



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Rêgo de Castro Leão, Míriam; Gonzalez Riesco, Maria Luiza; Schneck, Camilla Alexsandra; Angelo, Margareth

Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 8, agosto, 2013, pp. 2395-2400

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027994024>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres

Reflections on the excessive rates of cesareans in Brazil and the empowerment of women

Míriam Rêgo de Castro Leão ¹

Maria Luiza Gonzalez Riesco ¹

Camilla Alexsandra Schneck ²

Margareth Angelo ¹

Abstract *The medicalization of childbirth as an outcome of social medicalization has been described as a complex sociocultural process that transforms the experiences, suffering and pain – which were formerly managed in the family or community settings – into medical needs. The scope of this paper is to reflect upon the excessive number of cesarean sections in Brazil from a critical and objective standpoint. Data on caesarean section statistics and studies on women's preference on the manner of delivery are discussed in order to contribute to the discussion on the empowerment of the health system consumers. Medicalization is a cultural change that influences the empowerment to cope with the experience of giving birth, as it involves excessive dependency on and abuse of cesarean sections. Furthermore, social networks and movements are discussed as possible facilitators of women's empowerment, as they enable mutual support, sharing of experiences and a contribution to the construction of more balanced relations between women and health professionals. Participation of these networks fosters the collective mobilization of women to insist on their rights from society as a whole.*

Key words Personal empowerment, Patient rights, Cesarean section, Pregnant women, Social participation

Resumo *A medicalização do parto, como resultado da medicalização social, tem sido descrita como um processo sociocultural complexo que transforma em necessidades médicas, vivências, sofrimentos e dores antes administradas no próprio ambiente familiar ou comunitário. O objetivo é refletir sobre o excesso de cesarianas no Brasil, em uma perspectiva crítica e propositiva. Dados sobre taxas de cesariana e estudos sobre a preferência das mulheres sobre a via de parto são discutidos com a finalidade de contribuir para o debate sobre autonomia das usuárias do sistema de saúde. A medicalização é uma transformação cultural que influenciou a capacidade de enfrentamento autônomo da experiência de parir, visto que implica em dependência excessiva, heteronomia e consumo abusivo de cesarianas. Além disso, discutem-se as redes e os movimentos sociais como possíveis facilitadores da autonomia das mulheres, na medida em que possibilitam apoio mútuo e compartilhamento de experiências, contribuindo para a construção de relações mais igualitárias entre as mulheres e os profissionais de saúde. A participação nessas redes possibilita a mobilização coletiva das mulheres no sentido de reivindicarem seus direitos junto às diversas instâncias da sociedade.*

Palavras-chave Autonomia pessoal, Direitos do paciente, Cesárea, Gestantes, Participação social

¹ Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Cerqueira Cesar. 05.403-000 São Paulo SP
miriamleao@usp.br

² Curso de Obstetrícia, Escola de Artes Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo.

Introdução

O cuidado prestado à mulher durante a maternidade sofreu modificações significativas, principalmente a partir da segunda metade do século XX, quando o parto passou a ser um evento hospitalar e cirúrgico. Este processo foi fundamental para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino¹.

A medicalização do parto é um reflexo da medicalização social, descrita como um processo sociocultural complexo que transforma em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que antes eram administradas no próprio ambiente familiar ou comunitário. A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio na capacidade de enfrentamento autônomo das dores e adoecimentos². Esta contribuiu para o declínio da capacidade da mulher em lidar com o fenômeno do parto, sua imprevisibilidade e as dores do trabalho de parto.

Em 2006, 44% dos partos, no Brasil, foram cirúrgicos, sendo essa taxa maior nas regiões Sudeste (52%) e Sul (51%), entre as mulheres com mais de 35 anos (61%), brancas (49%) e com 12 ou mais anos de estudo (83%); no sistema de saúde suplementar foi de 81%³. Em 2008, a taxa chegou a 84,5%⁴.

Esse cenário de medicalização do nascimento faz refletir sobre as seguintes questões: As mulheres brasileiras preferem cesariana ou parto normal? O que elas podem fazer para evitar a cesariana desnecessária e indesejada? Como ampliar a autonomia das mulheres que querem partos normais?

O objetivo deste artigo é refletir sobre o excesso de cesarianas no Brasil, em uma perspectiva crítica e propositiva. Dados epidemiológicos sobre as taxas de cesariana e estudos sobre a preferência das mulheres são discutidos com o objetivo de contribuir para o debate sobre a autonomia das usuárias do sistema de saúde.

A cesariana e a preferência das mulheres

Coortes de nascimentos realizadas em três cidades do Brasil revelaram taxas de cesariana de 50,8% em Ribeirão Preto (1994); 33,7% em São Luiz (1997-1998), e 45,4% em Pelotas (2004). A proporção de prematuridade foi de 12,5%, 12,6%, 15,3%, e de baixo peso ao nascer 10,7%, 7,6% e 10%, respectivamente. A maior proporção de baixo peso em Ribeirão Preto, cidade com me-

lhores condições sociais e econômicas que São Luiz, revelou um paradoxo, se considerarmos que o baixo peso deveria ser menos comum entre recém-nascidos de mães de maior nível socioeconômico⁵⁻⁷.

Estudo sobre taxas de cesariana em 126 países evidenciou que, apesar da distribuição desigual, 15% dos nascimentos em todo o mundo ocorrem por cesariana. A América Latina e Caribe apresentaram as taxas mais elevadas (29,2%) e a África apresentou a menor proporção (3,5%). Na região da América Latina e Caribe, as taxas variaram de 1,7% no Haiti a 36,7% no Brasil e 39,1% no México. Na Europa, a proporção média de nascimentos por cesariana foi de 19%, com taxas mais elevadas na Itália (36%) e em Portugal (30,2%) e mais baixas na Moldávia (6,2%). Nas regiões mais desenvolvidas, incluindo Europa, América do Norte, Japão, Austrália e Nova Zelândia, as taxas variaram entre 6,2% e 36%, com uma média de 21,1%⁸.

A taxa ideal de cesarianas deve ter como base a maximização dos melhores resultados maternos e neonatais, considerando os recursos médicos e de saúde disponíveis e as preferências maternas⁹. Assim, essa taxa irá variar ao longo do tempo e entre as diferentes populações de acordo com as circunstâncias individuais, locais e sociais.

Considerando a necessidade de se maximizar os resultados maternos e neonatais, ressalta-se a relação inversa entre razão de mortalidade materna e neonatal e a taxa de cesariana, apresentada por Bétran et al.⁸. No entanto, em níveis muito baixos de mortalidade, a força da associação enfraqueceu, mostrando uma relação positiva, em vez de inversa.

Essa realidade evidencia que o uso abusivo da cesariana pode causar mais dano que benefício e ilustra o que Illich¹⁰ conceitua como contraprodutividade. A contraprodutividade é descrita como uma ferramenta que passa a produzir efeitos paradoxais, operando contra o objetivo implícito em suas funções como, por exemplo, instituições de saúde que produzem doenças, medicina que produz iatrogenias. No caso em questão, a cesariana que produz morbidade e mortalidade materna e neonatal.

A consequência da contraprodutividade é a perda da sinergia produtiva entre as ações de saúde autônomas, produzidas pelos indivíduos no meio social, e as ações de saúde heterônomas, produzidas pelos profissionais de saúde institucionalizados e especializados. O desequilíbrio entre ações autônomas e heterônomas, com predominância desta última, induz a um círculo vicioso de

contraprodutividade, que produz a ilusão da necessidade de mais ação heterônoma para corrigir os efeitos indesejáveis e paradoxais produzidos. Em relação ao parto, a medicalização influenciou a capacidade da mulher de enfrentamento autônomo da experiência de parir, gerando dependência excessiva, heteronomia e um consumo abusivo e contraprodutivo de cesarianas¹⁰.

Revisores da Biblioteca Cochrane registraram que não há ensaios clínicos que comparem os riscos e os benefícios da cesariana planejada a termo sem razões médicas, com os riscos e benefícios do parto vaginal planejado, mas apontam para a necessidade urgente de revisões de estudos observacionais e síntese de estudos qualitativos sobre os efeitos a curto e longo prazo da cesariana e do parto vaginal¹¹.

Revisão narrativa sobre o impacto da cesariana eletiva nos desfechos respiratórios neonatais pondera que há evidências de alta incidência de complicações respiratórias e internação neonatal em UTI entre bebês de mulheres que não entraram em trabalho de parto¹².

Diniz¹³ destaca que, no Brasil, no cenário da atenção ao parto convive-se com o pior dos dois mundos: “o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada”. Alerta que a adoção da “cesárea de rotina”, no setor privado, e do parto vaginal com intervenções rotineiras, no setor público, desconsidera as evidências científicas e as reais necessidades de saúde da população.

Estudos observacionais realizados sobre preferência da via de parto pelas mulheres, no Brasil, evidenciam que a maioria prefere o parto normal. Um dos principais motivos referidos é a recuperação mais rápida após o parto. Apesar disso, a cesariana é o tipo de parto da maioria das usuárias do setor suplementar de saúde, o que põe em risco a autonomia e a satisfação feminina com a experiência de parir¹⁴.

Embora o aumento nas taxas de cesariana em países de média e alta renda seja parcialmente atribuído ao pedido da mulher, revisão sistemática concluiu que apenas uma minoria delas, em uma ampla variedade de países, manifestou preferência por essa via de parto. A revisão que incluiu 38 estudos (n = 19.403) indicou uma taxa de preferência pela cesariana de 15,6% e mostrou que essa foi maior entre as mulheres com cesariana anterior e entre as que moram em países de renda média¹⁵.

Segundo o Ministério da Saúde, a excessiva taxa de cesariana no setor suplementar tem múltiplas razões, dentre elas a relação médico-paci-

ente assimétrica, que dificulta a participação das mulheres na decisão do tipo de parto¹⁶.

A autonomia das mulheres em questão

Almeida¹⁷ aborda, sinteticamente, os princípios da bioética como: *beneficência* ou obrigação moral de agir em benefício dos outros; *não maleficência* ou, acima de tudo, não causar mal ou dano; *justiça*, que diz respeito à equidade e à justa distribuição dos recursos na assistência à saúde, e *autonomia*, que significa reconhecer o direito do indivíduo de ter sua própria maneira de compreender o mundo, de fazer escolhas, de poder agir de acordo com valores e crenças pessoais.

Segundo esse autor¹⁷, um dos obstáculos à incorporação do princípio da autonomia do usuário pelos profissionais de saúde é a tradição da relação paternalista, baseada no princípio de beneficência. Na prática, o princípio da autonomia do usuário é o que mais traz conflitos com valores associados ao princípio da beneficência, e ambos estão em posição de destaque na ética da assistência à saúde. O equacionamento dos conflitos torna-se, portanto, uma questão central na aplicação da bioética.

Na questão referente à autonomia das mulheres que desejam parto normal, o conflito entre autonomia e beneficência não se aplica, especialmente no setor suplementar, uma vez que a beneficência só seria justificada diante de uma cesariana por razão médica real e a maioria das mulheres usuárias deste setor é submetida à cesariana desnecessária.

A Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, considera a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, como um dos princípios a serem seguidos pelos serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde¹⁸.

Dentre os princípios da Carta de Direitos dos Usuários de Saúde, de 2006, destaca-se aquele que assegura ao cidadão um atendimento que respeite seus valores e direitos, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento. Desse modo, o usuário deve consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública¹⁹.

A ideia de autonomia conduz à ideia de liberdade, capacidade do exercício ativo de si, livre

decisão dos indivíduos sobre suas ações e capacidade para construir a própria trajetória de vida. No âmbito pessoal, remete à ideia de capacidade de decidir de forma responsável e informada e, no âmbito social, ao exercício da cidadania e ao direito de escolha^{20,21}.

Porém, considerando a realidade da vida em sociedade, o exercício da autonomia depende de condições culturais, sociais, econômicas e outras. Somos movidos pela nossa própria vontade (autonomia), mas também pela vontade do mundo exterior (heteronomia), o que confere uma característica relativa e relacional à autonomia, inseparável da dependência. As relações de autonomia/dependência estão presentes durante toda a vida dos seres humanos, seja no nível dos indivíduos, seja no das sociedades. Como não podemos pensar o ser humano fora da sociedade e da cultura à qual pertence, a ideia de autonomia dependente parece mais apropriada que a autonomia absoluta^{20,22}.

Neste contexto, torna-se necessária a aproximação dos profissionais de saúde com as redes de autonomia/dependência das pessoas e a superação da relação autoritária entre profissional e usuário. Defender a autonomia é reconhecer que a voz ativa do processo terapêutico é o próprio usuário e que ele tem necessidades, valores, expectativas e desejos, frutos da sua natureza e cultura, que precisam ser considerados no cuidado em saúde²².

Fleury-Teixeira et al.²¹ valorizam a atuação para ampliar o controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde e reconhecem a autonomia como categoria norteadora da promoção à saúde. Consideram que a ampliação da autonomia atua como protetora, assim como sua restrição é fator de risco na cadeia causal dos agravos à saúde.

Há evidências científicas que demonstram que a democratização das relações entre profissionais de saúde e usuários, em um modelo de corresponsabilidade, e a valorização da autonomia do usuário em relação à escolha da terapêutica e dos procedimentos estão associadas a melhores resultados em saúde²².

A autonomia merece ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania, da própria vida, um valor fundamental de uma sociedade democrática, mas essa autonomia não é absoluta; é relativa e relacional e deve ser construída em um processo contínuo. Afirmá-la como valor implica na democratização de saberes e das relações entre profissionais e usuários, na participação dos cidadãos, no respeito à multiplicidade, di-

versidade e singularidades e na valorização da subjetividade; implica, acima de tudo, em uma ética de solidariedade e responsabilidade²².

Movimentos sociais e as possibilidades de ampliar a autonomia das mulheres no parto

Em oposição ao excesso de intervenções médicas no processo de gestação e parto, observa-se, na última década, uma expansão significativa de movimentos de usuárias e profissionais de saúde que se posicionam criticamente em relação a essa realidade.

Pesquisa realizada com grupos de ativismo pela humanização do parto de vários países revelou que, salvo raras exceções, os grupos começaram com mulheres insatisfeitas com o cuidado obstétrico ou profissionais com dificuldades para prestar um cuidado humanizado, ou ambos²³.

A partir do final da década de 1990, com a popularização da *Internet*, observa-se, no Brasil, a ampliação e o fortalecimento do movimento de ativistas pela humanização do parto, especialmente dos movimentos de usuárias, que se organizam por meio de redes sociais, listas de discussões *on-line* e encontros presenciais, destacando-se: Organização Não Governamental (ONG) "Amigas do Parto" e "Bem Nascer"; as listas de discussão "Parto Natural", "Parto Humanizado", "Parto Nossa", "Materna", dentre outras; a rede "Parto do Princípio"; e os grupos apoiados pela rede "Parto do Princípio" (GAPP), como os "Ihstar" de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Fortaleza, Recife, Rio de Janeiro e Sorocaba (SP), dentre outros.

Um exemplo da potencialidade desses movimentos ocorreu em 2007, quando a rede "Parto do Princípio" moveu uma ação no Ministério Público Federal de São Paulo (MPF-SP) contra o abuso de cesarianas no setor suplementar. Foi entregue ao referido órgão um dossiê de 35 páginas, baseado em mais de 30 artigos científicos, contendo propostas e soluções para a epidemia de cesarianas.

O MPF-SP elegeu as seguintes medidas, a serem adotadas pela Agência Nacional de Saúde, como um passo inicial para a regulamentação estatal do setor de serviços obstétricos da saúde suplementar, com vistas à redução do número de cesarianas desnecessárias: fornecimento pelas operadoras de saúde aos seus clientes, a pedido destes e em determinado prazo, dos percentuais de cesarianas e partos vaginais efetuados pelos obstetras e hospitais; adoção do partograma como documento obrigatório; implantação obri-

gatória do cartão da gestante; partos acompanhados por enfermeiras obstetras; incentivo às práticas humanizadoras e formas diferenciadas de remuneração para o parto vaginal e a cesariana, privilegiando o parto vaginal²⁴.

Assim, considerando que a autonomia é imprescindível no exercício do direito à saúde e que a mulher deve participar ativamente das decisões sobre seu processo de gestação e parto, torna-se imprescindível a implementação de políticas e estratégias de promoção e ampliação da autonomia das mulheres.

Considerações finais

Evidências epidemiológicas demonstram que o Brasil vive um cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas. A ampliação da au-

tonomia da mulher no processo de gestação e parto apresenta-se como uma possibilidade de enfrentamento dessa realidade, marcada pela medicalização e contraproductividade.

As redes e os movimentos sociais destacam-se como possíveis promotores da autonomia das mulheres. O apoio mútuo e o compartilhamento de experiências exitosas de parto parecem contribuir para a construção de relações mais igualitárias entre as mulheres e os profissionais de saúde. A participação nesses movimentos tem possibilitado uma mobilização coletiva das mulheres no sentido de reivindicarem seus direitos na sociedade.

Investigações científicas são necessárias para identificar e compreender as experiências de parto das mulheres que integram esses movimentos, a fim de revelar como contribuem para o exercício da autonomia nesse processo e para evitar cesarianas indesejadas e desnecessárias.

Colaboradores

MRC Leão trabalhou na concepção, elaboração e redação da versão final; MLG Riesco, CA Schneck e M Angelo trabalharam na revisão crítica e aprovação da versão final.

Referências

1. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):651-657.
2. Tesser CD. Medicalização social: o excessivo sucesso do epistemocídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(19):61-76.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 – relatório*. Brasília: MS; 2008.
4. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *O modelo de atenção obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
5. Silva AAM, Bettoli H, Barbieri MA, Brito LGO, Pereira MM, Aragão VMF, Ribeiro VS. Which factors could explain the low birth weight paradox? *Rev Saude Publica* 2006; 40(4):648-655.
6. Barros AJD, Santos ISS, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, Matijasevich A, Bertoldi AD, Barros FC. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Rev Saude Publica* 2006; 40(3):1-11.
7. Gomes UA, Silva AA, Bettoli H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999; 28(4):679-694.
8. Bétran AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21(2):98-113.
9. EUA. National Institutes of Health (NIA). *NIH State-of-the-Science Conference: cesarean delivery on maternal request*. Maryland: NIH; 2006.
10. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4ª Edição. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.
11. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (3):CD004660.
12. Ramachandrappa A, Jain L. Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory outcome. *Clin Perinatol* 2008; 35(2):373-393.
13. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev bras crescimento desenvolv hum* 2010; 19(2):13-26.
14. Potter JE, Faundes A, Hopkins K, Perpétuo IHO. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth* 2008; 35(1): 33-40.
15. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. Women's preference for cesarean section: a systematic review and metaanalysis of observational studies. *BJOG* 2011; 118(4):391-399.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: MS; 2001.
17. Almeida JLT. *Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principalista da relação médico-paciente* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
18. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2ª Edição. Brasília: MS; 2007.
20. Bastos S, Silva AL, Beraldi B. Direito à autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA, organizadores. *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p. 109-117.
21. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. A autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl. 2):2115-2122.
22. Soares JCRS, Camargo Júnior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(21):65-78.
23. Goer H. Humanizing birth: a global grassroots movement. *Birth* 2004; 31(4):308-314.
24. São Paulo. Ministério Pùblico Federal (MPF). *Ação Civil Pública em face da Agência Nacional de Saúde Suplementar*. [acesso 2012 mar 8]. Disponível em: <http://www.partodoprincípio.com.br>

Artigo apresentado em 08/03/2012
 Aprovado em 29/03/2012
 Versão final apresentada em 17/04/2012