



Pesquisa Qualitativa, teoria e metodologia

Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil

Physicians and the excess of cesarean sections in Brazil

Charles Dalcanale Tesser¹

Roxana Knobel¹

Tomaz Rigon²

Gabriela Zanella Bavaresco³

¹Professor Adjunto, Universidade Federal de Santa Catarina

²Graduando em Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina

³Fisioterapeuta, Prefeitura Municipal de Florianópolis (SC)

RESUMO – Apresenta-se uma discussão sobre o papel dos médicos na realização excessiva de cesáreas no Brasil, baseada na literatura sobre o tema e num enfoque derivado de idéias de Ludwick Fleck e Robbie Davis-Floyd. Contextualiza-se o problema dos altos índices de cesáreas e a dimensão central do papel dos médicos neles. Esboça-se sinteticamente uma aproximação teórica do problema, que visa relacionar integralmente saberes/técnicas, práticas obstétricas, relações sociais e interesses. Constata-se que interesses econômicos e de conveniência e prováveis alterações na habilidade clínica dos obstetras (favorecedores da banalização das cesáreas, que hipotrofiaram a capacidade clínica de correção de distócias e de condução do parto vaginal) associam-se a um paradigma tecnocrático de cuidado ao parto, retroalimentando-se sinergicamente. Ressalta-se a necessidade de intervenção no problema e sugere-se medidas nesse sentido, como avaliação e acreditação profissional através de capacitações e publicização das taxas de cesáreas de serviços e profissionais, além de mudanças institucionais e econômicas para reversão dos ganhos secundários da cesárea que induzem os profissionais a realização excessiva da mesma. **Palavras-chave:** Cesárea; Parto obstétrico; Parto obstétrico/educação; Políticas públicas.

ABSTRACT – The present study discusses the physicians' role associated with high cesarean section rates in Brazil. The discussion is based on the available literature on the subject as well on Ludwick Fleck and Robbie Davis-Floyd approach. We suggest a hypothesis for the problem that involves financial benefits, convenience and changes in clinical ability (that favors the specialization in C-sections and decrease the clinical ability to fix dystocias and manage the vaginal birth) that became associated with a technocratic paradigm of birth care. This model of care reinforces itself to further increase the C-section rates. We advocate the need to address the problem and suggest evaluation and professional accreditation through continued education and publication of C-section rates per institution and per surgeon, and also institutional and economic changes to revert secondary gains by the professionals who sustain the High cesarean section rates. **Key words:** Cesarean Section, Obstetric Delivery, Obstetric/ Education Delivery, Public Policies.

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que a via natural e desejável para o parto é a via vaginal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que no máximo 15% dos nascimentos deveriam ocorrer por cirurgia cesariana¹. No Brasil, segundo o DATASUS a taxa de cesáreas entre nascidos vivos em 2009 foi de 50%. Mas há importante diferença entre o setor público (34%) e privado (85,6%) (estimada a partir dos dados de 2009, comparando a taxa de cesáreas entre nascidos vivos com as internações hospitalares no SUS para o Brasil)². Isso significa que mais de 80% dos neonatos cujos pais pagam cuidados privados nascem por cirurgia e mais de um terço dos partos realizados pelo SUS também. Apesar de atender a mulheres de maior risco e de menor poder aquisitivo, as instituições públicas registram taxas menores de cesáreas^{3,4,5,6,7,8}.

A expansão da realização de cesáreas no Brasil deu origem ao que já foi chamado de “cultura da cesárea”,

que, devido à estabilização dessas taxas, hoje pode ser chamada de endemia de cesáreas, mais concentrada nas áreas urbanas e nas mulheres de maior nível sócio-econômico^{7,9,10}.

Essa situação é alarmante e merece ser objeto de análise e ações específicas. Políticas e intervenções sociais e institucionais poderiam e deveriam estar sendo realizados, em larga escala e intensa mobilização setorial. Afinal, proteger gestantes e fetos de cirurgias desnecessárias, com aumento dos riscos de morbimortalidade para ambos, deveria ser uma

Autor correspondente

Charles Dalcanale Tesser

Departamento de Saúde Pública - Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus universitário – Trindade

88040-970 – Florianópolis, SC – Brasil

Email: charlestesser@ccs.ufsc.br

Versão submetida em 11/07/2011

Aprovada para publicação em 22/09/2011

prioridade. Iniciativas têm sido realizadas pelo Ministério da Saúde, mas sem resultados significativos nessas taxas^{11,12}. Esse problema nunca entrou com peso e permanência na pauta técnico-política da saúde coletiva, da saúde pública e do Ministério da Saúde. A questão vem sendo debatida, porém restritamente.

Visando contribuir para melhor compreensão do problema, este artigo apresenta algumas hipóteses para sua interpretação a partir da abordagem de um aspecto importante e complexo envolvido no excesso de cesáreas: a prática médica obstétrica. Essas hipóteses foram desenvolvidas a partir da literatura científica já acumulada sobre o tema e da vivência na área, visando construir um apoio teórico para uma pesquisa empírica exploratória que consistiu em perguntar aos profissionais da assistência ao parto, especialmente aos médicos, como eles vêem sua participação no excessivo aumento das taxas de cesáreas. A pesquisa foi realizada em um hospital universitário brasileiro e seus resultados serão apresentados em outro artigo. Neste momento, após uma breve contextualização geral do fenômeno, é introduzida e sintetizada a perspectiva teórica proposta. Também se discute sua aplicação ao problema em foco, visando esboçar uma interpretação que leve em conta aspectos complexos e de distintas naturezas (sociais, políticas, econômicas, técnicas, históricas) da participação dos médicos no fenômeno. Em seguida, propõe-se algumas direções decorrentes da interpretação elaborada para o manejo do problema, que como indícios adiante descritos fazem crer, são necessários e urgentes para a transformação do atual quadro dramático dos índices de cesáreas no país.

Não se trata de uma revisão exaustiva ou sistemática de literatura, julgada desnecessária frente ao acúmulo de saberes e informações sobre o tema. Pesquisas qualitativas e quantitativas com vários tipos de enfoques (epidemiológicos, antropológicos, sociológicos, etc.) se associam, convergem e reforçam evidências empíricas e oriundas da vivência de qualquer profissional que se interessa minimamente pela atenção ao parto no Brasil. Almeja-se, antes disso, construir e sintetizar uma interpretação que indique pontos críticos de intervenção social e técnica no problema. Este artigo, assim, caracteriza-se como uma contribuição ou ensaio interpretativo de índole aplicada a partir da articulação e convergência de vários resultados empíricos, à luz de um enfoque teórico aqui apenas esboçado sinteticamente em suas linhas gerais. Propõe-se uma análise do problema, com objetivo de indicar, pontos críticos para pesquisas empíricas e aprofundamentos em pontos específicos

(orientadores de nossa pesquisa de campo); e indicar direções, estratégias e propostas políticas, sociais, institucionais e técnicas para intervenção no grave problema sanitário em foco, desde já possíveis de serem sugeridas e fundamentadas.

1.1 Sobre o excesso de cesáreas

Muitos fatores estão envolvidos nesse processo e podem ser divididos em quatro amplas categorias: fatores relativos às parturientes; fatores culturais gerais (pressão da cultura da cesárea influenciando médicos, parturientes e sociedade em geral), organização do modelo de assistência ao parto e fatores relativos aos médicos.

As mulheres que preferem a cesárea como via de parto são influenciadas pelos fatores culturais e pelos médicos que as assistem.¹³ Embora algumas mulheres realmente escolham essa via para o nascimento de seus filhos^{13,14}, as pesquisas realizadas mostram que essa não é a escolha da maioria das usuárias^{6,10}. O desejo de “aproveitar o procedimento cirúrgico” para fazer a laqueadura¹⁴ e o medo da dor e lacerações perineais que poderiam aparecer no parto normal são motivações que os médicos creditam às mulheres, mas que não foram confirmados em estudos^{6,10,14}.

Os fatores culturais gerais referem-se à medicalização do ideário das pessoas em geral¹⁵ e das mulheres em particular, fazendo com que a cesárea seja considerada um bem de consumo e uma intervenção segura^{3,5,9,16,17}.

Há um relativo consenso na literatura de que a cesárea, quando necessária, pode salvar a vida do concepto e da mãe, mas, apesar de novas técnicas cirúrgicas, anestésicas e da antibioticoterapia, ainda apresenta um risco maior para os dois^{18,19}. Por isso, só deve ser praticada quando houver uma indicação médica formal, um risco de morte ou de sérios danos para a saúde da mãe, da criança ou de ambos. De outro modo, será uma substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosas.

Poder-se-ia pensar que o número de cesáreas estaria aumentado por causas médicas exclusivas, como, por exemplo, o uso de recursos propedêuticos mais modernos que permitiriam uma melhor avaliação da gestação, com diagnósticos mais precisos, o que aumentaria as indicações de cesárea. Outro argumento seriam as modificações na população atendida, com maior número de gestantes mais velhas, obesas e de gestações múltiplas (devido aos avanços em fertilidade assistida). Mas, o aumento do

número de cesáreas não corresponde a uma diminuição das taxas de mortalidade perinatais. Após certo nível, o uso da tecnologia dura deixa de ter um impacto benéfico sobre a morbi-mortalidade materna e perinatal e trás um potencial de iatrogenia^{16,17,18,20,21}.

A organização do sistema de assistência está intimamente relacionada com os fatores médicos, e também influencia as taxas de cesárea. As taxas de cesáreas tendem a ser menores nos países que adotam um modelo de assistência obstétrica menos medicalizado, com maior atuação de obstetrias e menor frequência de intervenções, como na Holanda, Nova Zelândia e países Escandinavos²².

Por fim, resta introduzir e discutir os fatores relacionados aos médicos, objeto deste artigo. A opinião e decisão médica no momento do parto têm uma inegável força. Diversos estudos mostram que o desejo das mulheres não justifica a cirurgia^{6,13, 23} e que a mesma está freqüentemente sendo indicada pelos médicos por razões não médicas^{24,25}.

O momento do parto e nascimento é geralmente carregado de expectativas, medos, ansiedades e preocupações para a gestante, sua família e a equipe que acompanha o processo. Particularmente para a futura mãe, é um momento longo, geralmente doloroso, em que seu poder e sua competência decisória são considerados como profundamente abalados. Em geral, pode-se dizer que a mulher está quase que entregue ao cuidador, via de regra, nos centros urbanos, um obstetra. Uma evidência indicativa dessa fragilidade é a situação da ocorrência massiva de episiotomias nos partos vaginais no Brasil. Como explicar a permanência dessa alta prevalência, sem sustentação ética ou técnica, sem recorrer ao poder dos profissionais, que, neste caso, tem contra si o desejo da maioria das mulheres? Além disso, estudos epidemiológicos corroboram esta afirmação, mostrando que variáveis relativas especificamente a prática médica obstétrica institucional associam-se fortemente a ocorrência de cesáreas^{25,26}.

Não parece haver dúvidas sobre a fragilidade da parturiente e o poder determinante da autoridade médica, no momento do parto^{11,24,27}, particularmente no ambiente hospitalar, contexto organizacional por si já autoritário²⁸. Um dos fatores associados à cirurgia cesariana, mesmo em hospital escola, foi que o médico responsável pela assistência tenha uma taxa pessoal de cesarianas alta (maior que 35%)²⁹. Vários fatores ligados aos médicos podem ser relacionados como forças alimentadoras da realização de cesáreas desnecessárias: simples conveniência, facilidade de agendamento (em pacientes privados e públicos)^{4,26},

rapidez no parto, receio de processos por má prática ou questionamento pelos comitês de mortalidade materno-infantil (a chamada medicina defensiva - embora não existam dados nacionais a respeito), adesão ideológica à cesárea (crença na tecnologia cirúrgica como mais segura e inócua) e a crença de que as mulheres preferem e solicitam a cesárea¹³.

Fatores econômicos ainda devem ser levados em conta. No Brasil, na década de 70 e 80, as cesáreas eram mais bem remuneradas do que os partos normais pagos pelo Estado. Isso tornava a cesárea vantajosa financeiramente para o profissional e a instituição em que se dava o parto. O crescimento da taxas de cesárea no Brasil atingiu níveis tão preocupantes que, a partir de 1998 o Ministério da Saúde publicou várias portarias, sendo a primeira a portaria 2.816, visando à redução das taxas de cesárea nos hospitais do Sistema Único de Saúde, estabelecendo um bloqueio do pagamento das cesáreas que ultrapassassem um máximo de 40% do total dos partos no hospital, prevendo redução deste percentual máximo. Ao avaliar esse fator econômico, deve ser levado em conta que conveniência, facilidade de agendamento e rapidez no procedimento carregam em si desdobramentos econômicos: menos tempo de trabalho no mesmo procedimento (parto) por mesmo pagamento, significa maior remuneração. Menos tempo gasto com o parto significa diminuição da perda de outras atividades remuneradas (consultas, cirurgias, etc.), que assim podem ocorrer sem suspensão temporária de ganhos, adiamentos de consultas e transtornos de agendamento.

Diversos estudos vêm demonstrando que a preferência por cesárea não é das mulheres, que existem fatores não clínicos influenciando a indicação da via de parto e que os médicos exercem importante influencia nessa decisão^{6,13,24,25}. Mas a literatura sobre os fatores relacionados especificamente aos médicos no Brasil é relativamente vaga e de menor volume. Baseia-se em achados epidemiológicos (associação das cesáreas com variáveis relativas à assistência) e na vivência empírica, sendo muitos argumentos e considerações feitas pelos pesquisadores, por vezes obstetras, e não resultados de pesquisas. A escassez de dados específicos, a importância das ações dos médicos na decisão e realização das cesáreas, a relevância desse tema para o futuro da assistência ao parto justificaram a pesquisa em que se insere este artigo.

2. UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA

A relação entre a prática médica, seu contexto e seu saber é complexa. Há uma tendência de focar o problema da prática como separado do campo do saber especializado. Haveria um núcleo conceitual, em torno do qual ocorrem os desenvolvimentos teóricos da ciência biomédica, envolto e influenciado por um contexto social e econômico complexo, que constrange e deforma as práticas sociais do cuidado médico. A degradação dessa prática teria suas raízes no contexto sócio-histórico, econômico e institucional. Um dos problemas desta perspectiva, disseminada no senso comum e douto, é que ela dificulta a compreensão de objetos e fenômenos híbridos, em que os aspectos sociais (interesses políticos e econômicos, contextos institucionais, forças diversas) e as dimensões conceituais e técnicas (saberes especializados, habilidades cognitivas e psicomotoras) estão misturadas e unidas de tal forma que a sua separação quase bloqueia a compreensão.

Partimos aqui de uma perspectiva baseada em Latour^{30,31}, na qual essa separação entre núcleo conceitual e contexto sócio-histórico é indesejável, e esboçamos uma abordagem compreensiva (e em alguma medida explicativa) que se aproxima do fenômeno complexo constituído pela realização excessiva de cesáreas. Ele é intrinsecamente híbrido, envolvendo saberes, poderes, histórias, culturas, crenças, afetos, técnicas, tecnologias, habilidades, etc. Trata-se de relacionar conjuntamente alguns destes aspectos da rede sociotécnica³⁰ constitutiva da medicina obstétrica brasileira atual. Um enfoque fértil nesta empreitada pode ser derivado de Ludwick Fleck³², que elaborou suas idéias epistemológicas na década de 20 e 30 e foi precursor da idéia de paradigma de Thomas Kuhn. Fleck desenvolveu o conceito de estilo de pensamento: “uma coerção determinada de pensamento e a totalidade da preparação e disponibilidade intelectual orientada a ver e atuar de uma forma e não de outra” (p.111); “um perceber dirigido com a correspondente elaboração intelectual e objetiva do percebido” (p.145). Tal perceber dirigido vem influenciado pela história, relações sociais, psicológicas e pela suave coerção recebida no aprendizado para que determinada forma seja percebida. Pessoas que compartilham de um mesmo estilo de pensamento formam um coletivo de pensamento, caracterizado por possuir linguagem específica, práticas, valores, interesses, objetivos e métodos comuns, solidariedade interpares e formação especializada.

Para Fleck, um coletivo de pensamento portador de um estilo de pensamento organiza-se em círculos sócio-cognitivos que se interinfluenciam de formas

distintas. Existem os círculos especializados produtores de saber, chamados esotéricos, que na medicina seriam constituídos pelos “cientistas de ponta” especializados em um problema ou questão, superespecializados. Existe a periferia dos círculos esotéricos, que podemos chamar de círculos intermediários, formados por especialistas gerais praticantes, no caso do cuidado ao parto, por médicos obstetras. E existem os círculos chamados exotéricos, formados pelos leigos, no nosso caso, pelas gestantes, portadores de uma cultura geral e um saber popular. Há mútuas e diferenciadas influências entre os círculos esotéricos, intermediários e exotéricos de um estilo de pensamento, assim como pode haver vários estilos de pensamento dentro de um campo de práticas sociais e mesmo dentro das ciências.

Utilizando a semelhança relativa entre os estilos de pensamentos e paradigmas, pode-se considerar a visão elaborada por Davis-Floyd³³ de três paradigmas dentro da obstetrícia moderna ocidental: tecnocrático, humanista e holístico. O paradigma tecnocrático parece ser amplamente hegemônico no Brasil e caracteriza-se por institucionalização e hospitalização do parto, utilização acrítica de novas tecnologias duras e incorporação de grande número de intervenções (muitas vezes desnecessárias). Ele acaba por atender, preferencialmente, à conveniência dos profissionais de saúde³⁴. Obviamente, tal paradigma parece estar centralmente envolvido no excesso de cesáreas desnecessárias.

O estilo de pensamento biomédico hegemônico obstétrico brasileiro é um complexo conjunto de saberes, valores e práticas apenas parcialmente racionais ou baseados em evidências científicas, de cunho fortemente tecnocrático. As práticas obstétricas são resultantes complexas da interação de saberes, aprendizados, valores e práticas esotéricas, intermediárias e exotéricas, e não simplesmente aplicação de saberes e tecnologias científicas esotéricas em contextos diversos. Pode-se entender, assim, que características sócio-culturais, valores e interesses econômicos da realidade nos serviços públicos e privados, “ascendam” aos círculos intermediários e modifiquem os centros formadores dos obstetras, influenciando a prática e o saber ali exercidos, assim como o aprendizado dos neófitos.

Ao longo do tempo, transformações foram ocorrendo no estilo de pensamento (saber e prática), não necessariamente direcionadas para uma melhor conformidade com o que a ciência aponta como mais eficaz, mais saudável, menos iatrogênico e menos intervencionista^{5,20}. As evidências esotéricas de boa qualidade científica são apenas um tipo de força a

conformar o cabedal de saberes e práticas intermediárias (de cuidado profissional) e podem ser superadas e ou modificadas por outras ordens de fatores provindos do mundo exotérico, da vida social e cultural.

Nossa hipótese é a de que um processo desse tipo vem ocorrendo com o saber e prática obstétricos no Brasil, cristalizando a hegemonia de um paradigma tecnocrático: enquanto as evidências científicas apontam claramente para uma assistência menos intervencionista^{5,20} a assistência prestada pela maioria dos serviços e médicos prima exatamente pelo intervencionismo e “tecnocratização” do parto^{11,16}.

Deve-se considerar também o fato de que os altos índices de cesáreas no Brasil se intensificaram da década de 80 em diante e já tem 30 anos. Isso sugere fortemente a hipótese de que os formadores de profissionais obstetras já estão conduzindo o parto de uma maneira mais voltada para a cesárea e os seus alunos e residentes já possuem menos habilidade para a assistência ao parto normal. Diversos autores^{11,12,27,28} consideram os locais de formação de recursos humanos como os mais importantes pólos de resistência à mudança nas práticas, no caso, mudanças para práticas menos intervencionistas.

Mesmo com políticas de humanização do parto e incentivo ao parto vaginal, pode estar havendo um bloqueio de ordem cognitivo-psicomotora (da habilidade clínica) associada com a ordem atitudinal (ética), além da ordem econômica, que impede a redução do volume de cesáreas, mesmo nas instituições que são “favoráveis” ao parto vaginal. A transformação no saber-fazer e na postura ética correntes nos círculos obstétricos e seu aprendizado, principalmente na sua habilidade clínica, podem estar tendo papel importante, se não determinante.

A habilidade clínica do obstetra, mesmo com o desejo da parturiente pelo parto normal e o seu próprio, está, nesta hipótese, se reconfigurando para perceber e mensurar riscos de forma a hiperdimensioná-los, gerando uma artificial e ilusória “necessidade” de cesáreas, que se associa com os fatores sociais, culturais e econômicos favoráveis à intervenção cirúrgica. Mesmo sem tal inflação na percepção de riscos, configuram-se situações em que a decisão pela cesárea por critérios outros que não técnicos passa a ser rotina aceitável. A favor desta hipótese, Diniz¹⁶ afirma que em alguns serviços se diz que, quando os partos normais acontecem, é porque “os bebês pregaram uma peça no médico”, foram mais rápidos do que eles. O profissional que enfrenta este

contexto institucional adverso e insiste no parto vaginal é freqüentemente discriminado pelos colegas.

Se houver verdade nisso, uma nova vertente de fatores explicativos e compreensivos para a alta proporção de cesáreas deve ser discutida e investigada. Uma vertente de competência clínica, dizendo respeito à habilidade dos obstetras, que se associa sinergicamente e retroativamente aos seus interesses econômicos (e de conveniência) e ao paradigma tecnocrático: eles podem não estar aprendendo mais, ou não saberem mais (como talvez soubessem em outros tempos) exercer valores, saberes e práticas de modo a acompanhar um parto para evitar a intervenção cirúrgica precoce ou desnecessária.

Essa habilidade é vista aqui sob um ponto de vista bem geral como relacionamento com parturientes e familiares, tranquilidade ética e técnica na avaliação de riscos, habilidade na dosagem e construção do compartilhamento desses riscos, habilidade para uso de instrumentos e técnicas facilitadores do parto vaginal, capacidade de administração e acompanhamento dessas variáveis ao longo do processo de parto.

3. PRIMEIRAS CONSEQÜÊNCIAS: NÓS CRÍTICOS E POSSÍVEIS MEDIDAS DE IMPACTO

Medidas eficazes visando à redução de altas taxas de cesariana devem enfocar principalmente mudanças na prática obstétrica²⁵. As medidas, então, de reforma do cuidado ao parto devem levar em conta a sinergia entre forças sócio-econômicas, paradigma tecnocrático e mudanças na habilidade clínica.

Atualmente, as habilidades clínicas mais incentivadas e valorizadas entre os obstetras reforçam o paradigma tecnocrático, hipertrofiam a habilidade cirúrgica e hipotrofiam as habilidades não-cirúrgicas. Para a mudança necessária deveria ser resgatado um cabedal de saberes e valores associados com práticas não-cirúrgicas, seguros e que levem a “permitir” uma proporção de partos normais desejável no conjunto da população. Esses saberes devem ser associados com uma visão humanística de prática assistencial profissional e a uma reestruturação econômica desse processo. Se essa mudança não ocorrer, poderá haver no futuro uma resignação médica e sanitária, social e cultural (que já está em grande parte presente) com esse grave problema de saúde pública.

Podem ser percebidos dois “nós críticos” interligados existentes na rede causal sustentadora do excesso de cesáreas. “Nós críticos” são causas ou

forças atuantes que, se forem atacadas ou modificadas, terão um grande impacto sobre o problema³⁵. Eles são: 1) As habilidades e a segurança necessárias para a condução adequada do parto - seja pela não intervenção, seja pela capacidade de correção de problemas e distócias - que estão pequenas e ou decrescendo; e 2) Não será possível diminuir as cesáreas desnecessárias sem intervir no mercado das mesmas, relativamente ao parto normal, e no seu fulcro (anti)ético.

Algumas propostas podem ser consideradas para o enfrentamento desses nós. Primeiramente, caberia uma intervenção técnica e ética massiva no meio profissional, com capacitação, acreditação e subsequente fiscalização por entidades amplas; envolvendo conselhos profissionais, entidades governamentais e não-governamentais, nacionais e internacionais, com assessorias e cursos de atualização clínica em manejo do parto.

Deve ser lembrado que condições técnicas e institucionais várias favorecem esse tipo de proposta. Primeiro: temos um instrumento confiável de verificação das práticas e, potencialmente, de fiscalização. As declarações de nascidos vivos e as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) levam ao Ministério da Saúde as informações necessárias sobre a prática dos médicos e instituições de saúde, hoje já registradas e disponíveis. Assim, um acompanhamento de mudanças das práticas está viabilizado. Esses dados, hoje confinados aos bancos de dados do SUS, permitiriam fácil acompanhamento dos partos com especificação dos profissionais, dias da semana, horários, etc. Tal monitoramento pode indicar os índices de cesáreas dos profissionais, dos hospitais e dos prestadores de saúde suplementar. Esses dados podem ajudar a apontar os possíveis sujeitos preferenciais de intervenção capacitadora no manejo do parto normal. Além de significar um mecanismo preventivo e de avaliação das práticas obstétricas para médicos, gestores, administradores de saúde suplementar e hospitais.

Tais dados também podem ajudar os usuários do sistema de saúde - a gestante e sua família - que, ao ser parte ativa das mudanças de assistência obstétrica, podem pressionar os gestores a investir mais na humanização do parto e nascimento, diminuindo as taxas de cirurgias e, particularmente no sistema suplementar, ajudar na escolha de profissionais, hospitais e planos de saúde. Ao divulgar essas taxas deve ser levado em consideração indicador do tipo de população atendida. Não se podem esperar taxas semelhantes de cesáreas em maternidades de comunidades e em maternidades terciária, mas esse

não pode ser o argumento para impedir o conhecimento dessas taxas ou não torná-las públicas. Mesmo considerando gestantes de alto risco, uma taxa de cesáreas superior a 80% (como a observada em muitos hospitais brasileiros) é muito além do aceitável.

Concomitantemente, podem ser ofertadas capacitações e reciclagens aos médicos sobre as melhores práticas em obstetrícia, visando humanizar a assistência ao parto, a aplicação do cuidado baseado em evidências na prática obstétrica e a prevenção do alto número de procedimentos cirúrgicos.

Acredita-se que tentar reduzir as taxas de cesáreas sem a devida preparação dos profissionais médicos, a adequação dos serviços de saúde e a conscientização do problema pela população e pelos gestores, pode ter conseqüências adversas. Por isso, não se propõe apenas uma fiscalização sobre a taxa de cesáreas, mas múltiplas fases desse processo podem ser pensadas. O conhecimento das taxas de cesáreas e as indicações que estão levando ao procedimento permitiriam, pelo menos, a discussão do quadro em âmbito nacional e local. Assim, poderia haver uma regulação seja técnica, governamental, corporativa e/ou pela sociedade civil. Espera-se que essa regulação leve a um efetivo enfraquecimento (uma ideal substituição) do paradigma tecnocrático no cuidado ao parto em favor do fortalecimento de uma visão clínica menos intervencionista, que parece ser hoje muito marginal e minoritária no meio médico obstétrico (de que a alta proporção de cesáreas, com efeito, parece ser a prova).

Pode ser objetado a esta proposta que os obstetras dificilmente se submeteriam a esse controle externo de suas práticas. A correção desse argumento baseia-se na realidade atual: simplesmente não há movimento de que se tenha notícia, interno aos obstetras, de crítica ou fiscalização das práticas correntes. Isso leva a outra possibilidade de enfrentamento do problema: inserir outros profissionais na assistência direta ao parto de baixo risco, retirando a exclusividade do médico obstetra, mas mantendo-o como retaguarda a ser acionada se necessário e como principal assistente dos partos de alto risco. Em diversos países os partos de baixo risco são assistidos por enfermeiras-obstétricas ou parteiras com formação universitária, com resultados significativos na queda das taxas de cesáreas^{36,22}. Inclusive no Brasil, há experiências e estudos com resultados bastante promissores³⁷⁻³⁹. Uma outra estratégia ainda seria incluir entre os profissionais do cuidado ao parto os Médicos de Família e Comunidade da Estratégia Saúde da Família, que deveriam ser treinados, uma vez que já fazem o pré-natal de grande

número de gestantes brasileiras. Não se propõe a erradicação do médico obstetra na atenção ao parto, mas a construção de equipes, em que os partos de gestantes de baixo risco possam ser atendidos por esses outros profissionais, contando com uma retaguarda de médicos obstetras e possibilidade de intervenção acessível em caso de necessidade.

Chama a atenção a preocupação e a grande repercussão que geram nos médicos obstetras e suas associações as casas de parto e o parto atendido por enfermeiras obstétricas^{38,39}, geralmente alegando que partos assistidos por esses profissionais teriam maior risco para a mãe e o conceito. Esse fato não só não é verificado na literatura como é por ela refutado^{36,38,39}. Doutra parte, há, sim, fortes evidências mostrando um aumento de morbimortalidade associado às altas taxas de cesáreas^{18,19}, que não têm tido grande repercussão. Em ambos os casos, parece haver uma crença entre os obstetras de que esses estudos e essas taxas de morbimortalidade não se aplicam às gestantes e à realidade brasileira.

No entanto, a possibilidade do parto não complicado ser assistido por outros profissionais habilitados e devidamente preparados deve ser considerada, de modo a induzir fortemente a reciclagem e reforma da prática dos obstetras. A assistência ao parto de baixo risco deve ser o mais humanizada e menos intervencionista possível e, por outro lado, viabilizar alternativas sociais de cuidado que permitam e incentivem o parto vaginal. Provavelmente, esse dois movimentos acima sejam complementares e sinérgicos. Num futuro desejável, a parturiente sem patologias poderia escolher o seu cuidador, que poderia ser um médico obstetra (que tem sua taxa de partos normais conhecida), seu médico da Saúde da Família ou um parteiro ou enfermeiro especializado em obstetrícia, contando sempre com a possibilidade de intervenção da equipe especializada se houvesse necessidade.

Independente do tipo de profissional a assistir o parto, parece clara a necessidade de regular e dissolver o problema econômico ali envolvido, ou dito de outra forma, enfrentar o problema político que também sustenta o processo. Haveria que repactuar socialmente e institucionalmente um choque ético-econômico que reorganizasse o cuidado de forma a suprimir o atual impasse associado ao parto, que talvez possa ser assim resumido: os médicos obstetras não querem deixar de atender partos, pois não querem deixar o mercado de trabalho que isso representa, mas também não querem (ou, lhes é custoso) dispor do tempo necessário para atendê-los via vaginal, além da possibilidade de perderem

gradualmente as habilidades necessárias para isso. Esse conjunto é uma força avassaladora que contribui fortemente para a realização de grande número de cesáreas desnecessárias.

Alternativas podem ser pensadas de modo a desestimular e mesmo inibir ou suprimir as vantagens econômicas derivadas do menor tempo para a assistência e a impunidade relativa (alta permissividade social e ética) advindas da cultura da realização abusiva de cesáreas. As formas de assistência ao parto precisam urgentemente de pesquisas para sua avaliação. A remuneração do profissional, a infra-estrutura e os obstáculos para atender partos que podem demorar muito tempo precisam ser avaliados.

Assistência prestada por um único médico obstetra para uma única parturiente e seu reembolso, forma de assistência muito valorizada no Brasil, podem gerar vieses de indicação de cirurgias evidentes, como a indicação de cirurgias próximo a feriados ou viagem do médico, ou o evidente cansaço desse único profissional frente a um trabalho de parto prolongado ou após um dia de trabalho excessivo. Equipes de trabalho que atuam conjuntamente podem ser uma solução, ou trabalho por turnos ou plantões. As formas dos plantões ou assistência a emergências também devem ser avaliadas, assim como as remunerações. Em diversos hospitais, os médicos só recebem pelos procedimentos realizados, assim, um plantonista que acompanha um trabalho de parto por toda a noite e troca de plantão para assumir seus compromissos diários, não receberá por esse acompanhamento, a não ser que realize a cirurgia. Assim, após estudar esses problemas, seriam propostas soluções, como a necessidade do pagamento pelas horas de plantão e não pelo procedimento, a desmistificação da assistência um a um e ou a imposição da necessidade de uma equipe vinculada ao obstetra, seja para acompanhar a parturiente, seja para assumir os compromissos previamente agendados do médico que acompanha um parto por muitas horas.

Complementarmente, cesáreas sem indicação médica, sem o consentimento das gestantes ou com indicações médicas falsas devem ser proibidas e punidas (como, aliás, qualquer procedimento cirúrgico). Por isso, deveria haver uma maior fiscalização ética sobre os agendamentos de cesáreas, principalmente (mas não somente) dos médicos e serviços da saúde suplementar, que apresentam taxas muito acima do esperado. Essa fiscalização independente poderia ser realizada por comissões específicas assessoradas por especialistas acreditados, compostas por pares, representantes da sociedade

civil e das secretarias de saúde, sob controle de conselhos municipais de saúde e regradas, talvez, pela Lei 8142/90, que regulamenta a participação social na gestão do SUS.

Um exemplo pioneiro e efetivo dessa participação da sociedade ocorreu em São Paulo em agosto de 2010, quando após denúncia através de um dossiê preparado pela rede de mulheres “Parto do Princípio” (<http://www.partodoprincipio.com.br/conteudo.php?src=acaompf&ext=html>) o Ministério Público Federal deste Estado (MPF-SP) ajuizou ação civil pública para que a Agência Nacional de Saúde Suplementar seja obrigada a regulamentar os serviços obstétricos privados (http://www.prsp.mpf.gov.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/24-08-10-2013-mpf-sp-ajuiza-acao-civil-publica-para-que-ans-seja-obrigada-a-regulamentar-servicos-obstetricos-privados).

Enfatizou-se neste documento que desde que a denúncia foi apresentada ao MPF-SP, em 2007, ocorreu intensa discussão entre sociedade civil, comunidade médica e academia sobre os alarmantes índices de cesárea, suas possíveis causas e soluções e que durante esses anos “nenhum órgão ou entidade compareceu aos autos, aos eventos e reuniões ou apresentou documentos para defender a legitimidade ou o benefício em se manter a taxa de cesárea do setor suplementar de saúde em 80% dos nascimentos”, demonstrando assim que esses índices são realmente inaceitáveis.

O documento ainda ressalta que mesmo existindo campanhas incentivando o parto normal, essas não tem tido eficácia visto que a decisão da via de parto concentra-se nos obstetras. Demonstra também que no âmbito do SUS ações têm sido tomadas para redução das taxas de cesárea, mas o setor privado segue sem regulamentação.

Outros mecanismos podem ser pensados para regradar o ganho e coibir a cesárea desnecessária, possibilitando tempo profissional necessário ao parto normal, mas isso foge ao escopo destas reflexões, que não almejam mais que exemplificar possibilidades de intervenção no processo social de atenção ao parto e fundamentar a necessidade dela, a partir das direções indicadas pela literatura e pela abordagem esboçada do problema.

4. PALAVRAS FINAIS

Um último ponto a ser marcado com ênfase: se a saúde coletiva brasileira e as instituições governamentais e de representação social no SUS não assumirem o problema do excesso de cesáreas como

uma agenda urgente que transcende questões corporativas e técnicas e que diz respeito ao tipo e a qualidade do cuidado e do nascimento que o país quer dar para suas crianças, dificilmente haverá significativa mudança no quadro atual, que se mantém há vários anos.

Os ganhos secundários dos profissionais que alimentam a cultura medicalizada do parto (já intensa na sociedade) são fortes e as mudanças nas habilidades clínicas podem estar já estabelecidas, na direção da *expertise* em cesáreas (o que merece estudos específicos). Parece, pois, haver necessidade de mobilização institucional, técnica, social e política, o que não ocorrerá sem potentes fontes de disseminação de saber e crítica, para o que a saúde coletiva e o SUS podem muito colaborar, como já tem feito, mas ainda de forma muito tímida. Mais amplitude social, maior dimensão e mobilização política são necessárias para que nós brasileiros deixemos de ter, num futuro não longínquo, vergonha de nossos tantos nascimentos cirúrgicos desnecessários.

Agradecimento

Agradecemos ao CNPq pelo financiamento parcial a um dos autores (Edital PQ 10/2010, processo 311193/2010-2).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985, (2):436-7.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. <Acesso em: 19.09.2011>
3. Barros FC, Vaughan JP, Victoria CG et al. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet* 1991, 338(8760):167-69.
4. Faúndes AE, Cecatti JG. Operação cesárea no Brasil: incidência, tendência, causas, conseqüência e propostas da ação. *Cad Saúde Pública* 1991, 7(2):150-73.
5. Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 1996, 30(1):19-33.
6. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med* 2000, 51:725-40.
7. Fabri RH, Murta EFC. Socioeconomic factors and caesarean section rates. *Int J Gynecol Obst* 2002, 76(1):87-88.
8. Freitas PF, Drachler ML, Leite JC et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2005, 39 (5):761-67.
9. Bèhague DP. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. *Cult Med Psych* 2002, 26(4): 473-507.
10. Potter JE, Hopkins K. Consumer demand for caesarean sections in Brazil Demand should be assessed rather than inferred. *BMJ*. 2002, 7359:325-335.
11. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e

- cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saúde Pública* 2009, Nov; 25(11):2480-88.
12. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009, 13(suppl.1): 759-68.
 13. Faúndes A, Pádua KS, Osís MJD et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública* 2004, 38(4): 488-94.
 14. Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cad Saúde Pública* 2001, 17(3):509-19.
 15. Tesser, CD. Introdução. In: Tesser, CD (org.). *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010. p.11-33.
 16. Diniz CSG. [tese] Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. FM/USP, São Paulo.2001.
 17. Machado Junior LC, Sevrin C E, Oliveira EC et al.. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009, 25(1):124-32.
 18. Villar J, Valladares E, Wojdyla D et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America, research group. *Lancet* 2006, 367(9525):1819-29.
 19. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM et al. World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet* 2010, 375(9713):490-9.
 20. Enkin M, Kierse M, Renfrew M et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford Medical Publications; 1995.
 21. Grassi E, Raggio L, Montes AG. Normatização dos comportamentos reprodutivos e paradigmas médicos: estudo de caso em instituições de saúde para camadas médias. In: Costa AO, Amado T (orgs). *Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Rio de Janeiro: Editora 34; 1994. p.205-48.
 22. Patha LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública* 2011, 45(1):185-94.
 23. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesareana. *Rev Saúde Pública* 2006, 40(2):226-32.
 24. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A et al. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth* 2008, 35(1):33-40.
 25. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008, 24(5):1051-61.
 26. Gomes UA, Silva AAM, Bettiol H et al. Risk factors for the increasing of caesarean section rate in southeast Brazil: a comparison of two births cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999, 28:687-94.
 27. D'Orsi E, Chor D, Giffin K et al. Fatores associados à realização de cesarianas e qualidade da atenção ao parto no Município do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2005, 39(4): 646-54.
 28. Tesser, C D. Três considerações sobre a "má medicina". *Interface- Comunicação, Saúde, Educação* 2009 13(31):273-86.
 29. Sakae TM, Freitas PF, d'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública* 2009, 43(3): 472-80
 30. Latour B. *Jamais fomos modernos: ensaios de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 2000.
 31. Latour B. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru (SP): Edusc; 2001.
 32. Fleck L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
 33. Davis-Floyd R. *Birth as an american rite of passage*. Los Angeles: University of California Press; 1992.
 34. Rattner D. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). *Interface (Botucatu)* 2005, 9(17):414-16.
 35. Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.151-67.
 36. Hatem M, Sandall J, Devane D et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2. <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004667/frame.html> <Acesso em: 19.09.2011>
 37. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007, 23(6): 1349-59.
 38. Mouta RJO, Progianti JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para a implementação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto contexto – enferm.* 2009, 18(4):731-40.
 39. Narchi NZ. Análise do exercício de competências dos não médicos para atenção à maternidade. *Saúde soc.* [Internet]. 2010, 19(1):147-58.