



Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**OS SENTIDOS DA CESARIANA ENTRE USUÁRIAS DO SETOR
PRIVADO E PÚBLICO DE SAÚDE: CONVIVÊNCIA DE
ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS NO “FAZER NASCER”**

Liana Carvalho Riscado

Rio de Janeiro

Abril de 2016



Fundação Oswaldo Cruz

**Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**OS SENTIDOS DA CESARIANA ENTRE USUÁRIAS DO SETOR
PRIVADO E PÚBLICO DE SAÚDE: CONVIVÊNCIA DE
ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS NO “FAZER NASCER”**

Liana Carvalho Riscado

Tese apresentada à Pós-Graduação
em Saúde da Criança e da Mulher
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Orientadora: Dr^a Claudia Bonan Jannotti

Co-orientadora: Dr^a Regina Helena Simões Barbosa

Rio de Janeiro

Abril de 2016

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

R595 Riscado, Liana Carvalho

Os sentidos da cesariana entre usuárias do setor privado e público de saúde: convivência de estratégias biopolíticas no "fazer nascer" / Liana Carvalho Riscado. - Rio de Janeiro, 2016.

181 f.; il.

Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Orientadora: Claudia Bonan Jannotti

Co-orientadora: Regina Helena Simões Barbosa

Bibliografia: f. 150-159

1. Cesárea. 2. Parto. 3. Biopolítica. 4. Biomedicalização. 5. Gênero. 6. Classe.
I. Título.

CDD 22.ed. 618.4

Agradecimentos

À minha família, em especial, minha mãe, Márcia que, foi fundamental nesta minha trajetória acadêmica e, principalmente, na etapa final da tese e meu filho, Miguel, pessoa quem mais me motivou a estudar a temática do nascimento.

À Claudia Bonan, pela oportunidade de participação na pesquisa “Itinerários terapêuticos”, fundamental para o rumo desta tese, e pelas muitas contribuições e dedicação para a elaboração da mesma.

À Regina Helena Simões Barbosa, pelo enriquecimento à pesquisa, generosidade e incentivo.

Aos membros da banca de qualificação: Regina Helena Simões Barbosa, Marcos Dias e Maysa Ludovice Gomes pelo aceite e contribuições.

Aos professores do Curso de Pós-graduação, especialmente, Kátia Silveira, pelo aprendizado e acolhimento.

Às mulheres que se propuseram a participar da pesquisa e foram fundamentais para o desenvolvimento da mesma.

Aos amigos e colegas de pós-graduação, Ana Pimentel, Andreza Nakano, Pamella Liz, Tânia Maria, que me apoiaram, inclusive, em momentos difíceis no

percurso do doutoramento. À Tânia Maria, agradeço especialmente pela ajuda com a formatação do texto. À Andreza Nakano, sobretudo, pelas discussões que foram muito importantes para o desenvolvimento da tese.

Aos profissionais da secretaria acadêmica e da biblioteca pelo esclarecimento de dúvidas e ajuda.

Às professoras Maria do Carmo Leal, Maria Cecília de Mello e Souza e Simone Ouvinha Peres pelo aceite em participar da banca examinadora.

À Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio para a realização da pesquisa.

RESUMO

Observa-se a crescente utilização da cesariana nas últimas décadas do século XX. O Brasil se destaca com mais da metade dos nascimentos a cada ano sendo realizados através de uma cirurgia - 55,6% em 2013. No setor privado, prevalece a cirurgia como forma de nascer, com uma proporção de 84,6%. No setor público, a atenção é marcada também por índices elevados de cesariana – 40%. Com o intuito de compreender a larga disseminação da cesárea no Brasil, elegemos como objeto de estudo desta tese os *sentidos do controle tecnológico do corpo e da vida* que permeiam a prática dessa cirurgia na perspectiva das mulheres. O objetivo do trabalho foi analisar os múltiplos sentidos desse tipo de controle para mulheres que realizaram cesarianas tanto em serviços privados como em serviços públicos de saúde. A tese foi desenvolvida em etapas nas quais utilizamos métodos e fontes distintas. No primeiro artigo analisamos fontes bibliográficas, selecionando produções científicas dedicadas ao tema da cesariana no Brasil e utilizamos o método de revisão integrativa da literatura. Nos outros dois artigos, utilizamos fontes orais e como método teórico-metodológico a análise de práticas discursivas e produção de sentidos. A análise aponta a cesariana como uma prática em que está contido um ideário de controle tecnológico do corpo e da vida. Entretanto, os sentidos que interligam controle-tecnologia-corpo-vida podem ser múltiplos, e questões de gênero e classe podem influir na composição desses sentidos; há convergências e divergências das experiências de mulheres que utilizam serviços de saúde públicos e privados: no que diz respeito à valoração da saúde, da estética, do desempenho sexual e profissional e da produtividade no mercado de trabalho; e em relação aos modos por meio dos quais esse controle é exercido, e os variados agentes desse controle.

Palavras chave: Cesárea; Parto; Biopolítica; Biomedicalização; Gênero; Classe

ABSTRACT

The last decades of the 20th century show an increase of deliveries by cesarean section. Brazil stands out with more than half of its deliveries being made through surgical procedures – 55.6% in 2013. Surgical deliveries are predominant in private health institutions, with rates of 84.6%. Public healthcare also shows a 40% prevalence of cesarean sections. Aiming to understand the widespread dissemination of cesarean sections in Brazil, the object of this research are the *meanings of the technological control over the body and life* that permeate the practice of this surgical procedure from a women's perspective. The objective of the work was to analyze the multiple meanings of this kind of control for women who had cesarean sections both in public and private healthcare centers. Different methods and sources were used in each stage of the thesis. Literature analyzed in the first article included a selection of scientific productions dedicated to the issue of cesarean sections in Brazil, for which the method of integrative literature review was used. The other two articles used oral sources and its theoretical and methodological framework relied on the analysis of speech and production of meaning. Study shows the practice of cesarean sections as part of an ideology of technological control over the body and life. Meanwhile, multiple meanings could be intertwining notions like control-technology-body-life, and gender and social class issues could affect the composition of such meanings. Additionally, women experiences with public and private healthcare services generate points of both convergence and divergence, particularly regarding the valorization of health, aesthetics, professional and sexual performance, and workplace productivity; as well as how this control is exerted and its multiple agents.

Keywords: Cesarean section; Parturition; Biopolitics; Biomedicalization; Gender; Class

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Percentual de nascimento por cesarianas por país.....	27
Figura 2.	Percentual de nascimento por cesarianas por região.....	28
Figura 3.	Percentual de nascimentos por cesarianas por país.....	29
Figura 4.	Percentual de nascimento por cesarianas por região do Brasil...	29
Figura 5.	Percentual de nascimento por cesarianas por unidade federativa/região do Brasil.....	30

SUMÁRIO

Apresentação.....	008
PRIMEIRA PARTE – Elaboração da pesquisa.....	010
1. Introdução.....	011
1.1. Objetivos.....	014
1.2. Estrutura da tese.....	015
2. Contextualização histórica, epidemiológica e política do objeto de estudo.....	016
2.1. As práticas de parto e nascimento na história.....	016
2.1.1. Cenário internacional.....	016
2.1.2. Cenário brasileiro.....	020
2.2. Cenário epidemiológico da cesárea: um panorama internacional e nacional.....	025
2.3. Políticas de saúde e a assistência ao parto e ao nascimento no Brasil: um campo de disputas.....	032
3. Quadro teórico-analítico.....	041
3.1. Os processos de biomedicalização da sociedade.....	042
3.2. As exigências do tempo: o planejamento da vida e a cesárea no contexto da “transição de gênero”.....	047
3.3. Controle dos riscos e responsabilidade materna: o corpo feminino como ameaça.....	052
3.4. As estéticas do nascimento e o banimento da dor: um nascimento civilizado para mulheres civilizadas.....	058

4. Aspectos metodológicos e éticos.....	063
4.1. Revisão integrativa da literatura: fontes bibliográficas e técnicas de análise.....	063
4.2. Análise de práticas discursivas e produção de sentidos.....	065
4.3. Aspectos éticos.....	069
SEGUNDA PARTE – Coletânea de Artigos.....	070
5. Artigo 1 - A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva.....	071
6. Artigo 2 – O controle tecnológico do corpo e da vida: um estudo com mulheres que realizaram cesariana no setor privado de saúde.....	096
7. Artigo 3 – Pré-natal e nascimento no SUS: os sentidos do controle do corpo e da vida.....	116
TERCEIRA PARTE – Discussão.....	137
8. Os sentidos da cesariana entre usuárias do setor privado e público de saúde: convivência de estratégias biopolíticas no “fazer nascer”.....	138
Considerações finais.....	148
Referências.....	150
Anexos.....	160
Anexo 1.....	161
Anexo 2.....	172
Anexo 3.....	174
Anexo 4.....	176
Anexo 5.....	178

Apresentação

Na minha graduação, no curso de psicologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), cujo término se deu em 2006, meu interesse por pesquisa fora estimulado através de participação em estágio de iniciação científica. Já nessa experiência, questões relativas aos problemas de gênero foram suscitadas através de uma pesquisa sobre escolha profissional.

Na dissertação de mestrado, realizada no Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (EICOS), do Instituto de Psicologia (IP) da UFRJ, defendida em 2009, investiguei os processos envolvidos na decisão de mulheres jovens na realização de uma cirurgia estética e os valores associados ao corpo (beleza, cuidados, saúde etc).^{1,2} A categoria gênero foi fundamental na análise por mim empreendida no mestrado e a abordagem a partir dessa perspectiva apoiou-se na compreensão de que o corpo feminino e o masculino portam distintas significações e atributos ao longo da história humana.

Na dissertação, questionamentos a respeito do autocontrole sobre o corpo, a busca da saúde eterna e o prolongamento da vida ao máximo possível foram suscitados. O discurso do risco e aprimoramento,^{3,4} fortemente presente na nossa sociedade, leva à adoção de comportamentos que buscam a produção de “uma saúde e um corpo perfeito”, o que acaba por naturalizar as intervenções corporais, e pouco se problematiza os riscos delas provenientes – inclusive de cirurgias, afinal, são vistas como meros procedimentos.²

Entre o curso de mestrado e doutorado, em 2011, comecei a trabalhar em uma pesquisa denominada “Itinerários terapêuticos e a construção da

decisão sobre o parto cesáreo”, que foi decisiva para o rumo que foi tomado nesta tese. Essa pesquisa, coordenada pelas professoras Claudia Bonan Jannotti e Kátia Silveira da Silva, do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz visou a compreender como se constrói a decisão pela cesariana.

No doutoramento, iniciado em 2012, eu continuei meus estudos na interface entre gênero, biomedicalização e tecnologias, porém, diferentemente do mestrado, passei a focar as práticas reprodutivas e, mais especificamente, o parto e o nascimento. Intrigou-me o fato da cirurgia cesariana como forma de nascer ser cada vez mais comum no mundo e no Brasil, inclusive aquelas cesáreas agendadas. Aliás, nosso país se destaca neste cenário e exemplifica um local no qual há muita intervenção médica no parto e nascimento.

A motivação que deu impulso à pesquisa desenvolvida no curso de doutorado foi compreender o fenômeno da crescente utilização da cesariana como modo de dar à luz. Esta é uma realidade persistente, em que pese a atuação do Ministério da Saúde e de movimentos sociais de mulheres e profissionais de saúde, que desde pelos menos os anos 1990 procuram transformar esse modelo de parto e nascimento, que tem sido denominado na literatura internacional como tecnocrático.⁵⁻⁷

PARTE I - A ELABORAÇÃO DA PESQUISA

Capítulo 1. INTRODUÇÃO

O século XX foi um período de intensas transformações no que tange às práticas de parto e nascimento. O evento foi gradualmente transferido dos domicílios para as instituições hospitalares e maternidades, tornando-se cada vez mais dependente de tecnologias; disseminando-se, assim, o que tem sido chamado de um modelo *tecnocrático* de parir e nascer.⁵⁻⁷ Esse modelo seria caracterizado, entre outras coisas, por uma acentuada intervenção médica e tecnológica e por uma relação em que a autoridade está centrada no médico e nas instituições.⁵⁻⁷ Neste percurso, observamos a crescente utilização da cirurgia cesariana como forma de dar à luz, fenômeno marcante nas últimas décadas do século XX.

O aumento das taxas de cesariana, desde a década de 1970, é uma realidade que afeta inúmeros países.⁸ Contudo, o Brasil se destaca com mais da metade dos nascimentos a cada ano sendo realizados através de uma cirurgia – 55,6% de 2.905.789 nascidos vivos em 2013 –,⁹ distanciando-se muito do que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta aponta que ao nível populacional, taxas de cesariana acima de 10% não estão associadas com redução da mortalidade materna e neonatal.¹⁰ No setor privado, prevalece a cirurgia como forma de nascer, com uma proporção de 84,6% em 502.812 nascimentos em 2013.⁹ No setor público, a atenção é marcada também por índices de cesárea acima do recomendado pela OMS – 40% em 1.877.505 nascimentos em 2013.⁹ Dias e Deslandes,¹¹ ao analisarem os altos índices de cesárea no setor público, apontam que prevalece entre os profissionais brasileiros uma confiança na segurança da cesárea. Os autores

também destacam o pouco conhecimento dos obstetras mais jovens sobre técnicas e manobras de assistência ao parto vaginal, o que revela desvios da formação desses profissionais.

O incremento progressivo e incessante da prática da cesariana é tema relevante para a sociedade brasileira, gerando controvérsias e mobilizando organizações, autoridades, gestores e movimentos sociais de mulheres e profissionais de saúde, além de pesquisadores da área médica, da saúde coletiva, das ciências sociais e outras. Para as corporações profissionais envolvidas na assistência ao parto, o tema do crescimento da cesárea é caro, com muitas disputas históricas entre campos de saber e pelo mercado de trabalho. Na realidade, a cesariana é monopólio médico, enquanto o parto via vaginal é também da competência de enfermeiros especialistas e obstetras, embora a corporação médica pretenda que seja da alçada apenas dos obstetras.

A problemática é importante no que tange à saúde pública, especificamente pelos seus impactos epidemiológicos e econômicos. A cirurgia se associa a maiores taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal, além de aumentar os gastos para o Sistema de Saúde, quando comparadas ao parto vaginal.¹²⁻¹⁹ Pesquisas apontam que as cesarianas eletivas, particularmente, podem estar associadas ao baixo peso de recém-nascidos de gestações a termo e apresentam correlação positiva entre o aumento da prematuridade e cesarianas.²⁰⁻²²

A literatura científica que se dedica à temática, além de escrutinar os resultados perinatais, tem discutido fatores sociodemográficos associados à realização da cirurgia, à qualidade da assistência à gestação, ao parto e ao

nascimento, como também tem avaliado o desenvolvimento, implantação e impactos de políticas nessa área assistencial.^{20,23-29} Do ponto de vista da produção de conhecimentos, a expansão da prática da cesariana é um fenômeno que não cessa de interpor novas questões e, em que pese uma vasta literatura sobre o tema, ainda há muitas perguntas e lacunas.

Um conjunto de estudos se dedica a compreender opiniões, percepções, preferência, escolhas e/ou decisões de profissionais e mulheres sobre os modos de fazer nascer.³⁰⁻³⁴ A maioria dos estudos realizados recentemente no Brasil aponta a preferência das mulheres pelo parto vaginal, ao menos no início da gestação^{30,35-37} o que está em desacordo com o aumento progressivo e incessante da cesariana. Ainda, as mulheres com melhor escolaridade e mais acesso a informações – aquelas que hipoteticamente teriam mais acesso às informações científicas sobre as boas práticas do nascimento – são justamente as que mais se submetem à cirurgia. Portanto, este campo é atravessado por paradoxos e contradições.

Apesar de alguns estudos, na literatura mais recente, buscarem escapar do foco estreito das escolhas individuais e analisar o contexto mais amplo³⁸⁻⁴⁰, ainda prevalece nos estudos a discussão sobre “quem decide” a via de parto ou qual a via de parto as mulheres “preferem”.⁴¹ Porém, a perspectiva teórico-analítica que nos norteia é que a decisão sobre a via de parto não pode ser analisada no âmbito de uma simples escolha da mulher ou do profissional, pois é um fenômeno complexo e multifatorial influenciado pelo contexto sociocultural e econômico, por aspectos do relacionamento médico-paciente e pelo modelo assistencial dos hospitais ou maternidades⁸, fortemente impulsionados pelos interesses econômicos que perpassam esse mercado.

A tese de doutorado utiliza materiais coletados durante o desenvolvimento da pesquisa “Itinerários terapêuticos e a construção da decisão pelo parto cesáreo”, desenvolvida entre 2010 e 2013 sob a coordenação de Claudia Bonan Jannotti e Kátia Silveira da Silva (IFF/Fiocruz), na qual participei como entrevistadora e pesquisadora, coletando dados, sistematizando e analisando informações. Análises preliminares do material dessa pesquisa apontaram como a prática da cesárea está ligada a noções de “modernidade”, “progresso”, “civildade” e “controle” via tecnologias entre as mulheres do setor privado, enquanto entre as mulheres do setor público, a cesárea aparece como, predominantemente, uma decisão médica durante o trabalho de parto.⁴²

Com o intuito de compreender a larga disseminação e aceitação da cesárea no Brasil, elegemos como objeto de estudo desta tese os *sentidos do controle tecnológico do corpo e da vida* que permeiam a prática dessa cirurgia na perspectiva das mulheres. Não se pode desprezar a forte influência da conveniência e dos interesses mercantis e corporativistas dos médicos e dos hospitais no crescimento da prática da cesariana; porém, a presente tese tem como foco de análise as práticas discursivas das mulheres, visando a compreender como estes sentidos são produzidos e reproduzidos.

1.1. Objetivos

O objetivo geral do trabalho foi analisar os múltiplos sentidos do *controle tecnológico do corpo e da vida* para mulheres que realizaram cesarianas tanto em serviços privados quanto em serviços públicos de saúde. Como objetivos

específicos, elencamos algumas dimensões analíticas que, em consonância com o objetivo geral do estudo, nos auxiliaram a elucidar sentidos da utilização de tecnologias como parte da experiência subjetiva da cesárea. São elas:

- 1) as ideias de perigo associadas à fisiologia e de controle de riscos por meio da tecnologia;
- 2) a integridade corporal e produtividade sexual;
- 3) as ideias do corpo moderno (controle) e do corpo primitivo (descontrole) e o controle das expressões estéticas da parturição;
- 4) o controle da dor do parto e o banimento do sofrimento;
- 5) a racionalização do uso do tempo produtivo e reprodutivo, e o controle do fluxo das interações sociais (familiares, sociais, laborais, institucionais).

1.2. Estrutura da tese

Esta tese foi construída no formato de coletânea de artigos e está dividida em três partes. A primeira parte descreve a elaboração da pesquisa e é constituída de 4 capítulos: introdução; contextualização histórica, epidemiológica e política do objeto de estudo; quadro teórico-analítico e aspectos metodológicos e éticos. A segunda parte é composta por uma coletânea de três artigos, com os resultados da pesquisa realizada. A terceira parte apresenta a discussão da tese: “Os sentidos da cesariana entre usuárias do setor privado e público de saúde: convivência de estratégias biopolíticas no ‘fazer nascer’” e as considerações finais.

Capítulo 2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA, EPIDEMIOLÓGICA E POLÍTICA DO OBJETO DE ESTUDO

2.1. As práticas de parto e nascimento na história

As práticas de parto e nascimento foram variadas ao longo da história, segundo sociedades, culturas e épocas diferentes. Com o advento das sociedades modernas e de uma de suas instituições mais marcantes, a biomedicina, diversos modelos sofreram transformações graduais até o estabelecimento da concepção hegemônica atual do evento como algo médico. Este tema tem sido amplamente estudado por pesquisadoras brasileiras e estrangeiras que analisaram como o controle sobre os processos de parto e nascimento, assim como da concepção, gestação e amamentação se deram, sobretudo, pela medicalização do corpo da mulher.

2.1.1. Cenário Internacional

O interesse de alguns cirurgiões nas práticas de parto e nascimento se evidencia no século XVI na Europa, quando surgiram os primeiros manuais de parto no continente.⁴³ Todavia, na época, os cirurgiões só atuavam nos partos com complicações.⁴³ Aos poucos, eles foram absorvendo parcialmente o conhecimento empírico das parteiras e tornando-as suas auxiliares. Com o estabelecimento da medicina iluminista e a conseqüente ascensão do prestígio e do poder da Ciência, o saber das parteiras foi desvalorizado por ser considerado algo pouco intelectualizado.⁴⁴

Barreto⁴⁵ comenta que, até o século XVIII, a assistência ao parto e nascimento era uma prática que se pautava num conhecimento empírico-sensorial. Como acontecia com outras ocupações tipicamente femininas, as mulheres aprendiam com outras mulheres a *arte de partejar*. Na língua portuguesa, o vocábulo *comadre* que significa *com a mãe* fora habitual para nomear essa mulher que assistia o parto e o nascimento, assim como *parteira*, *aparadeira*, *curiosa*.⁴⁴ Na língua inglesa, é usual o termo *midwife* que, significa *com a mulher*, e na França a parteira graduada é chamada de *sage-femme* ou *mulher sábia* que historicamente se distanciou da parteira tradicional, esta voltada para um trabalho mais comunitário e não tão profissionalizado.⁴⁴ O cuidado com a saúde das mulheres, então, era exercido majoritariamente por outras mulheres naquela época na Europa Ocidental:

A principal atividade da comadre estava relacionada aos estágios do nascimento: gravidez, parto e puerpério. Ela cortava o cordão umbilical, banhava e vestia o recém nascido, orientava a dieta alimentar da mãe e do filho e prescrevia remédios à base de ervas para as complicações puerperais [...] Quando se tratava de ciclos menstruais irregulares, amamentação, esterilidade, estupro, contracepção, abortos, corrimentos e doenças venéreas, as mulheres procuravam a orientação da parteira [...] Ainda fazia parte do rol de suas funções praticar a cesariana *post-mortem* e ministrar o batismo no natimorto.^{44: 904}

Martins⁴³ enfatiza como a transformação das mulheres em objetos naturalizados pelo conhecimento científico permitiu o desenvolvimento de técnicas e especialidades exclusivamente voltadas para a intervenção no corpo feminino, como a ginecologia e obstetrícia. A partir do século XVIII, paulatinamente, a apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi se constituindo a partir do desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico do momento de parir, o que propiciou novas ferramentas para

intervenção em caso de partos complicados e tentativa de sobrevivência de mulheres e crianças. A partir dessa época, o Estado e as instituições foram cada vez mais convocados a intervir para a manutenção da vida e da saúde da população (*fazer viver*, conforme Foucault⁴⁶) em um contexto mais amplo das práticas higiênicas – questão fundamental para as novas formas de reprodução social.^{43,47}

Como enfatiza Vieira⁴⁷, foi nos séculos XVIII e XIX que a assistência ao parto e nascimento como algo de competência do médico encontrou legitimação. A criação de instrumentos como o fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, entre outros, marcou a consolidação da entrada do médico no cenário do parto e nascimento, e esse instrumental legitimou um conhecimento científico, contrapondo-se ao das parteiras.⁴⁸ Tanto a gestação quanto o parto e nascimento transformaram-se em fenômenos a serem observados detalhadamente e controlados por um conhecimento específico. “A mulher deixava de ser uma abstração ou um mistério ao ter seu corpo revelado pela Ciência, o que para os médicos significava o mesmo que conhecer sua totalidade”.^{43:95}

Importante ressaltarmos que isso foi em uma época na qual uma preocupação com os problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação, migração, entre outros, fomentou dispositivos de controle dos corpos e da vida, isto é, um biopoder.⁴⁶ Tal processo foi fundamental para o desenvolvimento do capitalismo, com a construção de corpos aptos, porém dóceis, com “[...] métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isso torná-las mais difíceis de sujeitar [...]”^{46:132}. A preocupação com as taxas de mortalidade materna e, sobretudo, infantil, se

inseriu nesse contexto de constituição dos Estados e os tratados europeus de obstetrícia dos séculos XVIII e XIX tinham como foco as complicações no parto e nascimento.⁴³

A obstetrícia, como especialidade médica, surgiu na primeira metade do século XIX nas faculdades de Medicina na Europa. Porém, apenas na segunda metade do mesmo século, com o desenvolvimento da medicina clínica e a organização do ensino teórico e prático na área, a hospitalização do parto e nascimento ocorreu em alguns países europeus e nos Estados Unidos da América (EUA). A disseminação da infecção puerperal foi o principal desafio à prática obstétrica no século XIX nos hospitais.⁴⁷ A hospitalização só se efetivou após a Primeira Guerra Mundial com o controle das infecções.⁴³ Nos EUA, em 1920, somente 5% dos partos e nascimentos eram hospitalares, em 1930, o índice subiu para 25%.⁴⁹

Vieira^{47:47} aponta a medicalização e posterior hospitalização do parto e nascimento, como um processo longo e gradual:

O processo para medicalizar o parto foi longo: começa por volta de trezentos anos antes de sua institucionalização nos hospitais e do estabelecimento desta área do conhecimento como área médica. A partir do século XVIII, existirão condições para a criação da obstetrícia como disciplina médica. Esta, no século XIX, delegará aos médicos o papel de partejar, propondo e efetivando a hospitalização do parto e a criação de maternidades, instituições hospitalares exclusivas para tal fim.

Quanto ao uso da anestesia, só em meados do século XIX foi reconhecida a sua introdução nas cirurgias obstétricas e ginecológicas.⁵⁰ Entretanto, quanto a sua utilização, as opiniões dos médicos divergiam: alguns defendiam seu uso, outros consideravam que a anestesia afetava o comportamento moral das mulheres, outros consideravam a dor como necessária.⁵⁰

O papel da parteira, a partir do início do século XX, foi diferente nos EUA e Europa Ocidental. Nos EUA, divulgou-se a importância da participação dos médicos cirurgiões na assistência ao parto e nascimento; já na maioria dos países europeus, por meio de treinamento, a profissão de parteira tornou-se independente e estabelecida.⁴⁹ Na Inglaterra, por exemplo, em 1902, a aprovação da lei das parteiras incluiu sua prática ao sistema de saúde oficial e passou a ser uma profissão regulamentada,⁴⁹ o que foi fruto, sobretudo, do movimento social de mulheres.

2.1.2. Cenário Brasileiro

No caso brasileiro, realizando uma breve análise histórica, observamos que no período colonial a população dispunha de poucos médicos, contando com a prática da medicina popular, e a assistência ao parto e nascimento era exercida majoritariamente por mulheres, tanto as portuguesas quanto as chamadas *caboclas* e *negras velhas*.⁴⁹ Barreto,⁴⁵ ao estudar os manuais de obstetrícia portugueses do final do século XVIII e início do século XIX que influenciaram o Brasil, discorre sobre algumas modificações no ritual e na concepção da parturição.

As parteiras, portadoras de um saber empírico, dominavam o cenário da assistência até o século XVIII, mas em fins desse século e início do século XIX, a assistência ao parto e nascimento começou a se pautar numa *cientificidade*.⁴⁵ A concepção de competência para acompanhar o trabalho de parto, portanto, começou a mudar da *arte de partejar* da parteira para a *ciência obstétrica* do cirurgião-parteiro.⁴⁵ Os estudos da anatomia, da clínica, da física, da química e

da terapêutica exerceram grande influência nessa nova maneira de pensar a parturição.⁴⁵

Em 1808, com a chegada da família real portuguesa, criou-se o ensino de Medicina e Cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro.^{47,51} No período, várias parteiras estrangeiras vieram para o país e a profissão, antes atividade independente das mulheres, passou a ser regulamentada através de exames prestados ao Cirurgião-Mór do Reino.⁴⁷ Assim, a assistência ao parto e nascimento foi oficialmente transformada em ramo da cirurgia, tendo como responsável o cirurgião-parteiro que aprendia com os manuais de obstetrícia e as exposições anatômicas nas universidades e era treinado quanto à utilização do fórceps e outros instrumentos:

A chegada dos cirurgiões e dos médicos à cabeceira da parturiente foi resultado da sedimentação e legitimação da profissão médica, rompendo, assim, a longa e tradicional autoridade das parteiras no que se refere ao ato do nascimento. Para isso, os cirurgiões argumentavam estarem preparados para fazer uso de técnicas e tecnologias alheias ao universo e à capacidade de aprendizagem das comadres.^{45: 231}

No entanto, enfatiza Vieira,⁴⁷ até o final do século XIX, formavam-se muitos cirurgiões sem que esses tivessem participado de um parto ou realizado um exame obstétrico e a assistência ao parto e nascimento continuou sendo realizada, predominantemente, por parteiras. No período, o exercício das parteiras era restrito, teoricamente, aos partos e nascimentos sem complicações. Todavia, como explica Mott,⁵² muitas famílias tinham preferência por parteiras, mesmo para casos complicados. Existiam as parteiras ditas *ocasionais*, isto é, que não tinham a atividade como profissão, e as *de ofício*. As últimas se dividiam em *leigas* (que contavam com a experiência), *examinadas* (que eram avaliadas e recebiam licença) e *diplomadas*, ou seja,

formadas em obstetrícia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ou da Bahia.⁴⁴ No século XIX, algumas parteiras no Rio de Janeiro buscaram se regularizar no curso, sob tutela dos médicos, porém, na Bahia, não houve essa tendência, poucas se diplomavam.⁴⁴

A Obstetrícia e a Ginecologia, enquanto especialidades se separaram apenas na segunda metade do século XIX. O ensino e a prática foram precários até pouco mais da metade do referido século, sendo o ensino predominantemente teórico e a maioria dos partos e nascimentos domiciliar. Os médicos atendiam nas Santas Casas ou nos domicílios de mulheres ricas. Tal conjuntura modificou-se apenas no final do século XIX.⁴³

Martins⁴³ relata que havia resistência à hospitalização do parto e nascimento devido ao pouco desenvolvimento da Obstetrícia e a moral da época, entre outras questões. A Obstetrícia e a Ginecologia tinham a instabilidade de um campo de conhecimento e intervenção recentes. Ademais, como discute Rohden,⁵³ o problema com essas especialidades era delicado, no sentido em que seus objetos, a sexualidade e a reprodução, sempre foram alvos de controle e disciplina moral. Nessa direção, a autora defende que a atuação dos obstetras precisou “dessexualizar” o momento do parto e nascimento – separando sexo e reprodução – para que sua atividade fosse bem aceita na sociedade.

A situação precária das Santas Casas, reservadas ao atendimento de mulheres muito pobres, também dificultava o desenvolvimento da obstetrícia prática. Antes das mulheres aderirem à utilização de hospitais para o nascimento de seus filhos, a melhoria das instalações de atendimento e a

divulgação dos serviços obstétricos prestados pelas equipes hospitalares foram necessárias.⁴³

Em 1882, com a Reforma de Sabóia, criaram-se no currículo dos cursos de Medicina disciplinas clínicas voltadas para a Ginecologia e a Obstetrícia. No final do século XIX, portanto, os estudantes de Medicina começaram a ter um ensino de Obstetrícia voltado para a clínica, com o aprendizado de exames, reconhecimento das posições e apresentações fetais, utilização dos instrumentos obstétricos e realização de cirurgias.⁴³

Nesse sentido, apesar das resistências, a atenção ao parto e nascimento transformou-se em ato médico e hospitalar gradualmente e apenas mulheres autorizadas como médicas poderiam atuar nessa assistência com legitimidade social para tal. Como ressalta Vieira,⁴⁷ o saber sobre o fenômeno passou a ser resguardado pela suposta neutralidade de uma ocupação predominantemente masculina em nossa sociedade.

Na passagem do século XIX para o XX, instituiu-se a prática de uma clínica similar à europeia, mesmo com a carência de hospitais e sem uma política de saúde voltada para a assistência materno-infantil. Nessa época, tanto as enfermeiras quanto os médicos se efetivaram na assistência ao parto e nascimento.⁵² Assim, depois que se firmaram os cuidados com o corpo feminino como área do conhecimento e prática médica, desenvolveu-se a assistência nessa área, apoiada pelas teses da higiene social, como ocorrera na Europa.

Desse modo, a autoridade de ginecologistas e obstetras ultrapassou o domínio dos consultórios e fazia parte de um projeto mais amplo de uma medicina intervencionista articulada com uma preocupação do Estado em

controlar seus cidadãos.⁵⁴ Os médicos discursavam sobre temas antes exclusivos à esfera familiar, exaltou-se a maternidade e os cuidados dos filhos, e difundiu-se a assistência pré-natal, ao parto e nascimento como uma política de população.^{43,47} Forjou-se um discurso médico-científico sobre a maternidade e foco no cuidado com o filho: “Deste ‘jogo’ surgiram ‘o mito do amor materno’, a ‘mãe dedicada’, ‘boa esposa’, ‘a rainha do lar’, as históricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos [...]”.^{51:145}

Martins⁴³ enfatiza como se construiu um discurso direcionado para a saúde do feto associado à defesa da medicalização do parto e nascimento:

Os médicos brasileiros estavam convictos do seu papel de orientadores e protetores das mulheres para que elas cumprissem sua função natural e social. Assim, procuraram conhecer o corpo feminino e suas transformações, ampliando paulatinamente sua intervenção durante a gravidez até conseguirem conquistar a confiança das mulheres, transformando o parto, durante a primeira metade do século XX, em um evento hospitalar.^{43:189,190}

A medicalização social não foi nem uniforme, nem concomitante. Ela se impôs primeiramente sobre a elite, de forma que até o início do século XX a maioria da população recorria a práticas não regulamentadas no Brasil. Barreto⁴⁴ defende que na Bahia no século XIX a cultura das parteiras tradicionais coexistia com a dos médicos parteiros, sendo as primeiras mais influentes. Mesmo a elite baiana, muito religiosa e tradicional, resistia à assistência nessa área por alguém do sexo masculino, e, ademais, essa era uma prática e um saber concebidos como femininos.⁴⁴ Apenas nas primeiras décadas do século XX é que as práticas de parto e nascimento se tornaram “científicas” na Bahia com a aliança entre as mulheres e os médicos.⁴⁴

Na década de 1920, a assistência obstétrica começou a ser prestada nas maternidades no país, época em que o órgão oficial da Sociedade de

Obstetrícia e de Ginecologia do Brasil, com sede no Rio de Janeiro, foi criado.⁴³ Martins⁴³ salienta que, com a campanha e construção de locais específicos para o atendimento obstétrico e ginecológico, se iniciou de fato o processo de medicalização do corpo feminino no Brasil, anteriormente restrita a uma parcela reduzida da população. Osawa, Riesco e Tsunehiro⁴⁹ destacam que a interferência dos médicos na formação e atuação das parteiras, através de estratégias corporativistas, esteve sempre muito relacionada ao controle do mercado de trabalho nessa área.

A cesariana no Brasil, assim como no mundo, demorou a se popularizar. Ela foi progredindo com o desenvolvimento de métodos de assepsia e técnicas para evitar hemorragias.⁴³ Embora o crescimento do índice de cesárea seja um processo das últimas décadas, observamos que a medicalização do parto e nascimento no Brasil é um processo histórico bem mais antigo, e para analisar o aumento recente da cirurgia se faz necessária a compreensão das transformações históricas no campo.

2. 2. Cenário epidemiológico da cesárea: um panorama internacional e nacional

A cirurgia cesárea, definida “como a extração do feto através de uma incisão na parede abdominal (laparotomia) e na parede uterina (histerotomia)” era muito incomum até finais do século XIX, quando as taxas de mortalidade materna após a cirurgia eram muito altas.^{55:13} A prática dessa cirurgia fora aumentando paulatinamente no século XX, com o desenvolvimento das técnicas de assepsia, anestesia e sutura, e com a queda das taxas de

mortalidade materna, tendo um grande crescimento a partir da década de 1970.⁵⁵ Em paralelo, sofisticados exames no pré-natal foram desenvolvidos, enfatizando-se a saúde do recém-nascido.⁴³

Em muitos países do mundo, atualmente, as taxas de cesárea são elevadas, se considerarmos as recomendações mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que ao nível populacional não seria justificável uma taxa superior a 10%.¹⁰ No entanto, a Organização afirma a necessidade de considerar especificidades entre as regiões e hospitais e propõe que a Classificação de Robson⁵⁶ seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesarianas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre distintos hospitais.¹⁰ Nesse sistema as gestantes são classificadas em 10 grupos considerando: a paridade, início do parto, idade gestacional, apresentação fetal e número de fetos.^{10,56}

A assistência ao parto e nascimento no mundo caracteriza-se por distintas formas de remuneração de profissionais de saúde, de financiamento, de formação da equipe profissional, de interesses e de disputas no mercado de trabalho. Enfim, por vários fatores que exercem muita influência no desfecho do nascimento em cesariana ou parto vaginal, em que pesem também distintas condições sociais, educacionais e econômicas.⁸

Países mais desenvolvidos e com bons indicadores de saúde têm a tendência de ter taxas de cesariana mais conformes ao que é preconizado pela OMS. É o caso de países como: Holanda, Japão, Bélgica, França, Nova Zelândia e países escandinavos.⁵⁷ A Holanda, que possui uma das taxas mais baixas entre os países desenvolvidos, também se caracteriza por ter cerca de

30% dos partos de baixo risco realizados na casa da parturiente e um atendimento realizado predominante por obstetrizes.⁸

País	Índice de cesárea
Holanda	16%
Finlândia	16%
Suécia	17%
Noruega	17%
Islândia	18%
Japão	19%
Bélgica	20%
França	21%
Dinamarca	21%
Nova Zelândia	24%

Figura 1: Percentual de nascimento por cesarianas por país

Fonte: tabela elaborada pela autora da tese a partir de dados da WHO, 2015 - dados de 2007-2014⁵⁷

Regiões ou países que apresentam índices muito baixos de cesáreas os têm, por vezes, pelo pouco acesso da população à assistência à saúde, como observamos em alguns países africanos.⁸ Notamos que o continente africano é a região que tem o índice mais baixo da cirurgia (4%), em outro extremo está o continente americano com um índice de 38%.⁵⁷ Observamos em muitos países da Europa um crescimento da prática da cesariana desde a década de 1990, mesmo entre aqueles que têm taxas mais próximas às preconizadas pela OMS,⁸ e o continente apresenta um índice de 25%.⁵⁷ Destacamos, porém, que no interior das regiões há grandes diferenças entre os países, sendo os índices da tabela abaixo apenas panorâmicos.

Região	Índice de cesariana
Américas	38%
Europa	25%
Pacífico Ocidental	25%
Mediterrâneo Oriental	22%
Sudeste Asiático	10%
Africa	4%

Figura 2: Percentual de nascimento por cesarianas por região

Fonte: tabela elaborada pela autora da tese a partir de dados da WHO, 2015 - dados de 2007-2014⁵⁷

Nos EUA, a assistência ao pré-natal, assim, como ao parto e nascimento, é realizada majoritariamente por um obstetra dentro de um hospital.⁸ Neste país, o índice da cesariana é de 33%,⁵⁷ taxa considerada alta de acordo com as recomendações da OMS, e é a cirurgia mais comum entre as mulheres.⁸

Em países como o Canadá e a Alemanha, a assistência ao parto e nascimento é marcada pela atuação de parteiras e médicos generalistas, mas com menos partos domiciliares do que na Holanda.⁸ O Canadá tem um sistema de saúde público que atende toda a população⁸ e possui um índice de cesárea de 27%.⁵⁷ Já na Alemanha, que tem um índice de cesariana de 32%,⁵⁷ o Estado assegura a saúde por meio de fundo de contribuições que tem contratos com organizações de médicos.⁸

Os dois países com os maiores índices de cesárea no mundo, de acordo com dados mais recentes da OMS, são Brasil e República Dominicana, ambos com 56%.⁵⁷ Entre os dez países com os índices mais elevados de cesárea a metade é da América Latina,⁵⁷ como apresenta a tabela:

País	Índice de cesárea
Brasil	56%
República Dominicana	56%
República do Chipre	52%
Egito	52%
República Islâmica do Iran	48%
México	46%
República da Maurícia	45%
Colômbia	43%
República das Maldivas	41%
Uruguai	40%

Figura 3: Percentual de nascimento por cesarianas por país

Fonte: tabela elaborada pela autora da tese a partir de dados da WHO, 2015 - dados de 2007-2014⁵⁷

Especificamente no cenário nacional, observamos no Brasil um grande crescimento das taxas de cesárea nas últimas duas décadas, com: 32,02% em 1994; 37,78% em 2000; 43,22% em 2005; 52,27% em 2010 e 56,63% em 2013.⁵⁸ A Região Sul e a Região Norte, tomando como base dados referentes ao ano de 2013, são, respectivamente, as regiões com a maior (62,66%) e a menor taxa de cesárea (46,01%),⁵⁸ como mostra a tabela a seguir:

Região do Brasil	Índice de cesárea
Sul	62,66%
Centro-Oeste	62,08%
Sudeste	61,30%
Nordeste	49,75%
Norte	46,01%

Figura 4: Percentual de nascimento por cesarianas por região do Brasil

Fonte: tabela elaborada pela autora da tese a partir de dados do MS/SVS/DASIS- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC⁵⁸

No ano de 2013, entre as Unidades Federativas, o Espírito Santo aparece com o índice mais elevado (66,78%),⁵⁸ e as dez unidades federativas com maiores taxas de cesáreas encontram-se em quase todas as regiões do país, e o Amapá apresenta o menor índice (33,91%),⁵⁸ como ilustra a tabela:

Unidade Federativa/Região	Índice de cesárea
Espirito Santo/Sudeste	66,78%
Goiás/Centro-Oeste	66,76%
Rondônia/Norte	65,84%
Paraná/Sul	63,52%
Rio Grande do Sul/Sul	62,58%
Rio de Janeiro/Sudeste	62,11%
São Paulo/Sudeste	61,89%
Mato Grosso do Sul/Centro-Oeste	61,45%
Santa Catarina/Sul	61,31%
Mato Grosso/Centro-Oeste	60,65%
Amapá/Norte	33,91%

Figura 5: Percentual de nascimento por cesarianas por unidade federativa/região do Brasil

Fonte: tabela elaborada pela autora da tese a partir de dados do MS/SVS/DASIS-Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC⁵⁸

No nosso país, três diferentes sub-setores oferecem assistência ao parto e nascimento:

O sistema de saúde tem três subsetores: o setor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de

subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.^{59:19}

Portanto, no Brasil, há hospitais exclusivamente públicos, hospitais exclusivamente privados (atendem usuários de planos de saúde ou desembolso direto) e também os hospitais mistos, que são privados, porém, têm leitos contratados pelo governo e atendem usuários do SUS e de planos de saúde.⁶⁰ O setor privado de saúde^l tem um índice de 84,6% de cesárea e o setor público de saúde um índice de 40%,⁹ este último atendendo cerca de 75% da população.⁸ No nosso país, quase todos os partos e nascimentos ocorrem no ambiente hospitalar e os índices mais altos da cirurgia cesárea estão nas instituições privadas e entre grávidas em menor risco gestacional.^{25,30,61-64} Haddad e Cecatti⁶⁵ mencionam o médico e o tipo de hospital como principais fatores responsáveis pelo alto índice de cesarianas. Patah e Malik⁸ também ressaltam que as regiões do Brasil em que a população utiliza mais planos de saúde têm índices mais altos de cesárea, como a região Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Outras pesquisas também concluíram que fatores institucionais e profissionais explicam mais as altas taxas de cesárea do que fatores clínicos.^{28,66}

No Brasil, mulheres de camadas socioeconômicas mais baixas, usuárias do setor público, correm menos risco de uma cesárea eletiva, no entanto, estas mulheres também são submetidas a muitos procedimentos invasivos e dolorosos na assistência ao trabalho de parto.^{67,68} Tanto o setor público de saúde quanto o setor privado são heterogêneos, apresentando distinções nas características socioeconômicas e demográficas das mulheres e no acesso à

^l Nesta tese utilizaremos o termo setor privado ao se referir ao sub-setor de saúde privado e ao sub-setor de saúde suplementar com o intuito de simplificar.

informação, ao pré-natal e às práticas assistenciais.³⁵ Acreditamos, portanto, que a posição de destaque do nosso país nas taxas de cesariana seja um fenômeno complexo e multifatorial que abarca importantes questões na interface entre gênero, biomedicalização e mercantilização na nossa sociedade.

2. 3. Políticas de saúde e a assistência ao parto e ao nascimento no Brasil: um campo de disputas

O Brasil atualmente é conhecido como campeão de cesarianas. As indicações médicas não baseadas em evidências científicas para realização desta cirurgia^{15,69} crescem tanto no setor privado quanto no setor público de saúde. O primeiro é caracterizado por índices mais elevados da cirurgia, em que pesam interesses de mercado e pouco controle efetivo das práticas de saúde. Já no segundo, as mulheres são submetidas a várias práticas que configuram a violência obstétrica, a qual ainda é uma realidade bastante presente no nosso país e perpassa questões de gênero e de classe social. Neste setor, além de taxas elevadas de cesarianas, a relação médico-parturiente é baseada no autoritarismo e, frequentemente, no desrespeito às mulheres. Ademais, o setor público caracteriza-se por intervenções médicas e tecnológicas rotineiras não recomendadas ou recomendadas com parcimônia, tais como: uso de ocitocina, amniotomia, manobra de Kristeller, episiotomia, litotomia.^{67,68} Por outro lado, práticas favoráveis à saúde durante o trabalho de parto, como alimentação, deambulação, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e uso de partograma ainda são pouco realizadas.⁶⁷

Há cerca de duas décadas, autoridades e gestores de saúde no Brasil têm desenvolvido políticas para a transformação desse modelo que tem sido chamado de tecnocrático,⁵⁻⁷ mas com êxito limitado. Experiências em muitos países confirmam que não é necessária muita tecnologia para ter um filho com segurança. Nesse sentido, movimentos de mulheres e profissionais de saúde clamam por transformação no modelo de assistência ao parto e nascimento, por direitos à saúde reprodutiva e equidade de gênero. No entanto, tais reivindicações têm muita dificuldade de se firmar devido à história da saúde brasileira focada no modelo hospitalar e curativo.⁷⁰ A título de exemplo, a criação de Casas de Parto encontra muita resistência, em especial de obstetras.⁷¹

Autoras como Maia⁷⁰, Diniz⁷¹, Tornquist,⁷² e Rattner⁷³ discorrem sobre as origens do movimento de humanização do parto, do próprio sentido do termo e ainda sobre os desafios e potencialidades das políticas e do movimento como um todo. Diniz⁷¹ ressalta que a humanização tem diversos sentidos e envolve a legitimação de outros profissionais que não só o médico, de outros locais para parir que não só centro cirúrgico, a promoção da saúde, o direito ao alívio da dor pelas parturientes, além da defesa dos direitos das mulheres, crianças e famílias. A autora igualmente ressalta um sentido de uma assistência baseada em evidências científicas, com uma racionalidade na utilização de recursos, evitando, portanto, intervenções potencialmente iatrogênicas, com fins a uma melhor relação custo-benefício e melhores indicadores.

Ao resgatar o termo humanização historicamente, percebe-se que ele começou a ser utilizado no Brasil no início do século XX por Fernando

Magalhães. Diniz⁷¹ fala como o termo associava-se à posição da Obstetrícia como especialidade que cria possibilidades de aliviar o sofrimento do parto – algo que a Igreja Católica sempre defendeu como necessário. Assim, a autora coloca que a ideia da humanização da assistência “[...] expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no ‘que fazer’ diante do sofrimento do outro humano”.^{71:628}

O movimento por mudanças nas práticas de assistência ao parto e nascimento, que no Brasil se denominou principalmente como *humanização do parto*, teve uma conotação bem distinta daquela da visão do parto como um sofrimento que poderia ser amenizado pela medicina. Como já mencionado, tratou-se de um movimento pela mudança das práticas e da concepção do parir e do nascer enquanto um evento médico e teve muitas vertentes e nomenclaturas pelo mundo desde os anos 1950: *parto sem dor, parto sem medo, parto sem violência, parto natural*.^{71, 72} Nas décadas de 1960 e 1970, o movimento teve muita influência das feministas, incorporando a noção de direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.⁷¹ Um ator importante na valorização dos direitos da criança foi o obstetra francês Frédérick Leboyer.⁷⁴

A defesa do papel central e ativo da mulher no processo da gestação e do parto foi e é enfoque privilegiado na luta pela humanização e este debate está inserido na luta pelos direitos reprodutivos femininos.⁷⁰ A criação do Comitê Europeu, em 1979 (Ano Internacional da Criança), com intuito em diminuir a morbidade e mortalidade neonatal e materna, aumentou as críticas ao modelo vigente, pois já se verificava o aumento dos gastos sem melhoria dos resultados perinatais.⁷¹ Naquele mesmo ano, no Brasil, a portaria MPAS/SSM-116 estabeleceu igual remuneração para o parto vaginal ou

cesariana – até então a remuneração pela realização da cesárea era maior –,⁷⁰ visando a coibir o excesso de cesáreas através de controle financeiro.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 pelo Ministério da Saúde, teve como base a integralidade nas ações na área da saúde da mulher sob a influência das ideias feministas e, apesar de não se ater aos limites das funções reprodutivas,⁷⁵ teve como um dos seus objetivos a promoção da atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada.^{68,76,77} Esse programa foi um importante avanço na concepção de uma saúde pública como direito universal no Brasil⁷⁵ e foi um importante marco ao contemplar a problemática de gênero no âmbito da saúde.⁷⁸ Como apontam Xavier, Ávila e Correa^{79:206} foi “[...] a necessidade de redefinir as mulheres como sujeitos integrais que colocou o feminismo em confronto com o poder médico e o sistema de saúde.”

Em 1985, sob coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS), fora realizada a “Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto”.⁸ Esse evento causou impacto na saúde pública e na defesa do direito das mulheres.⁷¹ Defendeu-se, assim, a participação das mulheres na avaliação dos programas, na liberdade de movimentação no trabalho de parto e na escolha da posição para parir, assim como o direito ao acompanhante, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia e do uso rotineiro da episiotomia e da indução do parto; com relação à cesárea explicitou-se que nada justificaria um índice de cesariana maior que 10%-15%.^{8,71}

Em fins da década de 1980, tendo como base a proposta da OMS de 1985, é que se pôde apontar um movimento pela humanização do parto e do nascimento no Brasil.⁷² O surgimento da Medicina Baseada em Evidências – a

partir de sistematizações de estudos que analisam a eficácia e a segurança dos procedimentos –afirmou a distância entre as práticas intervencionistas e a efetividade e segurança na assistência ao parto e nascimento, e ainda a correção de algumas práticas antigas menos intervencionistas no que tange aos critérios de efetividade e segurança.⁷¹

O movimento pela humanização do parto e nascimento foi estimulado por vários grupos pelo país, como a Rehuna (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento), fundada em 1993. Este movimento aparece como uma importante rede na qual participam profissionais de diferentes áreas, em especial da enfermagem e obstetras, mas também pediatras, psicólogos, terapeutas corporais, cientistas sociais e as próprias mulheres.^{71,72} A Rehuna é marcada por valores como a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e organiza diversos eventos.⁷¹

Algumas importantes medidas na década de 1990 foram: a criação da maternidade Leila Diniz em 1994 e do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas em 1998;^{71,73} e a portaria MS/GM 2.816 de 29 de agosto de 1998, que passou a limitar o pagamento do número de cesarianas para hospitais conveniados.⁸⁰ Em 1999, o Ministério da Saúde lançou a Portaria/GM n. 985, que trata da implantação dos Centros de Parto Normal (CPN) ou Casas de Parto no SUS. Tais locais teriam como objetivo promover um atendimento humanizado na assistência ao parto de gestantes consideradas de baixo risco⁸¹ e constituiu um marco técnico e político na inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento.⁸²

O lançamento dessa portaria correu um ano após a inauguração, em setembro de 1998 na cidade de São Paulo, da Casa de Parto de Sapopemba

(CPS), uma instituição extra-hospitalar comunitária.⁸³ Os CPNs seriam espaços que poderiam ou não ser acoplados aos hospitais e os profissionais da Enfermagem Obstétrica seriam os responsáveis pela assistência, o que gerou conflitos com grupos de médicos. A partir do financiamento do Ministério da Saúde para a construção dos CPNs, eles foram implementados em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Distrito Federal.⁸² A Casa de Parto David Capistrano Filho, localizada no Rio de Janeiro e inaugurada em 2004, é uma experiência exitosa que possui bons resultados maternos e neonatais, na qual as mulheres contam com uma assistência humanizada.⁸⁴

Outra experiência positiva que merece ser citada é a Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que em conjunto com organizações públicas, privadas, associações profissionais e ONGs coordena o movimento “BH pelo parto normal”, no qual o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) atuam como parceiros e regulam tanto o setor público quanto o privado.^{70,73} A Rede Perinatal de Belo Horizonte, constituída em 1999 pela referida Comissão, ajudou na redução da mortalidade infantil, principalmente neonatal, e dos índices de cesárea, diferentemente do que tem ocorrido no restante do país. Vale frisar que o Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte, instituição filantrópica que atende apenas ao SUS, é referência em atendimento humanizado.⁸⁵ No Paraná, por sua vez, uma referência positiva é o Programa Mãe Curitibana. Criado em 1999, ele trabalha com planejamento familiar, pré-natal e saúde infantil.⁸⁵

Em 2000 foi realizada em Fortaleza a “Conferência Internacional pela Humanização do Parto”.⁷¹ No referido ano as preconizações da OMS foram publicadas em nosso país pelo Ministério da Saúde, sob o título *Assistência ao*

*Parto Normal – Um Guia Prático.*⁷¹ O enfoque do documento era a qualidade da assistência e afirma que esta não se resume à disponibilidade de recursos tecnológicos, mas inclui condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. No mesmo ano, criou-se o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde (MS).⁸⁶ O PHPN deu relevo à afirmação dos direitos da mulher no que tange à assistência ao pré-natal e parto. Esse programa teve como proposta a humanização para melhorar a qualidade da atenção e suas principais ações para a redução da mortalidade materna objetivaram garantir à gestante o acesso a um atendimento digno e de qualidade na gestação/parto e puerpério.⁷³ Em 2004, lançou-se o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.⁷³

Uma conquista relevante do movimento de humanização foi a implementação da lei nacional em 2005, que estabeleceu o direito ao acompanhante no SUS no trabalho de parto, parto e pós-parto de acordo com a escolha da mulher.⁸⁷ Naquele mesmo ano, constituiu-se o Curso de Graduação em Obstetrícia da Universidade de São Paulo⁴⁹ – outro passo importante.

Em 2008, ocorrem a I Conferência Nacional e a I Conferência Internacional sobre os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio no âmbito da Saúde, que foi resultado do compromisso assumido perante a Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000.⁷³ Compromisso esse derivado do *Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Infantil: Redução das Desigualdades no Nordeste e na Amazônia Legal.*⁸⁵

O Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha em 2011 teve como meta principal lançar a Rede Cegonha.⁸⁵ Ela se trata de um projeto do Ministério da Saúde que abarca planejamento reprodutivo, métodos anticoncepcionais, programas de educação sexual, assistência pré-natal e ao parto e cuidados puerperais, além do acompanhamento da criança até 2 anos.⁸⁵ Visa-se também a uma atenção específica para gravidez de alto risco e a colocar em discussão o crescimento das cesarianas tanto no SUS quanto no setor suplementar de saúde.⁸⁵ No que tange ao setor suplementar, Rattner⁷³ aponta que, até 2000, o Ministério da Saúde não definia políticas e diretrizes, algo que mudou com a constituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS busca levar para a saúde suplementar diretrizes aplicadas ao SUS, como a concepção da assistência humanizada, e incentivou a Campanha pelo Parto Normal de 2008.⁷³ Porém, na prática essa regulação não é efetiva. Como aponta Maia,⁷⁰ o setor privado de saúde em boa parte escapa às normativas e regulamentações estatais e as transformações têm se mostrado difíceis.

Finalizando, apesar do atual cenário da assistência ao parto e nascimento, observamos no contexto brasileiro alguns progressos com implantação de Casas de Parto em locais como São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Distrito Federal⁸² e a criação do curso de graduação para obstetras em São Paulo. Ademais, medidas recentes (no início de 2015) foram adotadas pela ANS para estimular a redução nos índices de cesarianas no setor de saúde suplementar, e representam algum avanço, como: as garantias às mulheres do direito de informação sobre percentuais de cesarianas por médico e estabelecimento de saúde, do Cartão da Gestante, da

Carta de Informação e do uso de partograma.⁹ Contudo, o cenário político conservador e o corporativismo médico dificultam não só maiores progressos na assistência ao parto e nascimento, como também as conquistas no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em um sentido mais amplo.

Capítulo 3. QUADRO TEÓRICO-ANALÍTICO

Neste capítulo, apresentamos a prática da cesárea à luz de alguns eixos teórico-analíticos elencados para nortear a análise dos dados e como estes eixos são atravessados pela biomedicalização da sociedade e normas de gênero. Partimos da premissa de que no contexto da cultura das intervenções corporais e do aprofundamento dos processos de medicalização e biomedicalização,⁴ as práticas de parto e nascimento produzem e expressam novos padrões interativos e normativos que entrelaçam o gênero e as tecnologias médicas e não médicas.

Entendemos tecnologia como “[...] conjunto de relações sociais e humanas dentro do qual equipamentos e técnicas são apenas um elemento [...]”.^{3:32} Portanto, as novas tecnologias que envolvem o parto e nascimento produzem novas formas de pensar este ritual, tanto para as mulheres, quanto para familiares e profissionais.

Adotamos, na presente tese, o conceito de gênero como nos propõe Scott,^{88,89} isto é, como uma categoria analítica de compreensão do mundo social. Assim como classe social, o gênero é uma categoria de análise e uma via importante para compreender o mundo e as relações sociais. Scott^{88,89} define gênero como elemento que constitui as relações sociais a partir do entendimento das distinções entre os sexos, portanto, algo que constrói o sentido da realidade biológica, e como forma primeira de dar significação às relações de poder.

Daí se segue que gênero é a organização social da diferença sexual. O que não significa que gênero reflita ou implemente diferenças físicas fixas e naturais entre homens e mulheres mas sim que gênero é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais.^{89:13}

A perspectiva não dicotômica entre sexo e gênero, como nos propõe Butler,⁹⁰ é adotada nesta tese no sentido de que o corpo não é analisado simplesmente como algo biológico e inerte, mas sim como construção discursiva e sociocultural. Essa compreensão é fundamental para perceber as relações de poder na sociedade, ancorada em uma concepção construída de corpo feminino como potencialmente patológico, e em uma suposta necessidade de intervenção no nascimento, e mais, em uma naturalização das intervenções.

3.1. Os processos de biomedicalização da sociedade

O fenômeno da biomedicalização se caracteriza por uma maior complexidade e multidirecionamento do processo de medicalização já existente desde o século XIX.⁴ Para Clarke e colaboradoras “[...] uma premissa fundamental da biomedicalização é a importância crescente das ciências e tecnologias e novas formas sociais que são coproduzidas com a biomedicina e seus relativos domínios” (Tradução das autoras).^{4:163} A biomedicina invade várias esferas da vida e o prefixo *bio* enfatiza o grau de sofisticação tecnológica que perpassa esse fenômeno. Esses processos não se operam na via individual, são processos sociais e históricos que absorvem questões relativas à vida social, significando-as como questões biomedicalizadas. Desse modo, o ritual de nascer, além de ter uma lógica médica, tornou-se um procedimento de consumo.

Para compreender os processos de biomedicalização⁴ da sociedade, o entendimento da noção de biopoder de Michel Foucault⁴⁶ é fundamental. Na perspectiva do autor, o poder soberano sobre a vida, isto é, um poder repressivo que se constituía em “deixar viver” e “fazer morrer” foi substituído pelo biopoder com a tecnologia de administração dos corpos – anátomo-política – e da população – biopolítica. O biopoder é um poder sobre a vida em si mesma, trata-se de “fazer viver”, isto é, de um poder produtivo. Como discorre Nikolas Rose^{3:84} citando Foucault:

A partir do século XVIII, pelo menos na Europa, afirma Foucault, o poder político já não era exercido unicamente através da escolha forte de permitir a vida ou de dar a morte. As autoridades políticas, em aliança com muitas outras, assumiram a tarefa de gerir a vida em nome do bem-estar da população como uma ordem vital de cada um de seus subordinados vivos. Essas novas tarefas de administração emergiram em torno de uma série de problemas específicos, por exemplo, aqueles da doença, das condições sanitárias nas cidades, problemas de segurança na velhice, e de acidentes.

A partir da visão do corpo enquanto suporte dos processos biológicos, o poder passou a se estabelecer sobre o corpo e a vida:

[...] a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma biopolítica da população*.^{46:131}

Um maior controle sobre o corpo expressa a preocupação com a disciplina dos indivíduos e o governo das populações. Os dois pólos do biopoder (anátomo-política e biopolítica) que emergiram no século XVII, no século XIX já estavam unidos. Dessa maneira, a diferença entre estratégias que gerenciam corpos individuais e coletivos tornou-se tênue, uma influencia a outra, inculcando-se hábitos no corpo de cada indivíduo. Como tratou Michel

Foucault,⁴⁶ o controle dos indivíduos e da população começa no corpo e esta é a natureza do biopoder. O controle sobre o corpo não se resume a algo externo que é imposto de fora para dentro, mas engendra dispositivos normativos incorporados, o discurso da autonomia individual – do direito de escolha – e da autogovernabilidade com relação aos corpos.

O biopoder é mais uma perspectiva do que um conceito: ele põe a vista toda uma série de tentativas mais ou menos racionalizadas, da parte de diferentes autoridades, de intervir sobre as características vitais da existência humana – seres humanos, individual ou coletivamente, como criaturas viventes que nascem, amadurecem, habitam um corpo que pode ser treinado e aumentado, e que depois adoecem e morrem.^{3: 85,86}

O conceito de biomedicalização adotado em nosso trabalho transforma e globaliza o conceito de medicalização. Ele conserva a noção de que questões sociais antes não concebidas como um problema médico, isto é, fora da jurisprudência da medicina, passaram a serem consideradas enquanto tal. Não há uma ruptura entre os conceitos e sim mudanças. Trata-se de uma expansão do discurso, da lógica, dos sentidos e da jurisdição médica sobre vários domínios da vida individual e coletiva. Todo esse processo é impulsionado por transformações tecnocientíficas, políticas, econômicas, sociais e culturais que, no final do século XX e início do século XXI, potencializaram e tornaram os processos de medicalização mais complexos.

No aspecto social e econômico, o fim de um grande projeto de um Estado de bem-estar social com o êxito do neoliberalismo – como a nova política das potências globais em termos econômicos – transferiu para o indivíduo a condução de sua própria saúde, privatizando-a.³ Essa conjuntura, juntamente com o desenvolvimento de tecnologias de computação e a difusão da informação, permitiu a criação de um grande mercado na área da saúde. Esse processo permitiu que, entre outras finalidades, as informações sobre

doenças e saúde fossem digitalizadas e largamente distribuídas. Assim, essa nova forma de criar, registrar e difundir informações médicas e científicas tornou possível que não apenas os profissionais de saúde, mas toda a sociedade buscasse conhecer de forma ativa – pela internet, televisão, entre outros – aspectos dessas informações relacionadas à vida, como aponta Adele Clarke e colaboradoras.⁴ Nikolas Rose³ utiliza o termo *leigo-perito* ao se referir à nova relação dos leigos com a expertise que os torna ativos e responsáveis por sua própria saúde. A criação de bancos de dados viabilizou a aproximação da medicina com métodos científicos de pesquisa. Na biomedicina, a ciência e a técnica não podem ser concebidas como duas coisas separadas.⁴

Houve também mudanças culturais profundas: uma identidade nacional cedeu lugar para uma complexa gama de identidades.³ Os grandes movimentos sociais rejeitam as propostas uniformizadoras, defendendo o pluralismo, o multiculturalismo e os diversos *estilos de vida*, o que legitima a demanda por produtos e serviços mais adequados aos seus interesses, uma *customização*, que é otimizada pelo mercado com eficiência.⁴ Ocorre a transformação da saúde em mercadorias e pacientes em consumidores de tecnologias e serviços de “luxo”, quando podem consumir. Assim, o sistema de cuidados passa a ser organizado via tecnosserviços.⁴ Cada vez mais o processo de *biomedicalização* é irradiado por uma ampla rede de tecnologias médicas e não médicas, e não mais apenas pela instituição médica em si.⁴

Portanto, a *biomedicalização* não é um fenômeno determinista ligado ao avanço e ao progresso; ela está relacionada a transformações que não se restringem à biomedicina, mas são sociais, econômicas, políticas e culturais. É algo contingente a um drástico crescimento da medicina como um setor

institucional, político e econômico, e também como bem cultural, realidade perpassada por inovações construídas pelas tecnociências,⁴ sendo que todas essas dimensões se interligam e se potencializam.

O conceito de *biomedicalização*⁴ foi trabalhado por Clarke e colaboradoras nos EUA. Entretanto, mesmo se tratando de um processo complexo e o Brasil sendo mais um consumidor do que um produtor das grandes tecnologias biomédicas vindas, em especial, dos EUA, pela força imperialista, por ser um país detentor de poder simbólico, político, econômico, assim, como pela força dos processos de globalização, vivemos no Brasil adaptações desse processo. E como o Brasil incorpora as transformações da biomedicina? Como esses processos de biomedicalização acontecem na sociedade brasileira, em contraste, e convivendo, com largas parcelas da população desprovidas de bens mínimos para sua sobrevivência?

O Brasil tem um contexto peculiar, pois, em um cenário internacional de afirmação do neoliberalismo, tentamos consolidar, na contramão deste processo, um Sistema Único de Saúde (SUS) que se baseia na universalidade do direito à saúde. Com a Constituição da República promulgada em 1988, após o movimento da Reforma Sanitária, a saúde passa a ser afirmada como um direito associado à condição de cidadania.⁹¹ Paim⁹¹ aponta que há basicamente três tipos de proteção social referentes à saúde no mundo: os sistemas de saúde universais estão abarcados nos países que escolheram pelo sistema de seguridade social, como Inglaterra, Canadá, Cuba e Suécia ou pelo de seguro social, como Alemanha, França e Suíça. O primeiro está associado com a condição de cidadania e o segundo a contribuições com a previdência social. Os EUA seguem um terceiro sistema de proteção social,

denominado residual, no qual há pouca intervenção do Estado na atenção à saúde. Este atua apenas em programas para idosos e pessoas de baixa renda, ficando sob responsabilidade do mercado o atendimento à saúde, através de desembolso direto ou planos de saúde.⁹¹

No nosso país, ao mesmo tempo em que se tenta construir uma saúde pública universal, cresce uma medicina empresarial de diversas modalidades – autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde.⁹¹ Ademais, a maioria dos médicos cruza a fronteira entre serviço público e privado,⁹¹ o que esvazia as lutas pelo fortalecimento do SUS.

Notamos no Brasil claramente uma estratificação do processo de biomedicalização.⁴ O consumo tem vários vieses de classe, de gênero, além de culturais. No próprio setor privado, há diversidades e distintos planos de saúde que permitem acesso diferenciado a tecnologias. Certamente, não podemos perder de vista que, mesmo as classes populares usuárias do SUS por vezes não tendo acesso a certas tecnologias, as têm com frequência como aspiração de consumo.

3. 2. As exigências do tempo: o planejamento da vida e a cesárea no contexto da “transição de gênero”

No âmbito da discussão das relações de gênero e dos direitos reprodutivos, as condições reais para o exercício da maternidade não foram prioridade para o feminismo.⁷⁵ Giffin⁷⁵ argumenta como o processo de “transição de gênero”, no contexto macroeconômico neoliberal em que vivemos desde a década de 1980, atualiza as desigualdades de *gênero* no Brasil. As

mulheres tanto são responsabilizadas como se responsabilizam pelo sustento da casa e dos filhos, porém, o trabalho remunerado delas ainda é segregado a guetos ocupacionais em que a remuneração é inferior a dos homens. Ademais, as tarefas domésticas continuam sendo realizadas predominantemente pelas mulheres. Essa desigualdade aponta Giffin,⁷⁵ é mascarada pela figura da “nova mulher independente” que tem sua carreira e controla sua reprodução, contudo, muitas vezes não tem sua independência financeira.

Besse,⁹² ao analisar historicamente a inserção das mulheres urbanas no mercado de trabalho no Brasil, argumenta que “[...] compreender a revisão do sistema de gênero no Brasil no início do século XX é essencial para que se entenda de que modo ocorreu a modernização sem perturbar fundamentalmente a estrutura de desigualdade”.^{92:12} Esta autora discorre sobre como a “modernização” dos papéis de gênero serviu para preservar a desigualdade. O sistema educacional criou bases de uma divisão do trabalho que preservou a hierarquia entre homens e mulheres não promovendo mudanças estruturais, já que as mulheres foram majoritariamente inseridas “[...] em cargos ‘femininos’ que lhes proporcionavam remuneração muito baixa, exigia apenas qualificação mínima e não permitia exercício algum de autoridade [...]”.^{92:181}

Os novos papéis femininos puderam ser assimilados nas tradições patriarcais, desde que fossem racionalizados como uma extensão, para a esfera pública, das capacidades inatas das mulheres e, pois, não emancipassem as mulheres da dependência mental, emocional ou econômica em relação aos homens (e, portanto, da subordinação a eles). Na verdade, esses novos papéis, criando uma ilusão de mudança, mascaravam – e com isso ajudavam a perpetuar – a dominação masculina.^{92: 223}

Na década de 1960 e 1970, com a entrada maciça das mulheres de classes médias no mercado de trabalho, as contradições se intensificaram.

Ainda no início do século XXI, notamos que as mulheres estão inseridas no mercado de trabalho, todavia, ancoradas na esfera reprodutiva, já que o espaço doméstico continua a ter uma conotação feminina. Ávila⁹³ enfatiza que essas tarefas naturalmente femininas não têm valor social e a preocupação com essas questões domésticas invade outros ambientes, o que gera angústia e instabilidade.

No campo da saúde reprodutiva, as diferenças entre mulheres de distintas classes sociais mostram-se profundas e o gênero precisa ser, portanto, analisado transversalmente à questão de classe.⁷⁵ Tais distinções aparecem no trabalho, pois, para que as mulheres de classes médias tenham trabalhos remunerados fora do lar é comum, no Brasil, contar com o trabalho doméstico de mulheres de classes populares, muitas vezes não regulamentado e muito mal pago. Como enfatiza Suely Costa,⁹⁴ as relações de trabalho são marcadas por uma herança escravagista com o emprego de mulheres de camadas populares como domésticas, embora as mulheres de classes médias estejam em posição de desigualdade frente aos homens de sua classe social, enfatiza a autora. Como defende Besse,⁹² a extrema desigualdade social e racial foi um obstáculo ao movimento feminista no Brasil. Porém, Hirata⁹⁵ coloca que, mesmo em “países do Norte”, há uma desigualdade entre as mulheres, com uma minoria de mulheres executivas e uma maioria de mulheres exercendo profissões tradicionalmente femininas e mal remuneradas.

Nessa direção, Hirata⁹⁵ discorre como o trabalho é caracterizado por um processo de precarização que atinge principalmente as mulheres em uma conjuntura neoliberal com privatizações, diminuição da proteção social e redução de serviços públicos. A autora coloca que o crescimento das mulheres

no mercado de trabalho é correlato ao aumento do emprego vulnerável e flexível, e o processo tem como uma das consequências a intensificação do trabalho. Hirata⁹⁵ aponta, entretanto, que essa intensificação das atividades laborais também é devida a causas associadas ao próprio processo de trabalho.

Ávila⁹³ discute como o uso de tempo tem um forte marcador de gênero. Assim, as mulheres liberam os homens para o investimento na sua vida profissional e são liberadas por outras mulheres, sejam através de empregadas domésticas ou de redes de solidariedade, como costuma ocorrer nas classes populares. As mulheres, nesse sentido, estão em condição mais frágil que os homens e a própria naturalização da aptidão das mulheres em realizar múltiplas tarefas acaba por reforçar o acúmulo de funções.⁹³ A autora enfatiza como o uso do tempo está permeado por relações de poder, já que esta conjuntura acaba por reforçar uma suposta incompetência das mulheres na esfera pública, devido à invisibilidade do acúmulo de funções. Ademais, como Suely Costa⁹⁴ argumenta, no Brasil, diferentemente da Europa, não ocorreu a construção de um sistema público de proteção social e mesmo atualmente as creches, por exemplo, são escassas, precárias ou caras.

Cherniak e Fisher⁹⁶ argumentam que o índice de cesariana cresceu juntamente com o aumento da escolaridade das mulheres até o nível superior, com sua participação na força de trabalho, na vida pública e política. O trabalho com vínculos incertos e precários que atinge, sobretudo, as mulheres, pode as predispor a um receio de perder o emprego e o controle sobre sua vida. Uma das possíveis consequências da precarização do trabalho pode ser o retorno precoce das mulheres à vida laboral e/ou a intensificação do ritmo de trabalho

após o nascimento de seu filho como forma de compensar o período de afastamento para o puerpério, o que pode intensificar a necessidade de planejamento do tempo entre as mulheres com a escolha da data para o evento do nascimento, isto é, um controle do tempo.

A norma da mulher bem sucedida estende-se a aspectos da sua vida privada e pública. Na medida em que não ocorreu uma redivisão sexual do trabalho, elas continuam responsáveis pelo trabalho doméstico e de cuidados com os outros – a já conhecida dupla jornada; ademais, no contexto de convergências com os processos de biomedicalização⁴ e de intensificação do neoliberalismo, agrega-se a essas tarefas a gestão do próprio corpo e da vida, significando uma sobrecarga extra para a maioria das mulheres.

Nessa direção, observamos que a história política das mulheres é marcada por conquistas e o movimento feminista permitiu certos avanços sob alguns aspectos – no que se refere ao exercício da sexualidade, por exemplo – , porém, essa história também é marcada por novas formas de aprisionamento. Atualmente, notamos estratégias de modelação do corpo feminino através de cirurgias estéticas altamente iatrogênicas e o crescimento de distúrbios alimentares. Bordo,⁹⁷ ao analisar a anorexia, explica um paradoxo no comportamento das mulheres. Estas tentam se aproximar do mundo masculino exercendo um comportamento tradicionalmente associado à masculinidade na história ocidental, um autocontrole sobre o corpo, entretanto, elas acabam por exercer um comportamento marcadamente feminino de investir no corpo como objeto e acabam por reforçar as desigualdades de gênero. Estas questões atravessam o crescimento da cesárea como mais um procedimento naturalizado no corpo feminino e uma tentativa de autocontrole sobre o corpo.

3. 3. Controle dos riscos e responsabilidade materna: o corpo feminino como ameaça

Nas sociedades ocidentais, o controle sobre o corpo é um tema central,⁹⁸ e a experiência do parto e nascimento sendo uma das mais corporais da condição humana⁹⁹ é alvo de tentativas de controle e autocontrole. Além disso, as práticas de parto e nascimento atuais fazem parte de um processo histórico de medicalização e biomedicalização dos corpos.

Nos processos de biomedicalização da sociedade contemporânea, em que a questão do controle dos riscos está muito presente, há uma busca pela saúde eterna, um temor do adoecimento e da incapacidade de autocontrole, e com isso um foco na suscetibilidade. De acordo com Rose,³ este conceito de suscetibilidade remonta aos conceitos de predisposição e risco que não são novos: a ideia de herança de uma característica que poderia se manifestar ou não, dependendo da influência do meio, existe desde pelo menos o século XVIII. O que existe de novo na sociedade contemporânea é que as “tecnologias de vida buscam não apenas revelar as patologias invisíveis, mas intervir sobre elas a fim de otimizar as chances de vida do indivíduo.”^{3:36}

Ademais, as intervenções são assumidas como direitos e uma responsabilidade no cuidado de si, de forma que os sujeitos devem ser prudentes em relação aos seus corpos e cria-se a noção de sujeito ativo que é obrigado a escolher.³ Aspira-se identificar características indesejadas ainda na concepção, com possibilidade de intervenção corretiva no plano uterino, e também durante a gestação, com a ampla utilização de tecnologias no pré-natal, práticas essas que reiteram o biopoder e a biotecnologização.

Portanto, o foco não é mais a doença, mas a saúde como obrigação moral, como uma responsabilidade individual, como algo que se deve controlar e regular, como um imperativo moral para si e outros.³ Com isso, há uma condenação daqueles que não praticam atitudes em prol do autocuidado. Essas novas formas de lidar com o corpo estão integradas em uma forma de busca obrigatória de um aperfeiçoamento de si e do corpo, este tem que atingir toda a sua potencialidade. Nikolas Rose³ aponta a possibilidade de uma nova forma de vida, baseada em um aprimoramento, em uma otimização da mesma; não se pensando mais no dualismo saúde e doença.

A ética somática, por assim dizer, confere uma virtude moral particular à busca de lucro através da administração da vida. Contudo, ao mesmo tempo, ela expõe aqueles que são vistos como prejudicadores da saúde em nome do lucro à mais moralista das condenações.^{3:22}

Nesse processo, o corpo feminino percebido no imaginário sociocultural como descontrolado, excessivo, imprevisível e até mesmo perigoso^{43,96,98,100} é objeto especial de várias práticas de controle e o incremento da prática da cesariana não é um fenômeno de exceção. A expectativa por um bebê perfeito que estaria em perigo no corpo da mãe e a linguagem dos obstetras que contribui para a passividade e responsabilidade das mulheres por desfechos ruins – “não tem passagem”, “não tem dilatação” etc. – faz com que difunda a crença de que o parto vaginal é destinado apenas para poucas mulheres.^{48,96} O corpo feminino é concebido como uma ameaça, as intervenções são naturalizadas e a mulher incorpora a ideia de que deve controlar o corpo grávido e o corpo parindo, pois já se prevê um possível problema no parto.¹⁰¹ Este processo é percebido como um risco, tanto para a integridade corporal, quanto para a própria vida da mulher e do bebê, e para controlá-lo é necessário

um ambiente apropriado, com técnicos e tecnologias. Assim, intervir já é o natural.

Estes sentidos dos corpos femininos remontam aos discursos construídos ao longo da história. Essa compreensão é fundamental para a análise do corpo na atualidade dentro de um contexto mais amplo de biomedicalização da sociedade contemporânea ao qual a crescente prática da cesárea pertence.

Ao analisarmos os processos históricos, podemos notar que o corpo da mulher fora concebido como uma ameaça à estabilidade da sociedade e controlado por crenças mágicas ou religiosas, e a partir do século XVIII pelo saber médico. A medicalização do corpo feminino, como aponta Vieira,⁴⁷ é o processo que o transformou em objeto de saber e prática médica. No que se refere à história, então, notamos que a concepção do corpo da mulher sofreu intensas modificações. Na Grécia Antiga, não havia ainda a concepção de um sexo feminino como entendemos hoje. O “corpo da organização social clássica” dominara o pensamento anatômico por aproximadamente dois milênios e nessa concepção a mulher seria um homem invertido e inferior.¹⁰² Não existia a noção de uma originária diferença entre homens e mulheres, e sim uma continuidade com ordenação hierárquica.¹⁰² No modelo dos escritos de Aristóteles e Galeno só havia o sexo masculino e nas relações sociais o que se considerava eram as diferenças de gênero. O corpo não determinava esta diferença, apenas a ilustrava.^{43,102}

No século XVIII, no campo do pensamento anatômico, surgiu um novo modelo da sexualidade humana e sua representação se configura como bipolar, ou seja, como feminina e masculina. O corpo passou a ser um novo

campo na redefinição das relações de gênero. O modelo de binarismo sexual, marcado pelo reconhecimento de um dimorfismo radical e original na sexualidade, isto é, o “corpo do Iluminismo e da revolução burguesa”, surgiu em uma época na qual a função e a natureza das mulheres na sociedade passavam por um processo de transformações e estavam sendo revistas e modificadas. Começou-se a pensar as diferenças entre homens e mulheres em termos de descontinuidade e oposição. O sexo feminino passou a ser visto como complementar e não literalmente como uma versão inferior do masculino.¹⁰²

No final do século XVIII, então, terminou uma visão “fluida” do corpo, do sexo e da sexualidade, e uma oposição entre dois campos separados se estabeleceu. As mulheres se tornaram seres com características próprias, uma natureza própria, e não mais concebidas como versões masculinas inferiores. Foram procuradas no corpo as diferenças em “resposta” para as disputas no campo da política, no qual se colocava em pauta os direitos das mulheres e, no campo epistemológico, Laqueur¹⁰² argumenta que as mudanças das relações de poder entre ciência e religião impulsionaram essas transformações. As características corporais passaram a determinar o comportamento, de maneira que homens e mulheres seriam naturalmente diferentes e tal lógica foi respaldada pela ciência. O sexo e o corpo foram articulados à feminilidade, enquanto a razão e a mente à masculinidade.⁴³ Portanto, o dualismo corpo e mente foi “repaginado” nesse discurso médico sobre o corpo feminino. Desprezou-se a construção do sexo e do gênero enquanto prática cultural e se naturalizou ideias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho.

Nessa direção, como propõe Butler,⁹⁰ o corpo não é algo natural ou pré-discursivo, a concepção do corpo da mulher faz parte de todo um discurso construído do que é o corpo feminino. O discurso médico tratou de naturalizar a essência desse corpo que determinaria o comportamento feminino como no limite entre a norma e o desvio, entre a normalidade e a patologia.⁴³

[...]os médicos se ocupavam com a tarefa de encontrar evidências da inferioridade feminina. É certo que eles também se esmeravam em descrever a *doçura* e as *virtudes morais* da mulher, mas, ao mesmo tempo, multiplicavam as suas patologias, os seus desregramentos, causados, em última instância, pelo *predomínio do seu sistema genital*. A mulher, segundo eles, era governada pela sua fisiologia, a qual era inerentemente patológica. Perturbações ginecológicas e vacilações de espírito eram devidas aos movimentos normais da *genitalidade* feminina. ^{50:118}

A concepção da natureza feminina como perturbadora possibilitou várias formas de controle, e a proliferação de uma série de discursos normativos em que a norma estava associada à função materna e ao casamento.⁴³ Esse discurso também fomentou a percepção da gestação e do parto como fenômenos potencialmente patológicos.⁴³ Esta visão reverbera até hoje nos discursos sobre a gestação, o parto e o nascimento.

Essa visão construída do corpo feminino permitiu a constituição de uma especialidade médica dedicada a sua singularidade no século XIX: a ginecologia.^{43,50} A ginecologia, como medicina da mulher, dando continuidade à naturalização das diferenças sexuais elaboradas no século XVIII, deveria conhecer e controlar a natureza feminina. A mulher era essa “outra” que precisava ser explicada pelo discurso científico: “[...] justificando a necessidade de um campo de saber, de uma nova ciência que estabelecesse a verdade sobre a alteridade feminina.” ^{43:135}

A valorização da mulher enquanto mãe se encontra dentro do contexto das práticas higiênicas adotadas no século XIX. Estas práticas se pautaram em

uma gama de recomendações para o cuidado com a saúde e a reprodução da população. No Brasil, os médicos e intelectuais adaptaram os discursos das nações europeias e da América do Norte, reservando à mulher o papel de “formadora de homens” e como no exterior, fomentou-se um discurso ideológico de uma maternidade científica que reforçava o caráter essencialista de ser mãe com a existência de um instinto materno, ao mesmo tempo em que lhe dava uma roupagem científica com a necessidade de ensinar essa mulher como cuidar do filho, sobretudo, a partir do início do século XX.^{103,104} A mulher seria responsável pela criação dos filhos e para isso deveria ser instruída, assim, a maternidade transformou-se em valor social e também em um dever para com a pátria, sendo o principal papel da mulher.^{103,104} Nesse sentido, elas se tornaram cada vez mais responsáveis pela saúde de seus filhos e culpabilizadas quando não cumpriam seu papel materno de zelar por sua prole.

O argumento da superioridade da ciência era sistematicamente invocado pelos articulistas para justificar as novas práticas maternas, seguindo o esquema explicativo de oposição binária entre atraso e progresso, instinto e técnica, crença e conhecimento. Tal argumento foi possivelmente um dos responsáveis pela incorporação do ideário da maternidade científica por mulheres das classes média e alta urbanas, pois além de gozar de prestígio na sociedade, a ciência se identificava com a esfera pública, domínio essencialmente masculino.^{104:166}

Todo esse processo esteve relacionado às profundas transformações trazidas pela sociedade capitalista, que, através de inúmeras transformações econômicas, políticas e socioculturais, inclusive no âmbito da família, levaram as mulheres para o mercado de trabalho, o que trazia riscos para o “papel feminino”. Paralelamente, e como decorrência desses processos, as mulheres se organizavam e reivindicavam direitos iguais e o discurso médico foi um

poderoso aliado do Estado ao fortalecer o discurso de que as mulheres poderiam trabalhar sem perder o papel de esposa e mãe.⁹²

Nessa direção, os médicos impuseram hábitos morais e se aproximaram das mulheres no que diz respeito aos cuidados para com os filhos e afastaram outras mulheres, inclusive do parto.^{43,105} Os referidos profissionais estavam voltados para o reconhecimento de suas especialidades, porém, também faziam do corpo feminino um objeto cujo discurso pertencia aos homens e aos médicos em especial. Assim, foram se legitimando quanto aos assuntos da gestação, parto, puerpério e atendimento ao recém-nascido, e a gestação, o parto e o nascimento foram se transformando em acontecimentos controlados.⁴³

3. 4. As estéticas do nascimento e o banimento da dor: um nascimento *civilizado* para mulheres *civilizadas*

A possibilidade da transformação dos corpos e produção de novas subjetividades é um dos processos-chave da biomedicalização.⁴ Como enfatiza Nikolas Rose^{3:351}: “[...] a biologia já não é o destino [...]”. Nessa concepção por nós adotada, o corpo não é mais percebido como estático, pois além de um controle no sentido disciplinador, há um controle que se impõe como uma necessidade de melhoramento de si, caracterizando uma biopolítica do *self*.³

Observamos que, as intervenções corporais vão desde remédios vendidos legalmente em farmácias e reprodução assistida impulsionada pelo desenvolvimento da genética, até cirurgias estéticas, e essas intervenções já foram incorporadas como naturais. Com isso, a concepção pode não resultar

do encontro sexual entre parceiros, mas de uma fecundação *in vitro*, e as mulheres muitas vezes adiam a maternidade com a promessa da medicina de que podem ser mães cada vez mais tarde. As subjetividades e os desejos são biomedicalizados com o aperfeiçoamento do corpo – não se trata mais apenas de se adequar a uma norma, mas de se diferenciar, se destacar. Na realização de cirurgias estéticas, predominantemente femininas, por exemplo, busca-se uma perfeição, um corpo melhorado,¹⁰⁶ pode-se “produzir” a beleza. Nesse contexto de incorporação^{107,108} das intervenções biomédicas (em especial no corpo feminino) e de uma constante atenção com sua beleza e produtividade sexual, percebemos um crescimento da prática da cirurgia cesariana como forma de “fazer nascer”.

Além da estética do corpo feminino que, precisa ser preservada na sua integridade, nas estéticas do nascimento aparece a estética do próprio ritual de nascer. Percebemos o maior controle das expressões corporais como anúncio de regras de costume de uma sociedade construída historicamente como *civilizada*, como já discutiu Norbert Elias.¹⁰⁹ De acordo com este autor, não há um comportamento natural do ser humano. Ele analisa como historicamente os comportamentos corporais foram se modificando e como um maior controle e refinamento dos gestos do corpo passaram a expressar os costumes de uma sociedade tida como civilizada, que foram se distanciando dos hábitos da sociedade medieval. Nesta, a contenção das expressões corporais era muito reduzida, como também destaca Rodrigues¹¹⁰ ao analisar o corpo na história.

Portanto, Norbert Elias¹⁰⁹ discorre como a partir do século XVI uma contenção das expressões corporais se desenvolveu na Europa, significando um elemento de distinção social. A autoridade e a superioridade baseada na

força quase muscular foram gradualmente substituídas pela postura, pela etiqueta, pelo refinamento das roupas e pelos acessórios. Assim, desenvolveu-se uma preocupação calculada do olhar sobre o corpo, com uma relação geométrica entre aparência e interioridade. Isto significa que um corpo governado pela formalidade e pelas contenções a partir de um *processo civilizatório*¹⁰⁹ foi avançando em importância. Passou-se a ter uma etiqueta e a se exigir um bom comportamento de si e do outro, com exigências sutis do que se devia esconder ou mostrar. Nesse sentido, se construiu uma capacidade de observar a si, que possibilitou um autocontrole posteriormente. Le Breton,^{111:21} na mesma direção, aponta como as regras de *civilidade* foram impostas para delimitar a distinção social entre povo e aristocracia e, posteriormente, da burguesia:

Como se comportar em sociedade para não ser, ou parecer, um bruto. Pouco a pouco o corpo se apaga e a civilidade, em seguida a civilização dos costumes, passa a regular os movimentos mais íntimos e os mais ínfimos da corporeidade (as maneiras à mesa, a satisfação das necessidades naturais, a flatulência, a escarrada, as relações sexuais, o pudor, as manifestações de violência, etc).

No momento do nascimento, a cesárea pode aparecer como caso exemplar de um corpo com suas expressões estéticas sob controle. Além da imagem do corpo feminino descontrolado no ato de parir, a imagem da criança que nasce suja de sangue, mecônio, líquido, não combina com a perspectiva de higiene e limpeza tão características das sociedades *modernas* em contraposição às sociedades *primitivas*.¹¹² O sentido do parto vaginal como um “atraso” é construído, na medida em que predomina a concepção de que os modelos não biomédicos não são racionais.⁷ A imagem de um evento limpo, asséptico que acontece dentro de um centro cirúrgico pode se aliar a um distanciamento do selvagem ou primitivo.¹¹²

Neste processo também está a valorização da visualidade espetacular da sociedade contemporânea. Como sugere Ortega,¹¹³ a popularidade das tecnologias da visualização médica deve ser concebida não somente na esfera da biomedicina. O autor aponta que no final do século XX e início do século XXI, as tecnologias da visualização reforçam a importância do visual em detrimento do sentir.

Isto é, a imagem ganha um estatuto de realidade, torna-se uma coisa material, uma imagem-coisa, um corpo-imagem [...] a imagem atinge uma materialidade singular, que compete pelo estatuto de realidade com a materialidade do corpo físico.^{113:239}

Nessa valorização do espetáculo aparece também a visualidade médica e a hegemonia dos exames através de máquinas e aparelhos.¹¹³ O corpo atuando não é o foco e sim a imagem. No cenário do parto e nascimento essa lógica já existe desde a gestação, com uma superexposição visual do feto, com ultrassonografias e fotografias fetais, procedimentos que também se associam ao controle dos riscos.

A noção de nascimento civilizado também é perpassada pela ausência de dor, portanto, esta questão surge como um aspecto relevante relacionado à parturição. Estudos mostram que o medo da dor aparece associado ao parto vaginal, sendo a dor um dos elementos construtores das representações sociais femininas sobre o parir.^{32,34,114-116}

A intolerância com a dor, inclusive psíquica (vide difusão de psicotrópicos), é um fenômeno das sociedades ocidentais que remonta à separação cartesiana entre corpo e alma e se solidificou quando a dor tornou-se um mero assunto neurológico no final do século XIX.¹¹⁰ O corpo, dessa maneira, é portador de discursos relacionados ao fenômeno da saúde e da doença, e o fato de se julgar algo como doente ou saudável está associado

com categorias socioculturais, assim como o próprio sentir dor, as atitudes associadas e mesmo o que se faz para removê-la ou não. No decorrer da história ocidental, a ideia de saúde e doença, como salienta Duarte,¹¹⁷ tem se caracterizado por legitimar a ausência da dor das experiências com o corpo e uma responsabilização dos sujeitos pela própria saúde. Deste modo, com o desenvolvimento dos medicamentos e anestésias não é mais preciso sofrer. Tal perspectiva tem se expandido inclusive para fenômenos fisiológicos como o parto e a tentativa de anulação da dor nesse momento.

A cesariana em um ambiente hospitalar tecnológico pode ter um sentido de civilidade, pois preservaria a genitália que está associada à produtividade sexual e à sexualidade, dissociando-a do parto. Com isso, controlaria o corpo nas suas expressões estéticas ao parir e também a dor no momento do nascimento. Um nascimento civilizado pode ser entendido como um nascimento controlado.

Capítulo 4. ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS

Trata-se de uma pesquisa que utiliza recursos teóricos e metodológicos das ciências sociais e humanas, incluindo contribuições de disciplinas como sociologia, antropologia e psicologia social. A tese foi desenvolvida em três etapas que utilizaram métodos e fontes distintas. Optamos por apresentar os resultados em forma de artigos, que compõem a coletânea apresentada na Segunda Parte da tese. No primeiro artigo,⁴¹ já publicado na Revista *Texto & Contexto e Enfermagem* (ANEXO 1), analisamos fontes bibliográficas selecionando produções científicas dedicadas ao tema da cesariana no Brasil por meio do método de revisão integrativa da literatura.¹¹⁸ Nos outros dois artigos, utilizamos fontes orais e, como método, procedemos à análise de práticas discursivas e produção de sentidos, baseadas nas sugestões da pesquisadora brasileira Mary Jane Spink.^{119,120} Esta metodologia valoriza a cotidianidade e a busca de sentidos inseridos num contexto sociocultural e histórico.

4.1. Revisão integrativa da literatura: fontes bibliográficas e técnicas de análise

Procedemos a uma revisão integrativa da literatura¹¹⁸ de materiais publicados em revistas científicas entre 2000 e 2013, referidos à realidade brasileira, que tiveram como objeto de estudo a “decisão”, a “escolha” ou a “preferência” da via de parto. Realizamos o levantamento do material através

das bases de dados Lilacs e Medline, acessadas pelo portal da Biblioteca Virtual de Saúde.

Como critérios de busca foram utilizados isoladamente as palavras-chave: “cesárea”, “via de parto” e “parto”. Com a palavra-chave “parto” foi aplicado o filtro “assunto principal”, 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 que tinham o Brasil como “país/região”. Com a aplicação dos critérios de inclusão, foram geradas listas para cada palavra-chave ou combinação de palavras-chave e chegou-se a um total de 239 trabalhos. Esse levantamento foi realizado entre 4 e 6 de fevereiro de 2014.

Com a leitura dos resumos, os 239 trabalhos foram reagrupados segundo seus campos temáticos, problemas e objetivos. Excluímos do corpus de análises artigos cujas temáticas centrais eram: fatores associados à via de parto; resultados perinatais e maternos relacionados à via de parto; práticas assistenciais, indicadores e políticas relacionados ao parto; estudos de aspectos clínicos e/ou cirúrgicos relacionados ao parto; estudos nos quais a cesariana e o parto eram assuntos periféricos e estudos veterinários. Finalmente, para uma análise crítica da literatura, selecionamos um grupo de 28 trabalhos que tinham como tema central a “decisão”, “escolha” ou

“preferência” relacionada à via de parto, temática diretamente relacionada ao objeto da tese.

No processo de análise, primeiramente, fizemos múltiplas leituras das publicações. Em seguida, construímos quadros nos quais, para cada trabalho, eram anotados: 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, categorizamos os estudos em seis núcleos temáticos, que subsidiaram a interpretação e apresentação dos resultados da revisão.

4.2. Análise de práticas discursivas e produção de sentidos

Com o objetivo de analisar os múltiplos sentidos do *controle tecnológico do corpo e da vida* para mulheres que realizaram cesarianas em serviços privados e públicos de saúde adotamos como abordagem teórico-metodológica a análise de práticas discursivas e produção de sentidos.^{119,120} Esta abordagem trabalha com “a interface entre os aspectos performáticos da linguagem e as condições de produção, entendidas tanto como contexto social e interacional, quanto no sentido foucaultiano de construções históricas”.^{119:23} Para Spink e Medrado,^{119:22} sentido é:

...uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.

Spink e Medrado^{119:26} definem práticas discursivas “[...] como linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem

sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas”. Spink^{120:28} considera que:

Ao trabalhar com *Práticas Discursivas* não estamos procurando estruturas ou formas usuais de associar conteúdos. Partimos do pressuposto que esses conteúdos associam-se de uma forma em determinados contextos, e de outras formas em outros contextos. Os sentidos são fluídos e contextuais.

Como esquemas de pensar e agir, os *habitus*¹⁰⁷ ou as disposições adquiridas e atualizadas ao longo da vida, a partir de pertencimentos a grupos ou classes sociais são “[...] responsáveis, em linhas gerais, pela demarcação das possibilidades de sentidos em que operam as relações de força e poder”.^{119:33} Nesse sentido, “[...] diferentes contextos de socialização definem as oportunidades de contato com repertórios, Gêneros de Fala e linguagens sociais”.^{120:33}

Ao incorporar a questão dos sentidos presentes no discurso dos sujeitos consideramos, portanto, que o processo da produção dos sentidos não ocorre meramente no plano individual e, assim, buscamos compreender como os discursos em torno da cesariana são criados. No cerne da noção de práticas discursivas estão as seguintes proposições teóricas: interdependência entre repertórios interpretativos, pertencimentos, contextos, fluidez no tempo e centralidade dos processos de interação e relações de poder.¹¹⁹

Para a análise de práticas discursivas e produção de sentidos, utilizamos como fontes orais entrevistas realizadas com mulheres que passaram por cesarianas no setor privado e no setor público de saúde, no Rio de Janeiro e em São Paulo, em 2011.

Essas entrevistas foram realizadas como parte da pesquisa “Itinerários terapêuticos e a construção da decisão pelo parto cesáreo”. Esse estudo, no

qual participei como entrevistadora e pesquisadora, foi desenvolvido entre 2010 e 2013, sob a coordenação de Claudia Bonan e Kátia Silveira da Silva (IFF/FIOCRUZ), com concessão de auxílio do CNPq. A pesquisa de “Itinerários terapêuticos” visou compreender como se constrói a decisão pela cesariana em uma trama de relações e interações que envolvem, além das mulheres, os médicos, os familiares e pessoas próximas e, eventualmente, outros atores (pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/Fiocruz sob o CAAE-0024.0.008.000-11) (ANEXO 2).

Para captar as participantes, o referido estudo utilizou o banco de dados de outra pesquisa intitulada “Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, desenvolvida sob a coordenação da Dra. Maria do Carmo Pires Leal (Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz), cujo objetivo foi conhecer os determinantes, a magnitude e efeitos adversos decorrentes da cesariana desnecessária no Brasil.¹²¹ De representatividade nacional, o inquérito incluiu 23.940 mulheres puérperas das 27 unidades da federação, que tiveram partos em unidades públicas e privadas, das capitais e do interior.

Do banco de dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, o estudo de “Itinerários terapêuticos” selecionou possíveis participantes de acordo com os seguintes critérios: ter realizado cesariana de janeiro a dezembro de 2011 em maternidades ou hospitais da região metropolitana do Rio de Janeiro e de São Paulo e ter entre 18 e 35 anos completos no momento do parto. Os critérios de exclusão foram: partos gemelares, ocorrência de neomorto ou natimorto, filho internado em unidade de terapia intensiva, posições do feto atravessado ou sentado, ocorrência de malformação grave e idade gestacional menor ou igual a 36 semanas ou menor de 9 meses. Com esses critérios, em uma adaptação

das proposições de Robson,⁵⁶ pretendeu-se captar mulheres que haviam realizado cesariana por motivos que não médicos – ou não exclusivamente médicos –, excluindo aquelas que cujos riscos clínicos e obstétricos tornassem a cirurgia uma indicação imperativa.

De uma lista de sujeitos elegíveis, conseguiu-se a participação de 77 mulheres, que concederam entrevista aberta em profundidade,¹²² majoritariamente em suas próprias residências. Para as entrevistas, utilizou-se uma pauta temática que incluía a história da última gestação e dos cuidados de pré-natal, parto e puerpério, a história das gravidezes e partos anteriores, a história das gravidezes e partos na família e no círculo de amizades, a história afetivo-sexual e de cuidados com a saúde sexual e reprodutiva (ANEXO 3). As falas foram gravadas em áudio digital e posteriormente transcritas para análise e as participantes da pesquisa assinaram previamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo CEP (ANEXO 4). O tempo transcorrido entre o parto e a entrevista foi de 4 a 18 meses. Para a análise, foram utilizadas 42 entrevistas com mulheres que realizaram cesariana no setor privado de saúde e 28 entrevistas com as mulheres que realizaram a cirurgia no setor público de saúde.

Na etapa de análise, primeiramente, realizamos leituras livres do material das entrevistas. Na medida em que os núcleos temáticos emergiam, construímos quadros para organizar os discursos das mulheres entrevistadas. Em seguida, examinamos mais finamente os repertórios interpretativos colocados em movimento nas falas e os processos de dialogação interna e externa dos discursos – a construção de sentidos nas interações estabelecidas em determinados contextos e situações e com o próprio pesquisador. Por fim, a

categoria *controle do corpo e da vida* auxiliou o alinhavo das práticas discursivas acerca do parto e do nascimento e a compreensão da produção de sentidos em torno da cesariana. Os resultados dessa análise são apresentados em dois artigos: o primeiro, com as mulheres que realizaram cesariana em maternidades ou hospitais privados e, o segundo, em maternidades ou hospitais públicos.

4.3. Aspectos éticos

O estudo segue estritamente as regulamentações de normas éticas em pesquisa com seres humanos, estabelecidas primeiramente pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (vigentes na época da aprovação do estudo de “Itinerários terapêuticos”), e posteriormente, em 2012, pela Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. Utilizamos para o desenvolvimento da tese o material da pesquisa “Itinerário terapêutico”, portanto, não houve recrutamento de novos sujeitos. Obteve-se autorização da coordenadora do projeto e orientadora da tese, Claudia Bonan, para a utilização desse material (ANEXO 5).

O projeto de pesquisa da tese foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz e obteve autorização em 27 de outubro de 2014, sob o número CAAE 36529714.2.0000.5269. A pesquisadora resguardou a privacidade e o anonimato das participantes e o sigilo das informações e utilizou o material coletado exclusivamente para fins científicos.

PARTE II - COLETÂNEA DE ARTIGOS

Capítulo 5. A DECISÃO PELA VIA DE PARTO NO BRASIL: TEMAS E TENDÊNCIAS NA PRODUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA

Liana Carvalho Riscado¹, Claudia Bonan Jannott², 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, realizou-se um levantamento de produções dedicadas ao tema da cesariana no Brasil, publicadas 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	Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital.	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	Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale.	<u>Birth</u>	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	Consumer demand for caesarean sections in Brazil. Demand should be assessed rather than inferred	<u>BMJ</u>	2002
Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR et al. ³⁵	Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study.	<u>BMJ</u>	2001
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	The Brazilian Preference: Cesarean Delivery among Immigrants in Portugal.	<u>PLoS One</u>	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
Osis MJD, Ceccati JG, Pádua KS, Faúndes A. ⁴⁰	Brazilian doctors' perspective on the second opinion strategy before a C-section.	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	Medical students' personal choice for mode of delivery in Santa Catarina, Brazil: a cross-sectional, quantitative study.	<u>BMC Medical Education</u>	2012
O'dougherty M. ⁴³	Plot and irony in childbirth narratives of middle-class.	Medical Anthropology Quarterly	2013
Ferreira LA, Silva JAJ, Zuffi FB, Mauzalto ACM, Leite	Expectativas de gestantes em relação ao parto.	Rev Pesq: Cuid Fundam	2013

CP, Nunes JS. ⁴⁴		Online	
Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. ⁴⁵	The Cultural Construction of the Birth Process.	J Res: Fundam Care Online	2013
Béhague DP, Victora CG, Barros FC. ⁴⁶	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
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	Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review.	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 seis 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 quantitativos 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.⁴² 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, recai 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 destitui 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 macrossocial. 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 cross cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. 4. ed. Long Grove, Illinois: Waveland Press; 1993.
2. Diniz SG. Women's movement defends birth centres in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2009;17(34):188-9.
3. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*. 2010;38(8):415-22.
4. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina*. 2010;38(9):460-8.
5. Faúndes A, Cecatti JG. A Operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad Saude Publica*. 1991;7(2):150-73
6. Leal MC, Silva AA, Dias MA, Gama SG, Rattner D, Moreira ME et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9(15):1-8.
7. Hofelmann DA. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009. *Epidemiol Serv Saude*. 2012; 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 Saude Publica*. 2010;44(1):80-9.
9. Gurgel RQ, Nery AMD, Almeida MLD, Oliveira ERR, Lima DDF, Bettiol H et al. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2009; 9(2):167-77.
10. Almeida SD, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AAM, Ribeiro VS. Diferença notável nas taxas de parto cesariano em hospital público e hospital privado no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(12):2909-18.
11. Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AAM, Bettiol H, Batista FL, 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;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;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; 39(4):646-54.
14. Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cad Saude Publica*. 2011;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 Saude Publica*. 2009;25(1):124-32.
16. Ramos JGL, Martins-Costa S, Vettorazzi-Stuczynski J, Brietzck E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul - Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003;25(6):431-6.
17. Araujo Júnior E, Freitas RCM, Di Bella ZI, 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;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; 30(3):102-5.
19. Zaconeta AM, Queiroz IFB, 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;35(3):130-5.
20. Leão MRC, Riesco MLG, Schenk CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013;18(8):2395-2400.
 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 SM, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;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 Saude Mater Infant*. 2010;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 et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio-antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2010;10(2):191-7.
 26. Sodré 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;19(3):452-60.
 27. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP. O mix público-privado na utilização de Serviços de Saúde: estudo dos itinerários terapêuticos. *Cien Saude Colet*. 2008;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 pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2008;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;35(1):33-40.
 30. Faisal-Cury A, Menezes, PR. Fatores associados à preferência por cesariana. *Rev Saude Publica*. 2006;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 Saude Publica*. 2004; 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 Saude Publica*. 2003; 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; 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;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;323(7322):1155-8.
36. Dias MAB, Deslandes S. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2004; 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;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;8(3):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 e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1587-96.
40. Osis MJD, Ceccati JG, Pádua KS, Faúndes A. Brazilian doctors' perspective on the second opinion strategy before a C-section. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):233-9.
41. Ferrari J, Lima NM. Atitudes de profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil. *Rev Bioét*. 2010; 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 Med Educ*. 2012;12(57):1-9.
43. O'Dougherty M. Plot and irony in childbirth narratives of middle-class. *Med Anthropol Q*. 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*. 2013;5(2):3692-7.

45. Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. The cultural construction of the birth process. *J Res Fundam Care On Line*. 2013;5(4):591-8.
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):942-5.
47. Chiavegatto Filho ADP. Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no município de São Paulo. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;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*. 2011;342:1-7.
49. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Capítulo 6. O CONTROLE TECNOLÓGICO DO CORPO E DA VIDA: UM ESTUDO COM MULHERES QUE REALIZARAM CESARIANA NO SETOR PRIVADO DE SAÚDE

Liana Carvalho Riscado
Claudia Bonan Jannotti
Regina Helena Simões Barbosa

Resumo

O artigo estuda os sentidos que a ideia de *controle do corpo e da vida* adquire nos discursos acerca da decisão sobre o parto a partir das falas de 42 mulheres que realizaram cirurgia cesariana em maternidades privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro e do município de São Paulo. Trata-se de um estudo que adota a abordagem teórico-metodológica da análise das práticas discursivas e produção de sentidos. Considera-se que a cesárea seria uma prática de nascimento em que está contido o ideário do controle. Este seria exercido em redes de interações entre mulheres, familiares, profissionais, objetos tecnológicos médicos e não médicos, e instituições.

Palavras-chave: Parto. Cesárea. Gênero. Controle.

THE TECHNOLOGICAL CONTROL OVER THE BODY AND LIFE: A STUDY WITH WOMEN WHO HAD CESAREAN SECTION IN THE PRIVATE HEALTHCARE SECTOR

Abstract

The article studies how the notion of body and life control is introduced in the speech that is related to childbirth decision making. It is based on the testimony of 42 women who had cesarean surgery in private hospitals in metropolitan Rio de Janeiro and the São Paulo municipality. The study adopts a theoretical and methodological approach based on the analysis of speech and production of meaning. It is considered that cesarean section would be a childbirth procedure that embeds the idea of control, which would be applied in women, family and professional networks, as well as by medical and non-medical technological objects and institutions.

Keywords: Childbirth; Cesarean Section; Gender; Control.

INTRODUÇÃO

No Brasil, no setor privado de saúde, que tem como usuárias mulheres com renda e escolaridade mais elevadas, 87,5% dos nascimentos aconteceram por cesariana em 2011/2012, e o país se destaca no cenário mundial com mais da metade dos nascimentos sendo realizados através da cirurgia.¹ Consideramos relevante compreender a disseminação da cesariana nesse setor, através dos discursos das mulheres que realizaram a cirurgia. Análises preliminares do material da pesquisa “Itinerários terapêuticos” apontaram como a prática da cesárea entre mulheres do setor privado está ligada a noções de “modernidade”, “progresso”, “civildade” e “controle” via tecnologias.² Nessa direção, partimos da premissa de que o incremento da prática da cesariana é atravessado por estratégias biopolíticas.^{3,4}

Este artigo tem como objeto os sentidos da ideia de controle do corpo e da vida, perpassados por processos societários mais amplos, presentes nos discursos sobre a prática da cirurgia cesárea como forma de nascer, a partir de entrevistas da pesquisa “Itinerários terapêuticos” com mulheres que realizaram cesariana em maternidades privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro e da cidade de São Paulo.² O objetivo do artigo é compreender os sentidos das práticas discursivas que colaboram para a realização da cirurgia.

METODOLOGIA

A abordagem teórico-metodológica adotada neste estudo é a análise de práticas discursivas e produção de sentidos. Para Spink e Medrado,^{5:26} práticas discursivas devem ser definidas “[...] como linguagem em ação, ou seja, as

maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas”. Spink^{6:28} considera que:

Ao trabalhar com *Práticas Discursivas* não estamos procurando estruturas ou formas usuais de associar conteúdos. Partimos do pressuposto que esses conteúdos associam-se de uma forma em determinados contextos, e de outras formas em outros contextos. Os sentidos são fluídos e contextuais.

As participantes do estudo são 42 mulheres que compõem uma subamostra da pesquisa “Itinerários terapêuticos e a construção da decisão pelo parto cesáreo”,² desenvolvida entre 2010 e 2013. As entrevistadas nesse estudo foram mulheres que realizaram cesarianas na região metropolitana do Rio de Janeiro e no município de São Paulo, no ano de 2011, em serviços públicos, privados e conveniados com o SUS, captadas no banco de dados da pesquisa “Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”.⁷ Como critério de inclusão estabeleceu-se ter idade entre 18 e 35 anos. Os critérios de exclusão foram: partos gemelares; ocorrência de neomorto ou natimorto; filho internado em unidade de terapia intensiva; posições do feto atravessado ou sentado; ocorrência de malformação grave; e idade gestacional menor ou igual a 36 semanas ou menor de 9 meses. Utilizando e adaptando as proposições de Robson,⁸ pretendeu-se excluir mulheres com condições clínicas ou obstétricas que poderiam contribuir para uma indicação médica absoluta de cesariana. Buscou-se contato telefônico com todas as mulheres elegíveis (cerca de 220), mas puderam ser encontradas e aceitaram participar da pesquisa 77 mulheres. A amostra de 42 mulheres do estudo apresentada neste artigo refere-se àquelas que realizaram cesariana em 4 maternidades privadas da região metropolitana do Rio de Janeiro e da cidade de São Paulo.

As informações foram coletadas por meio de entrevistas abertas em profundidade,⁹ realizadas nas próprias residências das mulheres. O tempo transcorrido entre o parto e a entrevista foi de 4 a 18 meses. Utilizou-se uma pauta temática que incluía a história da última gestação e dos cuidados de pré-natal, parto e puerpério, a história das gravidezes e partos anteriores, a história das gravidezes e partos na família e no círculo de amizades, a história afetivo-sexual e de cuidados com a saúde sexual e reprodutiva. As falas foram gravadas em áudio digital e posteriormente transcritas para análise.

Em primeira instância, foram feitas várias leituras livres do material das entrevistas. Na medida em que os núcleos temáticos emergiam – dor e sofrimento, integridade corporal, riscos de adoecimento e morte, impressões e expressões estéticas do parto, a organização do ritual social do nascimento, planejamento e articulação entre vida reprodutiva e produtiva –, foram construídos quadros para organizar os discursos das mulheres entrevistadas. No corpo dos textos das partes “Resultados e discussão” e “Considerações finais”, palavras e expressões tomadas das falas das mulheres estão entre aspas.

O estudo segue as normas de pesquisas com seres humanos estabelecidas pela Resolução 466/12. Ele foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira e obteve autorização em 27 de outubro de 2014, sob o número CAAE 36529714.2.0000.5269.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do perfil das mulheres entrevistadas

As mulheres entrevistadas têm uma média de idade de 30 anos. Quase todas têm um relacionamento estável e vivem com companheiro, possuem nível de ensino superior, exercem profissões liberais, são de classes médias e altas e vivem em centros urbanos. Quanto ao histórico da vida reprodutiva, quase todas tem um ou dois filhos, sendo que os nascimentos dos primeiros filhos foram, geralmente, através de cesarianas. No universo das 42 mulheres poucas tinham experiência prévia com parto vaginal.

A desnecessidade da dor

O sentido do parto vaginal como doloroso, a ideia da cesariana como algo capaz de ludibriar a dor do parto e mitigar o medo de “sofrer”, já demonstrados em outros estudos,^{10,11} também aparece no universo estudado:

“[Para um parto vaginal é preciso] coragem, coragem de sentir muita dor. Eu sou fresca demais. Então, eu sei que é o tipo da coisa que não combina comigo.”(Joana)

“Dor, dor, dor [parto normal]. Que é uma dor que eu não conheço, né? Não tive. Aí dizem que é uma dor insuportável. Mas depois que nasce acaba tudo também, né? Que elas falaram.” (Vera)

“Tanto que as experiências que eu ouvi lá das minhas cunhadas, elas tiveram que fazer parto normal. E é isso, era descrição de sofrimento.” (Monica)

O deslocamento do sentido da dor do parto do reino do “natural” e a ideia de que se esquivar da dor é um direito básico é discutida na literatura.¹² Mulheres e médicos compartilham a visão de que, com a “evolução” da cirurgia cesariana, “hoje em dia” não seria mais “necessário” passar pelo “sofrimento” do parto; a disponibilidade de tecnologias analgésicas, anestésicas e cirúrgicas

abre mais do que uma possibilidade, cria uma desnecessidade ou mesmo um novo direito: o de não sentir dor.

“Por isso que eu falei para você, no auge da tecnologia do século XXI, não tem necessidade das pessoas terem filho como se tinha antigamente. Hoje em dia a cesárea está muito evoluída, muito evoluída.” (Ana)

“Aí, quando eu fui nesse primeiro médico, na primeira consulta, ele já falou para mim: ‘Olha! Não tem necessidade de você passar por sofrimento nenhum, vamos fazer cesárea.’” (Fabiana)

“Ele [obstetra] me indicou [a cesárea]. Ele falou que era a melhor coisa, que mulher não foi feita para sofrer daquele jeito. Foi isso.” (Regina)

Para muitas mulheres do estudo, o corpo da “mulher de hoje” – implicitamente, aquelas pertencentes às classes médias e altas - tem uma suscetibilidade diferente à dor e, cada vez mais, o parto vaginal parece se distanciar do considerado “normal”. Como sugere o depoimento a seguir, há rupturas com ideias de naturalidade e normalidade relacionadas a processos corporais fisiológicos e uma naturalização e normalização da intervenção tecnológica nos processos corporais, ou seja, do corpo operado tecnicamente de fora.

“E a gente é menos preparada para ter parto normal hoje, do que era 50 anos atrás. Fazemos muito menos esforço físico no dia a dia, então a dor de um parto normal é muito maior hoje, eu acho, do que era antigamente. Porque antigamente ficava abaixada pra lavar roupa, lavava roupa no rio abaixada. Então aquilo era normal, aquele movimento, aquele processo todo era normal. Hoje eu acho cada dia mais distante a normalidade de um parto natural para as pessoas do que de uma cesárea.” (Carla)

Estar anestesiada aparece como sinônimo de ser “bem cuidada” e de segurança, e “não sentir” aparece como algo positivo:

“Não, estou fora, Deus me livre! Sentir dor, eu estou fora. É o que eu estou falando para você, eu já expeli quatro cálculos renais [compara com dor de parto], e aquela dor toda eu já senti. Então quando eu penso em sentir essa dor de novo, eu não quero, não quero mesmo! Estou fora, eu quero anestesia! Eu quero ser bem cuidada!” (Ana)

“O parto seguro é o parto realmente onde você não sinta dor, não sinta nada, que é o que eu estava prezando na época, não queria sentir dor nenhuma, e é um parto que está ali para cuidar de você, tirar o seu filho com saúde, com todos os cuidados.” (Amanda)

Embora muito difundidos entre as mulheres escutadas nesta pesquisa, esses sentidos e valores atribuídos aos processos fisiológicos e às intervenções tecnológicas, relacionados ao parto e ao nascimento não devem ser generalizados. Estudos com outros grupos mostram a variabilidade das subculturas que rodeiam essas experiências. Mulheres de classes médias e altas estudadas por Carneiro¹³ significam e valorizam positivamente o processo de parir, do qual são partes inerentes a dor e o descontrole, como em um retorno à natureza. Outras pesquisas, realizadas com mulheres no SUS, apontaram a visão da dor do parto como algo natural ao processo de parturição e, de certa maneira, algo que se deve suportar.^{14,15,16}

As participantes no nosso estudo, entretanto, opinam que os benefícios da cirurgia suplantam possíveis vantagens do parto vaginal, por exemplo, uma recuperação mais rápida e menos sofrida. A dor do pós-operatório da cesárea é representada como algo “tranquilo”, ‘que pode ser minimizado com a utilização de medicamentos: trata-se de uma dor do início (causa) ao fim (tratamento) controlada pela tecnologia.

“Não senti dor, não senti nada porque eu estava à base de remédio, né? A médica deixa prescrito a medicação que a paciente vai tomar. Então assim que passou a anestesia eles já vieram como todos os remédios que eu precisava tomar. Depois quando eu cheguei em casa, eu comprei todos os remédios de novo, ainda tomei quase uns dez dias de remédio, né? Porque eram caixas de remédios, duravam mais ou menos uns dez dias. Não sentia dor, não sentia nada. Então a minha recuperação foi excelente.” (Ana)

“Foi uma beleza. O parto cesáreo também foi bom. Não doeu muito igual falaram que ia doer.” (Silvia)

“Não senti nada. Dores, todo mundo fala: ‘Ah, cesárea é ruim’. Eu não senti dor, quando eu cheguei em casa eu fazia tudo.” (Raquel)

Integridade corporal

Em muitas falas, o parto vaginal aparece como ameaça à integridade do corpo, como uma “agressão”, uma “brutalidade”, visão que, muitas vezes, compartilham com o obstetra.

“Eu nunca quis ter parto normal, porque eu acho, eu penso que é uma coisa, assim. Eu acho que é uma agressão muito forte. Eu não queria passar por essa experiência. Eu tinha medo.” (Mariana)

“Por ele [obstetra] não existia mais o parto normal, porque ele acha que é um absurdo o parto normal, uma brutalidade. Ele só faz cesárea mesmo.” (Tatiana)

O parto vaginal deixa sequelas no corpo, conforme enfatizam algumas mulheres. Funções excretórias e sexuais são ameaçadas, seja pela passagem do bebê pela vagina, seja pela manipulação médica do períneo. Iatrogenias derivadas de intervenções médicas no parto vaginal muitas vezes são confundidas com agressões do parto em si, fazendo com que as mulheres acreditem ser esse modo de parir mais deletério para o corpo feminino.¹⁷

“A maioria das mulheres que eu conheço, que fez parto normal, teve que fazer operação de bexiga depois, além do períneo.”(Ana)

“E a desvantagem do [parto] normal é que você pode ficar com uma incontinência urinária.” (Odete)

“Um troço horrível. Imagina chegar e cortar com bisturi? [episiotomia] E depois como é que fica? Não volta ao normal.”(Daniela)

“Medo eu tenho das duas, né? Porque a outra [parto vaginal] também tem que cortar.”(Beatriz)

Em um parto vaginal, a episiotomia é vista como um procedimento necessário, um modo de mitigar o “estrago”, e o corte na região genital pode ser mais assustador do que o corte da cesárea. Normas sexuais falocêntricas e genitocêntricas promovem uma espécie de conflito de interesses entre o bebê e o parceiro sexual. Nesse sentido, a cesariana pode representar um arranjo

sociotécnico que aprofunda a desvinculação sexualidade/reprodução, ao designar territórios corporais diferentes para essas atividades.

“Quando ele é grande, o estrago é maior, né? A gente brincava, sempre falava do tamanho, que estava muito grande, a médica até brincou um dia, falou assim: ‘olha, do tamanho que ele está eu acho que o seu marido também não vai gostar que seja normal’.”(Carla)

Ao contrário do parto vaginal, com o aprimoramento das tecnologias e técnicas cirúrgicas, a cesárea seria algo pouco “agressivo”, deixaria poucas ou mesmo nenhuma marca no corpo. A ausência de marcas corporais após a maternidade parece ser valorizada entre as mulheres, que não querem ser reduzidas à dimensão “mãe” – diferentemente das mulheres de classes populares estudadas por Paim,¹⁸ para quem tais marcas corporais são apreciadas ao registrar a função social materna.

“Eu não tive problema nenhum, nenhum. Hoje em dia nem a marca de cesárea aparece direito. Só foram três pontos que ela deu, porque ela faz ponto de cirurgia plástica.” (Ana)

O “corte e costura” da cesárea é naturalizado. Os sentidos do procedimento como cirurgia são esmaecidos, parece que “não estava acontecendo nada”: “corta”, “abre”, “tira” “costura”; é “light”, “rápido”, “tranquilo”.

“Então, assim, quem olha parece que realmente não estava acontecendo nada. Simplesmente estão me abrindo, estão me costurando, estão tirando.” (Eliane)

“A gente entra, toma a anestesia, aí corta, o neném nasce rapidinho, daqui a pouco tá no quarto. Eu nem vi passar a anestesia. É muito rápido! Quando você vê, já nasceu.” (Helena)

A banalização das intervenções cirúrgicas sem as clássicas indicações médicas no Brasil não é exclusividade do universo da cesariana. Encontra-se um aumento expressivo de cirurgias estéticas, sobretudo entre mulheres, que, além de uma preocupação com a beleza, carrega múltiplos sentidos – acesso ao consumo, mobilidade social, competitividade no mercado de trabalho e na

economia neoliberal da libido¹⁹ – e reflete uma crescente permeabilidade do corpo feminino a intervenções biomédicas.

Riscos de adoecimento e de morte

O trabalho de parto e o parto são representados como eventos perigosos que acarretam ameaças à saúde, em especial, riscos de adoecimento ou morte do bebê. A saúde do bebê é componente importante das ponderações envolvidas na eleição do modo de parturição. As histórias de nascimentos por cesárea são geralmente lineares, descomplicadas, contrastando com relatos de trabalhos de parto e partos vaginais que são muitas vezes dramatizados:

“Ela [irmã] não teve condições e o médico deixou passar muito tempo. Minha sobrinha engoliu líquido amniótico na hora do parto. Quando foi fazer parto cesáreo, fez tudo correndo porque ela já estava com o cordãozinho enroscado no pescoço, ela teve até um corte aqui no supercílio, então foi bem traumático.” (Karina)

Na percepção das mulheres, os riscos de uma intervenção cirúrgica – medicamente criados – são calculados e administrados; aqueles de um parto fisiológico são imprevisíveis e incontroláveis, daí a percepção de que a cirurgia é mais segura. A anestesia é a única intervenção médica que gera temores, mas no balanço de riscos e benefícios, ela não assombra as mulheres como um parto ditado pelos processos fisiológicos, interminável e temerário:

“A única coisa que eu tenho medo da cesariana é da anestesia. Eu já tinha passado por ela uma vez e a minha segunda experiência com anestesia foi ainda melhor do que a primeira, a primeira foi pior.”(Beatriz)

O controle médico e tecnológico do corpo, da saúde e dos processos reprodutivos é uma disposição incorporada ao longo da vida dessas mulheres,

no processo de socialização. Sempre “me cuidei muito”, atestam, e na gravidez esses cuidados são intensificados, visando também à saúde do feto. A qualidade da assistência pré-natal e a segurança da gestação estão intimamente associadas à quantidade de ultrassonografias, exames de sangue e outras tecnologias de vigilância da gravidez, além de complementos alimentares, dietas e exercícios:

“É, eu ia uma vez por mês à consulta. Fazia todos os exames. Fazia exame de sangue, de urina, ultras, vários exames.” (Fabiana)

“Tinha uma nutricionista me controlando, fiz pilates. Então assim, eu digo assim, que eu me cuidei mais.” (Iara)

Os exames complementares e de imagem permitem saltar o corpo, prescindir dos sinais que ele emite sobre o bem-estar do bebê. Tecnologias visuais propiciam um conhecimento mais objetivo sobre o desenvolvimento fetal intrauterino, o corpo pode enganar:

“Sonar para escutar o bebê. você escuta, mas não vê. A gente trabalha muito com a visão. Então só escutar a gente não sabe se está tudo bem, se está para lá, está para cá, mexendo. Com a ultra é diferente, na ultra você sai mais feliz”(Luisa)

A expectativa da produção do “bebê perfeito”, a ideia de que o feto está, não em segurança, mas sim em perigo no corpo da mãe e a responsabilização das mulheres por resultados negativos para o feto²⁰ – reforçadas pelos discursos dos obstetras de incompetência do corpo feminino, como se observa em expressões como “não tem passagem”, “não tem dilatação”¹² – contribuem para a ideia de que o parto vaginal é destinado a poucas²¹:

“Porque com 7 meses, 6 meses... a obstetra disse que talvez eu não conseguisse ter parto normal porque eu não tinha passagem. A minha pelve era muito estreita.” (Fabiana)

Assim, deve-se controlar o corpo na gestação e no momento do nascimento,²⁰ antecipando-se a possíveis problemas no momento do parto,

percebido como arriscado para a integridade e a vida da mulher e do bebê. Para controlá-lo, é necessário um ambiente apropriado, com técnicos e tecnologias.

“Quando você se vê dentro de um hospital, você se sente amparada: Bom, se acontecer coisa mais forte, tem profissionais habilitados para isso. Em casa, por mais que tenha profissionais lá da área da saúde, mas não sei, não tem a mesma aparelhagem, é psicológico. Porque a modernidade nos dá isso e, em casa, não tem” (Tânia)

Portanto, a lógica intervencionista do pré-natal é também transposta para o momento do nascimento. Este se tornou, por assim dizer, mais um item em um pacote de intervenções que fazem parte de um “modelo medicalizado-mercantilizado” de assistência à saúde. Em tal modelo o conhecimento técnico-científico tornou-se uma ferramenta do “comércio” do parto,²² assim como do pré-natal.

A estética do parto

A preferência das mulheres por ambientes limpos, assépticos e cercados de tecnologias, como um centro cirúrgico, aparece como uma tentativa de controle das expressões estéticas do parto. A imagem da criança que nasce suja de sangue, mecônio e líquido não combina com uma cultura que valoriza a higiene e a limpeza. Vários aspectos da vida da mulher “civilizada” envolvem a assepsia do corpo, o que se contrapõe à imagem do parto vaginal e suas secreções naturais. Assim, a estética de um parto vaginal não contido e “sujo” não condiz com a mulher “civilizada”, e é algo que não se quer nem assistir:

“Ah, deve ser um negócio horroroso. Cruz credo! Não quero não [assistir a um parto vaginal].” (Odete)

No parto vaginal a mulher pode ficar horas “fazendo força”: trata-se de um corpo “descontrolado”, que tem que se “esticar”, algo “apavorante” tanto para a integridade corporal quanto esteticamente:

“Não, ficar fazendo força. Sabe lá quanto tempo o neném vai demorar para nascer.” (Helena)

“Não, assim. Por que como é que a gente pode esticar tanto daquele jeito? Sai uma criança de dentro de você, é uma coisa meio que me apavora.” (Patrícia)

Por vezes, o nascimento em si, seja via parto vaginal ou cesárea, aparece como um evento esteticamente desagradável e o bebê, um ser humano que nasce “sujo”, “imundo”:

“Porque se você parar e pensar, eu acho que para um homem, por mais que você fale que é o maior barato ele ver o filho dele nascendo, é muito agressivo [o nascimento]. Ele está vendo um ser humano aberto, e um chegando todo sujo, imundo e tal. Eu acho que nem todo homem está preparado para assistir isso não.” (Eliane)

“Daí a gente fica olhando os partos. É horrível de se ver. Nem um, nem outro. Nem normal, nem cesárea.” (Laura)

Já para outras depoentes, a cesárea aparece como esteticamente “light” e “legal”. Um nascimento que pode ser retratado esteticamente, pois não aparece “muita coisa” – fluidos e tecidos do corpo humano – e os profissionais têm o cuidado de “tampar tudo”, para não aparecer sangue etc:

“É. Ele [marido] gravou. Até eu assisti. Depois eu assisti, foi bem light, porque eles tampam tudo. Você só vê o neném saindo e tal, aí não vê uma coisa, não vê cortando, não vê sangue, né? Aí eu acho que foi legal.” (Odete)

A contenção das atividades corporais surge como algo que expressa “civilidade”,²³ enquanto o parto vaginal é uma prática que remete ao “selvagem”, ao “primitivo”. As práticas que não envolvem medicalização são vistas como não científicas, supersticiosas e atrasadas.²⁴ Assim, parir hoje seria algo mais difícil e mais arriscado, para a mulher e o bebê; e, esteticamente, não condiz com a “mulher civilizada”, que pode usufruir das

tecnologias médicas e não médicas para “apagar” os vestígios de sua condição biológica:

“Então parto normal nunca passou pela minha cabeça, nunca. Foi uma opção [a cesárea]. Estou falando, parto normal é muito bom para índio, vaca, cabra que está no meio do mato, eu estou fora.” (Ana)

Assim, paradoxalmente, essas mulheres “naturalizam” o nascimento e a maternidade, mas apartam-se de sua condição biológica, buscando diferenciarse do “índio”, da “vaca”, da “cabra”. Isto é, do que se constituiu como “natureza”,²⁵ afastando-se de seu corpo biológico na tentativa de exercer um controle sobre ele e a vida.

O tempo social e produtivo

O momento do nascimento deve ser controlado, organizado e planejado para se adequar à vida das “mulheres de hoje”. O planejamento da vida reprodutiva aparece como relevante para essas mulheres, para quem a gravidez e o parto devem ser previsíveis e planejados. Assim, a cesariana, pela possibilidade de data marcada, aparece como situação ideal e vantajosa para as mulheres:

“Da cesárea, o bom assim que hoje eu vejo que marca um dia e um horário que você tem que se programar.” (Tânia)

Cherniak e Fisher¹² argumentam que o índice de cesariana cresceu juntamente com o aumento da escolaridade das mulheres até o nível superior, com sua participação na força de trabalho, na vida pública e política. Nesse sentido, em geral, os nascimentos, assim como as gestações, são planejados dentro de um contexto conjugal, familiar, financeiro e profissional favorável.

Afinal, a mulher “hoje em dia” estuda, trabalha – a maioria ainda acumula duplas jornadas de trabalho –, participa da vida social e tem que racionalizar o seu tempo.

“Muita gente prefere a cesárea pela facilidade de marcação, porque hoje em dia a mulher trabalha, a mulher tem várias obrigações, então assim muitas mulheres também optam.” (Luisa)

“Ai! Foi ótima! Porque foi planejada, a gente se programou. Eu e meu marido. A gente se programou. Calculamos. Eu trabalho numa creche da prefeitura e eu calculei o tempo certo pra poder ficar em casa. Foi tudo assim. Deu tudo certo. Conforme a gente pensou.” (Nadia)

“Não ia ter quem ficasse com ela [filha mais velha] para mim, aí eu optei por agendar o parto por causa disso, para programar melhor quem ia ficar com ela, quem ia cuidar dela enquanto eu estivesse lá?” (Valéria)

A cesárea marcada com antecedência é um arranjo social e institucional que aparece como uma vantagem por possibilitar a busca da data mais conveniente também para o companheiro, os pais e outros familiares. Portanto, o nascimento hospitalar, cercado de intervenções médicas e cirúrgicas, não elimina simplesmente o componente familiar do parto, mas o reestrutura profundamente. Nesse aspecto, não se pode falar da perda da dimensão social e familiar no evento do nascimento, mas de um novo sentido atribuído a esse fenômeno como algo previsível, controlado e planejado dentro de um novo contexto social na vida dessas mulheres e famílias.

“Estavam todos comigo dentro do quarto. Inclusive quando eu voltei da cesárea, estavam, todos os 40 [familiares], dentro do quarto.” (Gabriela)

No âmbito da discussão das relações de gênero e dos direitos reprodutivos, as condições reais para o exercício a maternidade não foram prioridade.²⁶ O trabalho com vínculos incertos e precários, que atinge, sobretudo, as mulheres,^{27,28} as predispõe a um receio de perder o emprego e o controle sobre sua vida. Uma das possíveis consequências pode ser o retorno

precoce das mulheres precarizadas à vida laboral e/ou a intensificação do ritmo de trabalho, como forma de compensar o período de afastamento para o puerpério, o que pode intensificar a necessidade de planejamento do tempo entre as mulheres. Lupton e Schmied²⁹ apontam a necessidade de controle imputada às mulheres nas sociedades contemporâneas: elas precisam controlar o nascimento de seus filhos, assim como sua vida profissional. A organização do hospital e o tempo do médico também precisam de controle, o qual é facilitado por uma cesariana marcada.

“Ele já tinha dado a opção da cesárea por conta do agendamento do hospital, que ele disse que era complicado. Se fosse normal ele falou que não tinha vaga quando chegava, e [que] marcado era melhor porque já estava tudo agendadinho, tudo estaria nas mãos dele. Aí isso foi na primeira consulta.” (Tânia)

“Eu decidi que ia ser cesárea porque logo ele [o obstetra] ia viajar...” (Rita)

“Não, ela [obstetra] até que aceitou numa boa [marcar a cesárea]. Porque para médicos às vezes é melhor. Porque é marcadinho direitinho o dia, a hora, data. Tudo para ela. Assim, ela tinha muitos pacientes, então ela tinha medo da pessoa correr risco. Da pessoa estar passando mal, ligar para ela, ela ter que largar às vezes uma paciente e ter que correr para fazer um parto.” (Patrícia)

As falas apontam que a conveniência dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, associada aos seus interesses mercantis, assim como das instituições hospitalares, não podem ser minimizados. Numa sociedade capitalista, a cesárea significa maior produtividade, pois pode ser realizada em menor tempo e maior lucratividade, pelo aumento das despesas hospitalares.²²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos que, entre os sujeitos da pesquisa – mulheres urbanas de classes médias e altas e usuárias de planos de saúde – são preponderantes os sentidos da cesárea como um nascimento em que há controle da dor, da integridade genital, das expressões estéticas, dos riscos e do tempo. Tais sentidos são fortalecidos e construídos juntamente com o discurso sutil ou explícito dos profissionais, figuras com as quais as mulheres pesquisadas relatam significativos vínculos de confiança. Destacamos que a cirurgia não pode ser concebida como escolha individual das mulheres ou dos profissionais. A crescente prática da cesariana faz parte de um contexto sociocultural, econômico e político em que se valoriza, entre outros fatores, a ideia de controle tecnológico do corpo e da vida.³

Como pontuado por Rezende³⁰ em um estudo com gestantes primigestas, a vivência de algo desconhecido e imprevisível, como a gestação e o trabalho de parto, leva a inseguranças, angústias e a uma construção da subjetividade baseada em um controle de si, mesmo quando a cesariana não é desejada. Consideramos que este controle é perpassado por forças materiais e por normas sociais⁴ que regulam todas as esferas e dimensões da vida contemporânea. Sendo assim, é exercido em redes de interações entre mulheres, familiares, profissionais, coisas ou objetos tecnológicos (médicos e não médicos) e instituições, os quais são fortemente influenciados por interesses econômicos.

REFERÊNCIAS

1. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 (Supl.):101-16.
2. Bonan C. Itinerários terapêuticos e a construção da decisão pelo parto cesáreo. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
3. Rose N. A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus; 2013.
4. Foucault M. História da sexualidade I. A vontade do saber. 7. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
5. Spink MJ, Medrado B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJ. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano [Internet]. 2013 [citado em 9 Fev. 2016] 20 p. Disponível em: <http://maryjanespink.blogspot.com.br/2013/11/versao-virtual-do-livro-praticas.html>.
6. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010. 72 p.
7. Leal MC, Silva AA, Dias MA, Gama SG, Rattner D, Moreira ME et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9(15):1-8.
8. Robson MS. Can we reduce cesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Pereira RR, Franco SC, Baldin, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saude Soc*. 2011;20(3):579-89.
11. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011; 61(3):382-8.
12. Cherniak D, Fisher J. Explaining obstetric interventionism: technical skills, common conceptualisations, or collective countertransference? *Womens Stud Int Forum*. 2008;31:270–7.
13. Carneiro RG. O que querem as “mulheres que comem placenta”? Práticas de parto sexualizadas e subjetivantes [Internet]. Anais do XV Congresso Brasileiro de Sociologia; 2011; Curitiba, Brasil. Curitiba: Sociedade

Brasileira de Sociologia; [acesso 31 de mai 2014]. 22 p. Disponível em: http://www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2196&Itemid=170.

14. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectiva de dor de parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4):819-27.
15. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiência do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(7):1483-91.
16. 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; 18(5):1303-11.
17. Diniz SG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões Saude Reprodutiva*. 2006; 1(1):80-91.
18. Paim HHS. Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: Duarte LFD, Leal OF. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998: p. 31-47.
19. Edmonds A. the poor have the right to be beautiful: cosmetic surgery in Neoliberal Brazil. *J R Anthropol Inst*. 2007;13(2):363-81.
20. Carter SK. Beyond control: body and self in women’s childbearing narratives. *Sociol Health Illn*. 2010; 32(7):993-1009.
21. Martin E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro, Editora Garamond; 2006.
22. 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.
23. Elias N. *O Processo civilizador. Volume 1: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1994.
24. Jordan B. *Birth in four cultures. A cross cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. 4. ed. Long Grove, Illinois: Waveland Press; 1993.
25. Roberts EFS. Scars of nation: surgical penetration and the ecuadorian state. *J Lat Am Caribb Anthropol*. 2012;17(2):215-37.
26. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saude Publica*. 2002;18(Supl.):103-12.

27. Hirata H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. Cad CRH. 2011;24(1):15-22.
28. Ávila MB. Vida cotidiana e o uso do tempo pelas mulheres. Anais do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais; 2004; Coimbra. Universidade de Coimbra: Coimbra; c2014. 12 p.
29. Lupton D, Schmied V. Splitting bodies/selves: women's concepts of embodiment at the moment of birth. Sociol Health Illn. 2012;20(10):1-14.
30. Rezende, CB. The Experience of Pregnancy: Subjectivity and social relations. Vibrant. 2011;8(2):529-49.

Capítulo 7. PRÉ-NATAL E NASCIMENTO NO SUS: OS SENTIDOS DO CONTROLE DO CORPO E DA VIDA

Liana Carvalho Riscado
Claudia Bonan Jannotti
Regina Helena Simões Barbosa
Andreza Rodrigues Nakano

Resumo

O artigo estuda como se produzem sentidos do controle tecnológico sobre o corpo e a vida nas práticas de pré-natal e de parto e nascimento, a partir das falas de 28 mulheres que realizaram cirurgia cesariana em maternidades ou hospitais públicos da região metropolitana do Rio de Janeiro e do município de São Paulo. Trata-se de um estudo que adota a abordagem teórico-metodológica da análise das práticas discursivas e produção de sentidos. Considera-se que as mulheres não problematizam a necessidade ou não de uma cesariana. O evento do nascimento aparece como algo médico e a cesárea como mais uma possível intervenção a partir de uma indicação médica.

Palavras-chave: Parto. Cesárea. Gênero. Controle.

PERINATAL AND BIRTH AT SUS: THE MEANINGS OF THE CONTROL OVER THE BODY AND LIFE

Abstract

The article studies how meaning is produced in a context of technological control over the body and life in prenatal, delivery and birth practices. Research is based on the testimonies of 28 million women who had cesarean sections in maternity hospitals or public hospitals of metropolitan Rio de Janeiro and the São Paulo municipality. The study adopts a theoretical and methodological approach based on the analysis of speech and the production of meaning. It is considered that women do not have a critical view on whether they need a cesarean section or not. Childbirth appears as a medical event and, as a result of medical advice, cesarean section is considered as just one of many possible interventions.

Keywords: Childbirth; Cesarean Section; Gender; Control.

INTRODUÇÃO

O aumento das taxas de cesariana desde a década de 1970 é uma realidade que afeta inúmeros países.¹ O Brasil se destaca com mais da metade dos nascimentos a cada ano sendo realizados através de uma cirurgia,² distanciando-se muito do que é sugerido pela Organização Mundial de Saúde, que estabelece como razoável taxas até 10% para a maioria dos países.³ A despeito das intervenções do Ministério da Saúde e de movimentos sociais de mulheres e profissionais que reivindicam mudanças no modelo de assistência obstétrica, esta é uma realidade resistente a transformações.⁴

Tanto no setor público de atenção à saúde quanto no privado, há ampla utilização de cesariana, com uma proporção de 40% e 84,6%, respectivamente.⁵ No setor público, a atenção ao parto e nascimento é caracterizada pelo uso rotineiro de intervenções médicas e tecnológicas não recomendadas ou recomendadas com parcimônia, especialmente o uso de ocitocina, episiotomia, tricotomia, entre outros procedimentos.^{6,7} Além disso, muitas das cesarianas realizadas nesse setor não têm indicação baseada em evidências científicas.⁸

O tema da cesariana tem relevância para a saúde pública pelos seus impactos epidemiológicos e econômicos. A literatura científica que se dedica à temática aponta consequências nefastas do uso abusivo de cesárea nos indicadores de saúde maternos e perinatais.⁹⁻¹⁵ Além disso, discutem-se aspectos variados, tais como fatores associados à realização da cirurgia, às práticas de assistência à gestação, parto e nascimento e ao desenvolvimento, implantação e impactos de políticas nessa área assistencial.¹⁶⁻²⁰ Estudos sobre

experiências e desejos relacionados ao parto com mulheres atendidas em maternidades públicas têm identificado que a cesariana não figura para as usuárias como questão de “escolha” delas e que as intervenções no trabalho de parto e parto são entendidas como parte dos processos de atenção à parturição.²¹ Pesquisas também apontam o temor das mulheres com relação ao atendimento dos profissionais na assistência ao trabalho de parto e outras questões que envolvem a assistência obstétrica, tais como ausência de acompanhante, demora no tempo de admissão e ausência de técnicas para alívio da dor.^{22,23}

Como contribuição para esse campo de conhecimentos e visando a oferecer outras perspectivas de análise para a problemática da cesariana, consideramos pertinente explorar as experiências de parto e de nascimento através das perspectivas das mulheres, em contextos de larga utilização de intervenções médico-tecnológicas, utilizando, para tal análise, o conceito de *biopoder*.²⁴ O corpo do biopoder é marcado por uma proliferação de discursos de controles normativos a respeito dele, sendo que o controle tecnológico sobre o corpo e a vida expressa diversas formas de estratégias biopolíticas que subjazem às diversas formas de intervenção. A cesárea pode ser pensada como uma dessas intervenções, como uma prática perpassada por essas diversas maneiras de gerir a vida, isto é, por uma política sobre o corpo e a vida.²⁴

Análises preliminares do material da pesquisa “Itinerários terapêuticos e a construção da decisão pelo parto cesáreo”²⁵ apontaram que a cesárea, assim como as intervenções no trabalho de parto, aparece nos discursos de usuárias de maternidades e hospitais públicos como uma decisão sobre seus corpos

que não lhes pertence. Com base nos dados desta pesquisa, o presente artigo analisa os discursos dessas mulheres sobre gestação, pré-natal e parto e nascimento. Seu objetivo é compreender quais são e como se produzem os sentidos do controle tecnológico sobre o corpo e a vida na interseção entre experiências reprodutivas e intervenções médicas.

METODOLOGIA

Este estudo seguiu a análise de práticas discursivas e produção de sentidos como abordagem teórico-metodológica^{26,27} para explorar como se produzem sentidos do controle tecnológico sobre o corpo e a vida através da prática da cesárea. Neste tipo de abordagem é valorizado o todo, o contexto no qual se insere a fala do sujeito, partindo-se do princípio de que a linguagem não só explica a realidade, mas a constitui. Focalizamos aqui a “linguagem em uso”, isto é, a compreensão dos sentidos no cotidiano, considerando que estes sentidos são fluidos e contextuais.^{26,27}

As mulheres compõem uma subamostra da pesquisa “Itinerários terapêuticos e a construção da decisão pelo parto cesáreo”²⁵ que também incluiu aquelas que realizaram cesáreas em maternidades privadas e mistas. As participantes da pesquisa “Itinerários terapêuticos” foram captadas no banco de dados da pesquisa “Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”.² A seleção das participantes teve como critérios de exclusão partos gemelares, ocorrência de neomorto ou natimorto, filho internado em unidade de terapia intensiva, posições do feto atravessado ou sentado, ocorrência de malformação grave e idade gestacional menor ou igual a 36

semanas, ou menor de 9 meses. Utilizando e adaptando as proposições de Robson,²⁸ pretendeu-se excluir mulheres que tinham algum fator de risco que poderia contribuir para a realização de cesárea. Como critério de inclusão estabeleceu-se ter idade entre 18 e 35 anos.

As participantes do estudo são mulheres que realizaram cesarianas no ano de 2011, no setor público de saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro (16 participantes) e no município de São Paulo (12 participantes). As mulheres foram contatadas por telefone e convidadas a participar do estudo. O tempo transcorrido entre o parto e a entrevista variou entre 4 e 18 meses.

As informações foram coletadas por meio de entrevistas abertas em profundidade²⁹ realizadas em sua maioria nas próprias residências das mulheres. Utilizou-se uma pauta temática que incluiu a história da última gestação e dos cuidados de pré-natal, parto e puerpério, a história das gravidezes e partos anteriores, a história das gravidezes e partos na família e no círculo de amizades e a história afetivo-sexual e de cuidados com a saúde sexual e reprodutiva. As falas foram gravadas em áudio digital e posteriormente transcritas para análise.

A análise teve como etapa inicial leituras flutuantes dos materiais de entrevista, seguida por categorização e identificação de núcleos temáticos.^{26,27}

O estudo seguiu as normas de pesquisas com seres humanos estabelecidas pela Resolução 466/12. Ele foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira e obteve autorização sob o número CAAE 36529714.2.0000.5269.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das mulheres

As mulheres tinham entre 18 e 33 anos (média de 24,8 anos). Quanto à ocupação, pode-se dizer que as entrevistadas dedicavam-se ao cuidado do lar (quase metade delas), aos estudos ou ao trabalho em ocupações de baixa renda. A maioria vivia com companheiro. Quanto ao aspecto reprodutivo, quinze eram primíparas e treze tiveram duas ou mais gestações, sendo que cinco tiveram partos vaginais anteriores. O perfil dessas mulheres correspondia ao perfil de puérperas atendidas no SUS: mais jovens, sem trabalho remunerado ou vinculadas a trabalhos informais ou de menor remuneração.³⁰

Os cuidados pré-natais

Para a maioria das mulheres, a gravidez não foi planejada. A ideia de que engravidariam em algum momento da vida (seja pela primeira ou nas demais vezes) fazia com que a notícia fosse recebida sem estranhamentos: a própria notícia tornava a gravidez desejada pela mulher e seus familiares. Poucas tiveram dificuldade de aceitação da gravidez; entretanto, algumas disseram ter adiado a busca por cuidados pré-natais.

Na maioria das vezes, sabendo-se grávidas, imediatamente as mulheres buscaram assistência pré-natal (unidades de saúde da família, casa de parto, emergência de maternidades). Somente uma delas, embora considerasse o pré-natal importante, optou por monitorar a gravidez em consultas de pronto

atendimento. A estratégia era “colocar-se em risco” e, assim, conseguir realizar uma cesariana e fazer a laqueadura tubária, seu objetivo último.

O entendimento de necessidade de vigilância da gravidez, além da realização de consultas, incluiu uma rotina de exames de sangue, de urina e, especialmente, de ultrassonografias. As consultas de pré-natal eram realizadas com periodicidade mensal (ou até quinzenal no final da gestação) e compreendiam uma roteirização técnica de pesar, medir a barriga, aferir a pressão e ouvir o coração do feto.

“Era para pesar, medir a barriga, a pressão, consulta normal, de rotina, toda vez fazia isso, e coraçãozinho do bebê. Na primeira consulta todos os exames eu fiz, depois com 7 meses fiz de novo todos os exames e depois só de rotina mesmo, tudo pelo SUS. O ultrassom eu paguei, foi particular. Eu mesma que vi a plaquinha lá e fiz. Marquei ultrassom e fiz.” (Amanda)

As mulheres não relataram dificuldades de acesso aos serviços para realização do pré-natal, nem aos exames clínico-laboratoriais. Contudo, a ultrassonografia “é difícil de conseguir no SUS”. A maioria delas pagou pelas “ultras” em clínicas privadas, previamente conhecidas ou indicadas por algum familiar.

“Dessa aqui só fiz três. Uma no comecinho, uma no meio e uma antes de nascer, né? A ultrassonografia foi [por] fora, porque você marca com espaço muito longe, aí nunca tinha vaga. Aí eu fazia por fora, pagava. Era pagável. Era razoável, não era nada absurdo não. Em clínica. Ligava, marcava, ia lá pagava.” (Monica)

O exame ultrassonográfico passou a figurar como um ponto alto dos cuidados à gestação. Embora mediado pelos profissionais, as mulheres viam o filho, observavam seus movimentos e interagiam com ele, tirando suas próprias conclusões sobre seu estado de saúde gestacional. Para algumas, a realização

desse exame independia da solicitação do profissional do pré-natal, sendo realizado por motivos diversos, entre eles, saber o sexo do bebê. As mulheres resguardavam alguma autonomia ao decidir quando, por que e quantas ultrassonografias fazer, demonstrando que a determinação das rotinas de cuidados e de uso de tecnologias nem sempre é definida pelos profissionais especialistas. Assim como observado por Chazan,³¹ encontramos que a ultrassonografia é uma modalidade de consumo possível às mulheres entrevistadas, sendo que o momento de sua realização torna-se um espaço para a produção e reprodução de verdades médicas e não médicas sobre a gravidez e o feto.

A vigilância da gravidez se estendeu a um monitoramento mais amplo do corpo e das práticas de cuidados. Para algumas mulheres, os cuidados com a alimentação, com o ganho de peso e com as modificações corporais faziam parte da produção de uma gravidez saudável, que, conseqüentemente, garantiria melhores condições de nascimento ao bebê, assim como uma não deterioração do corpo pelo processo de gestação. Entre as rotinas, estavam incluídos:

“comer bastante legume, não comer muita gordura. Refrigerante tinha que cortar, porque não pode. Tirar açúcar, corante... essas coisas assim” (Tatiana).

A produção da gravidez foi além das fronteiras da consulta pré-natal, alcançando as rotinas diárias das mulheres que assumiam esses cuidados como necessários.

“No começo eu estava tendo uma alimentação pela nutricionista, mas, depois não fazia nada especial não. Eu tinha uma preocupação muito grande com estrias. Passava hidratante, passava muito hidratante. Cuidava da minha pele, assim, da minha pele para não dar nenhuma estria.” (Teodora)

“Só ficava assim preocupada de ficar gorda, essas coisas, assim, mas, não...ficava...negócio de ficar feia, acabada, não. Só ficava, assim, com medo de ficar muito gorda depois de ter neném, por causa de cesariana, aí ficava com medo. Mas, eu não engordei tanto como eu imaginaria. Os outros falam que engorda, que não sei o quê, mas eu não engordei tanto não. Eu caminhava bastante. Andava e caminhava bastante.” (Márcia)

No pré-natal, o controle era exercido em pelo menos duas instâncias simultâneas e retroalimentadas entre si. Em uma delas, prevalecia o controle mediado pelos profissionais dos serviços que, através de suas práticas assistenciais de aferições e medidas, solicitação de exames e, conseqüentemente, de racionalização e objetificação da gravidez, reforçavam as necessidades de vigilância e organizavam o cuidado de modo a garantir que tal monitoramento fosse continuado. A outra instância do controle era aquela orientada pela vigilância da gravidez e do feto, segundo interesses e possibilidades (financeiras, inclusive) da mulher, fortemente percebida na realização das “ultras”. Para além das ultrassonografias previstas nas normas de assistência à gestação e que orientam as práticas dos profissionais,³² as mulheres entrevistadas apontaram usos mais ampliados dessa tecnologia, ensaiando uma forma de controle independente dos serviços, mas que é também reiterada por eles. Consideramos que essas expressões do controle – externo e interno – operam de modo importante na construção de subjetividades e produzindo o corpo do biopoder. O período da gestação era vivenciado pelas mulheres estudadas com constantes aproximações e distanciamentos entre o natural/primitivo e o produzido/moderno. Nesse período, as ideias que associavam a gravidez a um processo fisiológico se confundiam com aquelas de que o corpo pode ser produzido; mesmo na vigência de um processo considerado natural e pertencente ao curso da vida

das mulheres, as participantes esboçaram novos recursos para objetificarem seus corpos e interpretarem suas condições, como as ultrassonografias e as aferições de parâmetros de saúde.

O aprendizado e expectativa sobre o parto e a vivência da cesárea

Entre as mulheres entrevistadas, o aprendizado sobre o parto acontecia em diferentes espaços e tinha diferentes interlocutores. Poucas vezes, a consulta de pré-natal era um espaço para conversas sobre o parto. As que falavam sobre o assunto com os profissionais apontavam para um consenso em torno da compreensão do parto vaginal como via esperada e possível, salvo condições clínicas que modificassem o curso da gravidez ou do trabalho de parto. Não havia, entre as mulheres, a ideia de realização de cesariana fora do escopo de indicações clínicas no SUS. Mulheres que tinham experiências anteriores de cesáreas – em especial Mônica, que pagou pelo procedimento no setor privado na ocasião do parto do primeiro filho – deixavam evidente que só “escolhe” quem “tem condição financeira”.

“Eu fiz o meu pré-natal todo pelo SUS e aí eu fui juntando dinheiro para pagar [a cesariana particular]. Eu era nova mesmo, não tinha o que gastar. Deu para pagar.” (Sílvia)

“Eu pensei em fazer [cesariana], não exatamente fazer um parto normal, eu imaginei que a primeira gravidez, e por você não ter condição financeira [teria que fazer normal], porque quando você tem condição financeira, você pede um parto normal ou marca a data do parto, acabou.” (Mônica)

As mulheres não participaram de grupos de gestantes, sendo que não conheciam ou não priorizavam tal atividade. O espaço de conversa sobre o

assunto da gravidez (e também sobre o parto), em geral, acontecia com mulheres do círculo afetivo ou em grupos do próprio ambiente de trabalho.

“a única coisa que eles falaram é que tudo indicava que poderia ser um parto normal. Porque a criança estava bem, com 4 meses, já tinha virado, já estava encaixadinha pelos ultrassons para ser [parto vaginal], estava tudo Ok. Tudo indicava para ser um parto normal. Porque assim, no posto, a médica e a enfermeira, eles não explicam, porque já têm o grupo das gestantes para a gente poder ir assistir. Eu que não quis muito participar, porque já pegava no final [da gravidez], aí como eu já estava quase sempre no hospital, já dava aquela canseira.” (Jaqueline)

“Todo mundo fala que o parto normal é melhor que a cesariana e todo mundo me aconselhava sempre (...) Como eu pensava que ia ser parto normal todo mundo me ensinava: “Na hora você faz força e tal, não sei o que(...)” Todo mundo sempre (...) A minha família sempre... A maioria da minha família teve parto normal, eu só tenho uma prima que teve cesariana, porque o resto tudo teve parto normal. Então a experiência da minha família é de parto normal.” (Teodora)

Embora tenham realizado o pré-natal, a aproximação do momento do parto e da ida para a maternidade foi vivida com angústia por grande parte das mulheres. Pela pouca informação sobre o processo de desenvolvimento do trabalho de parto e até mesmo sobre a forma como é conduzida a assistência, as participantes assumiam o nascimento como um evento incógnito, no qual a cesariana se apresenta como uma das (finais) possibilidades para resolver uma emergência, sendo que apresentavam desconhecimento sobre a cirurgia.

“(...) Eu pensava que só ia ter eu e o médico que ia fazer o parto, não esperava que ia ter muita gente, ia ter tantos cuidados assim, mas, foi bom. Tinha a médica para dar a anestesia, tinha duas que estavam fazendo faculdade e aí estavam para assistir. E a pediatra. É. Tinha bastante gente. Foi bom, porque pelo que os outros falavam, que era ruim, os médicos maltratavam, não sei o que, não ia te tratar direito, eu fui bem atendida. Eu ficava um pouco ansiosa e um pouco com medo.” (Márcia)

Predominou entre as mulheres a ideia do “parto normal” como o melhor tipo de parto, por compreendê-lo como o modo mais natural de nascer. O parto foi entendido como um evento do curso natural da vida das mulheres, isto é, algo que se aprende nas relações familiares e com suas experiências de parto

vaginal. Porém, no trabalho de parto, as participantes relataram a ocorrência de intervenções dolorosas e maus tratos, entre eles ficar “quieta” e no soro, sendo que a cesariana entrava nesse curso natural como uma intervenção que vem corrigir ou consertar um processo de parto que não vai bem.

“(…) Eu não lembro se eu tomei algum remedinho, eu sei que colocaram soro na veia, pra aumentar a contração. Aí me colocaram no soro e tudo, e eu tomei aquele banho para relaxar com a bola, e foi só isso. Fiquei sozinha, eles não deixam ninguém acompanhar. Eu cheguei no hospital com 4 dedos de dilatação. Quando eles colocaram o soro que eu comecei a sentir muita dor, eu comecei a gritar de dor, aí a enfermeira veio tirando sarro. “Ué, porque você está sentindo dor, mocinha? Você nem com dilatação está?” Aí eu virei para ela e falei: “Como que eu não...” Xinguei ela mesmo. Falei: “Como que eu não estou com dilatação agora se eu cheguei aqui com 4 dedos de dilatação, vocês colocaram no soro, logicamente que a dilatação vai aumentar. Aí minha mãe discutiu com o médico e eles resolveram fazer a cesárea.” (Carolina)

“Cheguei a perguntar também se dava para saber se ia ser parto normal ou cesárea, e o médico falou que só lá na hora mesmo, porque não sabe se tem passagem ou não, só na hora mesmo. Mas, ele falou que provavelmente seria normal mesmo, porque estava correndo tudo normal no pré-natal.” (Carolina)

As expectativas e as preferências relacionadas ao parto apresentavam-no como um evento indubitavelmente médico, incluindo as intervenções e o cenário hospitalar. O parto bom era muitas vezes sinônimo de receber um bom tratamento dos profissionais de saúde, embora maus tratos por parte deles fossem por vezes esperados. Controlar a ocorrência de maus tratos era assumido como responsabilidade das próprias mulheres, que citavam conselhos de pessoas do convívio para se proteger de problemas no trabalho de parto, por exemplo, evitando “gritar”. O que aparece como mais relevante para essas mulheres era ser bem tratada.

“(…) Ninguém aconselhava a gritar, essas coisas assim mesmo de família.” (Teodora)

A via de parto em si não está no controle da mulher, pois depende da própria “natureza” e do profissional, que decidem o rumo dos acontecimentos. Assim como a gravidez, o parto é da ordem “natural”, é fisiológico – ideia que se confundia, inclusive, com as intervenções realizadas no parto, naturalizando-as. Dessa maneira, passar pelo parto vaginal é algo “natural”, é melhor para a mulher, ela precisa passar pelo ritual, pela dor do parto. Com o entendimento de que cada um tem sua “natureza”, as mulheres sentiam que não têm controle sobre os acontecimentos, referindo inclusive que algumas não conseguiam, não suportavam ou até morriam no parto. Nesse cenário, cabe à equipe profissional controlar os riscos (identificar quando a natureza não dá conta) e decidir. As mulheres tinham a expectativa que os profissionais “não forçassem” o parto vaginal, como consideravam ser frequente no SUS.

“Não tenho que reclamar da cesariana que eles fizeram, foi tudo perfeito. Fora que eles forçam para ser normal, fazem de tudo, não é? Porque eu cheguei no (...) era 3 horas da manhã, e eu cheguei era umas 3 e meia, ia dar 4 horas, já tinham visto que ela tinha feito cocô [mecônio] na minha barriga, eu fui ganhar ela 9:23h da manhã. Eles [no SUS] forçam muito para tentar se normal, e quando não tem jeito, vai para cesárea.” (Jaqueline)

As vivências de cesáreas das participantes, assim como suas expectativas de parto, anunciam três aspectos de análise que se engendram: a segurança do parto, a dor (do parto e da recuperação) e a recuperação no pós-parto para retorno às atividades diárias. Predominou entre as entrevistadas a ideia que não existe parto seguro, o que existe é um parto bem planejado, com o acompanhamento de bons profissionais. O parto vaginal, em geral, apareceu como mais seguro, sendo a cesárea apresentada como um procedimento cirúrgico que envolve mais riscos, especialmente no que diz respeito à aplicação da anestesia e à possível inflamação dos pontos, podendo, inclusive,

exigir uma permanência maior no hospital. Embora compreendida como mais arriscada, esses riscos da cesariana poderiam ser minimizados se houvesse preparação para o procedimento. Vanessa e Adriana relataram experiências negativas com a cirurgia, não pelo procedimento em si, mas por estarem acima do peso antes da cirurgia, o que, para elas, poderia tornar mais difícil a realização do procedimento e a recuperação pós-operatória. Nesse sentido, quando em boas condições, a cesariana era um parto seguro na visão dessas mulheres.

“Meus sentimentos foram eu acho que os melhores. As expectativas superaram todas, acho que tudo que eu passei, acho que valeu a pena, e não passaria de novo, é lógico que não, me cuidaria antes, antes de engravidar. Todo mundo fala: ‘Se você está acima do peso faz um regime antes, se cuida, isso e aquilo, antes de engravidar’. Então eu até concordo. Hoje em dia eu concordo com isso, que acaba sofrendo muito durante a gravidez, não é? Passa por várias coisas. Então hoje em dia, se for para engravidar de novo, eu quero estar bem preparada para não passar por isso.” (Valéria).

“Eu acho que a mulher tem que pensar principalmente no bebê, não é? Fazer exercício físico, lógico, com cautela, não é? Para pelo menos se ela for ter cesárea ter uma recuperação mais saudável. Porque a mulher quando está mais forte, mais gordinha a recuperação dela é mais dolorida. Ela não consegue nem levantar da cama direito, sozinha. É muito complicado.” (Denise).

Mônica, ao apontar uma circunstância de classificação de gravidez de risco, expressou que, apesar do medo dessa condição de risco e de seus possíveis agravamentos, sentiu certo conforto com a indicação da cirurgia, que apareceu como um desejo.

“(…) Sei lá, ao mesmo tempo eu tinha o conforto [em fazer a cesárea], ao mesmo tempo eu tinha medo [com relação ao problema de saúde]. Porque eu poderia ter uma cesárea, que era o que eu queria, e ao mesmo tempo sofrer uma...[conseqüência relativa ao problema de saúde]... (…)” (Mônica)

Para as participantes, o parto vaginal apareceu muito ligado à possibilidade de uma melhor recuperação no pós-parto. Não ficar dependente e

se recuperar o mais rápido possível surgiram como pontos relevantes. As participantes eram mulheres que precisavam, em geral, realizar tarefas domésticas e cuidar do bebê no pós-parto, o que exigia uma boa e rápida recuperação, com o mínimo de dor. Prevaleceu a ideia de que no parto vaginal a dor é inerente, porém, pontual e os corpos retornariam rapidamente ao seu lugar. Com a cesariana, houve um entendimento de que havia uma maior limitação e, portanto, a mulher precisaria se preparar, ou seja, cuidar-se para ter um bom pós-operatório, caso a cirurgia fosse necessária. A ideia de que é possível uma preparação do corpo indica que, embora sob os auspícios da “natureza”, ele é passível de ser produzido para responder melhor à intervenção.

“Porque é muito melhor [parto vaginal]. Assim, pra mim, na minha opinião, é muito melhor ter normal porque você pode fazer as coisas mais rápido, não ficar deitada numa cama dependendo das outras pessoas para cuidar da sua filha, não é? (Luiza)

“As vantagens é que depois você pode ficar fazendo tudo normalmente. As vantagens do parto normal. Você pode depois arrumar sua casa, fazer tudo. E da cesárea que tu num pode fazer nada. Num podia fazer nada. Quem vinha aqui para casa era minha sogra, arrumava a casa, fazia comida, que tu não pode ficar na beira do fogão. Num pode fazer nada. Aí é muito ruim, entendeu? Ficar dependente” (Joana)

Embora tenham predominado discursos sobre o parto vaginal como “natural” e esperado, esses nem sempre ditavam o que cada mulher vivia em sua experiência pessoal. A observação de sua constituição corporal e ponderação acerca de seus medos eram reforçadas pela fala de familiares, como a mãe, e expressavam uma percepção de impossibilidade de parir por limitações de sua “natureza”.

“Eu queria ter natural, porque todo mundo fala que depois que tu tem parto normal, tu não sente dor nenhuma. Tu fica normal. A cesárea

não. Depois tu sente dor. Aí... É aquilo. Você abre a barriga. É uma operação. Aí eu não queria isso, mas... Deus sabe todas as coisas, acabou sendo uma cesárea mesmo, porque eu acho que eu não ia agüentar ter parto normal, não.” (Joana)

“(...) Aí eu ficava: Eu quero ter normal.” A minha mãe: ‘Você nunca vai parir normal. Seu parto é cesáreo mesmo. Não é nem por causa da pressão’. Porque eu fiquei assim, eu fiquei no pré-parto aí minha mãe falou: ‘Você não tem estrutura nenhuma para ter parto normal’ Que a gente via as mães lá tendo bebê. Aí minha mãe falou assim, ‘até sua vagina não dá para a coisa mesmo, para você ter filho normal, é cesárea mesmo.’ Aí eu digo: ‘Eu sei.’ ‘E porque você está dizendo que quer ter normal?’ ‘Ah, porque normal, parto normal é melhor que cesárea.’ Eu via lá, as mães acabavam de ganhar neném, poxa, nem parecia. E cesariana não. É aquele cuidado, dos pontos também, os pontos doem mais do que um parto normal. (Mariana)

O ritual do nascimento foi apresentado como um evento médico com intervenções, entre as quais se incluía a cesariana. Mesmo quando as participantes declararam que havia uma preferência prévia pelo parto vaginal, os relatos sobre a cesárea demonstravam que ela era vivenciada como necessária – visto que houve indicação médica – e não como algo dramático, que poderia provocar frustrações. A cesárea foi assumida como um “parto” que pode ser até “gostoso” e mesmo sendo uma cirurgia em que o sofrimento é inevitável, ela é “normal”.

“Aí depois. Na hora que tirou, meio que senti. Aí a enfermeira veio, mostrou. Aí a gente ficou, comecei a chorar, meu marido também, a gente tirou fotos. Foi um parto assim... gostoso.” (Lorena)

“Depois eu fiquei o dia todinho sem conseguir me mexer. (risos) Por causa das duas raques.” (Gisele)

“Ah, para mim foi normal. Foi normal [a cesárea].” (Gisele)

Notamos que a preparação do corpo não aparecia como necessária para o parto vaginal, o qual depende da “natureza”. De outro modo, há um entendimento que a preparação/produção deveria ser realizada para a cesariana: para que o procedimento fosse mais seguro e o pós-operatório

menos difícil (no caso da indicação médica da cirurgia). A mulher deveria exercer um controle de si no pré-natal, pois a via de parto estaria sob tutela da “natureza” e dos profissionais, e não das mulheres. Caso a cesariana fosse decidida pelo especialista, ela era naturalizada, entrava no curso “natural” das coisas, como mais um item no pacote de intervenções que se iniciou no pré-natal. A dor, como algo inerente ao parto, comportava ainda as intervenções (também naturalizadas) e os maus tratos da assistência. Essa dor, que não se limitava àquela manejável bioquimicamente, apareceu como algo de que não se pode escapar e, de certa forma, se deveria suportar, semelhante ao que outras pesquisas com mulheres usuárias do SUS encontraram.^{21, 23, 33, 34}

Enfim, o parto vaginal apareceu nos discursos como o preferível entre as participantes, especialmente porque elas tinham a necessidade de uma rápida recuperação para voltarem o mais breve possível às tarefas domésticas. Essas mulheres confirmaram a importância de ter seus corpos à disposição do mundo familiar, naturalizando o papel feminino como relacionado à vida privada, o que poderia ser comprometido com a realização da cesariana. Esses dados diferem daqueles obtidos através das mulheres de classe média que tiveram filhos por cesariana no setor privado, para quem a rápida recuperação de seus corpos era necessária para retomar seu lugar no mundo do trabalho.³⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No depoimento das mulheres entrevistadas observamos que os sentidos do controle do corpo e da vida, tanto no pré-natal quanto no parto e no nascimento, apresentaram aproximações e recuos do que seja o corpo que

depende da “natureza” e o corpo que pode ser produzido via tecnologias. Consideramos que, neste universo pesquisado, encontramos um ensaio de uma biopolítica do *self*,³⁶ isto é, um controle de si, percebido na realização de ultrassonografias e preparação do corpo para uma possível cesariana. Houve no pré-natal uma valorização destacada para as “ultras”, sendo que, na realização destas, as mulheres exerciam certa autonomia. Na decisão pela via de parto preponderou uma biopolítica das populações,²⁴ na medida em que o parto e o nascimento estavam sob a tutela dos profissionais. Identificamos que as mulheres não problematizaram a necessidade ou não de uma cesariana; portanto, percebemos que o pré-natal não preparou essas mulheres para conceberem a cirurgia como fenômeno de exceção. Em suma, conforme os resultados apontaram, o controle do tempo do nascimento é atribuído à ordem da “natureza”, mas este é visto como um evento ritualizado em meio a tecnologias médicas, sendo a cesariana mais uma possível intervenção, dentre tantas.

REFERÊNCIAS

1. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):185-94.
2. Leal MC, Silva AA, Dias MA, Gama SG, Rattner D, Moreira ME et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9(15):1-8.
3. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: OMS; 2015.
4. Leão MRC, Riesco MLG, Schenk CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2013;18(8):2395-2400.

5. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Consulta Pública 55 e 56 – Parto [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2015 [citado em 9 Fev. 2016]. 1 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consulta-publica-55-e-56-parto>.
6. Leal MC, Pereira AP, Domingues RMS, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto em mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.):S17-S47.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. 1ª edição. 2ª reimpressão. Brasília: M.S.; 2011.
8. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*. 2010;38(8):415-22.
9. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Moura AA, Lansky S et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.):S128-39.
10. Souza JP, Pilaggi-Castro C. Sobre o parto e o Nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.):S11-3.
11. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina*. 2010;38(9):460-8.
12. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007; 335(7628):1025.
13. Schuitemaker N, Van Roosmalen J, Dekker G, Van Dongen P, Van Geijn H, Gravenhorst JB. Maternal mortality after Cesarean Section in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol*. 1997;76(4):332-4.
14. Van Ham MA, Van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of Cesarean Section. A retrospective study of intraoperative and postoperative maternal complications of cesarean section during a 10-year period. *Eur J Gynecol Reprod Biol*. 1997;74(1):1-6.
15. Faúndes A, Cecatti JG. A Operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad Saude Publica*. 1991;7(2):150-73.
16. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMS, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(Supl.):S140-53.
17. Gama SGN, Viellas EF, Schilithz AOC, Theme-Filha MM, Carvalho ML, Gomes KRO et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas

- adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.):117-27.
18. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendoza-Sassi R. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2011;11(3):257-63.
 19. Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AAM, Bettiol H, Batista FL, 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;40(9):1211-20.
 20. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):100-7.
 21. McCallum C, Reis AP. User's and provider's perspectives on technological procedures for 'normal' childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. *Salud Publica Mex*. 2008;50(1):40-8.
 22. 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 Saude Publica*. 2003; 19(6):1611-20.
 23. 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; 18(5):1303-11.
 24. Foucault M. História da sexualidade I. A vontade do saber. 7. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
 25. Bonan C. Itinerários terapêuticos e a construção da decisão pelo parto cesáreo. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
 26. Spink MJ, Medrado B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJ. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano [Internet]. 2013 [citado em 9 Fev. 2016] 20 p. Disponível em: <http://maryjanespink.blogspot.com.br/2013/11/versao-virtual-do-livro-praticas.html>.
 27. Spink MJ. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010. 72 p.
 28. Robson MS. Can we reduce cesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94.
 29. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

30. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 (Supl.):101-16.
31. Chazan LK. 'É... tá grávida mesmo! E ele é lindo!' A construção de 'verdades' na ultra-sonografia obstétrica. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2008;15(1):99-116.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: M.S.; 2005.
33. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectiva de dor de parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4):819-27.
34. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiência do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(7):1483-91.
35. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*. 2015;25(3):885-904.
36. Rose N. A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus; 2013.

PARTE III - DISCUSSÃO

Capítulo 8. OS SENTIDOS DA CESARIANA ENTRE USUÁRIAS DO SETOR PRIVADO E PÚBLICO DE SAÚDE: CONVIVÊNCIA DE ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS NO “FAZER NASCER”

As transformações das dinâmicas e normas de gênero, de classe e as interações das mulheres com as novas tecnologias (médicas e não médicas) têm transformado as práticas de parto e nascimento. No contexto dos processos de biomedicalização⁴ e de intensificação do neoliberalismo, o incremento da prática da cesárea é um caso emblemático de uma sociedade caracterizada pelo controle tecnológico do corpo e da vida em várias dimensões (risco, integridade, tempo, produtividade, estética, sociabilidade); pela transformação dos corpos e produção de novas subjetividades; e pela mercantilização da saúde e da vida como um todo.

No setor privado, a cesárea é um arranjo social e institucional que aparece como uma vantagem por possibilitar a busca da data mais conveniente para o companheiro, os pais e outros familiares, além das próprias gestantes. Ademais, a conveniência dos profissionais de saúde – especialmente os médicos – associada aos seus interesses mercantis e àqueles das instituições hospitalares também emergem. No capitalismo tardio, no qual corpo e vida são objetos privilegiados da economia (bioeconomia e biocapital), a cesárea significa maior produtividade, pois pode ser realizada em menor tempo e com maior lucratividade, aumentando as receitas dos hospitais e do complexo de tecnosserviços biomédicos.^{4,123} Alguns estudos^{11,39} destacam que o índice de cesárea também é elevado, inclusive no setor público, devido à formação dos médicos brasileiros voltada para as intervenções cirúrgicas e tecnológicas e ao

pouco treinamento na assistência ao parto vaginal. Nesse aspecto, convergem as dinâmicas mercantis com as transformações do ensino médico, as formas de organizar o trabalho profissional e os serviços.

A crescente medicalização do parto e nascimento no nosso país está muito associada com a naturalização das intervenções sobre os corpos e a incorporação somática das tecnologias médicas – fenômenos que perpassam os processos de biomedicalização. A cirurgia cesárea não é a única prática cirúrgica naturalizada entre as mulheres brasileiras. A título de exemplo, o crescimento da cirurgia estética – inclusive as “cirurgias íntimas”¹²⁴ – atinge, sobretudo, as mulheres, para as quais há uma aceitação naturalizada das intervenções cirúrgicas.^{1,2} É prioritariamente feminino o cuidado com a perfeição estética, sendo inclusive alvo de reprovação as mulheres que não se dedicam às atividades em que corpos mais produtivos e desejados são construídos, e desse modo, a corporeidade virou local privilegiado para julgamentos.

Os sentidos do controle do corpo e da vida, com base no conceito de biopolítica,^{3,46} aparecem como um conjunto de diversas normas que interagem e predis põe ao desfecho em cesárea. Nessa política vital contemporânea,³ com a interação entre ciência, tecnologia, comércio e consumismo, o mercado do parto e nascimento cresce. Porém, as estratégias biopolíticas, segundo classes sociais diferentes – grosso modo, as mulheres que utilizam o setor privado e o setor público de saúde, que têm origem socioeconômica diversa – apresentam algumas distinções.

O Brasil é um país extremamente heterogêneo e desigual. Portanto, *biopolítica do self*³ e *biopolítica da população*⁴⁶ coexistem na prática da

cesárea. As classes de elite brasileiras, em especial, consomem tecnologias médicas e não médicas bastante sofisticadas e o atendimento no setor privado é caracterizado como personalizado e diferenciado; enquanto isso, no SUS, esse atendimento é padronizado e impessoal.¹²⁵ No universo deste estudo, por via do poder econômico, da identificação ideológica e de pertencimento de classe, as mulheres do setor privado desenvolvem vínculos significativos com seus obstetras. Uns colocam-se no lugar dos outros: compartilham, em grande medida, valores e desejos legítimos em um sistema ideológico individualista e utilizam a tecnologia a serviço das aspirações comuns. As relações entre as mulheres do SUS e seus médicos não se processam por essa empatia de classe.

McCallum,³⁹ estudando maternidades públicas, propôs que o atendimento pouco acolhedor e os maus tratos fazem com que a experiência do parto vaginal se torne algo que apenas mulheres que não possam pagar uma cesárea tenham que suportar (e, nesse sentido, podemos pensar a cesariana como mais um produto de consumo). No nosso estudo, entre as mulheres do SUS, o sentido do sofrimento do parto vaginal não é simplesmente relacionado à dor fisiológica, mas ao temor de maus tratos, de intervenções dolorosas e de regras disciplinares no trabalho de parto, como “ficar deitada”, “ficar no soro”, “ficar quieta”. Assistindo a outras mulheres em trabalhos de parto nas maternidades públicas, elas falam desse cenário como algo assustador, porém, o naturalizam. As mulheres do setor privado também replicam a visão, segundo a qual, no setor público, as mulheres são mal tratadas – e como adendo, elas dizem que, como usuárias do setor privado, são privilegiadas por poder “escolher”. A tecnologia é o avatar com o qual se

expressa e com o qual se exerce o poder de classe e a questão do parto e nascimento no Brasil aparece como caso exemplar de estratificação do processo de biomedicalização.⁴

Os sentidos da dor do parto e de seu controle tecnológico são diferenciados entre os grupos estudados. Entre as mulheres do setor público a dor é concebida como algo do qual as mulheres não podem “escapar”; elas, portanto, vão ter que “encarar”, aproximando-se a outros estudos.^{39,126,127} Nos discursos das mulheres do setor privado, o controle de si mesma entra em cena. A desnecessidade da vivência da dor do parto e a possibilidade de se livrar da dor, construídas como um direito básico,⁹⁶ são fomentadas por uma prática discursiva de que as mulheres têm o “direito de escolher”. Assim, elas podem não sentir a dor da parturição e controlar com intervenções médicas uma dor que no imaginário é incontrolável, posto que sua durabilidade e intensidade são imprevisíveis.

Notamos, entre essas mulheres, um discurso de parto civilizado, no qual a cirurgia cesariana pouparia a mulher da dor do parto. Esta visão da cesárea como um ato de “beneficência” dos profissionais para com a mulher, enfatizando-se aspectos positivos da cesárea e aspectos negativos do parto vaginal, aparece também em pesquisa com profissionais.¹²⁸

Para as participantes do setor privado, a dor de um pós-operatório pode ser uma dor controlada por uma série de medicamentos. Entretanto, para as mulheres do SUS, é uma dor que pode atrapalhar a realização de tarefas domésticas logo após o nascimento do bebê, pois elas precisam logo “varrer a casa”, “ficar no fogão”. Há um enfoque nas tarefas que competiriam ao mundo feminino e, portanto, na rápida recuperação para o exercício delas.

Diferentemente das mulheres do SUS, as usuárias do setor privado almejam administrar seu tempo por necessidades pessoais e profissionais – e a marcação da data da cesárea tem a ver com isso. Elas alegam que fazem muitas coisas, por isso precisam planejar sua vida: além das atividades no mercado de trabalho e de continuarem a se ocupar de parte do trabalho doméstico e de maternagem, elas se dedicam aos exercícios físicos, à estética, aos cuidados preventivos com a saúde, ao cultivo cultural e intelectual, à psicoterapia, ao desempenho sexual e social.

O valor da maternidade entre as participantes do privado aparece como extrínseco à vivência do ato de parir. O ritual do nascimento pode ser valorado de outras formas, como na produção de um bebê saudável (e no pré-natal o máximo de tecnologia possível é utilizada para tal) e na promoção do espetáculo. O corpo da cesárea no momento do nascimento não é um corpo que sente dor ou prazer, um corpo descontrolado; ele está anestesiado e contido, sem gritos, exposição de secreções e sangue. Identificamos que o valor da experiência pode estar no próprio cenário, em que não só a cesariana pode ser “consumida”, mas todo um “pacote de tecnologias”, médicas e não médicas, como filmagens, fotografia, internet, “cine parto” e ainda hotelaria de luxo e serviços como massagem, cabeleireiro e manicure. Ressalta-se ainda que este atendimento a mulheres de classes médias que inclui altas taxas de cesáreas serve de referência para a sociedade como um todo.¹²⁸

A necessidade de controlar os riscos através de ambientes limpos, assépticos e cercados de tecnologias, como um centro cirúrgico, apresenta a cesariana como possível resposta em um processo no qual o risco de patologias e complicações se tornou a regra, e não a exceção.⁷⁰ Observamos

entre as participantes do setor privado uma obrigação moral de gestão do parto e nascimento: elas são compelidas a escolher um nascimento controlado,¹²⁹ em um ambiente controlado; elas tentam exercer um controle de si e da própria saúde, caracterizando, portanto, uma biopolítica do *self*.³ “Nossa própria vida biológica adentrou o domínio da decisão e da escolha; essas questões de julgamento se tornaram inevitáveis”.^{3:352,353}

Elas se responsabilizam pelas decisões a respeito do parto e possíveis desfechos para a saúde, já que em suas falas aparece a noção de “direito de escolha”. Porém, as fronteiras entre coerção e consentimento ficam “borradas” quando se deve assumir a responsabilidade moral por sua própria saúde.³ Como enfatiza McCallum,³⁹ essa ideia do “direito à escolha” é questionável, pois se trata de uma escolha ideologizada, que é permeada por um discurso sociocultural de que a cesárea é moderna e indolor. Mello e Souza¹²⁸ também argumenta como o discurso do “direito da mulher” ao escolher a cesárea é uma apropriação enviesada da defesa dos direitos femininos. No entanto, entre as mulheres do SUS, a decisão sobre a realização da cesárea é da alçada dos médicos e presume-se que haja uma indicação e um balanço de riscos e benefícios por parte dos especialistas.

Entre as participantes do setor privado aparece uma veneração pela tecnologia – bem de consumo na nossa sociedade –, o que pode fazer com que essas mulheres considerem a cesariana um procedimento seguro em oposição ao parto vaginal.^{100,129} Desta maneira, o corpo feminino é visto como dependente de tecnologia e na cesariana há mais previsibilidade, a princípio, é um procedimento rápido e pode ser planejado. Presume-se que a mulher não

precisa e não deve colocar a saúde em risco, em especial a do seu bebê, graças à tecnologia.

O sentido de controle dos riscos também comporta um controle do imprevisível, representado pelo ato fisiológico. “A previsibilidade e ritualística de um ato cirúrgico trazem muito mais segurança do que a imprevisibilidade do parto normal e todas as nuances de um ato fisiológico”.^{130:67} Ademais, não apenas o imprevisível da fisiologia em si, mas o imprevisível de vários aspectos do dia a dia, como o trânsito, a violência urbana, a possibilidade de não ter vaga na maternidade etc. Todos esses “imprevistos” e os riscos que acarretam poderiam ser, simbolicamente, mais controlados em uma cesárea marcada com antecedência.

A vigilância no pré-natal aparece tanto entre as mulheres atendidas pelo setor público quanto pelo setor privado, que valorizam a realização de exames nesse período. Há uma ideia de controle através da realização de inúmeros exames e especial valorização de ultrassonografias. A realização destas aparece como muito relevante para todas as participantes da nossa pesquisa. Nesse momento, notamos que as mulheres do setor público exercem um controle de si, pois praticamente todas realizaram ultrassonografias em clínicas privadas, mesmo realizando o pré-natal pelo SUS.

A gestação, portanto, também é bastante medicalizada e o momento do nascimento está muito relacionado com o que acontece antes. Há um controle do pré-natal para tentar garantir um nascimento previsível e seguro, assim como a intervenção neste momento, seja a cesárea ou as intervenções no parto vaginal, é uma continuidade daquelas realizadas na gravidez. Nas falas das mulheres do privado, a escolha das maternidades é justificada pela

presença de UTIs neonatais equipadas e mesmo não se tratando de gestação de risco, elas se sentem mais seguras em maternidades em que tenham disponíveis toda a tecnologia possível.

Sanabria¹²⁴ comenta como as figuras dos médicos e suas ideias têm relevância no Brasil contemporâneo. A autora cita o caso de um famoso ginecologista que defende que o parto vaginal, além de ser “um espetáculo da miséria estética”, danificaria a vagina e o períneo, enquanto a cesárea seria algo que humaniza o nascimento, pois, não marca o corpo da mulher dessa forma.

A autora argumenta como o sentido de “vagina frouxa”, associado ao parto vaginal é comum no nosso país, e este é considerado algo “primitivo”, não condizente com a mulher “moderna”. Ademais, estigmatiza as mulheres que utilizam os serviços públicos que, são “obrigadas” a parir, ficam “largas” e precisam, por vezes, de procedimentos “reconstrutores”. As mulheres de classes médias poderiam fazer cesarianas eletivas que não “alargariam” a vagina e nem danificariam o períneo, e ainda seria uma forma menos dolorosa de dar à luz, na concepção de alguns obstetras. Concepção, esta, compartilhada com mulheres das camadas médias.¹²⁴ Como defende McCallum,³⁹ há uma ideia de que a cesariana previne danos desnecessários para a vagina, que pertence mais ao domínio da sexualidade do que da reprodução. A autora destaca a valorização de uma genitália “intocada” como uma “estética positiva” entre médicos e mulheres de classes médias no Brasil.

Na nossa pesquisa, esta preocupação aparece entre as mulheres usuárias do setor privado; essas mulheres precisam investir no desempenho sexual, algo que não identificamos no discurso das usuárias do SUS. Notamos,

assim, entre as primeiras uma preocupação com a satisfação sexual do parceiro (com referências explícitas ao possível desagrado do marido), o que se articula atualmente com o grande investimento em exercícios, dietas e cirurgias plásticas. O parto e a sexualidade estariam desconectados e há uma ideia de que a cesárea deixaria menos problemas de períneo, de incontinência urinária e de disfunção sexual. Assim, a cesariana nos discursos dessas mulheres seria um procedimento “light”, pouco “agressivo”, ao contrário do parto vaginal. Essas mulheres não querem que seus corpos fiquem marcados pelo processo reprodutivo, seja pelo parto, pelo processo da gestação ou pela amamentação. Elas não querem estrias, celulites, flacidez ou cicatrizes indiscretas. Dessa maneira, a concepção de que a cesárea deixaria uma cicatriz cada vez mais discreta, ainda preservando a integridade genital, aparece como um facilitador da aceitação da cesariana, e por vezes, uma preferência pela cirurgia entre as mulheres do setor privado na nossa pesquisa.

A cesariana desponta como uma prática de fazer nascer em que está contido um ideário de controle tecnológico do corpo e da vida,^{3,46} seja dos processos corporais em sua dimensão performática e fisiológica, seja da vida, isto é, do corpo no tempo e no ambiente físico e cultural; controle este que é perpassado por forças materiais e dispositivos normativos incorporados que incitam um investimento produtivo sobre o corpo. Esse é o corpo do biopoder⁴⁶: corpo que deve ser cuidado e maximizado em suas potencialidades e, para isso, é preciso uma gestão da vida em todos os seus detalhes. Este corpo é marcado por uma proliferação de discursos a respeito dele, como ele deve ser cuidado, controlado, potencializado e como a vida deve ser gerida.⁴⁶

O controle tecnológico do corpo e da vida é exercido em rede de interações entre mulheres, familiares, profissionais, objetos tecnológicos médicos e não médicos, o Estado e suas instituições, que podem assumir numerosas configurações, segundo contextos sociais e estruturas de saber e poder diferenciados. Dessa maneira, percebemos que os sentidos que interligam controle-tecnologia-corpo-vida podem ser múltiplos, e questões de gênero e classe podem influir na composição desses sentidos. Assim, o controle tecnológico do corpo e da vida pode expressar estratégias biopolíticas do *self*³ e/ou de populações⁴⁶ já que há convergências e divergências das experiências de mulheres que utilizam serviços de saúde públicos e privados; sobre pesos e medidas na valoração da saúde, da estética, do desempenho sexual e profissional, da produtividade no mercado de trabalho; sobre os modos como esse controle é exercido e os variados agentes desse controle.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que uma biopolítica do *self*³ marcada por uma cultura em que o corpo se tornou um objeto a ser controlado, aprimorado, ativamente modulado pelas tecnologias e incitado ao controle de si, aparece como preponderante entre as mulheres atendidas pelo setor privado. No discurso das mulheres atendidas pelo setor público, a tutela - a decisão pela via de parto, aparece como uma decisão sobre os seus corpos que não lhes pertencem, é uma decisão do profissional. Desse modo, para essas mulheres, o especialista deve controlar o corpo e a vida, predominando assim um controle do outro sobre o “fazer nascer”, uma biopolítica das populações.⁴⁶

Porém, em ambos os setores, a cesariana é mais um item em um pacote de intervenções desde o pré-natal e não surge como procedimento de exceção para as mulheres. Nossa pesquisa reforça que a cirurgia entra no curso “natural” das coisas, seja pela escolha da mulher ou do profissional, e aponta pouca confiança na capacidade do corpo feminino em parir, tanto entre as participantes do setor privado quanto do setor público.

Entretanto, ressaltamos que as mulheres usuárias do setor público e privado analisadas na tese pertencem a segmentos de mulheres urbanas, sendo as últimas predominantemente oriundas das classes médias e altas e inseridas no mercado de trabalho com profissões liberais; ao passo que as do primeiro segmento correspondem a mulheres de camadas populares, que se denominam como “do lar” ou com ocupações mal remuneradas ou informais. Apesar de não englobarmos toda a heterogeneidade da população usuária do setor público e privado no Brasil, buscamos estabelecer alguns fios condutores

para promover uma reflexão sobre a prática ampliada da cirurgia nos discursos de usuárias de ambos os setores, buscando compreendê-la em sua relação com processos socioculturais mais abrangentes.

REFERÊNCIAS

1. Riscado LC, Peres SO. Cultura da cirurgia estética e dominação masculina: uma análise a partir de mulheres jovens do Rio de Janeiro. *Interseções*. 2010;12(2):342-57.
2. Riscado LC. Culto ao corpo: o significado da cirurgia estética entre mulheres jovens do rio de janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/Instituto de Psicologia; 2009. 121 p.
3. Rose N. A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus; 2013.
4. Clarke AE, Mamo L, Fishman JR, Shim JK, Fosket. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *Am Sociol Rev*. 2003;68:161-94.
5. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75(Supl.):S5-S23.
6. Davis-Floyd, R. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Soc Sci Med*. 1994;38(8):1125-40.
7. Jordan B. Birth in four cultures. A cross cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. 4. ed. Long Grove, Illinois: Waveland Press; 1993.
8. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):185-94.
9. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Consulta Pública 55 e 56 – Parto [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2015 [citado em 9 Fev. 2016]. 1 p. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consulta-publica-55-e-56-parto>.
10. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: OMS; 2015.
11. Dias MAB, Deslandes S. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(1):109-16.
12. Chaves RL. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(Supl.):S:14-6.
13. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Moura AA, Lansky S et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.):S128-39.
14. Souza JP, Pilaggi-Castro C. Sobre o parto e o Nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.):S11-3.

15. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina*. 2010;38(9):460-8.
16. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007; 335(7628):1025.
17. Schuitemaker N, Van Roosmalen J, Dekker G, Van Dongen P, Van Geijn H, Gravenhorst JB. Maternal mortality after Cesarean Section in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol*. 1997;76(4):332-4.
18. Van Ham MA, Van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of Cesarean Section. A retrospective study of intraoperative and postoperative maternal complications of cesarean section during a 10-year period. *Eur J Gynecol Reprod Biol*. 1997;74(1):1-6.
19. Faúndes A, Cecatti JG. A Operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad Saude Publica*. 1991;7(2):150-73.
20. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.):S192-207.
21. Barros AJD, Santos IS, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):402-13.
22. Murta EFC, Freire GC, Fabri DC, Fabri RH. Could elective cesarean sections influence the birth weight of full-term infants? *Sao Paulo Med J*. 2006; 124(6):313-5.
23. Bittencourt SDA, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Oliveira DC et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade de atenção ao parto e nascimento. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(Supl.):S:208-19.
24. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMS, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(Supl.):S140-53.
25. Gama SGN, Viellas EF, Schilithz AOC, Theme-Filha MM, Carvalho ML, Gomes KRO et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.):117-27.

26. Viellas EF, Domingues RMS, Dias MAB, Gama SGN, Theme-Filha MM, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.):S85-100.
27. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendoza-Sassi R. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2011;11(3):257-63.
28. Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AAM, Bettiol H, Batista FL, 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;40(9):1211-20.
29. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):100-7.
30. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 (Supl.):101-16.
31. Ferrari J, Lima NM. Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia Brasil. *Rev Bioética* 2010;18(3):645-58.
32. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio-antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2010;10(2):191-7.
33. 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 e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1587-96.
34. Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertoni HP. O mix público-privado na utilização de Serviços de Saúde: estudo dos itinerários terapêuticos. *Cien Saude Colet*. 2008;13(5):1501-10.
35. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme-Filha MM et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2008;13(5):1521-34.
36. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. [Birth](#). 2008;35(1):33-40.

37. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(4):488-94.
38. O'Dougherty M. Plot and irony in childbirth narratives of middle-class. *Med Anthropol Q*. 2013;27(1):43-62.
39. McCallum C. Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil. *Sociol Health Illn*. 2005;27(2):215–42.
40. 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):942-5.
41. Riscado LC, Bonan C, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Rev Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1): e3570014.
42. Bonan C. Itinerários terapêuticos e a construção da decisão pelo parto cesáreo. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
43. Martins APV. *Visões do Feminino: a Medicina da Mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
44. Barreto MRN. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2008;15(4):901-25.
45. Barreto MRN. A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. *Rev Gênero*. 2007;7(2):217-34.
46. Foucault M. *História da sexualidade I. A vontade do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
47. Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
48. Martin E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro, Editora Garamond; 2006.
49. Osawa RH, Riesco MLG, Tsunehiro MA. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(5): 699-702.
50. Rohden F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropologicos*. 2002;8(17):101-25.
51. Brenes AC. História da parturição no Brasil, Século XIX. *Cad Saude Publica*. 1991; 7(2):135-49.

52. Mott ML. Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). *Rev Esc Enf USP*. 2001;35(1):46-53.
53. Rohden F. Histórias e tensões em torno da medicalização da reprodução. *Rev Genero*. 2006;6(1):213-24.
54. Rohden F. Uma Ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
55. Dias MAB. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas\ Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2008. p. 13-26.
56. Robson MS. Can we reduce cesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94.
57. World Health Organization. Maternal and reproductive health [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado em 26 ago. 2015]. Disponível em: http://www.who.int/gho/maternal_health/en/
58. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC – dados de 2013. Estatísticas vitais opção nascidos vivos - 1994 a 2013 [Internet]. Brasília: M.S.; c2008 [citado em 28 jan. 2016]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>
59. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;11-31.
60. Torres JA, Domingues RMS, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Theme-Filha MM et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: um estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Supl.):S220-31.
61. Hofelmann DA. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009. *Epidemiol Serv Saude*. 2012; 21(4):561-8.
62. Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2006;6(2):175-81.
63. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(5):761-67.
64. Puccini RF, Pedroso GC, Silva EMK, Araújo NS, Silva NN. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. *Cad Saude Publica*. 2003;19(1):35-45.
65. Haddad SM, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(5):252-62.

66. Gurgel RQ, Nery AMD, Almeida MLD, Oliveira ERR, Lima DDF, Bettiol H et al. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2009; 9(2):167-77.
67. Leal MC, Pereira AP, Domingues RMS, Theme-Filha MM, Dias MAB, Nakamura Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto em mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica.* 2014;30(Supl.):S17-S47.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. 1ª edição. 2ª reimpressão. Brasília: M.S.; 2011.
69. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina.* 2010;38(8):415-22.
70. Maia MB. Humanização do parto. Política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
71. Diniz SG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet.* 2005;10(3):627-37.
72. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Estud Fem.* 2002;(10):483-92.
73. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comun Saude Educ.* 2009;13(Supl. 1):759-68.
74. Leboyer F. *Nascer sorrindo.* São Paulo. Editora Brasiliense; 2004.
75. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saude Publica.* 2002;18(Supl.):103-12.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília: M.S.; 2004.
77. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Plano de Ação 2004-2007. Brasília: M.S.; 2004.
78. Farah MFS. Gênero e políticas públicas. *Estud Fem.* 2004;12(1):360.
79. Xavier D, Ávila MB, Correa S. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: Labra ME. *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil.* Petrópolis: Vozes; 1989. p. 203-22.
80. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(6):1344-54.

81. Pereira ALF, Moura MAV. Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação na Casa de Parto no Rio de Janeiro. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):872-9.
82. Riesco MLG, Oliveira SMJ, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp2):1297-1302
83. Bonadio IC, Schneck CA, Pires LG, Osava RH, Silva FMB, Oliveira SMJ, et al. Remoções maternas da Casa do Parto de Sapopemba para hospital de referência. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(6):1301-8.
84. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no Município do Rio de Janeiro. Esc Anna Nery. 2013;17(1):17-23.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha. Brasília: M.S.; 2015.
86. Almeida CA, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev Saude Publica. 2009; 43(1):98-104.
87. Frutuoso LD, Brüggemann OM. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. Texto contexto enferm. 2013; 22(4): 909-17.
88. Scott JW. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educ Realidade. 1995;20(2): 71-99.
89. Scott JW. Prefácio a gender and politics of history. Cad Pagu. 1994;(3):11-27.
90. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
91. Paim JS. O que é o SUS. Temas em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
92. Besse SK. Modernizando a desigualdade: reestruturação da ideologia de gênero no
93. Ávila MB. Vida cotidiana e o uso do tempo pelas mulheres. Anais do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais; 2004; Coimbra. Universidade de Coimbra: Coimbra; c2014. 12 p.
94. Costa SG. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. Rev Estud Fem. 2002;10(2):301-23.
95. Hirata H. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. Cad CRH. 2011;24(1):15-22.

96. Cherniak D, Fisher J. Explaining obstetric interventionism: technical skills, common conceptualisations, or collective countertransference? *Womens Stud Int Forum*. 2008;31:270–7.
97. Bordo S. O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: Jaggar AM, Bordo SR. *Gênero, corpo e conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997. p. 19-41.
98. Lupton D, Schmied V. Splitting bodies/selves: women's concepts of embodiment at the moment of birth. *Sociol Health Illn*. 2012;20(10):1-14.
99. Walsh DJ. Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociol Health Illn*. 2010;32(3):486-501.
100. Wendland CL. The Vanishing Mother. Cesarean Section and "Evidence-Based Obstetrics". *Med Anthropol Q*. 2007; 21(2):218–33.
101. Carter SK. Beyond control: body and self in women's childbearing narratives. *Sociol Health Illn*. 2010; 32(7):993-1009.
102. Laqueur T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
103. Freire MML. Maternalismo e proteção materno-infantil: fenômeno mundial de caráter singular. *Cad Hist Ciênc*. 2011;7(2):55-70.
104. Freire MML. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *Hist Ciênc Saude Manguinhos*. 2008;15 (Supl.):153-71.
105. Costa J F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
106. Edmonds A. the poor have the right to be beautiful: cosmetic surgery in Neoliberal Brazil. *J R Anthropol Inst*. 2007;13(2):363-81.
107. Bourdieu PA. *Dominação masculina*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil; 2003.
108. Mauss M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify; 2003.
109. Elias N. *O Processo civilizador. Volume 1: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1994.
110. Rodrigues JC. *O Corpo na História*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
111. Le Breton D. *A Sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes; 2007.
112. Douglas M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva; 2014.
113. Ortega F. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo e a fenomenologia do corpo vivido. *Physis*. 2005;15(1):237-57.

114. Pereira RR, Franco SC, Baldin, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saude Soc.* 2011;20(3):579-89.
115. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anesthesiol.* 2011; 61(3):382-8.
116. 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.* 2011;342:1-7.
117. Duarte LFD. Pessoa e dor no Ocidente. *Horizontes Antropologicos.* 1998;4(9):13-28.
118. 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;17(4):758-64.
119. Spink MJ, Medrado B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJ. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* [Internet]. 2013 [citado em 9 Fev. 2016] 20 p. Disponível em: <http://maryjanespink.blogspot.com.br/2013/11/versao-virtual-do-livro-praticas.html>.
120. Spink MJ. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010. 72 p.
121. Leal MC, Silva AA, Dias MA, Gama SG, Rattner D, Moreira ME et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health.* 2012;9(15):1-8.
122. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
123. 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.
124. Sanabria E. The body inside out menstrual management and gynecological practice in Brazil. *Soc Analysis.* 2011. 55(1):94-112.
125. Sanabria E. From Sub- to Super-Citizenship: sex hormones and the body politic in Brazil. *Ethnos.* 2010;75(4):377-401.
126. McCallum C, Reis AP. User's and provider's perspectives on technological procedures for 'normal' childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. *Salud Publica Mex.* 2008;50(1):40-8.
127. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiência do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em

- uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(7):1483-91.
128. Mello e Souza MC. C-Sections as ideal birth: the cultural construction of beneficence and patients' rights in Brazil. *Camb Q Healthc Ethics*. 1994;3(3):358-66.
129. Bryant J, Porter M, Tracy SK, Sullivan EA. Caesarean birth: consumption, safety, order, and good mothering. *Soc Sci Med*. 2007;65:1192–1201.
130. Diniz SG, Duarte AC. *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro: Editora UNESP; 2004.

ANEXOS

ANEXO I



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0104- 0707 *versão impressa*
ISSN 1980- 265X *versão online*

- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Normas e instruções para publicação dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os *Uniform Requirements for Manuscripts* (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A tradução desse texto para o português: Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos está disponível no site http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0104-16731999000200002&script=sci_arttext.

Os manuscritos submetidos no sistema *ScholarOne* deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão recusados. Os autores dos manuscritos recusados em qualquer uma das etapas do processo de avaliação e publicação serão informados imediatamente.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) poderão ser aceitos, desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito foi originalmente publicado.

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, respeitar os preceitos da Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão anexar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, no método, o número de aprovação do projeto pelo Comitê e, para manuscritos brasileiros, o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE). Não é necessário incluir a Resolução como referência bibliográfica do manuscrito.

Salientamos que plágio acadêmico, em qualquer nível, é crime. Fere a legislação brasileira no artigo 184 do Código Penal, e no artigo 7.º, parágrafo terceiro, da Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que regulamenta o direito autoral, constituindo-se, assim, matéria cível e penal. A conduta editorial para o caso de plágio detectado segue as orientações do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org/>).

Lembramos, aos autores, a importância da aplicação correta das regras de ortografia e gramática na redação. Os manuscritos serão rejeitados imediatamente após a submissão caso não atendam a essas normas. Sugerimos que os manuscritos sejam encaminhados para revisão de português a um profissional especializado antes mesmo

da primeira submissão.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela **Texto & Contexto Enfermagem** se orienta pela contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, à obtenção ou análise e interpretação dos dados, à redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a **seis**. Excepcionalmente para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando a pertinência das justificativas apresentadas. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição esteja em desacordo aos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos, no final do manuscrito (consultar a seção Preparo dos manuscritos). Não será aceita a inclusão de novos autores após o início do processo de submissão.

No envio do manuscrito para submissão, na **Página de identificação** devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor em sua elaboração. Os critérios devem corresponder às deliberações do [ICMJE](#), em que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Categorias de artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão e revisão.

Artigo original: contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados, e discussão e conclusão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte" e os objetivos do estudo. Definir os **métodos** empregados (tipo de estudo), o contexto/população estudada, as fontes de dados e os critérios de seleção amostral, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), a coleta de dados, os processos de análise, entre outros. Devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Em pesquisas qualitativas, a descrição do processo de análise deve contemplar o detalhamento dos passos específicos do estudo, não bastando indicar o tipo de análise efetuada. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e do CAAE e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas ilustrações (tabelas, figuras e quadros), o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo nelas contido. A **discussão deve vir separada dos resultados** e deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. As **conclusões** devem responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências bibliográficas. A extensão total do artigo limita-se a 15 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados da experiência e conclusão. Sua extensão limita-se a 10 páginas,

incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

Reflexão: matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, reflexão e conclusão. Sua extensão limita-se a 12 páginas, incluindo resumo e excluindo as referências.

Revisão: A Texto & Contexto Enfermagem aceita três tipos de revisão (sistemática, integrativa e narrativa). Sua extensão limita-se a 20 páginas incluindo resumo, tabelas, quadros e referências.

Sistemática, com ou sem metanálise, que utiliza um processo de revisão de literatura abrangente, imparcial e reprodutível; localiza, avalia e sintetiza o conjunto de evidências dos estudos científicos para obter uma visão geral e confiável da estimativa do efeito da intervenção (Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.0.2. The Cochrane Collaboration; 2009);

Integrativa, que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (Whittemore R, Knafk K. *The integrative review: update methodology*. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5):546-53). Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões;

Narrativa, apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva. (Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA. *Revisão sistemática: uma revisão narrativa*. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2007 Dez [cited 2016 Mar 21]; 34(6):428-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000600012&lng=pt

Agradecimentos: possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que, de alguma forma, possibilitaram a realização da pesquisa, e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores. Serão incluídos ao final do manuscrito, apenas após sua aprovação final e antes da tradução.

Preparo dos documentos: página de identificação e manuscrito

A **página de identificação** e o manuscrito (documento principal) devem ser elaborados e enviados em arquivos independentes.

Página de identificação: deve conter a) título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras) somente no idioma original; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência; e) Se houver agradecimentos, devem constar nesta página.

Na **página de identificação** devem, ainda, ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do manuscrito nos seguintes itens: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser

publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5 cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3 cm e a margem direita e inferior de 2 cm. Letra *Times New Roman* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows 97-2003* ou editores compatíveis. As tabelas, quadros e figuras devem ter espaçamento simples e letra *Times New Roman* 12.

Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Métodos
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s) do estudo, método, principais resultados e conclusão. Abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*. Quando tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores universalmente aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA
 Primeiro subtítulo = Caminhos percorridos
 Segundo subtítulo = **A cura pela prece**

Exemplos:

Tabelas

As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.
- exemplo: **Tabela 1 - Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209);**

- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;
- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- mesma fonte do texto (*Times New Roman*, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas;
- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;
- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Times New Roman*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;
- os resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;
- citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS12

Quadros

Os quadros devem ser apresentados conforme abaixo:

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;
- difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;
- mesma fonte do texto (*Times New Roman*, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, **negrito** apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas;
- evitar quadros extensos, com mais de uma página;
- quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o das tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

Figuras

Não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas.

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;
- devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;
- vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

Fotos

- devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi) e estar plenamente legíveis e nítidas;
- podem estar em preto e branco ou coloridas;
- fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;
- se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

A forma de menção é a mesma para as tabelas, e o título segue as mesmas orientações

para os quadros.

Citações no texto: as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações no texto para artigos na categoria Revisão. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão "et al."

Exemplos:

Segundo Oliveira et al.,⁹ entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação. Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

Citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] "o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (*verbatim*) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

Notas de rodapé: o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

REFERÊNCIAS:

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus* (<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>) e *International Nursing Index*.

Não há limite para o número de referências nos manuscritos.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos; citação em inglês das referências que estejam disponíveis *on-line* nesse idioma; restringir o uso de referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor e/ou que não possam ter o impacto científico medido (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais) ou obras de reduzida expressão científica.

Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

Artigos de periódicos

Artigo de periódico com até 6 autores
Senna MH, Andrade SR. Indicators and information in local health planning: the perspective of the family health strategy nurses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 17]; 24(4):950-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000400950&lng=en

Artigo de periódico com mais de 6 autores
Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Vital signs measurement: an indicator of safe care delivered to elderly patients. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 07]; 24(4):1071-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401071&lng=en.

Artigo cujo autor é uma organização
Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and pro insulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002; 40(5):679-86.

Artigo sem indicação de autoria
21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002; 325(7357):184.

Artigo publicado em fascículo com suplemento
Andrade ACS, Peixoto SV, Friche AAL, Goston JL, César CC, Xavier CC, et al. Social context of neighborhood and socioeconomic status on leisure-time physical activity in a Brazilian urban center: The BH Health Study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 Mar 17]; 31(Suppl 1):136-47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300136&lng=en

Artigo publicado em número com suplemento
Nowinski CJ, Victorson D, Debb SM, Gershon RC, .Input on NIH Toolbox inclusion criteria. *Neurology*. March 12, 2013; 80 (1 Supplement 3):S7-12.

Artigo publicado em número especial
Morera JAC, Parada AR, Ogowewo B, Gough H, Alava MMS, Zeferino MT, et al. The role of family relations, spirituality and entertainment in moderating peer influence and drug use among students of eight universities from five countries in Latin America and three from the Caribbean. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 17]; 24(Spe):106-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600106&lng=en

Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação indicada por algarismos romanos
Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. Bioethics. 2002; 16(2):iii-v.

Artigo contendo retratação
Feifel D, Moutier CY, Perry W. Safety and tolerability of a rapidly escalating dose-loading regimen for risperidone. J Clin Psychiatry. 2002; 63(2):169. Retraction of: Feifel D, Moutier CY, Perry W. J Clin Psychiatry. 2000; 61(12):909-11.

Artigos com erratas publicadas
Callegari DC, Correa JA, Pires OC, Braga RBC, Gimbo AFM, Souza AA, et al. Efeito hiperálgico da fentolamina, por via subaracnoidea, em ratos. Rev Bras Anesthesiol. 2015 Abr; 65(2):111-6. Errata em: Rev Bras Anesthesiol. 2016 Fev; 66(1):111-4.

Artigo republicado com correções
Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. Mol Cell Endocrinol. 2002; 188(1-2):22-5. Corrigido e republicado de: Mol Cell Endocrinol. 2001; 183(1-2):123-6.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)
Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública; 43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

Artigo no prelo
Baggio MA, Erdmann AL. The occurrence of the care 'of us' in the movements and fluctuations of the interactive processes in the hospital environment. Texto Contexto Enferm. 2016 prelo.

Artigo com numero no lugar de paginação tradicional
Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood-pressure measurement. N Engl J Med. 2009 Jan 29; 360(5):e6. PubMed PMID: 19179309.

Artigo de jornal
Conselho da UFSC aprova adesão do Hospital Universitário à Ebserh. Diário Catarinense, 2015 Dez 01; Notícias.

Livros
Livro padrão
Dornelles S, Padilha MI, Ramos FRS, Silva DGV, Leopardi MT, Erdmann AL. Investigação em Enfermagem de Reabilitação um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados. Porto (PT): Universidade do Porto; 2014.

Capítulo de livro
Vargas MAO, Marques AMFB, Schoeller SD, Ferrazzo S, Ramos FRS, Heineck LH. Bioética social: delineando modos de cuidar em enfermagem. In: Sousa FGM, Backes DS, organizadores. Cuidado em enfermagem e saúde: diversidades e complexidades. Florianópolis (SC): Editora Papa-livro; 2015.

Livro com organizador, editor ou compilador
[Padilha MI](#), Borenstein MS, Santos I, organizadores. Enfermagem - Historia de uma profissão. 2ª ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora; 2015.

Livro editado por uma organização
Ministério da Saúde (BR). As cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da

Saúde; 2002.

Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada
Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [199?].

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991.

Livro na íntegra na internet
Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial [internet]. 4 ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2007. [cited 2016 Mar 03]. Available from: <http://books.scielo.org/id/j94p9>

Trabalho apresentado em congresso
Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15- 18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Documentos legais
Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

Brasil. Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Entidade coletiva
Ministério da Saúde (BR), Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas. 3ª ed. Brasília (DF): MS; 2014.

Tese/Dissertação
Alvarez AG. Tecnologia persuasiva na aprendizagem da avaliação da dor aguda em enfermagem [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2014.

Material audiovisual
Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa
Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

Dicionários
Ferreira ABH. Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Curitiba (PR): Editora Positivo; 2014.

Homepage/web site
Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Brasília (DF): MS; 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/>

Legislação na internet
Brasil. Lei 13021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. 2014. [cited 2016 Mar 06]. Available from:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm

Material

eletrônico

Programa de Pós- Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.

Waterkemper R, Prado ML, Medina JLM, Reibnitz KS. To be the shadow - awareness of undergraduate nursing students: a case study. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Dec [cited 2016 Mar 17]; 24(4):1079-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401079&lng=en. Epub Nov 24, 2015.

Ferreira AC. História de vida de pessoas com deficiência física adquirida [dissertação da internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from: <http://www.bu.ufsc.br/teses/PNFR0923-D.pdf>

Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho - 2013 [internet]. Brasília (DF): 2015 [cited 2016 Mar 07]. Available from: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeat-2013/estatisticas-de-acidentes-do-trabalho-2013/>

Relatórios

de

organizações

Ministério da Saúde (BR). IV Conferência Nacional de Saúde Mental: Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2010. Relatório final.

Homepage

na

internet

Revista *Texto e Contexto Enfermagem* [internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015 [cited 2016 Mar 06]. Available from: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/pt/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br> e, em outras línguas, se necessário, consultar: International Nursing Index, Index Medicus ou <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>.

ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS, REVISÕES SISTEMÁTICAS, METANÁLISES, ESTUDOS OBSERVACIONAIS EM EPIDEMIOLOGIA E ESTUDOS QUALITATIVOS

A **Texto & Contexto Enfermagem** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no *site* do [ICMJE](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem a Rede EQUATOR e os *Uniform Requirements for*

Manuscripts do ICMJE (<http://www.icmje.org>).

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são: [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](http://www.anzctr.nz.gov.au) (ANZCTR) [ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) [International Standard Randomised Controlled Trial Number](http://www.isrctn.com) (ISRCTN) [Netherlands Trial Register](http://www.trialsregister.nl) (NTR) [UMIN Clinical Trials Registry](http://www.umin.ac.jp/ctr) (UMIN-CTR) [WHO International Clinical Trials Registry Platform](http://www.who.int/ictrp) (ICTRP) [Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos \(ReBEC\)](http://www.rebec.gov.br).

A Texto & Contexto Enfermagem defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de estudos científicos, por meio do incentivo à utilização de guias internacionais pelos autores, na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por *checklists* e fluxogramas publicados nas declarações internacionais CONSORT (ensaios clínicos randomizados), PRISMA (revisões sistemáticas e metanálises), STROBE (estudos observacionais em epidemiologia) e COREQ (estudos qualitativos). Seu uso na preparação do manuscrito pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

Ensaio clínico randomizado - CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#)).
 Revisões sistemáticas e metanálises - PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#)).
 Estudos observacionais em epidemiologia - STROBE ([checklist](#))
 Estudos qualitativos - COREQ ([checklist](#)) publicado *Int. Journal for Quality in Health Care* em 2007 em formato de tabela no estudo *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ): *a 32-item checklist for interviews and focus groups*.

Estudos de tradução e validação de instrumentos

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.

ANEXO II

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E A CONSTRUÇÃO DA DECISÃO SOBRE O PARTO CESÁRIO

Pesquisador Responsável CLAUDIA BONAN JANNOTTI

Data da Versão 31/03/2011

Cadastro FR-41228

Data do Parecer 01/05/2011

Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais

Objetivos do Projeto

Compreender como se constrói a decisão pelo parto cesáreo em ma trama de relações e interações que envolve, além das gestantes, os médicos, os familiares e pessoas próximas. Investigar conhecimentos representações sobre a gravidez e parto e seus contextos. Reconstituir o itinerário terapêutico desde o pré natal ao parto. Analisar como interação práxis individuais e mediações sociais, culturais e políticas no processo de decisão/escolha do parto cesáreo.

Sumário do Projeto

Estudo qualitativo, com enfoque sócio-antropológico, com o método de estudo de itinerários terapêuticos. Agregado a outro estudo qualitativo de nível nacional sobre prática de cesariana no Brasil e seus determinantes e consequências, visa compreender a construção da decisão pelo parto cesáreo pelos diversos atores envolvidos nesse processo, a partir da narrativa do sujeito principal do evento, ou seja, a mulher que deu a luz. A coleta de informações será por meio de entrevista em profundidade conduzida por pauta temática pré definida em uma amostra de 80 mulheres entre o 4º e o 7º mês após a data do parto.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Sim
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Sim
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Introdução	Adequada
Comentários sobre a Introdução	

Objetivos	Adequados
Comentários sobre os Objetivos	

Sugiro a autora correção da grafia do termo "parto cesariano" por "parto cesáreo", outros termos: cesárea ou cesariana. Dicionário de termos técnicos e populares da saúde. Paulo Nogueira, 2007.

Pacientes e Métodos	
Delimitação	Adequado
Tamanho de amostra	Total 80 Local 80
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa quali)
Participantes pertencentes a grupos especiais	Não
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Adequada
Critérios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco-benefício	Adequada
Uso de placebo	Não utiliza

APROVADO

Válido Até 31/12/2012

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefone: 2552-3491 / 2554-1700 r. 1730

Claudia Bonan Jannotti
Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Página 1-2

Período de suspensão de uso de drogas (wash out)	Não utiliza
Monitoramento da segurança e dados	Adequado
Avaliação dos dados	Adequada - qualitativa
Privacidade e confidencialidade	Adequada
Termo de Consentimento	Comentário
Adequação as Normas e Diretrizes	Sim

Comentários sobre os Itens de Pacientes e Métodos

A autora não faz referência sobre possível ressarcimento ao sujeito da pesquisa na situação de despesa com deslocamento, para encontro com o pesquisador.

Novamente consta o termo "parto cesariano" no corpo do termo de consentimento. Sugiro a sua substituição.

Cronograma	Adequado
Data de início prevista	03/2011
Data de término prevista	12/2012
Orçamento	Adequado
Fonte de financiamento externa	Agência de fomento

Comentários sobre o Cronograma e o Orçamento

Referências Bibliográficas	Comentário
----------------------------	------------

Comentários sobre as Referências Bibliográficas

Estão disponíveis on line as mais recentes versões (2010) dos manuais técnicos do Ministério da Saúde para assistência ao puerpério, ao pré natal e a condução da gestação de Alto Risco.

Recomendação

Aprovar

Comentários Gerais sobre o Projeto

APROVADO

Válido Até 31/12/2012

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FOCRUZ
 Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 e 1730



Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FOCRUZ

ANEXO III

PAUTA TEMÁTICA PARA ENTREVISTAS

I) História da última gravidez e dos cuidados de pré-natal

Circunstâncias do engravidamento:

- esperado/ não esperado, significados/impactos no momento de vida (trabalho, estudo, situação econômica, de moradia, violência, outras)

- situação familiar e com o parceiro, aceitação da gravidez

Cuidados de pré-natal:

-busca de serviço pré-natal: período que procurou esses cuidados, onde procurou e por que, os profissionais que assistiram, como eram as consultas, que informações recebia nessas consultas, quem a acompanhava nas consultas

-participação em cursos de gestantes

-busca de informações na internet e outras fontes (revistas, livros)

-pessoas, tipos e formas de apoio ao longo da gestação

-Auto-cuidado durante a gravidez

-Avaliação da sua saúde e da saúde do bebê ao longo da gestação, intercorrências e riscos durante a gravidez

-Representações sobre os cuidados pré-natais, os riscos e a segurança na gravidez

-Sexualidade na gravidez

II) Reflexões e conversações em torno do parto:

-em que momento começou a pensar no parto

-o que sabia sobre ele (informações sobre os pródromos do parto, momento de ir para a maternidade, coisas para fazer durante o trabalho de parto)

-com quem falou primeiro sobre o parto

-quem foram as outras pessoas com quem você conversou sobre o parto

-como imaginava o parto (medos, mitos, crenças, informações tradicionais, exemplos de outras pessoas, representações da segurança dos tipos de parto para mães e bebês, etc.)

-quando tomou a decisão sobre o parto (no começo da gestação e no último mês da gestação)

-quais os motivos e as pessoas que participaram/ajudaram/influenciaram na decisão sobre o parto

-como avalia o pré-natal – como ele a preparou para o parto

III) O trabalho de parto e o parto Informações/escolha/definição sobre o local e o momento do parto do parto

- Circunstâncias do parto: o início do trabalho do parto/a proximidade da data do parto, a ida para a maternidade, a participação do parceiro, familiares e outras pessoas próximas, a experiência com o serviço e os profissionais de saúde, avaliação do parto
- Representações sobre a experiência de parir: qual o melhor parto, vantagens e desvantagens do parto normal e da cesariana, percepção sobre o trabalho de parto representações sobre risco e segurança no parto (crenças, mitos, medos, sensações, perda de controle, etc.).
- Participação do parceiro
- A avaliação do parto
- Transformações do corpo/sexualidade com o parto

IV) História de gravidezes anteriores, cuidados pré-natais e partos

- circunstância dos engravidamentos
- cuidados pré-natais
- as experiências de parto
- representações sobre riscos e segurança
- atores e redes de relações que influenciam nas experiências reprodutivas

V) História de gravidezes e partos na família e no círculo de amizades

- Padrões reprodutivos na família de origem
- Histórias de gravidez e parto de mulheres do círculo mais íntimo (mães, tias, irmãs, primas, amigas)
- Diálogo com pai ou mãe sobre assuntos referentes à sexualidade e reprodução
- Histórias de violência doméstica na gravidez e/ou ao longo da vida
- As fontes de informação sobre temas referentes à sexualidade e à reprodução: familiares, escola, parceiros, pares, serviços de saúde, TV, internet, revistas, etc.

V) História afetivo-sexual e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva

- Circunstâncias da iniciação afetiva e sexual
- Diálogo com parceiro(s) sobre prevenção e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva
- Diálogo sobre parceiro(s) sobre plano de filhos
- Cuidados ginecológicos
- Experiência de DST ou HIV/Aids própria ou dos parceiros
- História de violência ao longo da vida (sexual, doméstica...)

ANEXO IV

0



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E A CONSTRUÇÃO DA DECISÃO SOBRE O PARTO CESÁREO

Pesquisadoras responsáveis: Cláudia Bonan Jannotti e Kátia Silveira da Silva
 Telefone de contato com as pesquisadoras: 2554-1928 e 99791996
 E-mail de contato com as pesquisadoras: cbonan@elobo.com

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira
 Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – 4º andar - Flamengo - Rio de Janeiro
 Telefone: 2554-1700

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz
 Telefone do CEP: 2554-1730
 E-mail do CEP: cepiff@iff.fiocruz.br


Prezada senhora,

Convidamo-la a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada "Itinerários terapêuticos e a construção da decisão sobre o parto cesáreo". O objetivo do estudo é compreender como se constrói a decisão pelo parto cesariano e como nela influenciam as histórias de vida das mulheres e as relações estabelecidas com familiares, parceiros, profissionais de saúde e outras pessoas e instituições. Sua participação será através de entrevista individual e privada, contando nos suas experiências de vida afetiva, familiar e conjugal, de contracepção, gravidez, pré-natal e parto, de relações com profissionais de saúde e utilização de serviços de saúde.

Pedimos que leia as informações abaixo, antes de nos fornecer seu consentimento:

- Sua participação na pesquisa é voluntária.
- Seus dados pessoais serão mantidos no anonimato e as informações que vier a prestar guardadas em sigilo.
- As entrevistas serão individuais e realizadas em dia, local e horário de sua conveniência. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas, lembrando que será mantido o

APROVADO
 Válido Até 31/12/2012
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
 Telefones: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730


 Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

sigilo sobre o seu nome assim como o nome de todas as pessoas que por ventura a senhora citar.

- O material das entrevistas ficará sob a nossa guarda e será usado apenas para fins de pesquisa. A senhora poderá ter acesso a esse material, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias.
- A senhora poderá pedir todos os esclarecimentos que quiser, antes, durante e depois da realização da entrevista. Também poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada do protocolo de pesquisa, sem ter que dar nenhuma explicação. Sua desistência poderá ocorrer em qualquer momento da coleta de dados, sem qualquer risco de penalização.
- As informações fornecidas pela senhora serão analisadas conjuntamente com as de outras mulheres que serão entrevistadas nesta pesquisa, sempre garantindo o sigilo e anonimato de todas as participantes.
- Os resultados da pesquisa serão divulgados através de artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.

Eu, _____, brasileira, identidade nº _____, declaro ter lido o documento e ter sido claramente informada pela pesquisadora acerca do protocolo de pesquisa no qual serei incluída, e ter recebido respostas claras a todas as perguntas que fiz.

Rio de Janeiro, _____.

Assinatura da participante

Confirmo ter dado todas as explicações à participante sobre os objetivos, o tipo e os riscos inerentes ao estudo.

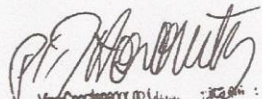
Nome da pesquisadora que realizou a entrevista

Assinatura da pesquisadora que realizou a entrevista

APROVADO

Válido Até 31/12/2017

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/IOC/CRUZ
Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730

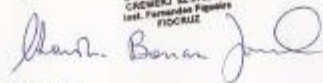

Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/IOC/CRUZ

ANEXO V

Rio de Janeiro, 22 de julho de 2014

Ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Na condição de coordenadora do projeto de pesquisa "Itinerários terapêuticos e a construção da decisão sobre o parto cesáreo", aprovado por esse CEP em 31 de dezembro de 2012¹, autorizo a utilização dos dados do referido estudo pela aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher/IFF, Liana Carvalho Riscado, que desenvolve seu projeto de tese sob a minha orientação.


Claudia Bonan Jannotti

Claudia Bonan
CREMOM 32.376/2009
Inst. Fernandes Figueira
IFF/CELLE

Claudia Bonan Jannotti

Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher