecções.

Bolsa amniótica – É um invólucro membranoso cheio de líquido, dentro da qual o feto humano se desenvolve.

Cálculo vesical – Refere-se à presença de pedras ou material calcificado na bexiga.

Cavidade peritoneal – Trata-se de uma cavidade que se localiza dentro da cavidade abdominal, seu limite inferior é a cavidade pélvica.

Cirurgião-barbeiro – Profissão “comum” na idade média. Este profissional realizava pequenas cirurgias e cuidava de ferimentos.

Craniotomia – Na obstetrícia, refere-se à operação de destruição do retalho ósseo do crânio fetal. Antes do desenvolvimento da cesariana, esse procedimento era realizado para salvar a vida da mãe.

Distocia – Qualquer problema, tanto de origem materna ou fetal, que dificulte ou impeça o parto.

Drenagem – Retirada, por meio de dreno, de líquidos e gases fisiológicos ou patológicos retidos no organismo.

ECRs – Refere-se aos estudos clínicos randomizados. Trata-se de uma ferramenta para a obtenção de evidências para o cuidado à saúde. Apesar de algumas possíveis variações, baseiam-se na comparação entre duas ou mais intervenções, as quais são controladas pelos pesquisadores e aplicadas de forma aleatória em um grupo de participantes.

Episiotomia – Trata-se de uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.

Fórceps – Instrumento cirúrgico de dois ramos articulados, para apreensão, compressão ou tração. O uso desse instrumento visa extrair fetos do útero.

Mecônio – Trata-se de substância pastosa de cor esverdeada, que é coletada no intestino do feto e constitui as primeiras evacuações dos recém-nascidos.

Morbidade – Trata-se da taxa de indivíduos portadores de determinada doença dentro de um grupo específico, a partir de certo período de análise. Em obstetrícia, esse termo é utilizado para designar o índice de mulheres que sofreram complicações graves durante a gestação, parto ou puerpério.

Mortalidade materna – Refere-se à taxa de mulheres que morreram durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto. A morte materna pode ser decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, mas não devida a causas acidentais ou incidentais.

Mortalidade neonatal – Refere-se ao número de óbitos ocorridos, em nascidos vivos, até o 27º dia de vida.

Mortalidade perinatal – Refere-se ao número de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação acrescido dos óbitos ocorridos até o 7º dia completo de vida, por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em determinado período, no espaço geográfico considerado.

Nascimento pré-termo – Refere-se ao parto prematuro, que ocorre antes das 37 semanas de gravidez.

Nosocômios – Local próprio destinado ao tratamento de pessoas doentes ou feridas; hospital.

Ocitocina – É o principal hormônio associado ao parto. Ele promove as contrações uterinas, que provocam a dilatação do colo uterino e a descida do bebê no canal da pelve feminina. Esse hormônio é produzido, naturalmente, pelo hipotálamo, mas também pode ser produzido sinteticamente.

Partofobia – Refere-se ao medo do parto.

Parturição – Relativo ao parto.

Parturiente – Mulher que está em trabalho de parto ou acabou de parir.

Parturitivo – Relativo à parto.

Penicilina – Refere-se à antibióticos que são profusamente utilizados no tratamento de infecções causadas por bactérias sensíveis.

Primigestas – É um termo utilizado para designar mulheres que estão grávidas pela primeira vez.

Primípara – Mulher que pariu ou vai parir pela primeira vez.

Puerpério – Período que decorre desde o parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher voltem às condições anteriores à gestação.

Raquitismo – Doença da infância e adolescência devia à carência de vitamina “D”, que se caracteriza pela mineralização insuficiente dos ossos.

Septicemia – Refere-se à infecção generalizada.

Sulfonamidas – Trata-se de um grupo de antibióticos sintéticos usados no tratamento de doenças infecciosas.

Sutura – Ato de unir os bordos de um corte, ferida.

Talha hipogástrica – Punção da bexiga com uma agulha para escoamento da urina.

“Toque” – Refere-se ao exame de toque vaginal, que é feito para avaliar o colo uterino da gestante. Na maioria das vezes, esse exame é feito durante o trabalho de parto, para medir a dilatação do colo do útero.

Anexo I – Roteiro das entrevistas feitas antes do parto.

Bloco 1 - Perfil socioeconômico

- Nome?
- Idade?
- Raça/cor?
- Orientação sexual?
- Qual a cidade em que nasceu?
- Onde mora atualmente?
- Quantas pessoas moram na sua residência?
- Qual vínculo familiar você possui com essas pessoas?
- Qual é o seu grau de escolaridade?

- Você é casada?
- Se sim, qual o grau de escolaridade do seu marido?
- Qual é o grau de escolaridade dos seus pais?
- Qual é a sua renda familiar?

Bloco 2 - A gravidez

- É a sua primeira gravidez? Se não, quantas gravidezes você já teve?
- Quantos filhos você tem?
- Você já sofreu algum aborto espontâneo? Se sim, de que forma ocorreu?
- Você já realizou algum aborto? Se sim, como foi o procedimento? Quais foram as motivações para realizá-lo?
- A atual gestação foi planejada?
- Ocorreu algum problema clínico (diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, descolamento de placenta, alguma doença na gestação, dentre outros) durante essa gravidez ou durante alguma gravidez anterior (caso haja essa possibilidade)? Se sim, qual foi? Qual foi o tratamento médico para o problema?
- Como você avalia, de modo geral, a sua gestação?
- Como você pensa que deve ser a relação entre o médico(a) e a gestante?
- Qual é a sua relação com o seu médico? Porque você escolheu esse obstetra? Como ocorreu o processo de escolha?
- Quais medicamentos você usou durante a gravidez? Qual a dosagem?

Bloco 3 - Expectativas em relação ao parto

- Quando você pensa sobre o seu parto, o que você imagina? Como seria o parto ideal?

- O que você pensa sobre o parto normal? E sobre o parto cesariana?
- Você deseja que o seu parto seja normal ou cesariana?
- Na sua opinião, que tipo de parto é mais seguro?
- O que você pensa sobre a alta taxas de cesarianas realizadas no Brasil?
- O que você entende pela expressão “Parto humanizado”?
- Na sua opinião, é viável a realização de parto domiciliar?

Anexo II – Roteiro das entrevistas feitas depois do parto.

Bloco 1 – O parto

- Que dia foi seu parto?
- Qual era a sua data prevista para o parto?
- Como foi o seu parto? Gostaria que você fizesse um relato de como foi seu parto, como aconteceu todo esse processo.
- Em que hospital foi seu parto?
- Eu gostaria que você falasse um pouco sobre as suas expectativas em relação ao parto. Se elas foram atendidas ou não e, se não, porque não foram.
- Qual é a sua avaliação sobre a postura da equipe médica do hospital? E a postura do seu obstetra?
- Você considera que você sofreu algum tipo de violência obstétrica (algum tipo de grosseria, foi feito algum procedimento que você não gostaria ou algo do tipo)?

- Se você pudesse mudar algo em uma próxima gestação (alguma preparação que você não fez, algum comportamento que você não teve, alguma decisão diferente), o que você mudaria?

- Você se arrepende de alguma coisa?

Bloco 2 – O puerpério

- Eu gostaria que você falasse um pouco sobre o seu pós-operatório. Como foi? Quanto tempo demorou para você ficar bem? Você sentiu muita dor?

- Como está sendo a experiência da maternidade para você?

Referências Bibliográficas

1. Bibliografia consultada

ALMEIDA, Nilza; MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Marta. Perspectivas das dores do parto normal de primigestas no período pré-natal. Texto contexto - enfermagem [online]. 2012, vol.21, n.4, pp.819-827.

BERGER, Peter. Perspectivas Sociológicas – Uma visão humanística. Petrópolis: Editora Vozes, 23ª edição, 2001.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. A Construção Social da Realidade. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BOURDIEU, Pierre. As razões práticas sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus Editora, 2008.

BRENES, Anayansi. A história da parturição no Brasil, Século XIX. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 7 (2): 135-149, abril/junho, 1991.

CATÃO, MO. Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Estrutura hospitalar moderna. pp. 101-138.

DIAS, Marcos; DESLANDES, Suely. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra de uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública [online]. 2004, vol.20, n.1, pp.109-116.

DINIZ, Carmen. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. São Paulo: Ciência & Saúde Coletiva, 2005.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. Curitiba: Editora UFPR, Revista Educar, n. 24, p. 213-225, 2004.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas e propostas de ação. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 7 (2): 150-173, abril/junho, 1991.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Editora Vozes, 20ª edição, 1999.

KOTTWITZ, Fernanda; GOUVEIA, Helga, GONÇALVES, Annelise. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. Escola Anna Nery 22 (1), 2018.

LEAL, Maria. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

LOW, James. Caesarian – Past and Present. J Obstetric Gynaecology Can. 2009.

MARTINS, Ana Paula. A obstetrícia e a ginecologia no Brasil. In: Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 139-170. SEELMANN, Herta; SANTOS, Jaqueline; SHIMO, Antonieta. Opinião de estudantes de Nutrição sobre a preferência pela via de parto. REAS [Internet], 2013; 2(1):60-74.

NAKANO, Andreza; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. Rio de Janeiro: Revista de Saúde Coletiva, 27 [3]: 415-432, 2017.

Organização Mundial da Saúde, 2015. Declaração da OMS sobre taxa de Cesáreas.

PARENTE, Raphael; MORAES, Olimpio; REZENDE, Jorge; BOTTINO, Nathalia; PIRAGIBE, Pollyana; LIMA, Diego; GOMES, Danielle. A história do nascimento (parte 1): cesariana. Rio de Janeiro: Femina, volume 38, nº9, setembro, 2010.

REZENDE, JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. A primeira operação cesariana em parturiente viva. pp 171-172.

RICHARDSON, Roberto. Pesquisa Social: Métodos e técnicas. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

RISCADO, Liana; JANNOTTI, Claudia; BARBOSA, Regina. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. Rio de Janeiro: Texto Contexto Enfermagem, 25 (1), 2016.

SASS, Nelson; HWANG, Susane. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. São Paulo: Diagn Tratamento; 14 (4): 133-7, 2009.

TEIXEIRA, Susana. Aplicabilidade da taxa de cesarianas proposta pela OMS a nível global. Dissertação de mestrado integrado em medicina. Porto, 2016.

2. Documentos Consultados

Cesariana – indicações. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em <https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/cesariana-indicacoes.pdf>. Acessado em 11/11/2018.

Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação e Tecnologias no SUS. Relatório de recomendação. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acessado em 11/11/2018.

Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_norm_al.pdf. Acessado em 11/11/2018.

Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Relatório de recomendação. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acessado em 11/11/2018.

JATENE, Fabio. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/texto_introdutorio.pdf. Acessado em 11/11/2018.

Lei Federal Nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acessado em 11/11/2018.

Nota: “Taxa de disponibilidade para acompanhamento do parto é ilegal”. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2014. Disponível em <http://www.ans.gov.br/ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/2519-taxa-de-disponibilidade-para-acompanhamento-de-parto-e-ilegal->. Acessado em 11/11/2018.

Portaria Nº306, de 28 de março de 2016, Ministério da Saúde. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>. Acessado em 11/11/2018.

Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, Organização Mundial da Saúde. 2014. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/who_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=196398213A84004F1603F70BAF6CBE11?sequence=3. Acessado em 11/11/2018.

Processo-Consulta Nº 55/12 – Parecer Nº 39/12. Dispõe sobre cobrança de honorários, por médicos obstetras, pelo acompanhamento presencial do trabalho de parto. Conselho Federal de Medicina, 2012. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/2012/39_2012.pdf. Acessado em 11/11/2018.

Resolução Nº 2.144, de 17 de Março de 2016. Conselho Federal de Medicina.
Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acessado em 11/11/2018.