

SAÚDE REPRODUTIVA E GESTÃO DOS CORPOS DAS MULHERES BRASILEIRAS

Anelise Gregis Estivalet *

Resumo

Desde a década de 1960, houve um declínio crescente nas taxas de fecundidade no Brasil, que era de 6,3 em 1960, atingindo 1,7 em 2015. As taxas entre mulheres jovens (entre 15 e 19 anos) ainda são altas, mas também seguem em declínio. A participação deste grupo na fecundidade total continua a ser de 17,4%. Os institutos de pesquisa apontam que essa taxa deve reduzir-se ainda mais até 2030, quando deve chegar a 1,5. Entre os fatores que contribuíram para esse declínio estão a adoção maciça do uso de anticoncepcionais e a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, elevando o nível de educação e renda da população. Paralelamente a esta imagem, enquanto temos uma diminuição no número de nascimentos, a porcentagem de nascimentos cesarianos no Brasil, que em 2000 era de 38%, atingiu 55,5% em 2016, enquanto a porcentagem de partos vaginais diminuiu de 62% em 2000 para 44,5% em 2016.

Palavras-chave: nascimentos; direitos; brasil; partos cesáreos.

Resumen

Desde la década de 1960, se observa en Brasil, una disminución creciente de las tasas de fecundidad que eran 6,3 en 1960 llegando a 1,7 en 2015. Las tasas entre mujeres jóvenes (entre 15 y 19 años), todavía siguen siendo altas, sino también disminuyeron. La participación de este grupo en la fecundidad total, sigue siendo un 17,4%. Los institutos de investigación señalan que esta tasa debería reducirse aún más en 2030, cuando debería llegar a 1,5. Entre los factores que han contribuido a este descenso son de la adopción masiva del uso de anticonceptivos y la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, elevando el nivel de educación y los ingresos de la población. Paralelo a este cuadro, mientras que nosotros tenemos un descenso en el número de nacimientos, el porcentaje de nacimientos por cesárea en Brasil, que en 2000 fue del 38%, alcanzó el 55,5% en 2016, mientras que el porcentaje de partos vaginales se redujo de 62% en 2000 a 44,5% en 2016.

Palabras claves: nacimiento; derechos; brasil; partos cesáreos.

* Bacharelada e Licenciada em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e Doutora em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) tendo realizado estágio doutoral junto ao Laboratoire Éthique Médicale da Université Paris Descartes - Sorbonne (PARIS V) e Centre d'Études sur l'Actuel et le Quotidien (CEAQ-Sorbonne). Foi consultora da UNESCO junto ao Ministério da Educação (MEC) e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Atuou, também, como Pesquisadora Titular no Ministério dos Direitos Humanos (MDH) e como Professora Substituta na UFRGS e no Instituto Federal do Rio Grande do Sul.

INTRODUÇÃO

As primeiras campanhas de saúde pública do século XX fizeram com que ocorresse a baixa das taxas de mortalidade em todo o mundo. Assim, o universo médico passou a exercer grande influência no desenvolvimento social promovendo políticas higienistas. É a época do estabelecimento de políticas de saneamento básico, massificação da utilização de vacinas e da construção de hospitais. Na América Latina, a partir dos anos 1930, a educação e a higiene pública constituíram o projeto político das novas nações latino-americanas, ainda que um grande contingente populacional estivesse à margem desse processo. Consequentemente, a esperança de vida ao nascer, praticamente, dobrou entre 1930 e 1960. A rápida queda da mortalidade, aliada ao número de casamentos, acabou por ocasionar uma grande taxa de fecundidade que não se restringia somente aos países latino-americanos. Na década de 1960, esses países registravam taxas entre 6 e 7,5 nascimentos por mulher, salvo países como Chile (5), Cuba (4,7), Argentina e Uruguai, ambos com 3. Nessa época, o México também apresentava uma taxa de fecundidade de 6,8. Considera-se, ainda, que os divórcios eram restritos até 1977 no Brasil e, até 1962, as mulheres casadas só poderiam trabalhar se tivessem autorização de seus maridos.

Cabe salientar que a década entre 1950 e 1960 ficou conhecida como a década do “milagre” econômico em países como Brasil, Colômbia, México e Venezuela, devido à expansão dos empregos na indústria e dos centros urbanos. Era a possibilidade de muitas famílias melhorarem suas condições de vida.

A introdução de métodos contraceptivos em todo o mundo, o aumento da escolaridade e da participação das mulheres no mercado de trabalho, as gestações em idades mais avançadas e a possibilidade de optar por não ter filhos, fizeram com que as taxas de fecundidade fossem reduzidas ao longo das décadas. Nas Américas Latina e Central, a utilização de métodos contraceptivos

multiplicou-se por quatro entre 1965 e 1983. Nos anos 1980, sob pressão de países como os Estados Unidos, a esterilização cirúrgica feminina difundiu-se, rapidamente, tal qual se verificou no Brasil, Equador, Panamá, Porto Rico, El Salvador e República Dominicana, onde mais de 25% das mulheres foram esterilizadas (ZORZETTO, 2006). Internamente, era possível perceber as diferenças de taxas de fecundidade entre ricos e pobres e entre os meios urbano e rural. Nos períodos de crise econômica brasileira, ao contrário do que é difundido pelo senso comum, o número de filhos entre os mais pobres sempre diminuiu. A baixa do nível de vida, o desemprego, a desnutrição e as carências de todo o gênero, nos conduzem à emergência do que se pode chamar de « malthusianismo da pobreza¹ ».

A conciliação da mulher com o capitalismo e a entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho foram acompanhadas pelo também massivo desenvolvimento de métodos contraceptivos femininos, apesar da igualdade salarial e da garantia de direitos não terem caminhado na mesma proporção. Vários estudos comprovam que a trabalhadora ideal não deve ter filhos e, caso ela ouse ter, apesar da legislação lhe dar algumas garantias certamente, se ela está empregada no momento do nascimento, ela ficará desempregada tão logo retorne ao trabalho. O trabalhador ideal do capitalismo é o homem e, quanto mais as mulheres se aproximarem das características masculinas, maior a chance delas se manterem em seus empregos. Afinal, caso ocorra a concepção, a responsabilidade pela criança é da mulher. A partir daí ela passa a desempenhar duas ou mais atividades, mas duas, certamente: sua atividade profissional e a de mãe. Segundo Djider y Lefranc (1995), o modelo da mãe que ficava em casa foi rapidamente substituído pelo da mãe trabalhadora.

Passa-se, então, a construir uma nova identidade feminina, em que, caso a mulher deseje ser mãe algum dia, ela precisa ter toda a sua vida estruturada de acordo com os seus intuítos profissionais, situação essa que não ocorre nas trajetórias profissionais masculinas. Por isso, podemos dizer que a difusão da contracepção médica atua, diretamente, na construção de uma nova

¹ Fenômeno igualmente registrado para a África (Boserup, (1985).

identidade feminina. Para as mulheres gestantes, a opção pelo parto cesáreo aparece como a opção que lhe daria autonomia para determinar a data e hora da realização do parto, não comprometendo suas atividades profissionais. Essa nova identidade feminina demonstra o quanto as mulheres aderiram às normas contraceptivas, a ponto de programarem suas vidas de forma diferenciada se compararmos às décadas anteriores.

Ainda que as mulheres tenham acessado em maior número à escolarização, temos disparidades nas trajetórias de homens e mulheres que possuem um mesmo grau de escolaridade. Pesquisas demonstram que, na maior parte das profissões, as mulheres precisam ter mais anos de estudo e de experiência que os homens para ocuparem cargos iguais. Não são poucas as vezes que, na ocorrência de uma gravidez não planejada, as mulheres precisam optar entre os estudos e/ou carreira profissional e a maternidade, além de não terem qualquer acolhida em seus locais de estudo ou trabalho para seus filhos. No entanto, a sociedade não vê com bons olhos a mulher que opta por não ter filhos. Ela será cobrada por toda a vida por não ter sido mãe e terá que justificar sua opção para boa parte da sociedade. Esse processo atesta a internalização, pelas mulheres, da menor legitimidade social do modelo de mulher que escolhe sua carreira em detrimento da maternidade e/ou que, simplesmente, decide não ter filhos. Ou seja, a nova identidade feminina que a sociedade do século XXI exige é aquela que seja trabalhadora, que esteticamente responda às demandas da feminilidade, cuide da sua família e, caso engravide, que tenha um parto “prático” e retorne, rapidamente, a desempenhar suas funções. Para Bajos y Ferrand (2004):

Les recompositions entre rôle paternel et rôle maternel qui auraient pu accompagner l'entrée massive des femmes sur le marché du travail ne se sont finalement traduites que par la transformation de la mère au foyer en mère travailleuse, assumant une «double journée», à côté d'un père qui reste toujours prioritairement assigné à la sphère productive (p. 131).

Cabe salientar que o modelo de mãe que se exige é o da mãe disponível. A maternidade eficaz exige uma posição de mãe como uma educadora presente e atenciosa:

Disponibilité qui se conjugue toujours au féminin, tant la complémentarité des rôles parentaux, calquée sur une division du

travail entre les sexes qui renvoie à la « nature », reste de mise. Avec la contraception, le modèle de la mère disponible confirme celui de la bonne mère (BAJOS Y FERRAND, 2004, p. 133).

Mesmo com a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, uma maior igualdade esperada na realização do trabalho doméstico e no cuidado com os filhos não se efetivou. As mulheres continuam tendo duplas ou triplas jornadas na maioria dos casos, além de dedicarem mais tempo à família e aos filhos do que os homens. Enquanto, das mulheres se espera a disponibilidade, dos homens, se espera a boa vontade. Nesse sentido, há que se considerar os avanços conquistados com o uso de métodos contraceptivos, mas há também a necessidade de se reconhecer que os avanços com relação à igualdade de garantias, responsabilidades e direitos precisa, realmente, acontecer. Há que se criticar a forma indiscriminada da aplicação dos métodos contraceptivos que é reforçada pelas práticas biomédicas e que são direcionados quase que exclusivamente somente às mulheres.

TAXAS DE FECUNDIDADE E CONTROLE DA SAÚDE DA MULHER

Ainda que, culturalmente, seja um senso comum na sociedade a ideia de que as mulheres brasileiras têm muitos filhos e que uma das políticas essenciais para o país seria o efetivo controle de natalidade e o planejamento familiar, os dados atuais demonstram uma realidade bem diferente do que a difundida, inclusive no meio acadêmico. Acrescenta-se a esse discurso as ideias pejorativas de que as mulheres brasileiras teriam mais filhos para poderem receber mais benefícios sociais do governo. No entanto, desde a década de 1960 se observa no Brasil uma diminuição crescente das taxas de fecundidade, que eram de 6,3 em 1960 e chegam a 1,7 em 2015. Cabe salientar que essa proporção está abaixo de países como os Estados Unidos (1,84) e França (2,0). O Brasil apresenta decréscimos nas taxas de fecundidade desde a década de 1960 de aproximadamente 1% por década e, ao contrário do que

é comumente falado, após a criação do Bolsa Família², essas taxas caíram ainda mais:

Quadro I – Taxa de fecundidade no Brasil (1960-2015)

ANO	TAXA DE FECUNDIDADE
1960	6,21
1970	5,02
1980	4,07
1990	2,81
2000	2,36
2005	2,07
2010	1,84
2015	1,74

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)³

O Brasil está entre os 10 países que registraram as menores taxas de fecundidade entre 2010 e 2015. Além disso, os institutos de investigação assinalam que esta taxa deve reduzir-se ainda mais até 2030, quando deverá chegar a 1,51. O país, também, apresenta taxas de crescimento populacional que vem diminuindo a cada ano. Em 2012, a taxa brasileira era de 0,84%, bem abaixo da média mundial de 2%, taxas essas comparadas às de países como Nova Zelândia, Espanha, Islândia e Canadá, ou seja, em poucos anos o Brasil terá uma população com características bastante próximas às europeias.

Comparando dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar no Brasil de 1986, da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 e da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006, sobre o uso de métodos contraceptivos, constatamos que em 2006, praticamente, quase metade da população feminina entre 45 e 49 anos havia realizado esterilização (laqueadura tubária). Mesmo entre 35 e 39 anos, período em que as mulheres ainda

são férteis, o índice era de 37,8%. Nota-se que os dados referentes à 1996 são, também, preocupantes, pois 37,6% das mulheres entre 30 e 34 anos já haviam sido esterilizadas.

Na década de 1990 era comum o convencimento de que as mulheres, na hora do nascimento de seus bebês deveriam optar pela cesariana para também realizar a laqueadura tubária. Somente em 1996, com a aprovação da Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96)⁴ é que a laqueadura foi vedada de ser realizada ao mesmo tempo que a cesárea. Para a realização do procedimento é necessário que a mulher tenha mais de 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos (BRASIL, Presidência da República, 1996). A mulher casada precisa ainda da autorização do marido. Mesmo com a aprovação da Lei 9.263, a esterilização cirúrgica continua sendo a forma de contracepção mais comum no Brasil, sendo que o país possui a décima maior taxa de utilização desse método no mundo, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde de 2015. Ressaltese que é um procedimento que continua sendo muito mais comum entre as mulheres com menor renda e menos escolaridade, segundo pesquisa divulgada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Há dez anos, 60% das laqueaduras de urgência continuavam acontecendo no parto. Atualmente, já são quase 90% – a maioria em mulheres negras. Em 2017, elas foram submetidas ao procedimento 2,5 mais vezes do que em 2008, segundo dados do Ministério da Saúde.

As principais justificativas eram a falta de oferta de métodos contraceptivos e a não inclusão da laqueadura tubária como procedimento pago pelo sistema público. Na época, essa prática comum no universo médico chegou a ser bastante questionada pelo Ministério da Saúde. Calcula-se que, em 1987, no estado de São Paulo, 72% de todas as esterilizações cirúrgicas entre as mulheres de baixa renda foram realizadas durante

² O Programa Bolsa Família é uma política de transferência de renda condicionada. Consiste, basicamente, em benefícios estatais financeiros às famílias de baixa renda, que tenham renda per capita de R\$ 85,00 a R\$ 170,00 ou de 22€ a 45€ que tenham em sua composição gestantes e crianças ou adolescentes entre 0 e 17 anos e extremamente pobres (com renda per capita até R\$ 85,00). As condicionalidades para permanência no programa vão desde a manutenção das crianças e os adolescentes entre 6 e 17 anos na escola, acompanhamento de saúde das gestantes, mulheres em

período de amamentação e vacinação em dia para as crianças, que também devem ter a vacinação em dia. Em outubro de 2015, o valor médio do benefício era de R\$ 176,00 mensais e o menor valor, de R\$ 35,00 mensais.

³ Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>

⁴ Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm

cesarianas, ou seja, existia praticamente um entendimento de que as mulheres pobres deveriam ser esterilizadas o quanto antes possível. Com isso, ser mulher e pobre durante as décadas de 1970, 1980 e 1990, época que, em grande parte, transcorreu durante o regime ditatorial, era não ter direito à fertilidade. Considerando que a maior parte dessa população era de mulheres negras, indígenas e pertencentes a outras minorias nativas, pode-se afirmar que permanecia uma política de seletividade e branqueamento populacional, política essa já adotada nos fins do século XIX com a chegada dos imigrantes europeus. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009)

Com relação ao uso de outros métodos contraceptivos, o índice de mulheres que usam algum método pulou de 43,5% em 1996 para 67,8% em 2006, sendo que 75% das mulheres brasileiras entre os 30 e 39 anos usa algum método contraceptivo, ou seja, mesmo em 2006 já existia um índice considerável das mulheres que utilizavam algum método, ou seja, a justificativa de realizar laqueadura tubária na ausência da oferta de outros métodos contraceptivos não encontra respaldo nos dados. Ainda, 22% das mulheres utilizam pílulas hormonais, considerando que a maior incidência do uso está entre as mais jovens, de 20 a 24 anos. Chocante é constatar que, apenas 3,3% dos homens foram esterilizados, significando mais uma vez, que a responsabilidade sobre a concepção sempre recai sobre a mulher. Somente 12,9% declararam que o parceiro utiliza preservativo e 7,7% disseram usar outros métodos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009). É comum no discurso social as mulheres serem culpabilizadas caso a mulher engravidar sem desejar. Há ainda um percentual não computado de mulheres que tem relações sexuais sem proteção por vontade ou pedido do parceiro e são forçadas posteriormente, pelos próprios parceiros, a ingerirem a pílula contraceptiva de emergência comumente chamada de “pílula do dia seguinte”. Quando a gravidez acaba se efetivando, na maioria dos casos, os parceiros acusam as mulheres de terem engravidado propositalmente e/ou reclamam por ela “não ter se cuidado”.

No entanto, os dados demonstram exatamente o contrário. As mulheres têm uma grande preocupação com a não-concepção. O problema é que a

responsabilidade da concepção jamais recai sobre os homens, cabendo somente às mulheres a obrigação de realizar várias intervenções em seus corpos para evitar a contracepção, seja com a esterilização ou uso de pílulas e injeções hormonais, que possuem uma vasta lista de contraindicações e efeitos colaterais, determinando que a mulher é a única responsável por prevenir a gravidez. Ou seja, a “escolha” da mulher fica entre o uso de métodos contraceptivos que lhe trazem efeitos colaterais ou a esterilização, caso ela queira evitar a concepção.

Ademais, como apontado, a realização de partos cesáreos serve muitas vezes como uma justificativa de que dois procedimentos podem ser realizados na mesma intervenção cirúrgica. Ora, são incomparáveis os procedimentos. O parto cesáreo é extremamente invasivo. Uma cirurgia que fará com que a mulher permaneça internada por, no mínimo, dois dias e que lhe exigirá outros tantos para sua recuperação. Já o procedimento de esterilização feminina é bem menos invasivo, sendo que a mulher recebe alta no mesmo dia e a recuperação ocorre muito mais rapidamente. Assim, é um argumento que há muito é usado no meio médico, mas que não encontra qualquer validade, principalmente, se considerarmos o que é melhor para a saúde da mulher, não passando de mais uma desculpa para a realização de partos cesáreos sem necessidade.

Ainda em 1991, Faúndes y Cecatti relatavam as justificativas médicas para o alto índice de cesáreas que já se apresentava no país:

O inconveniente estético da cicatriz abdominal após uma cesárea tem sido evitado pelo uso quase universal da incisão de Pfannestiel, que deixa a cicatriz coberta pelo limite superior dos pelos púbicos (p. 155).

Goyert et al., já em 1989, alertavam que os médicos têm uma influência importante na taxa de cesarianas. Leguizamon et al. (2013) afirmam que o parto natural traz vantagens tanto para a mãe quanto para o recém-nascido como recuperação mais rápida, ausência de dor no pós-parto, alta precoce, menor risco de infecção e hemorragia. Soma-se que em muitos casos o leite materno é, praticamente disponível assim que o recém-nascido nasce através de parto normal, enquanto que, no parto cesáreo, as mulheres demoram, às vezes, muitos dias para conseguirem amamentar seus recém-nascidos.

Ainda que as mulheres reconheçam que a cesariana traz prejuízos também à amamentação, elas permanecem com a ideia de que o parto cesáreo é indolor. Além disso, vários estudos realizados nos últimos anos, não só apontam para um aumento nos riscos de morbimortalidade materna e perinatal de cesarianas, como também, para as consequências econômicas e sociais que impactam sobre a saúde materna e neonatal quando a intervenção cirúrgica é realizada desnecessariamente. Contrastando com o número elevado de cesarianas realizadas no país, constata-se que há um número expressivo de realização de cesáreas desnecessárias que implicam em uma elevação dos custos que variam entre US\$ 139,00 e US\$ 2.294,00 quando comparado ao custo de um parto vaginal em relação à cesárea eletiva.

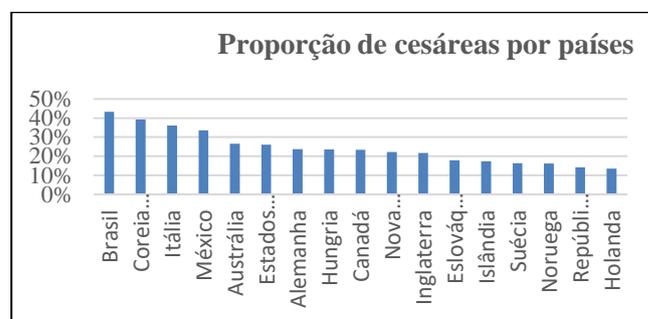
Calcula-se que, no Brasil, onde registra-se o nascimento de 2,5 milhões de crianças por ano, haja 560 mil cesáreas desnecessárias que consomem mais de R\$ 84 milhões. A questão é que os hospitais e, principalmente, o sistema privado de saúde lucra muito com os partos cesáreos. Primeiro, porque os partos cesáreos são melhor remunerados, muito não somente pelo valor pago pelo parto cesáreo e natural que atualmente são praticamente iguais, mas pelo fato de que os médicos lucram com o pagamento das anestésias. Outro fator é que, devido ao grande número de casos de recém-nascidos prematuros, quando da realização de cesáreas programadas, há também os custos com o atendimento desses recém-nascidos no cuidado neonatal. Atendimentos esses que, geralmente, tem altos custos em virtude das tecnologias que precisam ser utilizadas. Sendo assim, com o alto índice de cesáreas, ganham principalmente os hospitais e os médicos. Perdem, o Estado e as mulheres, apesar de inicialmente, acharem que estão ganhando.

PARTOS CESÁREOS E GESTÃO DOS CORPOS

Nos últimos 50 anos, o desenvolvimento de técnicas de anestesia e de antibióticos reduziu a mortalidade materna e fez com que a cesárea se torna a cirurgia mais popular do mundo. Enquanto na década de 80, comparada a década de 1970, houve um aumento de mais de 16% nas cesarianas no Brasil, fazendo com que surgisse uma preocupação com a explosão na quantidade de partos cesáreos, ainda nas décadas de 80

e 90, a incidência de cesáreas era maior quanto maior o poder aquisitivo. Em 2009, o país superou, pela primeira vez, o número de partos vaginais, apresentando um índice de 51,1%. Cabe salientar que, em 2004, essa proporção já estava bem acima dos índices registrados por países como Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Inglaterra, Holanda, Bélgica e França, mas é proporcional a outros países da América Latina como Chile (37%) e Argentina (38,5%), que apresentam as taxas mais elevadas do mundo:

Gráfico 1 - Proporção de cesáreas por 100 nascidos vivos - 2005



Fonte: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico dos Países Europeus (OCDE)

Nos anos 2000, a prática do parto cesáreo passa a não ser mais restrito somente às classes mais abastadas, ainda que entre as mulheres com maior poder aquisitivo a taxa de partos cesáreos seja bem maior, de 84,6% (ZORZETTO, 2006). Pode-se perceber que, mesmo com o aumento dessas taxas em todas as regiões do Brasil, a região que mostrou maior variação fora a região nordeste, considerada até pouco tempo, como uma das regiões mais pobres do país:

Quadro II – % de partos cesáreos no Brasil (1994-2009)

REGIÃO	ANO	1994	1999	2004	2009	VARIACÃO (%) – 1994/2009
NORTE		27,1	27	30,7	39,6	12,5
NORDESTE		24,8	24,6	30,5	41,3	16,8
SUDESTE		46,6	45,8	50,3	56,8	10,2
SUL		41,3	40,6	48,2	56	14,7
CENTRO-OESTE		49,3	42,8	47,4	55,8	6,5

MÉDIA NACIONAL*	37,8	37,2	41,8	50,1	12,2
-----------------	------	------	------	------	------

* 1970 – 14,6% 1980 – 31%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

A região nordeste, que em 1994 registrava o menor índice (24,5%), em 2009 saltou para 41,3%, ou seja, uma variação de praticamente 17%, superando outras regiões mais ricas do país como o sul, que registrou um aumento de 15% e o sudeste, com uma variação de 10%. Mesmo considerando que nos anos 2000 o poder aquisitivo da população brasileira aumentou, esse dado coloca por terra a afirmação de que o número elevado de partos cesáreos estaria concentrado nas regiões mais ricas.

Vários fatores não clínicos têm relação com o número alto de cesáreas, a exemplo da associação entre o poder aquisitivo e o acesso aos serviços de saúde para o procedimento cirúrgico. Madeiro et al. (2017) dizem que essa hipótese é reforçada quando se verifica que os fatores mais importantes para a ocorrência de cesarianas são socioeconômicos, incluindo um maior número de consultas pré-natal e parto ocorrido no setor privado. Segundo eles, estes fatores têm relação direta com a organização da atenção obstétrica que se pauta, muitas vezes, por uma intervenção programada em que a mulher pode inclusive ir ao salão de beleza antes do procedimento cirúrgico.

Enquanto os médicos sustentam que as mulheres preferem os partos cesáreos, nos estudos com mulheres sobre a preferência de parto, esse dado não se confirma. Leguizamon Junior et al., em pesquisa realizada com médicos e gestantes sobre a escolha da via de parto, entre 2011-2012, constataram que 75% das gestantes disseram preferir o parto natural ao cirúrgico. Entre as justificativas para a opção estão: por ser mais prático e livre de intervenção cirúrgica, ainda que no Brasil, seja uma prática a episiotomia⁵ no parto vaginal, situação em que há também o uso de anestesia.

Questionadas sobre quais motivos as levariam a trocar o parto natural pelo cirúrgico, 60% optaria por ser mais

prático, 55% por medo de sofrimento e dor, 43% por conforto e segurança para o recém-nascido e 4,7% para evitar comprometer a vida sexual. Ainda, 15,3% respondeu que não mudaria de opinião. Nota-se que, realmente, existe uma deficiência nas informações prestadas às gestantes também sobre os riscos da cesárea para os recém-nascidos. Esses são, no mínimo, de dois tipos: primeiro, pelo risco da prematuridade e, segundo, pela angústia respiratória que ocorre para os recém-nascidos de parto cesárea, em comparação com os nascidos pela via vaginal, mesmo que ambos estejam a termo. No que diz respeito à principal informação sobre gestação e parto, 49,4% respondeu ter obtido informações por intermédio de profissionais da saúde, 27% por familiares, amigos ou televisão e 23,6% por médicos.

Sobre a influência dos médicos na decisão pela via de parto, 70% das gestantes responderam que são influenciadas por seus médicos, foi o que constatou outra pesquisa realizada sobre os fatores culturais determinantes da escolha da via de parto com 437 gestantes do Rio de Janeiro no ano de 2010. 35% dessas gestantes, no início da gestação, manifestaram preferência pela cesárea, enquanto 48% optava pelo parto natural e 17% permanecia indecisa. No final da gestação, a decisão pela cesárea mantinha-se como opção do grupo que manifestou essa preferência inicialmente, sendo que mais da metade que havia indicado o parto natural no início, agora optava pelo parto cesáreo e das que estavam indecisas, 73% demonstrou interesse pela cesariana. Contudo, a preferência pela via de parto varia do início para o final da gestação, confirmando de que caso fosse realizado um trabalho de conscientização e empoderamento das mulheres durante o pré-natal, haveria a grande possibilidade de modificar os altos índices de cesarianas⁶:

O acesso restrito à informação qualificada impede que a mulher exerça seus direitos no processo de parir e que participe da decisão sobre as intervenções realizadas em seu próprio corpo. Nessa perspectiva da não autonomia e não agência pode-se constatar o privilégio e poder para um grupo – os profissionais de saúde – em detrimento do outro – as mulheres parturientes (...) Todo esse

5 Episiotomia é um corte que se faz entre a vagina e o ânus da mulher para, em tese, facilitar a saída do recém-nascido durante o parto.

6 Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2008 intitulada: “O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas”.

processo contribui para o ciclo vicioso de relação desigual de poder entre profissionais e pacientes e influencia na decisão de escolha do tipo de parto (MOURA et al., 2017, p. 274).

No universo médico, em 1991, Faúndes y Cecatti, definiam fatores que teriam influência em um já alarmante número de cesarianas que ocorriam no país:

Outro fator cultural importante é o conceito popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea. Assim, um mau resultado neonatal é muitas vezes atribuído ao fato do médico não se ter decidido por uma cesárea, ao invés de um parto vaginal. Se uma morte neonatal ocorre após uma cesárea, será considerado que ocorreu "apesar" da "sábua" decisão de se realizar uma cesárea, mas nunca associada ao tipo de parto. Por outro lado, se um recém-nascido morre depois de um parto com fórceps, a morte será sempre atribuída ao uso de fórceps e não às circunstâncias que levaram a esta indicação de extração fetal. Esta crença popular torna-se um fator importante na decisão do obstetra quanto ao tipo de parto (p.155).

Um estudo nacional realizado entre 2011 e 2012 com 23.940 mulheres gestantes mostrou que a proporção de cesáreas foi três vezes mais alta do que a preferência inicial referida pelas mulheres, principalmente no setor privado. O medo da dor no parto natural é o principal motivo pela opção ao parto cesáreo, contudo, as mulheres não se referiram à essa opção para prevenir lesões perineais. Sem dúvidas, no Brasil, o setor privado é o que tem maior colaboração com a alta no número de cesáreas. Além disso, durante muitos anos, haviam valores diferenciados de pagamento no sistema público para os partos naturais e cesáreos de modo que muitos médicos realizavam os partos cesáreos para ganharem mais. Por isso, desde 1980, o Ministério da Saúde decidiu igualar os valores pagos pelos procedimentos. No entanto, é sabido que os planos de saúde ainda permanecem realizando pagamentos diferenciados pelo parto natural e cesáreo. Em 2006, enquanto o percentual de partos cesáreos no sistema público era de 33,2%, no sistema privado era de 77,2%. Madeiro et al. (2017) alertam que no setor privado, embora a maior parte das mulheres deseje o parto vaginal no início da gestação, elas são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto, sendo que 90% das vezes sem justificativa médica adequada.

Além disso, a prevalência de prematuridade é maior nos serviços privados já que a probabilidade de haver um recém-nascido prematuro quando da realização do parto cesáreo agendado é muito maior que com o parto cesáreo que geralmente ocorre a termo. Segundo

Madeiro et al. (2017), a alta frequência de cesáreas eletivas e sem indicação clínica adequada seria o principal fator para o percentual mais alto de recém-nascidos com baixo peso na população de maior nível social econômico. A partir dos anos 1980, aumentou, significativamente, o número de gestantes com início precoce de pré-natal que realizavam mais de seis consultas e realizavam exames de acompanhamento. O esperado era de que, a partir do maior contato com o sistema de saúde, essas mulheres passassem a realizar menos partos cesáreos. No entanto, isso não significou um aumento nos partos vaginais no país.

A afirmação, a de que gestação de mulheres com idade superior a 40 anos teriam, a priori, gestações de "alto risco", não encontra respaldo científico. Alguns autores demonstram que, na maioria dos casos, não existe real possibilidade de morbidade materna para essa faixa etária (MADEIRO et al., 2017).

De acordo com Sanches et al. (2012), embora o risco de morrer durante uma cesariana tenha diminuído consideravelmente nos últimos anos, os partos cirúrgicos desnecessários contribuem para manter a mortalidade materna brasileira em níveis bem superiores aos de países como o Reino Unido. Estima-se que entre 75 e 130 brasileiras em cada grupo de 100 mil, morram durante o parto ou em decorrência de complicações associadas à gravidez. Já, entre as inglesas, esse índice cai para, aproximadamente, 10 mortes por 100 mil.

Outra prática a questionar é a afirmação "uma vez cesárea, sempre cesárea", postulado que segundo Cecatti et al. (2000), ainda persiste de forma ostensiva, fundamentado no risco de ruptura ou abertura do útero devido à cesárea anterior. No entanto, não há comprovações mais recentes de que uma mulher submetida a um parto cesáreo no nascimento do primeiro filho, não possa ter um parto vaginal no(s) seguinte(s). Ao contrário, o que tem aparecido na literatura é que a realização de uma nova cesariana traz mais riscos do que um parto vaginal. Contudo, atualmente, o Ministério da Saúde (2001) recomenda a realização de prova de trabalho de parto nas pacientes com cesariana anterior, na tentativa de viabilizar o parto normal, respeitando algumas orientações como a

monitoração materna e fetal contínua durante o trabalho de parto.

Em outro momento, Faúndes y Cecatti (1991), exibem sua posição sobre a realização de partos naturais:

Talvez uma vez por semana, durante certo tempo, ele (o médico) tenha disposição de fazê-lo, mas quando isso começa a atrapalhar a sua vida, a tentação de encurtar o processo com uma cesárea é grande demais. Como a atenção é pessoal, ninguém pode criar objeção ou discutir a indicação da intervenção. O hospital lucra com esta decisão e a família e poupada da tensão e da espera pelo resultado do parto. Se a clientela de um médico cresce demais, então uma cesárea com dia e hora marcados fica ainda mais conveniente, especialmente se dois ou mais casos podem ser "resolvidos" juntos. Às mulheres é oferecida a conveniência de não experimentar sequer uma contração dolorosa, de decidir a data do parto e todos os detalhes práticos que podem ser providenciados, quando se sabe com antecedência o dia exato em que a criança irá nascer (p. 156-157).

Mesmo considerando que as taxas de cesarianas no Brasil são alarmantes, vários estudos têm apontado que as mulheres com perfil socioeconômico menos favorecido estão tendo a possibilidade de terem uma assistência obstétrica considerada mais “densa” do ponto de vista tecnológico. No entanto, como alerta Sanches et al. (2012), a literatura considera que os índices de cesarianas não refletem a qualidade da assistência que é prestada. Como podemos ver no enunciado acima, a opinião médica parece, exatamente, refletir o quadro do número de cesáreas do país. Há muitas circunstâncias que influenciam na “escolha” das mulheres pelo parto cesáreo ou normal e, certamente, os médicos tem bastante influência nessa decisão:

Em uma sociedade com resquícios patriarcais, ainda se observa a ideia de inadequação ou incapacidade do corpo feminino, tornando-o impróprio ao parto vaginal ou dificultando esse processo, sendo justificada a intervenção do profissional obstetra e das tecnologias hospitalares para garantir um desfecho positivo ao parto. Esta ideia confere liberdade de atuação, decisão e poder a estes profissionais, uma vez que as mulheres não são consideradas detentoras do conhecimento sobre a capacidade fisiológica do próprio corpo de parir, bem como desconhecem seus direitos e tendem a tornarem-se submissas nos processos de decisão profissional. Na prática, parece ser possível inferir que as mulheres parturientes absorvem a concepção hegemônica de que apenas os profissionais detêm o direito de decidir (MOURA et al., 2017, p. 274).

Ainda há muito o que fazer acerca dos mecanismos institucionais e de organização da rede de saúde brasileira para que seja possível um resgate da cultura do parto natural. Moura et al. (2017) salientam que existe uma inversão de papéis e uma autoridade que

favorece os profissionais da saúde enquanto agentes ativos no processo de parir, protagonismo esse alcançado sob o prisma da “docilização” e submissão da mulher. A utilização indiscriminada das cesarianas tornou-se um problema de saúde pública, que já era constatado desde a década de 1990, principalmente por apresentar custos maiores, maior uso de medicamentos (incluindo antibióticos) e maior tempo de internação, ainda que a cesárea seja uma intervenção efetiva, em alguns casos, para diminuir a morbimortalidade materna e neonatal:

A maneira como se pratica a assistência obstétrica no Brasil também contribui para esta situação. O cuidado pré-natal, em geral, não prepara a mulher grávida psicologicamente para o parto. O medo e insegurança que toda mulher grávida sente são mais estimulados do que prevenidos no pré-natal que ela recebe e no contexto social em que ela passa a sua gravidez. Portanto, o medo da dor no parto é exacerbado com as primeiras contrações uterinas, requerendo um apoio psicológico para a mãe. Isto praticamente inexistente hoje no Brasil, uma vez que no atual sistema de saúde a figura da parteira quase desapareceu (FAÚNDES Y CECATTI, 1991, p. 156).

A figura da parteira fora, praticamente, retirada do processo histórico brasileiro. Ao transferir o processo de nascimento para os hospitais e torna-lo muitas vezes como a única opção, os hospitais passaram a ter o monopólio dos nascimentos no país, considerando que a maior parte dos obstetras e cirurgiões é masculina. Nesse processo, a figura das enfermeiras obstétricas também foi deixada de lado.

Há, inúmeros relatos de mulheres que se sentem violentadas e desrespeitadas no momento do parto, seja pela falta de informação, privação de companhia e de alimentos, constrangimentos verbais e pressão emocional para antecipação do parto. Em outras situações, o parto cesáreo não desejado configura-se como uma invasão, como se a mulher tivesse sido violada em um procedimento que lhe retirou “o sentido do trabalho de parto” ou o “sentir o parto”. As narrativas das mulheres oscilam:

Desde a não realização de um procedimento que as mulheres desejam (anestesia, comer ou andar no hospital), aos que não desejam (episiotomia, raspagem dos pelos e lavagem intestinal), xingamentos e ofensas morais (“na hora de fazer você gostou, então agora aguente!”), procedimentos nos bebês quando as mães não querem (aspiração, nitrato de prata nos olhos) até suturas infeccionadas depois da episiotomia indesejada, peregrinação por leitos em hospitais, cesáreas e cicatrizes. Somadas a estas, no entanto, encontramos também os depoimentos de frustração por não

terem ‘conseguido’ o parto natural desejado ou por não serem a mãe ideal e perfeita tantas vezes reproduzida nesses ambientes (CARNEIRO, 2015, p. 97-98).

Mesmo durante o parto vaginal, 25% das mulheres foram vítimas de algum tipo de violência durante a assistência ao trabalho de parto⁷. Relatos como os descritos aparecem no documentário *Violência Obstétrica – a voz das brasileiras*⁸, produzido em 2012 pelo Grupo de Pesquisa “Gênero, Maternidade e Saúde” da Universidade de São Paulo. Outros, referem-se, mais especificamente, a realização de cesáreas indesejadas:

Dessa maneira, quando a mulher deseja um parto vaginal sem intervenções e, no último momento, é encaminhada para a cirurgia, sentimentos de fracasso e de tristeza parecem aflorar na mistura do que seria decepção e intromissão. Ou então lamento, por não ter podido controlar a situação (CARNEIRO, 2015, p. 103).

Em pesquisa realizada por Pereira et al. em 2012, em uma maternidade pública do Rio de Janeiro constatou-se que, quando as gestantes recebem acompanhamento hospitalar com a utilização de salas de relaxamento, por exemplo, o número de cesarianas chega a ficar abaixo do indicado pela Organização Mundial de Saúde, que indica um número máximo de 15% de cesáreas. Durante o período da pesquisa, a grande maioria das parturientes (86,3%) atendidas na sala de relaxamento tiveram seus filhos de parto normal. As que necessitaram de operação cesariana foram apenas 11,1%. Pesquisas realizadas em vários hospitais brasileiros apontam que o cuidado individualizado e sensível às necessidades de cada mulher durante o trabalho de parto influencia no desfecho dos partos, reduzindo a ocorrência de cesarianas entre as gestantes de baixo risco (PEREIRA, et al, 2012).

Para Domingues et al. (2004), a representação do parto normal como uma experiência de dor e sofrimento supera as imagens positivas associadas à vida e à alegria do nascimento em virtude da cultura assistencial hegemônica nos hospitais. Gama et al. (2009) ressaltam que o cenário do nascimento passou a ser um local desconhecido e amedrontador para as mulheres, funcionando como “locus” do protagonismo dos profissionais e não da mulher. Vários estudos vêm apontando que a relação com os profissionais de saúde

tem importante influência na percepção das mulheres acerca da assistência. Para Pereira et al. (2012), a assistência é percebida positivamente na proporção em que as mulheres sentiram receber atenção dos profissionais. A satisfação com o cuidado está relacionada com o interesse do profissional em atender as necessidades e se colocar disponível para ajudar, o que significa ter envolvimento, estar presente e estabelecer o diálogo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa de modificar o atual quadro de altos índices de partos cesáreos no Brasil deve partir da sociedade civil organizada que tem um papel fundamental na reivindicação de políticas públicas que de fato possam permitir a retomada do protagonismo da mulher no seu processo de parturiação, devolvendo às mulheres o direitos de escolha e opinião frente às suas condições, pois é a saúde da mulher e dos recém nascidos que estão condicionadas às vontades de outros tantos envolvidos no processo de gestação e nascimento. O saber médico teve importante influência na destituição dos direitos das mulheres ao longo da história e a ocorrência de partos cesáreos sem necessidade é o impedimento, a retirada do protagonismo da mulher. Nada mais é que o controle do saber médico agindo sobre os corpos das mulheres.

É importante que os profissionais de saúde possam oferecer à mulher, principalmente, a oportunidade de reflexão aproximando-a das políticas públicas de humanização do parto, nascimento e cuidado e das ações que estimulem o empoderamento da mulher e a vivência do parto fisiológico. Culturalmente, a sociedade brasileira também precisa parar de tratar as mulheres de forma objetificada, atitude que reforça no sentido de que a mulher deixe de ser protagonista de seu próprio parto.

Os profissionais envolvidos na assistência obstétrica têm, cada vez mais, questionado o atual modelo de

7 Fundação Perseu Abramo. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

8 Disponível em:
<http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M&feature=youtu.be>

atenção obstétrica centrada no profissional médico, sendo que comprovadamente a atuação dos outros profissionais envolvidos tem-se mostrado fundamental para a diminuição das taxas de cesarianas no país. É preciso repensar os modelos de assistência ao parto e seus excessivos usos de medicamentos, mas para isso, é essencial que os outros profissionais envolvidos no processo possam ter autonomia e espaço para atuarem em busca da modificação desse quadro. A busca envolve novas formas de cuidado não invasivas e a revisão das práticas e intervenções durante a assistência ao parto.

Referências

- BOSERUP, Ester. Economic and Demographic Interrelationships in sub-saharian Africa. *Population and Development Review*, New York, vol. 11, nº 3, p. 383-398, sept. 1985.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria da Vigilância Sanitária - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1994-2009. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde, 2008.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL, Presidência da República. **LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm
- BRUGEILLES, Carole. L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?, *Autrepart*, vol. 70, nº 2, p. 143-164. 2014.
- BAJOS NATHALIE, Ferrand Michèle. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences sociales et santé*, vol. 22, nº 3, p. 117-142. 2004.
- CARNEIRO, Rosamaria. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sex., Salud Soc.*, nº 20, p. 91-112. 2015.
- CARVALHO, José Alberto Magno de; BRITO, Fausto. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. *R. Bras. Est. Pop.*, v. 22, nº 2, p. 351-369. 2005.
- COSIO-ZAVALA, Maria Eugenia. Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique Latine. In : BENOIT, Daniel ; PILON. Marc (Eds). *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. Paris: IRD, 2000, p. 21-33.
- DJIDER, Zahor ; LEFRANC, Christophe. Femmes au foyer: un modèle qui disparaît. *INSEE Première*, nº 403, p. 1-4. 1995.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*, nº 20, supl.1, p. 52-62. 2004.
- FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad. Saúde Pública*, vol.7, nº 2, p. 150-173. 1991.
- FIGUEIREDO, Nathália Stela Visoná de; BARBOSA, Míriam Cristina de Almeida; SILVA, Thais Aparecida de Souza; PASSARINI, Thaís de Melo; LANA, Bruno Nazareth; BARRETO, Jubel. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Rev*, vol. 36, nº 4, p. 296-306. 2010.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Gravidez, filhos e violência institucional no parto*. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.
- GAMA, Andréa de Sousa et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saúde Pública*, vol. 25, nº 11, 2480-2488. 2009.
- GOYERT, Gregory; BOTTOMS, Sidney; TREADWELL, Marjorie. NEHRA, Paul. The physician factor in cesarean birth rates. *N Engl J Med*, nº 320, p. 706-709. 1989.
- GUZMAN, José Miguel; RODRÍGUEZ, Jorge; MARTÍNEZ, Jorge; CONTRERAS, Juan Manuel; GONZÁLEZ, Daniela. La démographie de

l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950. *Population*, vol. 61, n° 5, p. 623-733. 2006.

LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev. Bioét*, vol. 21, n° 3, p. 509-517. 2013.

MADEIRO, Alberto; RUFINO, Andréa Cronemberger; SANTOS, Aline Oliveira dos. Partos cesáreos no Piauí: tendência e fatores associados no período 2000-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol.26, n° 1, pp. 81-90. 2017.

MOURA, Leides Barroso de Azevedo; PRIETO, Luiza Neves Teles; GERK, Maria Auxiliadora de Souza. A episiotomia de rotina é uma prática baseada em evidência? *Cuidarte Enfermagem*, vol. 11, n° 2, p. 269-278, jul.-dez. 2017.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública*, vol. 45, n° 1, p. 185-194. 2011.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et al. Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública, Rio de Janeiro, Brasil. *Texto Contexto Enferm*, vol.21, n° 3, p. 566-573. 2012.

RIBEIRO, Valdinar Sousa. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res*, vol.40, n° 9, p. 1211-1220. 2010.

RODRIGUES, Dafne Paiva et al. Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. *Rev Enferm UERJ*, vol.15, n° 2, p. 197-204. 2007.

SANCHES, Natália Canella; MAMEDE, Fabiana Villela; VIVANCOS, Raquel Bosquim Zavanella. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. *Texto Contexto Enferm*, vol. 21, n° 2, p. 418-26. 2012.

SILVEIRA, Sandra Cristina da; CAMARGO, Brígido Vizeu; CREPALDI, Maria Aparecida. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicol Reflex Crit*, vol.23, n° 1, p. 1-10. 2010.

SAKAE, Thiago Mamôru; FREITAS, Paulo Fontoura; D'ORSI, Eleonora. Fatores associados à taxa de cesárea em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*, vol. 43, n° 3, p. 472-480. 2009.

VILLAR, Julia et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, vol. 367, n° 3, p. 1819-29. 2006.

ZORZETTO, Ricardo. Escolha errada. *Revista Lancet. Pesquisa Fapesp 124* [on ligne], São Paulo, 2006. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2006/06/01/escolha-errada/>. Acesso em 14 de outubro de 2017.