

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>

A DECISÃO PELA VIA DE PARTO NO BRASIL: TEMAS E TENDÊNCIAS NA PRODUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA

Liana Carvalho Riscado¹, Claudia Bonan Jannotti², Regina Helena Simões Barbosa³

- ¹ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: liana.carvalho.124@gmail.com
- ² Doutora em Ciências Humanas. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: cbonan@globo.com
- ³ Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: reginacasa@gmail.com

RESUMO: O artigo estuda a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva sobre a “decisão” relacionada à via de parto. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura que discute usos, potencialidades e limites dessa categoria nas análises sobre a prática da cesariana no Brasil. Utilizou-se uma combinação de técnicas de análise temática e de discurso. Considera-se que a literatura sobre cesariana no Brasil tem avançado ao sair do foco estreito de escolha individual para uma contextualização mais profunda. Acredita-se, porém, que a literatura ainda precisa progredir, pois há poucas discussões de questões socioculturais, políticas, econômicas e sobre o papel das tecnologias médicas e não médicas.

DESCRIPTORES: Parto. Cesárea. Comportamento de escolha.

DECIDING THE ROUTE OF DELIVERY IN BRAZIL: THEMES AND TRENDS IN PUBLIC HEALTH PRODUCTION

ABSTRACT: This study addresses the production of knowledge in the public health field regarding the “decision” on the route of delivery. This is an integrative literature review that discusses uses, potentials and limits of this category in analyses of the practice of cesarean sections in Brazil. We used a combination of thematic and discourse analysis techniques. The literature on cesarean sections in Brazil has advanced from the narrow focus on the individual choice to a deeper contextualization. However, literature still needs to progress, since there are few discussions on socio-cultural, political, and economic issues, and on the role of medical and non-medical technologies.

DESCRIPTORS: Parturition. Cesarean section. Choice behavior.

LA DECISIÓN POR EL TIPO DE PARTO EN BRASIL: TEMAS Y TENDENCIAS EN LA PRODUCCIÓN DE SALUD COLECTIVA

RESUMEN: El artículo estudia la producción de conocimiento en el ámbito de la salud colectiva sobre la “decisión” en relación al tipo de parto. Se trata de un estudio de la revisión integradora de la literatura que trata sobre los usos, las posibilidades y límites de esta categoría en los análisis sobre la práctica de la cesárea en Brasil. Utilizamos una combinación de técnicas de análisis temática y del discurso. Se considera que la literatura sobre la cesárea en Brasil ha avanzado de la limitada visión de la elección individual a una contextualización más profunda. Se cree, sin embargo, que la literatura aún tiene que progresar, porque hay pocas discusiones de temas socio-culturales, políticos, económicos y acerca del papel de las tecnologías médicas y no médicas.

DESCRIPTORES: Parto. Cesárea. Conducta de elección.

INTRODUÇÃO

Com a ascensão da biomedicina, as práticas de assistência ao parto e nascimento sofreram profundas transformações no decorrer do século XX. De eventos privados e assistidos por parteiras tradicionais, essas práticas paulatinamente foram transferidas para o ambiente hospitalar e centralizadas na figura do médico, tornando-se cada vez mais dependentes de intervenções tecnológicas, difundindo-se um modelo tecnocrático de parir e nascer.¹ O crescimento da utilização da cesárea faz parte desse processo.

O Brasil não ficou imune a essas mudanças. A assistência ao parto tem sido crescentemente marcada por intervenções técnicas e tecnológicas e ampla utilização da cirurgia cesariana como forma de nascer.² Há cerca de duas décadas, o Ministério da Saúde (MS) tem intervindo com políticas para humanizar a assistência ao parto e ao nascimento e reduzir os índices de cesárea, baseando-se em recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e seguindo evidências científicas que apontam as desvantagens da cirurgia em relação ao parto vaginal, em termos de morbidade e mortalidade materna e perinatal e de gastos para o sistema de saúde.³⁻⁵ Movimentos sociais reunindo mulheres e profissionais de saúde também têm tomado a bandeira da transformação das práticas de parto e nascimento na perspectiva da humanização e dos direitos reprodutivos. Apesar disso, o país ainda se destaca no cenário mundial, com mais da metade dos nascimentos sendo realizados através de uma cirurgia, em sua maioria eletiva.⁶

Por sua incidência e pelas controvérsias em torno de seus sentidos e consequências, a cesariana é considerada um problema de saúde pública, e, desse modo, tem sido também objeto de interesse de estudos acadêmicos. Na busca de compreender o fenômeno, estudos recentes têm se debruçado sobre os fatores associados à cesárea, tais como o tipo de instituição (pública ou privada), região geográfica, nível socioeconômico das mulheres ou características dos profissionais e da assistência médica.⁷⁻¹³ Uma parte da literatura analisa os resultados maternos e perinatais, comparando cesárea e parto vaginal, demonstrando piores resultados com a cirurgia, em termos de morbidade e mortalidade, principalmente entre mulheres vivendo em condições sociais e de saúde menos privilegiadas.¹⁴⁻¹⁶ Alguns estudos têm um enfoque clínico e/ou cirúrgico, e abordam o uso de medicamentos, a avaliação do assoalho pélvico, a depressão pós-parto, entre outras questões clínicas.¹⁷⁻¹⁹

Outro conjunto de estudos, partindo de preocupações mais sociológicas e antropológicas, dedica-se a

discutir acerca da “decisão”, “escolha”, “preferência” ou “opinião” de mulheres e de profissionais no que diz respeito à via de parto.²⁰⁻³⁵ A maioria dos trabalhos aponta a preferência das mulheres pelo parto vaginal, nas fases iniciais da gestação, algo que contrasta com a escalada crescente de cesáreas no Brasil. Por sua vez, estudos com profissionais revelam a crença desses na preferência feminina pela cesárea e na segurança da cirurgia.^{31,36} As mulheres que utilizam o setor privado de saúde, que hipoteticamente teriam melhor acesso às informações e a serviços de qualidade, são as que mais se submetem à cirurgia. Essas são algumas questões que sugerem que o conhecimento sobre a prática da cesariana e a questão da “decisão”, “escolha” ou “preferência” do modo de parir e nascer no Brasil ainda tem muitas lacunas.

O presente artigo tem como objeto de análise a produção de conhecimentos e o debate acadêmico no campo da saúde coletiva sobre a “decisão” – e suas variantes “escolha” e “preferência” – relacionada à via de parto. Seu objetivo é discutir usos, potencialidades e limites dessas categorias nas análises sobre a prática da cesariana referentes à realidade brasileira.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura.³⁷ No portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), realizou-se um levantamento de produções dedicadas ao tema da cesariana no Brasil, publicados em revistas científicas indexadas nas bases LILACS e MEDLINE, entre 2000 e 2013. Primeiro, foram utilizadas isoladamente as palavras-chave: “cesárea”, “via de parto” e “parto”. Com a palavra chave “parto”, foi aplicado o critério “assunto principal” da publicação, selecionando somente trabalhos que tinham como tema central: “cesárea”, “parto”, “parto normal”, “parto obstétrico” e “parto humanizado”. Depois, foram utilizadas as seguintes combinações de palavras chave: “cesárea” e “escolha”, “cesárea” e “decisão”, “via de parto” e “escolha”, “via de parto” e “decisão”, “parto” e “escolha”, “parto” e “decisão”. Com o auxílio de filtros específicos disponíveis nas ferramentas de busca da BVS, optou-se por incluir no estudo somente produções em artigo, com texto completo disponível, e aquelas que tinham o Brasil como “país/região” como assunto. Com a aplicação dos critérios de inclusão, foram geradas listas para cada palavra-chave ou combinação de palavras-chave. Ao se compararem as listas e se excluírem as produções repetidas, chegou-se a um total de 239 trabalhos. Esse levantamento foi realizado entre 4 e 6 de fevereiro de 2014.

O tratamento desse material teve início com a organização dos trabalhos por ano de publicação e leitura dos resumos. Com o exame dos problemas e objetivos, os 239 trabalhos foram reagrupados segundo campos temáticos: 1) “decisão”, “escolha” ou “preferência” relacionada à via de parto (28 trabalhos); 2) fatores associados à via de parto (30 trabalhos); 3) resultados perinatais e maternos relacionados à via de parto (24 trabalhos); 4) práticas assistenciais, indicadores e políticas relacionados ao parto (79 trabalhos); 5) estudos de aspectos clínicos e/ou cirúrgicos relacionados ao parto (22

trabalhos); 6) estudos nos quais a cesariana e o parto eram assuntos periféricos (52 trabalhos); 7) estudos veterinários (quatro trabalhos).

As 28 publicações^{20-36,38-48} que têm como categoria central a “decisão”, a “escolha” ou a “preferência” da via de parto foram selecionadas para análise, apresentadas no quadro 1 e utilizadas como fontes escritas. Apesar de um dos trabalhos filtrados não ser um artigo, e sim um editorial,³⁴ foi incluído na análise, pois pertence a autores relevantes da área que, inclusive, possuem outras publicações sobre o tema analisadas na presente revisão.^{29,35}

Quadro 1 - Publicações analisadas

Autoria	Título da produção	Periódico	Ano de publicação
Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. ²⁰	Reflexões sobre o excesso de cesariana no Brasil e a autonomia das mulheres.	Ciênc e Saúde Coletiva	2013
Cardoso JE, Barbosa RHS. ²¹	O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil.	Physis	2012
Haddad SMT, Cecatti JG. ²²	Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil.	Rev Bras Ginecol Obstet.	2011
Ferrari J. ²³	Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia.	Rev Bras Saúde Mater. Infant.	2010
Kasai KE, Nomura RMY, Benute GRG, Lucia MCS, Zugaib M. ²⁴	<i>Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital.</i>	Midwifery	2010
Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. ²⁵	A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar socioantropológico na saúde suplementar brasileira.	Rev Bras Saúde Mater. Infant.	2010
Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. ²⁶	Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná.	Texto Contexto Enferm.	2010
Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP. ²⁷	O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro.	Ciênc e Saúde Coletiva	2008
Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM et al. ²⁸	Trajetória das mulheres na definição do parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro.	Ciênc e Saúde Coletiva	2008
Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. ²⁹	<i>Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale.</i>	Birth	2008
Faisal-Cury A, Menezes, PR. ³⁰	Fatores associados à preferência por cesariana.	Rev Saúde Pública	2006
Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. ³¹	Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto.	Rev Saúde Pública	2004
Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. ³²	Parto cesáreo? Quem o deseja e em quais circunstâncias?	Cad Saúde Pública	2003
Hotimsky S N, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. ³³	O parto como eu vejo...ou o parto como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica.	Cad Saúde Pública	2002
Potter JE, Hopkins K. ³⁴	<i>Consumer demand for caesarean sections in Brazil. Demand should be assessed rather than inferred</i>	BMJ	2002
Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR et al. ³⁵	<i>Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study.</i>	BMJ	2001

Autoria	Título da produção	Periódico	Ano de publicação
Dias MAB, Deslandes S F. ³⁶	Cesarianas: percepção de risco e a sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro.	Cad Saúde Pública	2004
Teixeira C, Correia S, Victora CG, Barros H. ³⁸	<i>The Brazilian Preference: Cesarean Delivery among Immigrants in Portugal.</i>	PLoS One	2013
Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS et al. ³⁹	Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública, outra privada, em São Luís Maranhão, Brasil.	Cad Saúde Pública	2009
Osís MJD, Ceccati JG, Pádua KS, Faúndes A. ⁴⁰	<i>Brazilian doctors' perspective on the second opinion strategy before a C-section.</i>	Rev Saúde Pública	2006
Ferrari J, Lima NM de. ⁴¹	Atitudes de profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil	Rev Bioét	2010
Watanabe T, Knobel R, Suchard G, Franco MJ, d'Orsi E, Consonni EB et al. ⁴²	<i>Medical students' personal choice for mode of delivery in Santa Catarina, Brazil: a cross-sectional, quantitative study.</i>	BMC Medical Education	2012
O'dougherty M. ⁴³	<i>Plot and irony in childbirth narratives of middle-class.</i>	Medical Anthropology Quarterly	2013
Ferreira LA, Silva JAJ, Zuffi FB, Mauzalto ACM, Leite CP, Nunes JS. ⁴⁴	Expectativas de gestantes em relação ao parto.	Rev Pesq: Cuid Fundam Online	2013
Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. ⁴⁵	<i>The Cultural Construction of the Birth Process.</i>	J Res: Fundam Care Online	2013
Béhaque DP, Victora CG, Barros FC. ⁴⁶	<i>Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods.</i>	BMJ	2002
Chiavegatto Filho ADP. ⁴⁷	Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no município de São Paulo.	Ciênc e Saúde Coletiva	2013
Torloni MR, Daher S, Betrán AP, Widmer M, Montilla P, Souza JP, et al. ⁴⁸	<i>Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review.</i>	BMJ	2011

Utilizou-se, então, uma combinação de técnicas de análise temática e de discurso,⁴⁹ tanto para uma compreensão de núcleos temáticos mobilizados na construção dos problemas de estudo, como articulação discursiva dos argumentos científicos. O trabalho analítico procedeu por etapas. Em primeira instância, foram feitas múltiplas leituras das publicações. Em seguida, foram construídos quadros, nos quais, para cada trabalho, foram analisados: o modo de apresentação e desenvolvimento dos problemas de pesquisa; a delimitação de objetos e objetivos do estudo; as metodologias utilizadas; os resultados, discussões e conclusões. Após esses procedimentos, os estudos foram categorizados em cinco núcleos temáticos, que subsidiaram a interpretação e apresentação dos resultados da revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A problemática da “decisão”, “escolha” ou “preferência” pela via de parto tem sido alvo

de interesse crescente na literatura no período analisado. Entre 2000-2004, a produção sobre o tema foi de sete publicações; entre 2005-2009, seis publicações; já entre 2010-2013, foram encontradas 15 publicações. Os autores são filiados a campos de conhecimentos diversos, como medicina, enfermagem, ciências sociais e psicologia. A maioria das publicações (19) foi encontrada em periódicos brasileiros; entretanto, há uma produção considerável de trabalhos (nove) em revistas estrangeiras. Quase todas as publicações (24) foram encontradas em periódicos classificados como A1, A2, B1 ou B2 pelo sistema Qualis de avaliação de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação, no ano de 2012, sendo 12 em revistas classificadas como A1 e A2, e 12 como B1 e B2, o que sinaliza um reconhecimento da qualidade da produção. No que tange à metodologia, 12 produções baseiam-se em estudos quantitativos, 10 em estudos qualitativos, três em estudos que combinam métodos quantita-

tivos e qualitativos, duas produções são revisões e uma é editorial.

As temáticas que se destacaram no conjunto dessas publicações foram: a cesárea como um “problema de saúde pública”; o “fator médico” na prática da cesárea; a questão da “preferência da mulher”; a “livre escolha” *vs.* “empoderamento feminino”; desigualdades na provisão em saúde e a “mercantilização” da assistência ao parto; o contexto sociocultural: *status*, ideário de segurança e planejamento.

A cesárea como um “problema de saúde pública”

Nos estudos analisados, com poucas exceções, os índices de cesáreas no Brasil são apresentados como algo “abusivo”, “alarmante” e “preocupante”, e conformariam uma verdadeira “epidemia”, “um problema de saúde pública”.^{32,36,38-40} Evoca-se com frequência a não conformidade das taxas de cesariana no país com aquelas consideradas aceitáveis pela OMS, que preconiza de 10% a 15% de cirurgias no total dos nascimentos.^{21-22,25-26,33,36,39-40}

A generalização da cirurgia é vista como um problema sanitário por acarretar maior risco de morbidade e mortalidade para a mulher e o recém-nascido e prejudicar a amamentação.^{20,32-33,36,38-39} Na defesa de um uso mais racional do recurso da cirurgia cesariana, as “evidências científicas” são evocadas: as boas práticas médicas devem se basear em parâmetros específicos, balanceando benefícios e riscos e tentando evitar iatrogenias.^{20,28-29,32,40} Outro aspecto apontado é o impacto econômico da escalada das cesarianas sobre o sistema de saúde, pois a utilização indiscriminada da cirurgia aumentaria seus gastos.^{33,36,38}

Na contra tendência da literatura, dois estudos criticam as iniciativas de redução dos índices de cesárea baseadas nas taxas recomendadas pela OMS que, tendo sido propostas em 1985, os autores consideram defasadas.^{23,41} Argumentam que as práticas obstétricas devem acompanhar as transformações nas dinâmicas da vida reprodutiva, como aumento da idade materna, número menor de filhos, maior ganho de peso na gestação. Lembram que, nas últimas décadas, houve grande evolução das tecnologias médicas, tornando a cesárea mais segura. Para eles, os resultados de estudos referentes aos riscos inerentes a cada tipo de parto -vaginal e cirúrgico - são discutíveis, necessitando-se de mais pesquisas.

O “fator médico” na prática da cesárea

Para muitos autores,³⁵ o incremento das taxas de cesárea seria consequência de fatores como a crença dos médicos de que a cirurgia é mais segura, a pouca habilidade dos profissionais para assistir o parto vaginal, maior conveniência e rentabilidade para esses profissionais e o fato dos médicos presumirem a preferência feminina pela cirurgia. Argumenta-se que médicos do setor privado acreditam que as mulheres estão equivocadas quando expressam desejo por um parto vaginal e, com uma postura paternalista, “persuadem” suas pacientes que a cirurgia confere mais proteção a elas e seus bebês.²⁹ Defende-se que, no setor privado, a “opção” das mulheres pela cesárea é consequência de um tipo de diálogo com o médico no qual há pouco incentivo ao parto vaginal e uma “orientação” (explícita ou não) em direção à cesárea.^{21,25,27-28} Em um estudo realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), os autores também concluem que os altos índices de cesárea refletem principalmente a conveniência e a falta de treinamento dos profissionais e que estes, para justificarem sua prática, afirmam que as mulheres preferem a cirurgia.³¹

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.⁴³ 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.³⁶ 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.

Ao inquirir os médicos sobre a estratégia de se obter uma segunda opinião antes de realizar a cesárea, uma pesquisa encontrou que os profissionais não a consideravam factível no sistema privado, pois têm como posição que a prática obstétrica não deve ser controlada nesse setor.⁴⁰ Outro estudo defende que os principais responsáveis pelo crescente índice de cesáreas seriam o médico e o hospital e as principais estratégias para evitar cesarianas desnecessárias deveriam ser dirigidas aos profissionais.²²

A questão da “preferência da mulher”

Outro lado da moeda do tema conveniência/interesse/poder médico é o tema da decisão/preferência/escolha da mulher. Dezesesseis artigos trabalham com a premissa, ou tem como resultado, que a maioria das mulheres prefere inicialmente o parto vaginal.²⁰⁻³⁵ Constatando que muitas destas gestações terminaram em cesariana, muitos autores problematizam as condições de autonomia das mulheres nas decisões em torno do parto e as assimetrias de poder e saber perante os médicos. Muitos observam que, ao longo da gestação, os médicos criam um cenário que justifica a intervenção: durante as consultas de pré-natal, riscos mais supostos do que reais como: “bebê grande”, “bacia estreita”, “circular de cordão”, são colocados para as mulheres, que “optam” pela cesárea diante do temor de serem responsabilizadas por qualquer desfecho negativo, ficando sua decisão fragilizada diante do “poder de convencimento” dos médicos.^{21,25-29,35,40,43}

Um estudo identifica que, no setor privado, encontrar um médico com disposição de assistir um parto normal pelo plano de saúde nem sempre é fácil, e pagar diretamente ao médico é algo muito oneroso, mesmo para mulheres de classes médias.²¹ Critica-se a ideia de que mulheres de classes média e alta preferem a cesárea ao parto vaginal e demandam a cirurgia.^{29,34-35} Para estes autores, muitas dessas cirurgias são “cesarianas indesejadas”: as mulheres são “persuadidas” ao final da gestação, especialmente com apresentação de quadros de riscos que não condizem com as evidências científicas. Enfatiza-se que, com a “banalização” da cirurgia, as mulheres não se surpreendem com sua indicação e aderem à cesárea, renunciando à vontade inicial pelo parto vaginal.²⁸

De modo não coincidente com a maior parte da literatura, encontrou-se a preferência pela cesárea entre as mulheres de uma maternidade privada.³⁹ Já na maternidade pública por eles estudada, os autores encontraram a via vaginal como preferência. Porém, constatou-se que todas as mulheres que queriam realizar uma cesárea no setor privado tiveram seu desejo atendido, algo que não ocorreu entre aquelas que queriam um parto vaginal no mesmo setor.

A preferência da mulher pela cesariana – a “cesárea a pedido” – como responsável pelo crescimento da cirurgia, é questionada por autoras que observaram, numa pesquisa com gestantes de nível socioeconômico baixo, uma demanda

pela cesárea associada ao temor das mulheres com relação às atitudes dos profissionais durante o atendimento e também ao desejo de laqueadura.³³ Em um estudo com mulheres do SUS, defendeu-se que a “cesárea a pedido” é mais uma consequência de uma cultura médica e institucional do que uma “real preferência” das mulheres.³² O discurso dessas autoras é que são situações que envolvem a assistência obstétrica – ausência de acompanhante, demora no tempo de admissão, experiências anteriores ruins, ausência de técnicas para alívio da dor – que se relacionariam com a solicitação da cirurgia.

Na literatura revisada, a preferência pela cesariana – sua autenticidade, sua legitimidade e até mesmo a capacidade de escolha – é questionada ou relativizada, diferentemente da preferência pelo parto vaginal, que não aparece por si mesmo como um objeto de pesquisa. A “cesárea a pedido” é algo cujas causas precisam ser compreendidas, por vezes, inclusive, para demover as mulheres dessa inclinação. Assim, aparece nos discursos a necessidade de maior atenção com os aspectos psicológicos, de mais diálogo entre a mulher e o profissional e de mais informações no pré-natal.^{24,26,44} Nessa mesma direção, argumenta-se que o aconselhamento médico em favor do parto vaginal pode ter uma consequência positiva, assim como trabalhos educativos direcionados à população.²⁸ Um estudo aponta a enfermeira como profissional estratégica para a humanização da assistência ao parto e no apoio para que a mulher acredite na sua capacidade em parir.⁴⁵ Há, então, um argumento de que é importante a informação das mulheres e participação de outros profissionais para reduzir os índices de cesáreas.

Argumenta-se que a preferência da mulher por um tipo de nascimento, tanto no caso da cesariana como do parto vaginal, aparece como relacionada à satisfação com um parto anterior, influenciada pelos desfechos maternos e, sobretudo, neonatais.³⁰ Outra pesquisa também destaca a relevância das experiências anteriores, assim como das relações familiares.²⁵ Nessa mesma direção, um grupo de autores refere a importância da experiência transmitida por mulheres do convívio na preferência pela cesariana ou parto vaginal.⁴⁴⁻⁴⁵

“Livre escolha” versus “empoderamento feminino”

O debate acerca da autonomia, no que tange ao processo de parturição, segue duas visões divergentes: quando se trata da defesa da prerrogativa da

mulher de demandar uma cesariana, a autonomia aparece associada à ideia das “livres decisões” e de direito à “escolha”;^{23,41} por sua vez, a autonomia aparece associada à ideia de “empoderamento feminino”, quando se defende o parto vaginal, percebido como evento emocionalmente significativo para a mulher.^{20-21,24-26,45} A última tendência, dominante nos estudos, incorpora um olhar crítico da desigualdades de gênero e da medicalização do corpo feminino e do nascimento.³² O aumento da cesárea significa, desse modo, desempoderar a mulher e centrar o evento do nascimento no médico.

Na literatura revisada, há formulações discursivas sobre um parto que pertencera às mulheres, mas que já não está sob o domínio feminino e, sim, médico. Discute-se a medicalização do parto (como parte do processo de medicalização social) que transformou a mulher em incapaz em lidar com o evento, com suas imprevisibilidades e dores, passando a assistência ao parto das parteiras para os médicos.^{20-21,25} O parto passou a ser algo cercado de uma prática intervencionista em que a mulher, perdendo o protagonismo, também “[...] perdeu gradualmente seu direito de escolha”.^{45:592} No discurso de um artigo, o desenvolvimento da autonomia das mulheres seria uma estratégia para lidar com um “[...] cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas”^{20:2399} e as redes e os movimentos sociais sobressaem-se como forma de promover essa autonomia.

Do outro lado da controvérsia, argumenta-se que as usuárias da rede pública brasileira não têm resguardado o “direito à escolha” da via de parto.^{23,41} Os autores questionam a autenticidade da preferência pelo parto vaginal no setor público, pois as mulheres fazem o pré-natal em postos de saúde, onde são atendidas por enfermeiras que seguem os programas do MS direcionados ao parto vaginal. Para os autores, recaí sobre as mulheres mais frágeis, pertencentes às camadas populares, o “não direito de escolha”. Atender a solicitação das usuárias por uma cesárea é defendido por eles como uma questão ética.

No geral, a literatura sobre escolha da via de parto critica o discurso acima. Argumenta-se que, na realidade, o alargamento de justificativas para realizar a cesárea aumentaram a chance da mulher não realizar o parto vaginal desejado.²⁹ Aponta-se que mesmo as mulheres de classe média não estão livres de contradições sociais e de gênero, em que prevalecem os interesses dos médicos, em um modelo biomédico mercantilizado, iatrogênico e desumanizado, que destituiu a mulher como protagonista.²¹

Desigualdades na provisão em saúde e a “mercantilização” da assistência ao parto

Os estudos mostram que mulheres com nível socioeconômico mais alto, mais escolaridade e usuárias do setor privado são as que mais realizam cesarianas.^{22,40} Em tese, essas seriam as mulheres com maior acesso à saúde e menor risco gestacional e, assim, as taxas de cesáreas, nesse grupo, não poderiam ser explicadas simplesmente pelas indicações médicas. Parte dos textos analisados relaciona o crescimento da cirurgia com as dinâmicas do sistema privado,^{25,27-28} sendo que dois trabalhos, explicitamente, desenvolvem uma crítica à mercantilização do parto e nascimento.^{21,46}

O parto e o nascimento tornaram-se, por assim dizer, um “negócio” em que prevalecem os interesses econômicos, e fazem parte de um “modelo mercantilizado” de assistência à saúde.²¹ Numa sociedade capitalista, a cesárea significa maior produtividade, pois pode ser realizada em menor tempo, e maior lucratividade, pelas maiores despesas hospitalares. O conhecimento técnico-científico tornou-se uma ferramenta do “comércio” do parto, pois o discurso médico disfarça os interesses mercantis por trás da prática da cesárea. Um estudo, ao investigar a preferência por cesariana entre parcelas de mulheres de nível socioeconômico baixo, discute a problemática do excesso de cesáreas como parte de um mercado de intervenções desnecessárias, criado a partir de desigualdades na provisão em saúde.⁴⁶ Os autores defendem que a demanda por uma cesariana entre mulheres que se sentem marginalizadas do acesso à tecnologia médica é uma forma de evitar um atendimento considerado ruim e negligente. Não se trata só de falta de informação, mas de uma situação real e concreta de desigualdade no atendimento em que requerer intervenções significa solicitar um atendimento de qualidade. Tecnologia se torna, assim, sinônimo de boa assistência.

Contexto sociocultural: status, ideário de segurança e planejamento

Alguns autores discutem como os valores pessoais e familiares interferem nas decisões com relação à via de parto, construídas durante o pré-natal.^{25,27} Para esses autores, as expectativas em relação ao parto são perpassadas por características culturais como medo e não necessidade da dor, ideia do parto vaginal como arriscado para a vida da mãe e do bebê e a tentativa de planejamento do cotidiano familiar em torno do evento do nascimento. A segurança da cesariana é pouco questionada numa

cultura biomédica, que divulga os avanços tecnológicos de cirurgias. Um estudo defende a hipótese de que a decisão pela cesárea, no momento inicial da gestação, está relacionada tanto às experiências reprodutivas anteriores, próprias e de outras mulheres da família, como ao contexto sociocultural, que é marcado pelo medo da dor do parto normal.²⁸ Já a decisão em um período mais tardio da gestação e no trabalho de parto seria mais influenciada pelos médicos e práticas assistenciais.

A questão cultural do planejamento do nascimento aparece em destaque em uma pesquisa que mostra como a difusão da prática de nascimento por cesárea, ao possibilitar a escolha da data, alterou a dinâmica de muitas maternidades e hospitais.⁴⁷ Conforme demonstrou o estudo, a cesárea marcada tem levado a uma diminuição de nascimentos em alguns dias e aumento em outros, como, por exemplo, a rejeição de algumas famílias por certas datas como natal e dia de finados, e o incremento da cirurgia em horários e dias da semana mais convenientes para os médicos.

Em estudo realizado em Portugal, verificou-se que as imigrantes brasileiras apresentavam prevalência de cesariana significativamente mais alta que mulheres portuguesas.³⁸ Discutiu-se como a origem cultural das mulheres influencia as suas percepções sobre segurança e riscos relacionados ao parto, assim como a decisão dos profissionais em relação à via de parto nos serviços públicos portugueses. Conclui-se que a cesariana é um modo de nascimento mais seguro e símbolo de *status* social para as mulheres brasileiras.

Uma pesquisa defende que as mulheres contemporâneas estão expostas às informações sobre saúde - incluindo o parto - nas mais variadas formas de mídia, sendo que esta exposição pode influenciar preferências e decisões.⁴⁸ Os autores realizaram uma revisão de artigos publicados nas revistas femininas mais vendidas no Brasil, entre 1988 e 2008, e observaram que as vantagens das cesarianas são mais citadas que os riscos, fortalecendo a ideia de segurança do procedimento cirúrgico, o que pode fazer com que as mulheres atentem pouco a possíveis efeitos nefastos da cirurgia.

Um estudo com mulheres de classes médias e altas em uma maternidade privada com altos índices de cesariana propõe que, mesmo que a decisão pela cirurgia sofra grande influência do fator médico, as mulheres "agenciam" o nascimento de seus filhos.⁴³ Isto acontece transformando o evento numa significativa celebração do momento de transição para a maternidade, com a presença da família, filmagem, fotografia, entre outras coisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção de conhecimentos e o debate acadêmico no campo da saúde coletiva sobre a "decisão", a "escolha" ou a "preferência" relacionada à via de parto, no Brasil, apresentam as elevadas taxas de cesariana como um grave "problema de saúde pública" e um quadro que deve ser revertido. Prevalece a ideia de que a responsabilidade pelo crescimento da cirurgia é dos profissionais e que a maioria das mulheres brasileiras prefere o parto vaginal. Há um forte discurso que associa parto vaginal e "empoderamento feminino" e que afirma que, historicamente, o nascimento era um evento que pertencia às mulheres; agora, elas teriam sido expropriadas do direito de decisão, tendo o parto se transformado em um evento médico, com muitas "cesarianas indesejadas" sendo realizadas.

Nessa literatura, argumenta-se que não há uma "real preferência" feminina pela cesárea. Essa expressão - "real preferência" - é problemática, pois não pode haver uma escolha ou preferência "livre", se por isso se entende desconectada de um contexto macrocultural e macrosocial. Não se quer negar os avanços na literatura que se dedica à análise da prática da cesariana no Brasil, e há estudos que procuram sair do foco estreito da escolha individual para uma contextualização mais profunda da escolha pela via de parto. Porém, acredita-se que ainda é necessário buscar novas compreensões do fenômeno, pois ainda prevalece um debate atrelado à questão de "quem decide" a via de parto ou se as mulheres "preferem" a via vaginal ou cesariana.

Há uma enorme gama de processos sociais que pode ser relacionada ao fenômeno da crescente realização de cesáreas, que são pouco discutidos na literatura. A cesárea marcada com antecedência pode ser percebida como um novo tipo de nascimento em que se elimina a imprevisibilidade e permite uma reestruturação da dimensão social do evento, reunindo familiares e amigos, além de um melhor planejamento da vida no pós-parto. Além disso, os cuidados com o corpo e a permeabilidade deste às intervenções tecnológicas, sendo a cesárea um caso exemplar, caracterizam uma sociedade com uma preocupação constante com a saúde, a estética, o desempenho social, sexual e a produtividade. Assim a cesariana pode significar, na visão de muitas mulheres, familiares e profissionais, a ideia de um cuidado com o corpo aliada a uma naturalização das intervenções biomédicas.

REFERÊNCIAS

1. Jordan B. Birth in Four Cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Long Grove (IL): Waveland press, Inc; 1993.
2. Diniz SG. Women's movement defends birth centres in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2009 Nov; 17(34):188-9.
3. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*. 2010 Ago; 38(8):415-22.
4. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências científicas: parte II. *Femina*. 2010 Set; 38(9):459-68.
5. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública*. 1991 Abr-Jun; 7(2):150-73.
6. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012 Ago; 9(15):15.
7. Hofelmann DA. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012 Out-Dez; 21(4):561-8.
8. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Silva PR, Denardin G, Rodrigues MM. Fatores de risco para cesárea segundo tipo de serviço. *Rev Saúde Pública*. 2010 Fev; 44(1):80-9.
9. Gurgel RQ, Nery AMDG, Almeida MLD. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater. Infant*. 2009 Abr-Jun; 9(2):167-77.
10. Almeida SD, Bettiol H, Barbiere MA, Silva AAM, Ribeiro VS. Diferença notável nas taxas de parto cesariano em hospital público e hospital privado no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 Dez; 24(12):2909-18.
11. Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AA, Bettiol H, Batista RF, Coimbra LC, et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res*. 2007 Set; 40(9):1211-20.
12. Costa NDL, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCC. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006 Jul; 28(7):388-96.
13. D'orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005 Ago; 39(4):646-54.
14. Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cad Saúde Pública*. 2011 Out; 27(10):2009-20.
15. Machado Junior LC, Sevrin CE, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC, et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009 Jan; 25(1):124-32.
16. Ramos JGL, Martins-Costa S, Vettorazzi-Stuczynski J, Brietzke E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul - Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003 Jul; 25(6):431-6.
17. Araujo Júnior E, Freitas RCM, Di Bella Z I KJ, Alexandre SM, Nakamura MU, Nardozza LMM, et al. Avaliação do assoalho pélvico por meio da ultrassonografia tridimensional de mulheres primíparas de acordo com o tipo de parto: experiência inicial de um centro de referência do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013 Mar; 35(3):117-22.
18. Cardoso MM, Leite AO, Santos EA, Gozzani JL, Mathias LA. Effect of dexamethasone on prevention of postoperative nausea, vomiting and pain after caesarean section: a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *Eur J Anaesthesiol*. 2013 Mar; 30(3):102-5.
19. Zaconeta AM, Queiroz I FB de, Amato AA, Motta LDC, Casulari LA. Depressão com início após o parto: estudo de corte prospectivo em mulheres submetidas à cesárea eletiva em Brasília, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013 Mar; 35(3):130-5.
20. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesariana no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(8):2395-400.
21. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*. 2012; 22(1):35-52.
22. Haddad SMT, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011 Mai; 33(5):252-62.
23. Ferrari J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. *Rev Bras Saúde Mater. Infant*. 2010 Dez; 10(2):409-17.
24. Kasai KE, Nomura RMY, Benute GRG, Lucia MCS, Zugaib M. Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*. 2010; 26(3):319-26.
25. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar socioantropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010 Abr-Jun; 10(2):191-7.
26. Sodr e TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Jul-Set; 19(3):452-60.
27. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF,

- Fertonani HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 Set-Out; 13(5):1501-10.
28. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM et al. Trajetória das mulheres na definição do parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008 Set-Out; 13(5):1521-34.
29. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth*. 2008 Mar; 35(1):33-40.
30. Faisal-Cury A, Menezes, PR. Fatores associados à preferência por cesariana. *Rev Saúde Pública*. 2006 Abr; 40(2) 233-39.
31. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública*. 2004 Ago; 38(4):488-94.
32. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Parto cesáreo? Quem o deseja e em quais circunstâncias? *Cad Saúde Pública*. 2003 Nov-Dez; 19(6):1611-20.
33. Hotimsky S N, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo...ou o parto como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública*. 2002 Set-Out; 18(5):1303-11.
34. Potter JE, Hopkins K. Consumer demand for caesarean sections in Brazil. Demand should be assessed rather than inferred. *BMJ*. 2002 Ago; 325(7359):335.
35. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2001 Nov; 323(7322):1155-58.
36. Dias MAB, Deslandes S F. Cesarianas: percepção de risco e a sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2004 Jan-Fev; 20(1):109-16.
37. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out-Dez; 17(4):758-64.
38. Teixeira C, Correia S, Victora CG, Barros H. The brazilian preference: cesarean delivery among immigrants in Portugal. *PLoS One*. 2013 Mar; 8(3) e60168: 1-7.
39. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública, outra privada, em São Luís Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009 Jul; 25(7):1587-96.
40. Osis MJD, Cecatti JG, Pádua KS, Faúndes A. Brazilian doctors' perspective on the second opinion strategy before a C-section. *Rev Saúde Pública*. 2006 Abr; 40(2):233-9.
41. Ferrari J, Lima NM. Atitudes de profissionais de obstetria em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil. *Rev Bioét*. 2010 Set-Dez; 18(3):645-58.
42. Watanabe T, Knobel R, Suchard G, Franco MJ, d'Orsi E, Consonni EB, et al. Medical students' personal choice for mode of delivery in Santa Catarina, Brazil: a cross-sectional, quantitative study. *BMC Medical Education*. 2012 Jul; 12(57):1-9.
43. O'dougherty M. Plot and irony in childbirth narratives of middle-class. *Medical Anthropology Quarterly*. 2013; 27(1):43-62.
44. Ferreira LA, Silva JAJ, Zuffi FB, Mauzalto ACM, Leite CP, Nunes JS. Expectativas de gestantes em relação ao parto. *Rev Pesq: Cuid Fundam Online*. 2013 Abr-Maio [acesso 2014 Fev 4]; 5(2):3692-7. Disponível em: http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-24529_
45. Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. The cultural construction of the birth process. *J Res: Fundam Care Online*. 2013 Out-Dez [acesso 2014 Fev. 4]; 5(4):591-8. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-24959>
46. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*. 2002 Abr; 324(7343):942-45.
47. Chiavegatto Filho ADP. Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 Ago; 18(8):2413-20.
48. Torloni MR, Daher S, Betrán AP, Widmer M, Montilla P, Souza JP, et al. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review. *BMJ [online]*. 2011 Jan [acesso 2014 Fev. 4]; 342: d276:1-7. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-21266421>
49. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 2010.