

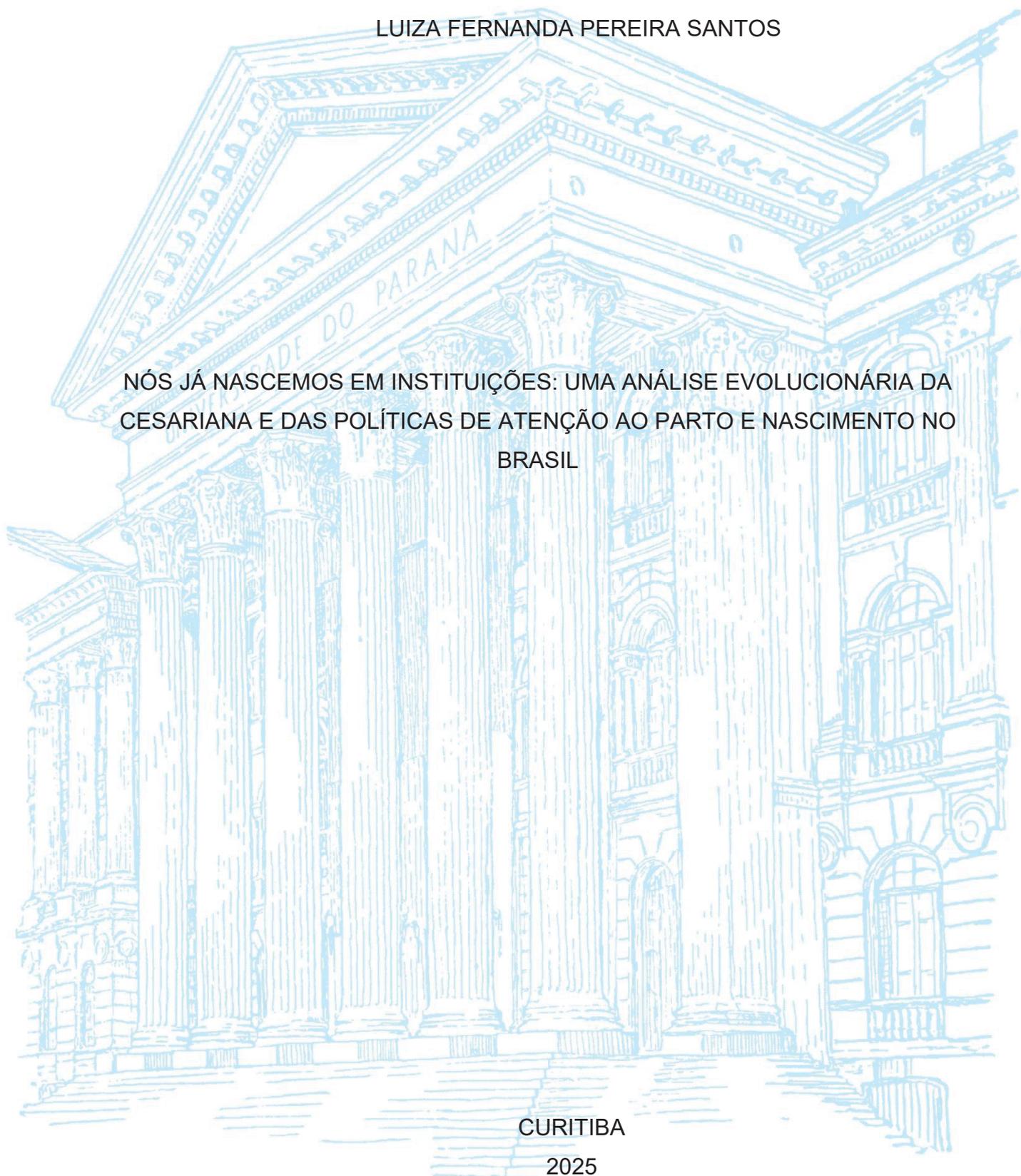
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUIZA FERNANDA PEREIRA SANTOS

NÓS JÁ NASCEMOS EM INSTITUIÇÕES: UMA ANÁLISE EVOLUCIONÁRIA DA
CESARIANA E DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO
BRASIL

CURITIBA

2025



LUIZA FERNANDA PEREIRA SANTOS

NÓS JÁ NASCEMOS EM INSTITUIÇÕES: UMA ANÁLISE EVOLUCIONÁRIA DA
CESARIANA E DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO
BRASIL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno

Coorientador: Prof. Dr. Fabiano Abranches Silva Dalto

CURITIBA

2025

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Santos, Luiza Fernanda Pereira

Nós já nascemos em instituições : uma análise evolucionária da cesariana e das políticas de atenção ao parto e nascimento no Brasil / Luiza Fernanda Pereira Santos .– 2025.

1 recurso on-line: PDF.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Orientador: Profe. Dr. Roberto Eduardo Bueno.

Coorientador: Profe. Dr. Fabiano Abranches Silva Dalto.

1. Políticas Públicas. 2. Política de saúde. 3. Saúde reprodutiva.
I. Bueno, Roberto Eduardo. II. Dalto, Fabiano Abranches Silva.
III. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.
IV. Título.

Bibliotecária: Kathya Fecher Dias – CRB-9/2198

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **LUIZA FERNANDA PEREIRA SANTOS** intitulada: **NÓS JÁ NASCEMOS EM INSTITUIÇÕES: UMA ANÁLISE EVOLUCIONÁRIA DA CESARIANA E DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL**, sob orientação do Prof. Dr. ROBERTO EDUARDO BUENO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 16 de Janeiro de 2025.

Assinatura Eletrônica
03/02/2025 13:25:28.0
ROBERTO EDUARDO BUENO
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
05/02/2025 10:31:21.0
CAROLINA BAGATTOLLI
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
11/02/2025 09:20:45.0
CHRISTIANE LUIZA SANTOS
Avaliador Externo (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS
PINHAIS)

Assinatura Eletrônica
03/02/2025 13:49:52.0
MICHELE STRAUB
Avaliador Externo (PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTAL DO
PARANÁ)

Por sempre saber que queria ser mãe de filha única. Pela sua voz no vídeo da ultrassonografia dizendo *"eu sabia que era uma menina"*. Pelas fotos do meu nascimento e pelas histórias sobre ele. Pelos livros pela casa, pelas manhãs na sala dos professores, pela primeira cadeira para assistir suas aulas de biologia, pelos passeios com os seus alunos. Pelas caminhadas de sábado no centro ou no domingo, na floricultura, quando a dor de cabeça não me deixava escrever. Por ter me dado a vida e meu tema de pesquisa, essa dissertação não poderia ser dedicada a qualquer outra pessoa além da minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai e à minha mãe – Papi e Mami – que há quase vinte e sete anos são meus companheiros nessa jornada de estudos. Das saídas da escola contando o que eu havia aprendido no dia às conversas durante o café com os minuciosos detalhes sobre o desenvolvimento da dissertação. Da ansiedade das provas da escola ao resultado da seleção do doutorado, o apoio de vocês é sempre uma constante. Mesmo para quem tem a tendência a falar e escrever muito, palavras jamais serão suficientes para expressar a minha gratidão e meu amor por vocês.

Ao Benjamim, que com sua dedicação ao ócio e ao lazer me fez companhia em muitas horas de elaboração desta dissertação e me permitiu ter a alegria de ser guardiã de um galgo, mesmo que por pouco tempo. Uma vida inteira ainda não teria sido suficiente.

Às amigas deste e do outro lado do Atlântico, de antes ou durante o mestrado – em especial Dáphne, Bárbara e Bruna – que compartilharam as minhas angústias e alegrias. Mais do que isso, contribuíram, como sempre fazem, para deixar a vida mais leve e bonita.

À Martina, minha pessoa, que ao partilhar o amor por partos e nascimentos adiciona novos significados à união do pessoal com o político e da teoria com a prática. Nossos cafés falando sobre as nossas vidas e sobre as vidas que vêm ao mundo certamente se fazem presente no conteúdo e possibilidade de finalização dessa dissertação.

À Clarice, que por força da vocação e profissão de analista não pode figurar entre as amigas, mas que me ajuda a ver a beleza, a afrouxar minhas certezas e assumir meus desejos.

Aos colegas institucionalistas que tão bem me acolheram e se tornaram amigos e grandes incentivadores deste trabalho, seja presencial ou virtualmente. Em especial, Theodoro Sposito, que esteve presente em grandes e pequenos momentos do último ano.

Ao Professor Felipe Almeida, que ao me receber em sua aula não só me apresentou ao referido grupo de institucionalistas, mas compartilhou seu conhecimento, comprometimento e amor pelo Institucionalismo e pela carreira acadêmica.

Ao Professor Huáscar Pessali e à Professora Michele Straub pelas valiosas contribuições na banca de qualificação que permitiram a continuação desse trabalho que é, definitivamente, uma construção coletiva.

Ao Professor Roberto Bueno, meu orientador, que desde o primeiro momento incentivou minhas ideias e em cada contato e correção demonstrou tamanha calma e gentileza. Tenho sempre orgulho em dizer que é possível ter boas experiências com orientação na pós-graduação.

Ao Professor Fabiano Dalto, também meu orientador, que ao aceitar o desafio de trabalhar este tema heterodoxo também me desafiou a abraçar um novo enquadramento teórico e mudou os rumos desta dissertação. Obrigada por compartilhar comigo a sua forma de ver o mundo.

Aos pesquisadores e, especialmente, às pesquisadoras que há décadas se dedicam a pensar o parto e o nascimento no Brasil e a escrever trabalhos que embasaram a minha escrita, me inspiraram e muitas vezes me emocionaram.

Por último, e definitivamente não menos importante, o mais sincero agradecimento a quem – infelizmente talvez não por uma escolha – tem gestado o futuro deste país e deste mundo. Vocês nos dão – e são – a razão para lutar por um mundo melhor.

“Além de as mulheres sofrerem o debilitamento físico geral comum a todos os operários fabris, quando grávidas elas são obrigadas a trabalhar *até quase o momento do parto* – evidentemente, se deixam de trabalhar muito antes, correm o risco de se verem substituídas e postas na rua e, além do mais, perderiam o salário. É frequente que mulheres que trabalharam até tarde num dia tenham o parto na manhã seguinte e não é incomum que a criança nasça na própria fábrica, entre as máquinas”

A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra, Friedrich Engels (1845)

“Assim como não é possível medir sua posse do mundo, não é possível medir no abstrato a carga que constitui para a mulher a função geradora: a relação da maternidade com a vida individual é naturalmente regulada nos animais pelo ciclo do cio e das estações: ela é indefinida na mulher; só a sociedade pode decidir dela. Segundo essa sociedade exija maior ou menor número de nascimentos, segundo as condições higiênicas em que se desenvolvam a gravidez e o parto, a escravização da mulher à espécie faz-se mais ou menos estreita. Assim, (...) na humanidade as “possibilidades” individuais dependem da situação econômica e social”

O Segundo Sexo, Simone de Beauvoir (1949)

RESUMO

O Brasil é um dos países com as mais altas taxas de cesarianas no mundo e tem sido assim desde a década de 1980, quando em apenas uma década, a taxa passou de 15% para 31%. Desde então, identificado pelos diferentes governos como um problema de saúde pública, uma série de políticas foram instituídas para tentar reduzir ou desacelerar o crescimento deste procedimento que, em 2009, havia se tornado o modo predominante de nascimento no país. No entanto, rompendo um aparente consenso, começam a surgir em 2018 projetos de lei com o objetivo de garantir o direito de escolha pela cesariana no Sistema Único de Saúde, ilustrado pelo PL 435/2019 apresentado pela Deputada Janaína Paschoal à Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, levantando um questionamento sobre a veracidade deste consenso. A partir de uma análise bibliográfica e documental, recorrendo ao método evolucionário da Economia Institucional Original, buscou-se uma explicação para a movimentação legislativa, descrevendo o processo de construção das políticas de atenção ao parto e nascimento no país, do período colonial até 2022. Identificou-se que a constituição do sistema de parto no país foi moldada pelas assimetrias de gênero, raça e classe, características que influenciaram a produção e utilização daquilo que era considerado tecnologicamente como mais avançado no período. Neste cenário, o Estado surge como um ator central, sendo sua trajetória, não sua inação, peça central para a compreensão do crescimento dos nascimentos por via cirúrgica no país. Conclui-se então que a questão das cesarianas no Brasil é um fenômeno multifatorial e multifacetado que, se entendido como um problema a ser solucionado, demandará um esforço concertado para além da pasta de saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Políticas públicas; Políticas de saúde; Saúde reprodutiva; Gênero; Economia Institucional Original.

ABSTRACT

Brazil ranks among the countries with the highest cesarean delivery rates around the world, a trend that has persisted since the 1980s, when it rose from 15% to 31% in just one decade. Recognized by successive governments as a public health issue, various policies were introduced to reduce or slow the growth of this procedure, which by 2009 had become the predominant mode of childbirth in the country. However, challenging this apparent consensus, legislative proposals began to surface in 2018 advocating for the right to choose cesarean delivery within the Unified Health System (SUS). This movement is exemplified by the Bill 435/2019, introduced by Representative Janaína Paschoal to the Legislative Assembly of the State of São Paulo, raising questions about the validity of the prevailing consensus. Through bibliographic and document analysis, employing the evolutionary approach of Original Institutional Economics, an explanation was sought for this legislative shift, tracing the development of childbirth and maternal care policies in Brazil from the colonial period to 2022. The study revealed that the country's childbirth system has been shaped by longstanding gender, racial, and class inequalities, which influenced the adoption and application of what was considered technologically advanced at different times. Within this context, the State emerges as a central actor, with its active trajectory—rather than inaction—playing a pivotal role in understanding the rise of cesarean sections in the country. The analysis concludes that the issue of cesarean deliveries in Brazil is a complex, multifaceted phenomenon. Addressing it will require coordinated efforts extending well beyond the realm of sexual and reproductive health.

Keywords: Public policy; Health policy; Reproductive health; Gender; Original Institutional Economics.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - NÚMERO DE PARTEIROS E PARTEIRAS POR 10 MIL MULHERES, BRASIL, 1872	69
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - TAXA DE FECUNDIDADE GERAL, BRASIL, 1982-2002.....	106
GRÁFICO 2 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NASCIDOS VIVOS), BRASIL, 1990-2002	108
GRÁFICO 3 - NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, POR GRANDE REGIÃO, BRASIL, 2002	110
GRÁFICO 5 – PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS E CESARIANAS POR ESCOLARIDADE DA PARTURIENTE, BRASIL, 2001	113
GRÁFICO 6 - PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS E CESARIANAS POR COR/RAÇA DA PARTURIENTE, BRASIL, 2002	114
GRÁFICO 7 - PORCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS POR NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, BRASIL, 2002-2016	116
GRÁFICO 8 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, POR 100.000 NASCIDOS VIVOS, BRASIL, 2022-2016	116
GRÁFICO 9 - TAXA DE CESARIANA POR ANOS DE ESCOLARIDADE DA PARTURIENTE, BRASIL, 2002-2016	121
GRÁFICO 10 - MANEJO DO TRABALHO DE PARTO, COMPARAÇÃO ENTRE ESTUDO NASCER NO BRASIL E AVALIAÇÃO REDE CEGONHA, BRASIL, 2017	124
GRÁFICO 11 - MANEJO DO TRABALHO DE PARTO VAGINAL, COMPARAÇÃO ENTRE ESTUDO NASCER NO BRASIL E AVALIAÇÃO REDE CEGONHA, BRASIL, 2017	124
GRÁFICO 12 - PESSOAS DO SEXO FEMININO, ENTRE 15-49, COM COBERTURA DE PLANOS DE Fonte: ANS, 2024	126
GRÁFICO 13 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NASCIDOS VIVOS), BRASIL, 2016-2022	128

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DOCUMENTOS CONSULTADOS POR PERÍODO	44
QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS DA GESTANTE/PUÉRPERAS ASSOCIADAS A MAIORES CHANCES DE CESARIANA, EXCETO NÍVEL SOCIOECONÔMICO	48
QUADRO 4 - DISCURSOS SOBRE CESARIANAS IDENTIFICADOS NOS ARTIGOS ANALISADOS	54
QUADRO 5 – RECURSOS MÉDICOS-SANITÁRIOS, HOSPITALARES E PARA HOSPITALARES, SEGUNDO O PLANO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL. BRASIL, 1975.	96

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - LOCALIZAÇÃO DOS NASCIMENTOS REGISTRADOS, RIO DE JANEIRO, 1894-1903	78
TABELA 2 - LOCAL DE NASCIMENTOS REGISTRADOS, RIO DE JANEIRO, 1936-1938	85
TABELA 3 - NASCIMENTOS DOMICILIARES E HOSPITALARES, SÃO PAULO, 1945	85
TABELA 4 - CESARIANAS E EMBRIOTOMIAS EM ALGUNS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO BRASIL, 1936-1938	86
TABELA 5 - TIPO DE CLIENTELA ASSISTIDA NA MATERNIDADE DE SÃO PAULO, 1937 - 1945	87
TABELA 6 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL, SEGUNDO REGIÕES. BRASIL, 1940-1991	93
TABELA 7 - NÚMERO DE LEITOS DE GINECO-OBSTETRÍCIA, POR INSTITUIÇÃO PÚBLICA, PRIVADA E TOTAL. BRASIL, 1976-1987	94
TABELA 8 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE MATERNA NAS CAPITAIS. BRASIL, 1940-1970	95
TABELA 9 - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA POR 1.000 NASCIDOS-VIVOS NOS MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS. BRASIL, 1965-1974	95
TABELA 10 - MULHERES QUE TIVERAM FILHO EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR RENDA FAMILIAR. BRASIL, 1981	97
TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NASCIMENTOS NOS 5 ANOS ANTERIORES, SEGUNDO O LOCAL DO PARTO, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA, REGIÃO E GRAU DE INSTRUÇÃO, BRASIL, 1986 ..	98
TABELA 12 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS FORA DO HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR PESSOA QUE ATENDEU O PARTO, POR RENDA FAMILIAR. BRASIL, 1981	98
TABELA 13 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAL. BRASIL, 1981.	99
TABELA 14 - ÍNDICES DE CESÁREA POR REGIÕES E RENDA FAMILIAR MENSAL, BRASIL, 1980	100

TABELA 15 - PORCENTAGEM DE CESARIANAS ENTRE NASCIMENTOS OCORRIDOS EM HOSPITAIS NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS, DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS DE LOCAL DE RESIDÊNCIA, REGIÃO E GRAU DE INSTRUÇÃO DA PARTURIENTE, BRASIL, 1986	102
TABELA 16 - TAXA DE ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA (15-49 ANOS) EM UNIÃO ESTÁVEL. BRASIL, 1970-1985	104
TABELA 17 – PREVALÊNCIA DE ESTERILIZAÇÃO COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO ENTRE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA (15-49 ANOS). BRASIL, 1986-2006.....	104
TABELA 18 - MULHERES A PARTIR DE 15 ANOS ECONOMICAMENTE ATIVAS, BRASIL, 1987-2002	106
TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NASCIMENTOS OCORRIDOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS COM CONTROLE PRÉ-NATAL, BRASIL, 1986	108
TABELA 20 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO, POR REGIÃO, UF E ESFERA ADMINISTRATIVA, QUE OFERECEM ATENDIMENTO AO PARTO, 2002.....	109
TABELA 21 - PROPORÇÃO DE PARTOS HOSPITALARES – BRASIL E GRANDES REGIÕES, 2002 (EM %).....	110
TABELA 22 - CESARIANAS DE ACORDO COM LOCAL DE NASCIMENTO, REGIÃO, ANOS DE EDUCAÇÃO, IDADE DA PARTURIENTE, ORDEM DO NASCIMENTO, BRASIL, 1996	111
TABELA 23 - TAXAS DE CESÁREA POR NATUREZA JURÍDICA DO HOSPITAL, PARTOS FINANCIADOS PELO SUS, BRASIL, DEZ/94 – FEV/95 .	112
TABELA 24 – PROPORÇÃO DE CESARIANAS, POR ANO E GRANDES REGIÕES, BRASIL, 1994-2002	113
TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS NOS CINCO ANOS ANTERIORES À ENTREVISTA POR LOCAL DO PARTO, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. BRASIL, 2006	118
TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS NOS CINCO ANOS ANTERIORES À ENTREVISTA POR CONDICIONANTES DA	

ASSISTÊNCIA AO PARTO, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. BRASIL, 2006.....	119
TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS NOS CINCO ANOS ANTERIORES À ENTREVISTA, SEGUNDO A PESSOA QUE ASSISTIU AO PARTO, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. PNDS, 2006.....	120
TABELA 28 - O TRABALHO DE PARTO EM MULHERES DE RISCO OBSTÉTRICO HABITUAL, DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SELECIONADAS. BRASIL, 2011.....	122
TABELA 29 - INCIDÊNCIA DE INTERVENÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM MULHERES DE RISCO OBSTÉTRICO HABITUAL, DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SELECIONADAS. BRASIL, 2011.....	123
TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DAS MATERNIDADE DA REDE CEGONHA SEGUNDO AMBIENTE DE PRÉ-PARTO. BRASIL E GRANDES REGIÕES, 2017.....	125
TABELA 31 - TAXA DE CESARIANA NA SAÚDE SUPLEMENTAR, BRASIL, 2013- 2016.....	125
TABELA 32 - PROJETOS DE LEI SOBRE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO APRESENTADOS NA ESFERA ESTADUAL ENTRE 2019 E 2022.....	138
TABELA 33 - LEIS PERMITINDO A ESCOLHA PELA CESARIANA NO SETOR PÚBLICO SANCIONADAS ENTRE 2019-2022.....	140
TABELA 34 - TAXA DE CESARIANA, BRASIL, 2016-2022.....	141
TABELA 35 - TAXA DE CESARIANA NA SAÚDE SUPLEMENTAR, BRASIL, 2017- 2022.....	141

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AMB	- Associação Médica Brasileira
AMIU	- Aspirador Manual Intrauterino
ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
BEMFAM	- Sociedade Civil para o Bem-estar Familiar no Brasil
CAP	- Caixa de Aposentadoria e Pensões
CFM	- Conselho Federal de Medicina
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CPN	- Centro de Parto Normal
CREMERJ	- Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
DIU	- Dispositivo Intrauterino
DNS	- Departamento Nacional de Saúde
DNSP	- Departamento Nacional de Saúde Pública
EUA	- Estados Unidos da América
Febrasgo	- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FGV	- Fundação Getúlio Vargas
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HSV	- Vírus do Herpes Simples
IAP	- Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
MES	- Ministério da Educação e da Saúde
MESP	- Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública
MPF	- Ministério Público Federal
MTIC	- Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
ODM	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PL	- Projeto de Lei

PNAISM	- Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSL	- Partido Social Liberal
PT	- Partido dos Trabalhadores
REHUNA	- Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SINASC	- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro
USAID	- <i>United States Agency for International Development</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
2.1 A ECONOMIA INSTITUCIONAL ORIGINAL	23
2.2 GÊNERO, RAÇA E CLASSE NO INSTITUCIONALISMO ORIGINAL	26
2.3 O ESTADO NO INSTITUCIONALISMO	33
2.4 A TECNOLOGIA E A MUDANÇA INSTITUCIONAL	37
2.5 A ANÁLISE INSTITUCIONAL DO PARTO E DO NASCIMENTO NO BRASIL ...	40
3 METODOLOGIA	42
4 REVISÃO DA LITERATURA	47
4.1 GESTANTES, PARTURIENTES E MÉDICOS	47
4.2 OS DISCURSOS	53
4.3 AS REGRAS OBSERVADAS	55
4.4 OS ELEMENTOS DE ANÁLISE	57
5 EVOLUÇÃO DAS CESARIANAS E DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL	59
5.1 O NASCIMENTO DO BRASIL, 1500-1807.....	59
5.2 OS PRÓDROMOS DO SISTEMA OBSTÉTRICO, 1808-1888	64
5.3 FILHAS E FILHOS DA REPÚBLICA, 1889-1929	72
5.4 CONCEBENDO O ATUAL SISTEMA, 1930-1963.....	79
5.5 UMA SALA E UMA GUERRA FRIA, 1964-1985	89
5.6 UM DEVER DO ESTADO, 1986-2002	104
5.7 A ERA DA HUMANIZAÇÃO, 2003-2016	115
5.8 INTERCORRÊNCIA OU MAU DESFECHO?, 2016-2022	127
6 ANÁLISE INSTITUCIONALISTA DAS CESARIANAS NO BRASIL	141
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS	156
ANEXO – PROJETO DE LEI Nº 435 DE 2019	183

1 INTRODUÇÃO

Em 2023, 58% dos nascimentos no Brasil aconteceram por cesariana, segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Em estabelecimentos privados, 70,69% dos nascimentos ocorrem por via cirúrgica em 2021. Essas são taxas muito superiores ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a década de 1980, quando o crescente recurso à cesariana no âmbito mundial já representava uma preocupação por parte de profissionais, organizações e movimentos sociais. Desde esse período, o Brasil já figurava entre os países que mais realizavam o procedimento no mundo comparativamente ao número de nascimentos, estando atualmente em segundo lugar, apenas atrás da República Dominicana.

Atualmente, a taxa de cesariana global é de 21,1% e estima-se que até 2030, 28,5% dos bebês nascerão por via cirúrgica, com esses dados apresentando importantes discrepâncias regionais: na África Subsaariana é de 5% e na América Latina e Caribe é de 42,8%. (Betran et al., 2021). Revisões sistemáticas recentes apontam, no entanto, que em contexto populacional taxas de cesariana acima de 10% não estão associadas a uma redução da mortalidade materna e neonatal (Betran et al., 2015), além de maior risco de abortamento, risco aumentado para placenta prévia, placenta acreta e descolamento prematuro da placenta, abortamento (aborto espontâneo) e natimortalidade em gestações posteriores (Keag; Norman; Stock, 2018; Sandall et al., 2018). Considerando os riscos a curto e a longo prazo, a OMS recomenda que a cirurgia seja realizada somente quando for necessária, sob indicação clínica, sugerindo então estratégias para a redução das cesarianas desnecessárias nos países, como uso de classificações para otimizar o seu uso em instituições de saúde e outras estratégias não-clínicas. A organização também reforça que no contexto dos sistemas de saúde, o esforço deve ser realizado para que toda a necessidade de cirurgia seja atendida.

No Brasil, o aumento das taxas de cesariana é identificado entre as décadas de 1970 e 1980, quando passa de 14,6% para 31%. A tentativa de alterar a tendência de crescimento estabelecida por meio da equalização do pagamento para parto vaginal e cesarianas na assistência financiada com recursos públicos mostra que já no período o aumento dos nascimentos por via cirúrgica foi percebido como um problema pelo poder público (Faúndes; Cecatti, 1991; Vieira et al., 2015). Ao longo

dos anos outras medidas voltadas tanto ao setor público quanto ao privado foram sendo implementadas, mas a incidências de cesarianas continuou a subir. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que entrou em vigor em 2004 já relatava o uso abusivo das cesarianas (Ministério da Saúde, 2004).

Posteriormente, entre outras medidas, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria Nº 306, de 28 de março de 2016, aprovando diretrizes para a operação cesariana. Segundo o documento são indicações absolutas de cesariana: placenta prévia centro-parcial ou centro-total, acretismo placentário, mulheres com infecção ativa pelo vírus do herpes simples (HSV) e mulheres com infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹. Em caso de parto pélvico é recomendado versão cefálica externa (VCE) a partir da 36ª semana de gestação e, se esta for contraindicada ou então malsucedida, é recomendada cesariana². Para a gestação gemelar o parto vaginal é recomendado caso o primeiro feto esteja cefálico, caso contrário deve-se realizar a cirurgia. Nascimento pré-termo, feto pequeno para a idade gestacional ou obesidade materna de forma isolada não são indicações para cesariana. Além disso, para cirurgias eletivas, é recomendado que a gestante assine termo de consentimento informado (Ministério da Saúde, 2016).

No entanto, rompendo o que parecia ser um consenso na formulação de políticas para assistência obstétrica, é identificada uma movimentação legislativa com foco em garantir o direito a cesariana no setor público. Em abril de 2019, no Estado de São Paulo, a então Deputada Estadual Janaína Paschoal, do Partido Social Liberal (PSL), propôs o Projeto de Lei nº 435, com o objetivo de garantir “à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal”. O projeto foi aprovado, dando origem à Lei nº 17.137, de 23 de agosto 2019. No âmbito federal, Carla Zambelli (PSL/SP), Alê Silva (PSL/MG) e Felipe Barros (PSL/PR) propuseram na Câmara dos deputados o PL 3635/2019, com o mesmo objetivo. E, ao longo do mandato de 2019-2022, projetos semelhantes foram propostos na Assembleia Legislativa de 17 unidades federativas, tendo sido 7 delas aprovadas. Assim passou

¹ No protocolo do Ministério da Saúde conta a indicação, enquanto no CONITEC somente em caso de carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação (Ministério da Saúde, 2015).

² Gestante pode optar por parto vaginal, mas neste caso é recomendada realização com equipe experiente e assinatura de termo de informação sobre risco aumentado de morbimortalidade (Ministério da Saúde, 2015, 2016).

a ser possível para gestantes do Paraná³, Pará, Rondônia, Alagoas, Mato Grosso do Sul, Piauí e São Paulo – como já mencionado – optarem por uma cesariana nos serviços públicos de saúde. Isso tudo acontecia ao mesmo tempo em que mudanças amplas e variadas no contexto das políticas de saúde sexual e reprodutiva implementadas no governo de Jair Bolsonaro (2018-2022). Essas mudanças vão desde o veto ao uso da expressão *violência obstétrica* à substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI) (Brasil, 2019, 2022).

Contudo, observando a partir da perspectiva institucionalista escolhida para análise, a hipótese de uma ruptura abrupta é pouco plausível, uma vez que a mudança social é composta por um processo de adaptação e ajustamento às relações internas e externa. Veblen (1984) diz que “essas instituições assim herdadas, esses hábitos mentais, pontos de vista, atitudes e aptidões mentais (...) são, portanto, um elemento conservador; e esse é um fator de inércia social (...)”, de conservantismo” (p.88). Sendo o presente definido pelo passado e as instituições com tendências conservadoras, é possível conjecturar sobre a existência de hábitos de pensamento anteriores sobre a cesariana que convergiam com as propostas de opção pela cesariana no SUS – em detrimento dos esforços para a redução das taxas de cesariana no país –, o que permitiu a aceitação e o apoio de indivíduos em diferentes espaços sociais. Além disso, considerando que o próprio crescimento da taxa de cesariana ocorreu em um período relativamente curto quando comparado à história do país – começa a crescer em meados da década de 1970 e em quatro décadas torna-se a forma predominante de nascer –, levanta-se o questionamento sobre outros fatores e acontecimentos históricos que possam ter influenciado nesta dinâmica.

Neste contexto, as perguntas que guiam a dissertação são: o que explica, em um cenário de aparente consenso sobre a necessidade de redução das taxas de cesariana, o surgimento dos projetos legislativos buscando permitir o acesso a cesarianas sem indicação clínica no Sistema Único de Saúde a partir de 2019? E em qual medida o fenômeno do aumento das taxas de cesarianas no Brasil e as respostas coletivas dadas a ele podem ser explicados a partir da sua evolução institucional?

³ No dia 17 de junho de 2024, no contexto da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 0025602-06.2022.8.16.0000, o Órgão Especial do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) declarou a inconstitucionalidade da lei por violação da competência legislativa estadual e desrespeito ao direito à saúde e do dever de proteção à infância e à juventude.

O objetivo desta dissertação é então discutir, à luz da Economia Institucional Original, a evolução das cesarianas no Brasil e as políticas relacionadas, incluindo os projetos de lei que buscaram garantir o direito à opção pela cesariana no setor público, buscando compreender sua relação com o contexto histórico e institucional da obstetrícia, do sistema de saúde e do Estado brasileiro.

Já os objetivos específicos são:

a) Apresentar o contexto histórico e institucional das propostas legislativas para cesariana no SUS, a partir do caso de São Paulo.

b) Discutir o parto e o nascimento a partir da Economia Institucional Original, apresentando uma leitura da cesariana no Brasil partir das discussões institucionalistas sobre tecnologia.

c) Descrever como se deu a evolução da organização do sistema obstétrico brasileiro e sua influência no fenômeno das cesarianas no Brasil.

d) Articular as dinâmicas de gênero, raça e classe com os as relações estabelecidas entre os atores envolvidos, profissionais de saúde, formuladores de políticas, gestantes, parturientes e suas famílias e a comunidade.

e) Contextualizar as políticas brasileiras de atenção ao parto e nascimento nas discussões sobre o Estado brasileiro e sua posição no Sistema Internacional do período colonial ao presente.

Os objetivos propostos estão inseridos em um contexto já robusto de pesquisas sobre o tema. Como a revisão da literatura exposta adiante revelou, o aumento das taxas de cesariana no país, que se inicia na década de 1970, é registrada também academicamente desde o início da década de 1980. Já neste período, os fatores socioeconômicos são utilizados como variável explicativa para o fenômeno. Ser branca, com mais anos de escolaridade e ser atendida pelo setor privado aparecem como fatores de risco para a cirurgia, uma tendência que se mantém nas primeiras décadas no século XXI. Apesar dos estudos apontarem a organização do sistema obstétrico como possível explicação, a literatura pode se beneficiar da interpretação evolucionária trazida pela Economia Institucional realçando, a partir de seu método, o processo de construção do contexto que tornou possível a ascensão da cesariana como via preferencial para o nascimento no Brasil.

A possibilidade de articular dinâmicas aparentemente individuais – com o conceito de hábito – com questões estruturais, ou seja, institucionais, se mostra uma ferramenta valiosa para compreender a integração entre a formulação de políticas, na

vida pública, e o primeiro evento da vida dita privada. Assim, permitirá compreender o contexto das decisões governamentais, sua recepção e a conformação (ou não) aos novos padrões, seja no período entre 2019-2022 ou outro. Recorrendo ao método evolucionário da Economia Institucional Original, analisando o processo histórico de construção da assistência ao parto e nascimento no Brasil desde o período colonial, o argumento que se apresenta é que o crescimento das taxas de cesariana no país se deu a partir de um emaranhado institucional existente anteriormente à generalização do procedimento no país. Ele é resultado da relação entre o desenvolvimento tecnológico com as dinâmicas de relações de gênero, raça e classe, mediadas, influenciadas e, por vezes, determinadas pela onipresença estatal. Essa visão tem importantes implicações para a análise e formulação de políticas públicas, uma vez que aponta a trajetória adotada pelo Estado, não sua inação, como responsável pelo crescimento dos nascimentos por via cirúrgica no país. Coloca então a questão das cesarianas como um fenômeno multifatorial e multifacetado que, se entendido como um problema a ser solucionado, demandará um esforço concertado para além da pasta de saúde sexual e reprodutiva.

Portanto, ao evidenciar as relações entre reprodução e poder, a partir de uma perspectiva evolucionária sobre o tema, este trabalho busca, além de contribuir para o debate acadêmico existente sobre aspectos sociais do parto e do nascimento, dialogar com *policymakers*, profissionais de saúde, ativistas da área e, principalmente, com as pessoas direta ou indiretamente afetadas pelas políticas: gestantes e sua rede de apoio.

O trabalho está então organizado em sete capítulos, incluindo essa introdução. No **capítulo 2**, é explicado o enquadramento teórico utilizado, a Economia Institucional Original. É apresentado um breve histórico da teoria, seus principais conceitos e a justificativa para sua utilização em conjunto com elementos da história da assistência ao parto e ao nascimento. O **capítulo 3** centra-se na metodologia do trabalho, que parte da perspectiva evolucionária da Economia Institucional, pautada originalmente por Thorstein Veblen, e descreve também as especificidades metodológicas adotadas nos capítulos seguintes. A revisão da literatura é desenvolvida em seguida, no **capítulo 4**. O **capítulo 5** conta a evolução das cesarianas e das políticas de atenção ao parto e nascimento no Brasil, e está organizado em 8 seções, apresentadas em ordem cronológica. No **capítulo 6** é

realizada a análise institucional, por fim, no **capítulo 7** constam as considerações finais, abordando também os limites do estudo realizado.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em seu livro *Childbirth Without Fear*, o obstetra inglês Grantly Dick-Read relata uma cena presenciada por ele no início do século XX. Ele assistiu (a) um parto domiciliar em um ambiente precário, com chuva entrando pela janela quebrada e iluminada somente por uma vela, e, ao contrário de outras parturientes que havia acompanhado, esta recusou o uso de clorofórmio. O parto progrediu com tranquilidade e o médico, intrigado, pergunta sobre o motivo da recusa da droga. Para a sua surpresa, escuta: “Não doeu. Não era para doer, ou era, Doutor?” (Dick-Read, 2013 [1942]).

O relato de Dick-Read é interessante para pensar que um acontecimento do foro pessoal é atravessado por questões sociais capazes de produzir alterações em processos fisiológicos. O que foi observado pelo médico no século passado, vem sendo estudado por diversas áreas do conhecimento com comprovações empíricas de que o medo do parto pode aumentar a percepção da dor e que esta percepção é mediada também pela cultura da parturiente (Junge et al., 2018).

Já existe nas ciências sociais, humanas e da saúde uma tradição de interpretar os fenômenos da saúde a partir de uma perspectiva biopsicossocial e, mais recentemente, a partir das questões de gênero. Aspectos da reprodução humana também são contemplados por este olhar, e o parto, quando observado para além da visão biomédica, é considerado “(...) um evento social e, como tal, submetido a rituais, códigos e tradições, caracterizando-se, portanto, como um acontecimento histórico” (Martins, 2004, p. 65).

A interpretação do parto como um evento social e não somente biológico, que reflete características do tempo e do espaço em que está inserido, permite se aproximar deste complexo fenômeno. Brigitte Jordan (1980) conta que em quase todas as culturas o parto é considerado um evento crítico. Justamente para lidar com medo e incerteza acaba sendo desenvolvido, a partir de um contexto cultural específico, um conjunto de crenças e práticas coerentes entre si, como forma de dar sentido ao momento. É, portanto, um evento propício à regulação social, “dependendo o padrão específico da história local, da ecologia, da estrutura social, do desenvolvimento tecnológico e assim por diante” (p.2).

Comparando as experiências da província do Iucatã no México, da Holanda, da Suíça e dos Estados Unidos, a autora comenta que além dos aspectos fisiológicos

em comum inerentes à espécie humana, há a crença em todas as culturas da superioridade das técnicas adotadas por si, independentemente do nível de desenvolvimento tecnológico disponível localmente. Apesar de apresentar variedade entre diferentes culturas, internamente tende à homogeneidade: por tratar de uma crença compartilhada, realizada por costume e reforçada pela prática, os sistemas de parto tendem a ser bastante conservadores, ou seja, estáveis no tempo e pouco suscetíveis à mudança (Jordan, 1980). E essa visão sobre rituais, códigos, tradições, visões de mundo a respeito de determinados eventos que variam de acordo com o contexto remetem então aos elementos de análise do institucionalismo.

2.1 A ECONOMIA INSTITUCIONAL ORIGINAL

A Economia Institucional Original, Institucionalismo Original, Velha Economia Institucional ou Institucionalismo Americano, é uma corrente do pensamento econômico fundada a partir das ideias de Thorstein R. Veblen, John R. Commons e Wesley Mitchell. Observando as mudanças que aconteciam nos Estados Unidos no final do século XIX e atentos às transformações e contribuições de outras ciências, principalmente da biologia e da antropologia, desenvolveram uma abordagem que levasse em consideração os conceitos de cultura e evolução. A ideia de cultura desafia a explicação naturalista para fenômenos sociais, como parentesco e família, que podem variar no tempo e no espaço, sem ter, necessariamente, um ponto final (Mayhew, 2018).

Inspirados nos escritos de Darwin, o princípio da evolução veio dizer que as mudanças nas instituições acontecem de forma cumulativa, não abruptamente, sem um objetivo final, de acordo com as condições presentes ou construídas. Neste processo, alguns hábitos são mantidos e outros são descartados. Neste contexto, surge a ideia de causação cumulativa que permeia a teoria institucionalista, relacionando-se com a não-teleologia, uma vez que a partir das interações, novas propriedades podem emergir. Sobre essa mudança cumulativa, Veblen (2018) diz que “as circunstâncias são os produtos das teorias hereditárias e de suas experiências passadas, cumulativamente moldadas sob um corpo de tradições, convenções e circunstâncias materiais; elas propiciam o ponto de partida para o próximo passo no processo” (p. 46). Sendo assim, uma análise institucionalista não busca uma teoria de

tudo, mas, a partir de uma abordagem evolucionária, enfatiza como “grupos específicos de hábitos em comum estão incorporados e são reforçados por instituições sociais específicas” (Hodgson, 2018a, p. 253). Neste contexto, tanto os agentes são moldados pelas instituições, quanto as instituições são paulatinamente moldadas pela ação dos indivíduos, em um processo contínuo (Hodgson, 2001).

Interessante notar, retomando a analogia da evolução, que o parto já foi referido como “a cicatriz da evolução humana”⁴, já que existem hipóteses de que a passagem do quadrupedalismo para o bipedismo teria causado alterações na anatomia da região pélvica, tornando-a mais estreita para otimização da caminhada. Isso teria dificultado a parturição, tornando-a mais longa e complexa, já que a proporção cefalopélvica teria sido alterada. A possibilidade de intercorrências é uma das explicações dadas para, ao contrário de outros primatas, a nossa espécie ter praticamente abandonado o parto desassistido. O nascimento torna-se um evento social, que conta primeiramente com a ajuda de mulheres da comunidade e, posteriormente, de profissionais médicos (Davis-Floyd; Cheyney, 2009; Trevathan, 2011).

A forma como se presta a assistência em saúde, e aqui especificamente a obstétrica, está então relacionada com as características culturais mencionadas por Jordan (1980). A concepção de provisão de cuidados de saúde, por meio de serviços públicos, por exemplo, não são um dado da natureza nem uma constante na história. A própria percepção que se deve recorrer a um estabelecimento de saúde para ter um filho não aconteceu rapidamente e precisou de estímulos e de alguma coerção (Gélis, 1976). Jacques Gélis (1984), por exemplo, descreve em sua obra as mentalidades e as práticas relacionadas ao parto e nascimento no dito Ocidente – na prática, França, Prússia e Inglaterra – entre os séculos XVI e XIX. No período pré-industrial, quando a mulher dava sinais de entrar em trabalho de parto a tempo de se preparar – não eram raros os casos em que isso acontecia enquanto trabalhavam no campo, aparando elas mesmas a criança – eram atendidas em casa por mulheres da família ou da vizinhança. Quando a tradição ditava que o sangue do parto era amaldiçoado, o evento acontecia fora de casa, frequentemente nos estábulos – onde muitas vezes, por conta da falta de privacidade nos domicílios da época, havia acontecido a

⁴ Para um resumo do debate sobre a existência ou não do chamado dilema obstétrico, ver Rosemberg e Trevathan (2021) e Dunsworth (2021).

concepção. Pode-se dizer, portanto, que estes eram hábitos relacionados ao parto e nascimento nestas culturas neste determinado período.

Por meio da habituação, o processo de aquisição de hábitos, existe a possibilidade da padronização do comportamento e do surgimento de regras, que se dá na esfera cognitiva a partir do aprendizado vicário – ou seja, a partir de outras pessoas –, observando justamente o comportamento de modelo (Almeida, 2011). As regras que surgem nesse processo, por sua vez, dão estabilidade, previsibilidade e permitem que as comunidades se reproduzam, reproduzindo também as próprias regras. No caso do parto atendido por parteiras leigas que aprendiam seu ofício na prática ou a partir dos ensinamentos de mulheres mais experientes, é possível entender o mecanismo de aquisição e conservação dos sistemas de partos – ou dos hábitos – ao qual Jordan (1980) se referia. Sua resiliência é vista, por exemplo, nos registros encontrados de partos em estábulos na França do início do século XX, mesmo com o processo de medicalização já em curso (Gélis, 1984). Isso mostra, como menciona Hodgson (1997), que os hábitos são uma força estabilizadora e de conservação.

Conjuntos de regras vão então dar origem às instituições, definidas por Hodgson (2018b) como “sistemas de regras sociais estabelecidas e prevaletentes que estruturam as interações sociais” (p. 122). Ou seja, hábitos são a base das instituições. Apesar de não haver uma definição consensual, Neale (2018) afirma que a maior parte dos institucionalistas concordaria com a ideia de que o “a maior parte daquilo que as pessoas fazem é governada pelas instituições de sua sociedade” (p.85). John R. Commons, por sua vez, define instituições como “ação coletiva em controle, liberação e expansão da ação individual” (p.67). Thorstein Veblen (1984), por outro lado, ofereceu diversas definições, uma delas sendo de

“hábitos mentais prevaletentes no tocante a relações particulares e funções particulares dos indivíduos e da comunidade; e o esquema da vida, feito de um agregado de instituições em vigor em determinada época ou em determinado ponto do desenvolvimento de qualquer sociedade, pode, do lado psicológico, ser largamente caracterizado como uma atitude espiritual prevaletente ou uma teoria prevaletente da vida” (p.88).

A abordagem institucionalista considera ainda que “hábitos tanto reforçam como são reforçados pelas instituições” (Hodgson, 2018a, p. 257), ou seja, se retroalimenta, podendo o indivíduo alterar as instituições e podendo as instituições

alterarem os indivíduos e que o “(...) percurso da causalidade se revela em uma sequência contínua de mudança cumulativa” (Veblen apud Mayhew, 2018, p. 194). Podemos ver a concepção evolucionária, porém não-teleológica – ou seja, sem um ponto final pré-definido –, do entendimento institucionalista. Veblen diz que “as instituições são produtos de processos passados, adaptados a circunstâncias passadas, e por conseguinte nunca estão em pleno acordo com as exigências do presente” (p.88).

Apesar de não haver uma definição unificada para instituições é possível identificá-las a partir de três características: haver várias pessoas praticando, existirem regras que garantam a repetição das atividades, sua estabilidade e previsibilidade, além da existência de uma *folkview* – traduzida como senso comum ou visão nativa dos indivíduos (Neale, 2018). Enquanto as regras vão ser a resposta para “o que as pessoas fazem” ou “como as pessoas fazem”, as *folkviews* respondem o “porque as pessoas fazem”.

O pensamento institucionalista, assim como sua definição, não é homogêneo, tendo diferentes correntes e leituras que podem ser divididas primeiramente entre os comosianos – inspirados principalmente pelo trabalho de Commons – e os veblenianos – os quais partem de Veblen. Entre os últimos, estão Clarence Ayres e seus herdeiros intelectuais apelidados por *Cactus Branch*. Os *cactus branchers* acabam por desenvolver um institucionalismo ayresiano, mas a partir deles se forma também um grupo dissidente, que acaba por fundar o Institucionalismo Radical. Os institucionalistas radicais – considerados por si mesmos como primos do marxismo (Dugger, 1989c) – se baseiam em uma recuperação da crítica social de Veblen que, em conjunto com os escritos originais do autor, são importantes para compreender dinâmicas de gênero, raça e classe (Böck; Almeida, 2018; Dugger, 1988).

2.2 GÊNERO, RAÇA E CLASSE NO INSTITUCIONALISMO ORIGINAL

Não é possível analisar o parto e o nascimento sem levar em consideração questões relacionadas à classe, uma vez que a trajetória da assistência foi marcada por essa dinâmica. A progressiva entrada dos cirurgiões-parteiros, na cena do parto foi uma novidade incorporada primeiramente entre as elites que já dispunham de maior acesso aos cuidados médicos. No caso da França, por exemplo, a determinação do Rei Luís XIV que um homem atendesse ao nascimento de seus filhos

com a dama de companhia e sua amante Louise de La Vallière, Duquesa de La Vallière e de Vaujours, ajudou a disseminar a prática entre a nobreza. Posteriormente, com a progressiva urbanização, maior contato com as discussões das elites intelectuais que construíam uma nova forma de ver o mundo e, ao mesmo tempo, descobriam a infância – o que coloca a proteção do feto como um imperativo –, conjugada com a ação estatal, as mentalidades foram se alterando e superando o pudor da presença masculina em nome da segurança no nascimento (Ariès, 1975; Cesbron; Knibiehler, 2004; Gélis, 2009; Gélis, 1980; Laget, 1977).

O século XIX observou a consolidação da obstetrícia como área da medicina e mulheres de classes mais altas passaram a ter seus partos assistidos por médicos obstetras, até mesmo com recurso à anestesia (Camann, 2014). As condições, contudo, não eram excelentes. Além de riscos ainda atrelados à prática médica – a relação entre a lavagem das mãos e o atendimento ao parto como uma das causas da febre puerperal, infecção que ajudava a elevar as taxas de mortalidade materna, só foi estabelecida pelo médico húngaro Ignaz Semmelweis em 1844 – o próprio ideário sobre o que era ser uma mulher na época contribuiu para um debilitamento geral e, conseqüentemente, no momento do parto: vestuário e alimentação eram inadequados, assim como a baixa exposição ao sol e falta de atividade física (Adriaanse; Pel; Bleker, 2000; Davis-Floyd; Cheyney, 2009).

No caso das mulheres pobres, das operárias da Revolução Industrial dos países do centro capitalista, eram as condições precárias de vida que agravavam os eventos de gestação e parto. Os relatos da época indicam que elas tinham partos mais demorados e mais complicados quando comparadas com suas contemporâneas burguesas. Sobre isso, Engels (2008) conta que era comum as gestantes trabalharem até próximo ao trabalho de parto, com medo de perderem seu emprego e o salário. Por esse mesmo motivo, muitas retornavam ao trabalho em menos de 24 horas do nascimento e, segundo ele, não eram raras as vezes em que as crianças nasciam “na própria fábrica, entre as máquinas” (p. 198).

Ao tratar das questões de classe, Veblen, em sua clássica obra, *A Teoria da Classe Ociosa*, ele explica sobre a origem dessa classe caracterizada, justamente, por se eximir da atividade produtiva – as quais ele denomina como industriais – para dedicar-se às atividades honoríficas relacionadas, no geral, ao governo, à guerra, à religião e ao esporte (Veblen, 1984). O pleno desenvolvimento da classe ociosa surge “nos estágios avançados da cultura bárbara, como por exemplo na Europa e no Japão

feudais” (Veblen, 1984, p.5), mas em estágios anteriores ela já se apresenta de maneira menos diferenciada.

Segundo Veblen, num primeiro momento, ao qual ele se refere como selvageria primitiva, há uma menor diferenciação social, uma tendência ao pacifismo e a ausência de propriedade privada, pois “no curso da evolução cultural, o aparecimento de uma classe ociosa coincide com o início da propriedade” (Veblen, 1984, p. 15). A transição para a fase bárbara pressupõe um modo de vida predatório, com guerra e/ou caça de grandes animais – ou seja, com o uso recorrente da força –, e a existência de excedente produtivo que passa a permitir que uma parte da comunidade se exima da rotina de trabalho. Assim, divide-se a sociedade entre aqueles que exercem um trabalho digno ou indigno: “estabelecida a discriminação, as funções dignas são aquelas que intervêm um elemento de proeza ou façanha; as funções indignas são as diárias ou rotineiras em que nenhum elemento espetacular existe” (Veblen, 1984, p. 6).

O processo da competição por status – de se associar ou possuir aquilo considerado digno ou honroso – é o que se denomina por emulação, conceito-chave para a teoria vebleniana. A busca por “símbolos de status elevado para exibí-los aos outros, ao mesmo tempo que os nega a outras pessoas, é a essência da emulação” (Dugger, 1989a, p. 136) e é um dos mecanismos responsáveis pela manutenção da ordem social e da diminuição da fricção entre classes. Não somente bens materiais podem ser consumidos conspicuamente – ou seja, com objetivo de serem demonstrados – mas também hábitos, como lazer ou próprio ócio. Esses podem ser desfrutados não somente pelo homem, como foi o caso em alguns períodos no qual certos alimentos e bebidas eram interditos às mulheres, mas também vicariamente pela sua família ou empregados. A esposa passa a exercer um papel fundamental de troféu consumindo conspicuamente para demonstrar sua honorabilidade e, conseqüentemente, do marido. Neste cenário, como muito bem explorado por Veblen, o vestuário passa a ter uma função crucial (Dugger, 1989a; Gruchy, 1947; Veblen, 1984).

Para Dugger (1996), a classe se traduz em uma forma de desigualdade, ou seja, uma situação em que um grupo de pessoas com poder usufrui de privilégios às custas de um grupo com menos poder. Segundo ele, “esse processo envolve uma luta institucionalizada por poder, status e riqueza” (Dugger, 1996, p. 38). Além da classe, também gênero, raça e nacionalidade podem ser analisados nessa perspectiva,

exprimindo-se em práticas de exploração, dominação, discriminação e predação, respectivamente. Para a manutenção e justificativa dessas desigualdades, além dos princípios da emulação, utilizam-se os mitos capacitadores (*enabling myths*, originalmente) que reforçam, aos exploradores e aos explorados, seu local. Dugger (1989) afirma que os relacionados à classe são os mais desenvolvidos e complexos, mas eles são essenciais também para justificar o racismo, o jingoísmo e o sexismo.

O racismo e a dinâmica da nacionalidade e subsequente dominação do território e povos, vistos como inferiores, possui também especificidades locais. Discutindo a questão racial, Shulman (1996) aponta como ela varia de acordo com o contexto, explicitando as diferenças entre Brasil e Estados Unidos. No primeiro, fenótipos de ascendência europeia são suficientes para ser considerado branco, enquanto nos EUA ser branco significa não ter ascendência africana. O autor, contudo, erra ao minimizar o conflito racial existente no Brasil, reproduzindo o mito da democracia racial freyreano.

Muitos dos mitos capacitadores atrelados ao gênero, por sua vez, estão relacionados à reprodução. A capacidade reprodutiva de mulheres cisgênero foi, ao longo da história, utilizada para criar, manter e explicar seu papel em diferentes culturas (Dugger, 1996; Ortner, 1972). A mobilização do mito do amor materno, como nomeou Elisabeth Badinter (1985), utilizada pelo Estado moderno para uma exaltação da função materna nos Séculos XVIII e XIX, foi fortemente impulsionada por médicos da época que buscavam ampliar e aperfeiçoar a “ciência da mulher”, ou seja, a ginecologia e a obstetrícia. Ao final do século XIX e especialmente no início do século XX, com apoio das produções científicas, pressão de movimentos sociais e com o medo da escassez de mão-de-obra e de soldados para os exércitos europeus houve um incentivo para a criação de leis de proteção à gestante e a criação de serviços de assistência obstétrica. O “vazio demográfico” reforçava a maternidade como o papel patriótico da mulher, normalizando, mais uma vez, essa função reprodutiva e o ambiente doméstico como o seu (Cesbron; Knibiehler, 2004; Knibiehler; Fouquet, 1980; Martins, 2004).

Contudo, Veblen (1984) oferece uma interpretação sobre as diferenças entre os sexos que não advém somente da função biológica. De acordo com o conhecimento antropológico disponível ao final do século XIX, ele discute sobre a estatuto da mulher na sociedade. A partir dos escritos de Lewis Henry Morgan em *A Sociedade Antiga*, um dos fundadores da antropologia que estudou sistemas de

parentesco entre iroqueses – e que também inspirou *Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado* (1884) de Friedrich Engels – ele desenvolve uma hipótese sobre as relações entre a propriedade de mulheres e a propriedade privada. Apesar de alguns dados poderem ser atualmente contestados à luz do desenvolvimento do conhecimento antropológico e dos métodos da disciplina, ele apontou o caminho para uma interpretação da subjugação feminina (Veblen, 1898a, 1899).

Para ele, a submissão das mulheres poderia ser explicada a partir de características predatórias de sociedades antigas – ditas primitivas – e a divisão do trabalho estabelecida nelas. O trabalho realizado pelos homens, de caça de grandes animais e da guerra, possuía um caráter honorífico, ou seja, tinha um status mais elevado quando comparado ao trabalho exercido pelas mulheres que podiam consistir, além da reprodução biológica e do cuidado, na caça de pequenos animais, plantio e preparo de alimentos. São principalmente essas atividades que, de acordo com Veblen, dão origem às atividades industriais. No entanto, o uso da força empregado nas atividades de caça de grandes animais e da guerra – e as ferramentas desenvolvidas nesse contexto – permitiu que os homens exercessem a dominação física e, posteriormente, simbólica contra as mulheres (Miller, 1972; Veblen, 1899). Essa é uma interpretação próxima de feministas marxistas como Maria Mies (2022) que aponta a ideia do homem caçador e da mulher coletora como um mito. Para ela, foi no desenvolvimento de ferramentas para atividades predatórias da guerra e da caça – como colocados por Veblen – que os homens desenvolveram habilidades que os colocavam na posição de dominar outros grupos e as mulheres.

No estudo sobre as origens da propriedade privada, Veblen conclui que ela estava relacionada à posse de pessoas, principalmente mulheres. No modo de vida predatório de algumas sociedades, as mulheres que eram sequestradas podiam ser apropriadas por uma única pessoa – ao contrário de bens pilhados que tendiam a ser partilhados. O trabalho produtivo e reprodutivo dessas mulheres era explorado, assim como das suas crianças (Hall; Luz, 2020; Veblen, 1898a). Segundo ele,

“a propriedade começa aparentemente como a apropriação de mulheres cativas. Tal apropriação violenta tem sua razão inicial aparentemente na sua utilidade como troféus. O costume de tomar violentamente as mulheres do inimigo como troféus resultou numa forma de casamento-propriedade, com a formação de uma estrutura familiar sob chefia de um homem. Estendeu-se depois a escravidão a outros cativos e dependentes, além de mulheres, desenvolvendo afinal o casamento-propriedade a outras mulheres além das tomadas ao inimigo (...). O conceito de propriedade se estende da propriedade de mulheres para incluir a propriedade dos produtos de sua indústria, resultando daí a propriedade das coisas além da propriedade de pessoas” (Veblen, 1984, p. 15–16).

A hipótese colocada por Veblen é interessante quando confrontada com a perspectiva estruturalista de Claude Lévi-Strauss (2012) que, a partir do estudo da dádiva de Marcel Mauss, demonstra como por meio da troca de presentes se estabelece uma relação de reciprocidade entre pessoas e grupos, sendo a mulher o presente mais valioso. Isso é exemplificado pela interdição do incesto que, em conjunto com a exogamia, incentiva que trocas sejam realizadas, uma vez que um homem só pode ter uma mulher dada por outro e esse outro só dará sua filha ou irmã na expectativa de que outros agirão da mesma forma. Assim, estabelecem-se alianças e fundam-se relações de parentesco que estruturam a vida social. David Graeber (2022) explica que os dotes (ou o preço da noiva), prática comum em diferentes culturas, não são um pagamento, mas o reconhecimento de uma dívida que não pode ser saldada com bens ou com dinheiro: só pode ser reconhecida e mantida a esperança de que um dia será quitada com o fornecimento de outra mulher, já que somente uma vida equivale a outra. E, “no caso do casamento, estamos falando de uma vida humana que também tem capacidade de gerar novas vidas” (p.166).

Gayle Rubin (2017) aprofunda as conclusões retiradas por Lévi-Strauss das dinâmicas de parentesco. Mesmo que nem sempre as mulheres se tornassem propriedade do homem no sentido literal da palavra, uma vez que nem todas eram tomadas como servas ou escravas, eles passam a deter direitos sobre elas exclusivamente em função do seu sexo. Esse direito poderia envolver o uso da violência quando elas se recusavam a trabalhar ou então a ter relações sexuais (Graeber, 2022). A troca de mulheres portanto, sela uma relação entre homens – um traço arcaico que pode ser observado ainda hoje no pai que entrega a mão da filha ao noivo no altar – e estabelece uma relação assimétrica entre aqueles que realizam as trocas e aquelas que são trocadas. Sobre isso, Rubin (2017) diz:

“os sistemas de parentesco trocam acesso à sexualidade, status genealógicos, nomes de linhagens e de ancestrais, direitos e pessoas – homens, mulheres e crianças – em sistemas concretos de relações sociais. Essas relações sempre incluem certos direitos para os homens, e outros para as mulheres. “Troca de mulheres” é um termo resumido para expressar que as relações sociais de um sistema de parentesco especificam certos direitos dos homens sobre suas parentes mulheres, e que as mulheres não possuem os mesmos direitos, nem sobre elas próprias, nem sobre seus parentes homens” (p. 24).

Essa é uma constatação relevante porque as relações de parentesco estão relacionadas às regras de acesso à sexualidade e o parto é um evento da sexualidade humana (Gianotten, 2023; Mayberry; Daniel, 2016) cujo possível resultado – uma gestação e um nascimento – interessa ao grupo. Como Graeber (2022) afirma, ainda sobre o dote, “o pagamento tem a ver com o estatuto dos filhos da mulher; se ele estiver a comprar alguma coisa, será o direito de chamar sua à descendência dela” (p. 164). No entanto, em períodos de intensificação da violência, frequentes no encontro com economias comerciais – ou economias de mercado –, a compra e venda de pessoas tornava-se possível. O que, na perspectiva vebleniana, corresponderia à passagem da sociedade primitiva para a sociedade bárbara.

Honra, segundo Graeber (2022), pode ser interpretada como “dignidade excedentária”, ou seja, a apropriação da dignidade alheia, como pode ser visto claramente na escravidão, relação possível de ser mantida somente com o uso da força. O antropólogo afirma que a escravidão teve um efeito generalizado nas sociedades de fazer com que as pessoas quisessem se afastar daqueles que podem ser vendidos e comprados – se protegendo, inclusive, da escravidão por dívidas ao entregar seus escravos, filhos e esposas. Neste contexto, no qual surge o patriarcado, poder proteger a honra de sua esposa e filhas passa a ser também um elemento de distinção social que acarreta, progressivamente, em aumento do controle sobre a vida das mulheres. Separam-se as mulheres honrosas – as virgens e as casadas – das não honrosas – prostitutas e escravas –, ou seja, as que podem ou não ser mercantilizadas. Contudo, o que antes era o reconhecimento de uma dívida que não poderia ser quitada, numa economia de mercado o “preço da noiva” passa a ganhar conotações literais. As responsabilidades mútuas deixam espaço para a obediência estrita que, em caso de endividamento – propiciada pela forma de organização social – poderia se transformar em direito, ou ao menos em realidade, a venda de filhas. A restrição das liberdades em nome da proteção e, por vezes, como forma de protesto

às mudanças da organização social em curso acabaram então por absorver novos valores ao mesmo tempo que eram absorvidas pela estrutura social (Graeber, 2022).

A passagem da sociedade primitiva para a sociedade bárbara é marcada então por mudanças significativas na estrutura social. Nas sociedades sem Estado eram as estruturas de parentesco que organizavam as relações sociais e mantinham a estabilidade por meio das trocas simbólicas (Sahlins, 2017). Contudo, o surgimento de uma força política organizada passa a ter poder de determinar quais relações de parentesco são legítimas, quem pode se casar com quem, quem pode ser comercializado. É preciso, portanto, considerar quem ou o que tem a capacidade e a legitimidade para fazer cumprir essas regras, recorrendo à força quando necessário. Afinal, se as relações de gênero, assim como de raça e classe, estão ligadas com a forma que o poder está distribuído na sociedade, é preciso considerar que “as origens do poder podem ser encontradas no Estado” (Dugger, 1989c, p. 8).

2.3 O ESTADO NO INSTITUCIONALISMO

Waller (2017) sugere, a partir da clássica discussão de Dugger (1980), que a solução para a questão de uma análise institucionalista do poder pode ser encontrada na própria Teoria da Classe Ociosa. Por isso, apesar de Veblen não se dedicar especificamente ao estudo do Estado, ele oferece elementos para o seu entendimento. Contudo, a análise desta instituição não é uma tarefa simples, especialmente devido a sua variabilidade. Justamente por isso, muitos teóricos recorreram à estratégia de analisar casos específicos, em detrimento de uma teoria geral do poder estatal - o que é, de certa forma, o caso do institucionalismo (Cypher, 1993; Jessop, 2015).

No entanto, discussões sobre características inerentes e transversais às diferentes formas históricas do Estado podem ser úteis para a compreensão de um caso específico – o do Estado no capitalismo, por exemplo. Uma das clássicas definições, do sociólogo alemão Max Weber, inspirada pela concepção de Rudolf von Ihering, caracteriza o Estado pelo bem-sucedido monopólio do uso legítimo da força por uma comunidade humana em um determinado território (Jessop, 2015). Ao descrever a Alemanha Imperial após o processo de unificação, Veblen dá uma definição para o Estado alemão que dialoga com a de Weber. Segundo ele,

“Não é nem a área territorial, nem a população, nem o corpo de cidadãos ou súditos, nem o conjunto da riqueza ou tráfico nem a administração pública, nem o governo, nem a coroa, nem o soberano; ainda assim, de alguma forma, tudo isso ou todos esses órgãos são o Estado. Em algum sentido potente, o Estado é uma entidade específica (*personal*, originalmente), com direitos e deveres superiores e anteriores àqueles que se sobrepõe (...)” (Veblen, 1915, p.156)

Tanto a definição de Veblen quanto de Weber são específicas à sua maneira: o primeiro se refere à Alemanha unificada e o segundo ao Estado moderno. Essa é uma consideração importante, uma vez que o Estado é uma entidade historicamente determinada: nem sempre existiu, nem sempre existiu da mesma maneira e a forma como se desenvolveu não era única possível, tendo sido resultado das condições as quais foi exposta ao longo do seu processo evolucionário (Cypher, 1993; Dugger, 1993; Graeber; Wengrow, 2022; Jessop, 2015).

Apesar de centrar-se na análise da era do artesanato para a era das máquinas⁵, período de surgimento do Estado moderno, é possível interpretar na obra de Veblen (1984) que a passagem da selvageria para o barbarismo descreve o surgimento das formas de Estado que se transformarão no modelo estatal conhecido hoje. Como dito anteriormente, para ele esta mudança tem como pré-requisito a existência de propriedade privada, de excedente produtivo e de hábitos de vida predatórios – entre os quais está a atividade de guerra. Na guerra havia a captura de escravos e, particularmente as mulheres escravizadas teriam dado início à noção de propriedade privada – que deve ser reconhecida e garantida.

Uma das utilidades para a mão-de-obra reunida nos confrontos seria empregá-las na produção de alimentos e obras públicas de irrigação, por exemplo. Como James C. Scott (2017) explica, retomando o trabalho de Marshall Sahlins (2017), a tendência a produzir além do necessário para a subsistência não parece ter acontecido sem que um Estado embrionário tenha forçado, recorrendo ao uso de trabalho escravo (Hudson; Steinkeller, 2015). Aqui, as mulheres aparecem novamente

⁵ Sobre a Era do Artesanato, Veblen (1918) diz que “o crescimento do artesanato teve muito a ver com tornar os grandes estados viáveis e com o fornecimento de meios materiais para guerras em larga escala” (p. 268). O período seguinte, a Era das Máquinas, ele afirma que “fala-se dela como a era do sistema fabril, da indústria em larga escala, como a era do capitalismo ou da livre concorrência, ou novamente como uma era da economia de crédito. Mas, como visto do ponto de vista da tecnologia, e mais especificamente daquele da mão de obra, pois ela fundamenta o sistema tecnológico, é melhor caracterizada como a era da indústria de máquinas, ou do processo de máquinas.” (Veblen, 1918, p. 299).

não somente na função de troféus ou como mão-de-obra indiferenciada, mas também pela sua capacidade reprodutiva:

“As mulheres escravas eram pelo menos tão importantes pelos seus trabalhos reprodutivos como pelo seu trabalho (produtivo). Dados os problemas da mortalidade infantil e materna no Estado inicial e a necessidade tanto da família patriarcal como do Estado para o trabalho agrário, as mulheres cativas constituíam um dividendo demográfico (...). As mulheres escravas em idade reprodutiva eram valorizadas em grande parte como criadoras devido à sua contribuição para a máquina de mão-de-obra do Estado embrionário” (Scott, 2017, p. 168–169).

Graeber e Wengrow (2022) apontam para indícios de que “a expansão de entidades políticas ambiciosas, e a concentração de poder em poucas mãos, foi acompanhada da marginalização das mulheres, quando não de sua subordinação violenta” (p. 561). A tarefa de reunir uma população e mantê-la sob seu domínio, retirando outras possibilidades de subsistência ao mesmo tempo combatendo fugas e migrações foi uma das primeiras missões dos Estados embrionários. Se tratando de questões populacionais, os aspectos quantitativos representavam vantagens econômicas e militares sobre outros grupos que estavam ligados com a sobrevivência – tanto do grupo e, principalmente, do próprio Estado (Scott, 2017).

Como Charles Tilly (1996), ao descrever a constituição dos Estados europeus – cujo modelo foi posteriormente imposto ao restante do mundo – as guerras aconteciam também porque “a coerção funciona; aqueles que aplicam força substancial sobre seus camaradas obtêm condescendência, e dessa condescendência tiram múltiplas vantagens, como dinheiro, bens, deferência, acesso a prazeres negados aos indivíduos menos poderosos” (p.129). Ou seja, utilizando uma terminologia institucionalista, por meio de hábitos predatórios é possível alcançar a honra e ganhos pecuniários que trazem distinção social. Então, se, por um lado, os Estados fazem guerra, por outro, as guerras também fazem Estados. Isso porque a criação e manutenção de forças armadas implicavam na criação de um aparato estatal que desse apoio às operações, como comando, logística e, claro, seu financiamento. A capacidade de coerção interna também aumentava – especialmente com o progressivo desarmamento da população civil – o que tornava mais fácil a imposição de obrigações com um governo central, incluindo o pagamento de impostos.

Se o Estado, suas funções e atividades se apresentarem, de fato num espectro, como afirma Dugger (1993), é preciso considerar que deter o monopólio do

uso legítimo da força e a possibilidade de cobrar impostos – e, portanto, definir a moeda e as políticas a ela relacionadas (Wray, 2003) –, diferencia esta instituição de outras. Ao relatar que algumas atividades estatais são exercidas, por exemplo, pelas grandes corporações, é preciso considerar que o próprio arranjo institucional no qual essas corporações estão inseridas, o mercado, foram previamente criados e regulados pelo Estado, como o próprio autor reconhece (Dugger, 1989b).

A fusão entre o mercado local – principalmente de perecíveis, existentes em conformidade com as regras estabelecidas pela comunidade – e comércio de longa distâncias – praticados não só com objetivos pecuniários, mas também por aventura e estabelecimento de relações – resultando no que hoje se conhece como mercado foi resultado de uma ação concertada do Estado. O surgimento de uma economia de mercado, ou seja, de uma sociedade de mercado na qual as relações sociais são incrustadas no sistema econômico (e não o contrário), não ocorreu espontaneamente. A subjugação a um poder central internamente, na qual estava inserida a unificação do mercado agora nacional, permitiria estruturar o país para que ele pudesse se afirmar e competir externamente (Polanyi, 2021). Essa lógica estabelecida no período mercantil, bem como seus aperfeiçoamentos, foi reconhecida como legítima ao fim da Guerra de Trinta Anos na chamada Paz de Vestfália de 1648. Foi fundada então, diplomática e juridicamente, a ordem internacional moderna que consagrou o princípio da soberania: o Estado é reconhecido como o ator legítimo entre os outros e perante a sua própria população (Morgenthau, 2003).

Com o passar do tempo, os Estados modernos aperfeiçoaram sua capacidade de intervenção junto à população, aumentando o escopo da sua atuação direta com implementação de políticas pró-natalistas ou com a criação de políticas sociais que acabam influenciando diretamente aspectos reprodutivos (Bashford, 2014; Bock; Thane, 1991; Knibiehler; Fouquet, 1980). Aspectos indiretos, contudo, também vão influenciar a sua capacidade de implementar tais políticas, como sua posição no sistema internacional. A atuação do Estado vai então influenciar no tipo de provisão de saúde, de direitos reprodutivos e, conseqüentemente, na forma como o parto é experienciado.

O processo de medicalização do parto nos Estados Unidos do século XX é um claro exemplo do imbricamento das relações externas e internas de um Estado. A expansão dos cuidados de saúde durante a Guerra Fria, desenvolvido em um contexto histórico de ameaça do socialismo real, permitiu a promoção de um modelo

tecnológico – implementando tecnologias desenvolvidas ou aperfeiçoadas em contextos de conflitos, como o caso de anestésias e antibióticos. Esse processo levou a ascensão do modelo tecnocrático de parto descrito por Robbie Davis-Floyd (2022). Nele, a relação entre parturiente e profissionais é hierarquizada e padronizada. As tecnologias duras são muito valorizadas e há uma hegemonia desta forma de medicina que não tolera alternativas, ao mesmo tempo em que está voltada ao lucro. Este modelo é característico da sociedade estadunidense e foi, segundo a antropóloga Brigitte Jordan (1990), globalizado, ao ponto que em muitos casos as diferenças entre países no acesso à tecnologia no momento do nascimento são mediadas principalmente pelas desigualdades sociais internas: tem acesso aqueles e aquelas que tem a possibilidade de pagar.

2.4 A TECNOLOGIA E A MUDANÇA INSTITUCIONAL

A questão da tecnologia tem um papel central nas discussões institucionalistas desde Thorstein Veblen que já a colocava como um importante elemento para a mudança institucional, em conjunto com o sistema de instintos⁶, frente às tendências conservadoras das instituições. Veblen se refere à tecnologia como a materialização das condições econômicas e dos métodos de produção, por isso frequentemente vem acompanhada ou substituída pelo termo “industrial”. Para ele, o surgimento de uma tecnologia pode criar uma lógica institucional divergente que, por meio de um processo de habituação, pode alterar a lógica pré-existente. Contudo, ele explica que o contexto no qual uma nova tecnologia é concebida e introduzida importa, ou seja, tanto a tecnologia afeta as instituições quanto é afetada por elas (Gruchy, 1947; Rutherford, 1984).

Veblen não possui, portanto, uma visão determinista sobre a possibilidade de mudança institucional relacionado ao desenvolvimento tecnológico. Ele reconhece, por exemplo, que a introdução ou aceitação de uma nova tecnologia pode estar relacionada aos interesses pecuniários do homem de negócios que se guiará não pela

⁶ São os principais componentes: o instinto de artesanato (*workmanship*) que é a busca por um aperfeiçoamento tecnológico e melhor desempenho nas tarefas; o instinto da inclinação parental (*parental bent*) relacionando à provisão de cuidados e bem-estar não só da prole, mas da sociedade como um todo; o instinto da aquisição (*acquisitive*) é o oposto do anterior, se referindo à tendência a cuidar do próprio bem-estar; e o instinto da curiosidade desinteressada (*idle curiosity*) que se traduz na busca por explicações e interpretações sobre o mundo (Gruchy, 1947; Rutherford, 1984).

eficiência tecnológica *per se*, mas por aquilo que for do seu interesse, sobrepondo o instinto de artesanato pelo instinto da aquisição (Rutherford, 1984). Deve ser considerada a noção de *vested interest*, ou “um direito negociável de obter algo em troca de nada” (Veblen, 1920, p. 100), conceito que aparece muito em Veblen justamente para discutir a dicotomia entre a indústria – a produção de bens – e os negócios – a “produção” de dinheiro ou lucro. Segundo Waller (2021), essa é a dicotomia que aparece principalmente em Veblen, ao contrário do que a expressão de “dicotomia vebleniana”, referindo-se à dicotomia cerimonial-instrumental, pode deixar transparecer.

Apresentada por Clarence Ayres, a dicotomia entre aspectos cerimoniais e instrumentais é uma interpretação particular deste institucionalista, muito influenciado pelo conceito de instrumentalidade de John Dewey e que utiliza esta oposição como uma metodologia (Hodgson, 2004; Waller, 2021). Segundo a perspectiva ayresiana, a tecnologia pode ser interpretada de forma mais ampla “como um processo tecnológico que envolve a utilização de ferramentas e um método científico de raciocínio para resolver problemas, que são eles próprios um produto da tecnologia e do raciocínio científico anteriormente existentes” (Mayhew, 2010, p. 216). Neste contexto, o cerimonialismo é associado às instituições, ao apego aos hábitos já existentes, ou seja, à resistência à mudança (Hodgson, 2004; Waller, 1982).

Ayres ao longo da sua carreira desenvolveu e alterou sua teoria, assim como fizeram posteriormente seus alunos, como Marc Tool, J. Fagg Foster e Paul Dale Bush. Este último, apresentou uma teoria sobre a mudança institucional. Para Bush (1987), a estrutura institucional de qualquer sociedade é composta por dois sistemas de valores: o cerimonial e o instrumental. O primeiro faz referência aos julgamentos sociais e o que é considerado adequado ou não em um determinado contexto, sem necessariamente ser submetido a uma análise crítica. São aceitos com base na autoridade ou no comportamento pré-existente. Podem até ter justificativas plausíveis, mas não são contestadas ou refutadas. Já os valores instrumentais são aqueles que, em um determinado contexto, são capazes de avaliar as ferramentas e habilidades empregadas na resolução de problemas. As ações, contudo, podem conter traços de ambos os sistemas. O autor cita, a partir de Veblen e Ayres, sobre os aspectos cerimoniais e instrumentais do banho de banheira: há tanto um traço cerimonial (e de distinção social) no processo, quanto um valor instrumental da higiene.

Seguindo a tradição ayresiana de compreensão da tecnologia em um amplo sentido de toda a produção humana, incluindo as artes e a ciência, Bush (1987) constrói um modelo para explicar a mudança institucional, na qual, segundo ele, ocorre uma “alteração na estrutura de valor das instituições” (p. 1099). As mudanças podem ser tanto progressivas quanto regressivas, a depender se adicionam comportamentos instrumentais ou cerimoniais ao sistema institucional. A incorporação de novos conhecimentos na sociedade acontece por meio do encapsulamento cerimonial, no qual as novidades são associadas aos valores cerimoniais já existentes. Podem ser tanto do tipo Lysenko, “past-binding” ou “future-binding”: no primeiro, conhecimentos instrumentais já estabelecidos são substituídos por supostos conhecimentos de interesse e justificativa cerimonial. Já no segundo tipo, há perda de eficiência instrumental, mas novos conhecimentos são de fato incorporados nos valores e práticas cerimoniais da comunidade, assim como acontece no encapsulamento cerimonial do tipo “future-binding”. Neste há

“o desenvolvimento ativo de inovações tecnológicas com o propósito de fortalecer e ampliar o controle dos interesses instalados sobre a vida da comunidade. Neste caso, a introdução de inovações tecnológicas nos processos de vida da comunidade é cuidadosamente coordenada com a formulação de uma mitologia apropriada e práticas cerimoniais relacionadas que racionalizam e reforçam a legitimidade do controle sobre a tecnologia pelos interesses adquiridos que a capturaram”. (Bush, 1987, p. 1095).

Este enquadramento é importante para a compreensão da ideia de evolução e processo cumulativo centrais para o institucionalismo. Jacob Powell (2023), contudo, problematiza o uso dicotômico entre aspecto instrumentais e cerimoniais. Já no título do seu artigo, ele sugere que há um caráter instrumental dos hábitos de pensamento cerimoniais. Ancorado em Lévi-Strauss, ele apresenta a importância de crenças para amparar a arbitrariedade da vida, mitigando a ansiedade e permitindo a ação e a segurança necessárias para a manutenção da existência. As crenças exercem então uma forma de legitimar e dar continuidade. Também a partir das discussões de Anne Mayhew sobre a cultura, ele chama atenção para os perigos tanto de considerar toda forma de tecnologia como progresso, quanto de considerar todas as tradições culturais como uma forma de atraso, correndo o risco de incorrer em um etnocentrismo. Se tratando das questões de gênero, Graeber também adota um tom cauteloso, afirmando que

“(p)ara aqueles que gostam de ver o avanço da ciência e da tecnologia, a acumulação de conhecimento e de crescimento econômico – “o progresso humano”, como gostamos de chamar – como conduzindo necessariamente a maior liberdade humana, sempre foi uma espécie de escândalo que, para as mulheres, pareça acontecer exatamente o oposto” (Graeber, 2022, p. 221)

O uso da tecnologia para controle reprodutivo de mulheres e pessoas capazes de gestar ganhou novos contornos a partir do século XX, quando o crescimento populacional de países foi percebido como uma ameaça aos interesses dos Estados centrais, em particular da potência em ascensão: os Estados Unidos da América. A promoção do planejamento familiar, da maternidade segura e dos direitos sexuais e reprodutivos foi possível pelo desenvolvimento de tecnologias, como a pílula contraceptiva e o dispositivo intrauterino (DIU) e o aspirador manual intrauterino (AMIU), que foram, contudo, utilizados também de forma coercitiva (Bashford, 2014; Briggs, 2003; Connelly, 2009; Takeshita, 2011). Essas políticas acabaram por atravessar também a assistência ao parto que, como visto anteriormente, já havia sido marcada por transformações a partir do uso de novas técnicas e ferramentas (Martins, 2004).

Na antropologia, a questão do parto e tecnologia tem sido frequentemente trabalhadas, incluindo por autoras e autores com interpretações associadas à noção de conhecimento oficial (originalmente *authoritative knowledge*) e as repercussões da desvalorização de outras formas de saberes (Jordan, 1997). Neste contexto, Irwin e Jordan (1987) analisam o caso de mulheres que foram ordenadas judicialmente a se submeterem a uma cesariana, exemplificando o conceito de tecnocrático utilizado por Davis-Floyd (2022): o uso da ideologia da tecnologia como uma fonte de poder. E esses são certamente elementos importantes para compreender a ascensão da cesariana no Brasil.

2.5 A ANÁLISE INSTITUCIONAL DO PARTO E DO NASCIMENTO NO BRASIL

O conteúdo exposto até aqui referente às interpretações institucionalistas sobre classe, gênero, raça, Estado e a tecnologia servirão de base para a análise da evolução da cesariana no Brasil. Apesar de adotar uma perspectiva próxima ao Institucionalismo Radical, a ideia de tecnologia trabalhada abarca não somente métodos de produção, mas o conhecimento humano sistematizado possível de ser utilizado. Ainda sobre linguagem, apesar do uso do termo mulher ser frequentemente

empregado em associação aos processos reprodutivos da gestação e do parto, reconhece-se que não apenas mulheres podem ser gestantes e, dessa vez em relação ao uso de expressões como saúde materna, que nem todas as pessoas que gestam se tornarão mães.

Muito do desenvolvimento teórico é pensado a partir da realidade estadunidense, local de surgimento da teoria e local onde durante muito tempo se concentrou a maior parte de pesquisadoras e pesquisadores da corrente. No entanto, a ênfase dada à especificidade do contexto permite utilizar dos instrumentos ofertados pelo institucionalismo – bem como seu compromisso com pensamento crítico – para interpretar a realidade do nascer no Brasil no século XXI. A ênfase no conceito de processo, por exemplo, explica o porquê da análise a partir do século XVI.

O princípio da especificidade da análise é mantido, olhando para o fenômeno da cesariana para o caso particular do Brasil, buscando ser fiel a este ideal, autoras e autores que pensaram o Brasil a partir do Brasil dão suporte à análise, mesmo que provenientes de outras visões teóricas. A produção brasileira sobre o fenômeno do parto e da cesariana foi considerado de forma extensa, como será possível ver ao longo da revisão da literatura e do texto. E, novamente fazendo jus aos princípios do institucionalismo, a interdisciplinaridade se faz onipresente.

Se, como Hodgson (2018b) afirmou, “(...) qualquer indivíduo nasce em um mundo institucional preexistente, que confronta ele ou ela como suas regras e normas” (p. 133) a compreensão das regras e normas que cercam o parto e o nascimento que, apesar de se tratar de fenômenos vulgares, não deixam de ser extraordinários. Afinal, como Gélis (1984) explica, “na maneira que recebe um recém-nascido, uma sociedade revela todo seu caráter” (p.9). E, para o estudo da sociedade, o institucionalismo e sua metodologia se mostram prontos para prestar uma assistência adequada.

3 METODOLOGIA

No artigo *“Por que a economia não é uma ciência evolucionária?”* Veblen (1898b) discute o desenvolvimento da teoria econômica e as ideias dos economistas clássicos em relação, questionando a busca por “leis naturais”. Segundo ele, esta lógica, muito similar à de ciências como a física, deveria ser substituída por uma lógica evolucionista, de acordo com os desenvolvimentos da biologia na época. Veblen apontou que a antropologia cultural já estava neste caminho e que a Economia e outras ciências sociais deveriam também o seguir. Isso significaria a adoção de princípios de causação cumulativa e não de ação e reação ou causa e consequência. Há, portanto, uma ênfase no conceito de processo – guiado pela mudança das mentalidades e da tecnologia –, o qual, por sua vez, não possui um fim previsto e nem representa, necessariamente, uma melhoria.

A partir de Veblen (1898b), os e as institucionalistas propõem então um conceito de natureza humana mais complexo, ancorado na psicologia e na antropologia, que vai além do individualismo metodológico e do hedonismo. Uma vez que tanto o indivíduo como o seu contexto são resultado da acumulação das circunstâncias anteriores – sejam elas materiais ou mentais –, mesmo tratando-se de questões que perpassam os indivíduos, a análise institucional centra-se nas regras, pressupondo que os indivíduos possuem alguma motivação (Hodgson, 2018a). Neale (1987), na mesma linha, constata que não é necessário identificar as motivações, uma vez que “atividades são organizadas por regras, não por motivações” (p. 98), sendo essas regras identificadas específicas para a cultura em análise.

Walton Hamilton ([1919] 2018), lembrando Veblen e comentando a Escola Histórica Alemã, alega que o termo histórico pode fazer referência a uma mera narração dos fatos e apela para o uso da expressão “genético”, a qual, segundo ele, “sugere não um relato histórico, mas um método de análise. Ele vai ao passado somente tendo em vista sua finalidade, e até onde for necessário, para explicar o que algo é em termos de como veio a ser” (p. 61). É, segundo Hodgson (1998), um método que parte de conceitos gerais de hábitos e instituições e para analisar casos específicos.

Sendo assim, levando em consideração o exposto no enquadramento teórico, esta é uma pesquisa qualitativa, utilizando o método evolucionário da Economia Institucional, recorrendo às técnicas de revisão bibliográfica e análise documental.

Para responder aos objetivos estipulados, recorre-se ao processo de constituição do fazer e ajudar a nascer no Brasil entre 1500 e a atualidade, com atenção às diferentes culturas que passam a compor o território nacional. Não só a estruturação da assistência obstétrica formal é considerada – o que acontece relativamente tarde, a partir do século XIX –, mas as mudanças nos hábitos de pensamento e de ação de gestantes e de membros da comunidade na qual estão inseridas, de profissionais de saúde, de intelectuais e de formuladores de políticas em relação ao parto e nascimento. Juntamente como questões de gênero, raça e classe vão mediar as relações estabelecidas com o Estado e com o desenvolvimento das tecnologias que, por sua vez, contribuem para a mudança das mentalidades. Na observação deste processo, torna-se possível compreender como, parafraseando Hamilton, o predomínio da cesariana é no Brasil em termos de como veio a ser.

No **capítulo 4**, na revisão da literatura, foi realizada uma revisão narrativa, observando a evolução do tema, as causas identificadas e suas consequências, além dos principais atores e discursos identificados. Para a seleção dos documentos foi feita uma pesquisa no Portal de Periódicos da CAPES por artigos em português ou inglês, publicados em periódicos e revisado por pares, disponíveis online, sem limite temporal, com as expressões cesariana/cesárea/cesarean section/c-section (no título) e Brasil/Brazil (em qualquer campo). Dos 294 artigos encontrados, foram selecionados aqueles que no resumo fizessem referência a aspectos sociais, econômicos e culturais das cesarianas, excluindo aqueles centrados somente em aspectos biomédicos. Foram excluídos também artigos repetidos e/ou traduções, restando então 131 artigos para análise.

Os artigos selecionados na revisão da literatura foram o ponto de partida para a (re)construção do tema. Serviram também de indicação sobre os documentos a serem consultados – uma vez que existiram aqueles com contextualizações históricas – além dos próprios artigos, considerando que os primeiros datam da década de 1980, serem eles mesmos registros históricos que possibilitam a identificação de grupos e hábitos de pensamento. O Quadro 1 elenca os documentos consultados, de acordo com os períodos analisados, pelo nome.

No **capítulo 5** é então apresentada a evolução das cesarianas no Brasil, em conjunto com elementos da construção da atenção ao parto e nascimento no país. A narrativa se inicia com o processo de colonização do que viria a se tornar o território brasileiro e se encerra em 2022, observando questões relacionadas ao gênero, à raça,

à classe, à tecnologia e ao Estado, de acordo com as interpretações discutidas no enquadramento teórico. O **capítulo 6** interpreta os dados expostos anteriormente a partir da Economia Institucional Original e o **capítulo 7** apresenta as considerações finais.

QUADRO 1 - DOCUMENTOS CONSULTADOS POR PERÍODO

Período	Documentos consultados
1500-1929	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição de 1891 • Decreto nº 16.300 de 31/12/1923 • Relatório da Repartição dos Negócios do Império (RJ) - 1832 a 1888.
1930-1963	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição de 1934 • Constituição de 1937 • Constituição de 1946 • Decreto-Lei nº 2.024 de 17/02/1940 • Anuários Estatísticos do Brasil 1936-1963 • Fernando Magalhães - Resumo biográfico pela sua filha Lúcia Magalhães (1944) • Relatório apresentado pelo Inspector Técnico de Higiene e Medicina da Maternidade do Serviço de Puericultura do Distrito Federal (1937) • Estudos para discursos sobre siderurgia enaltecendo a experiência de Volta Redonda e incentivando o uso progressivo do carvão nacional no atendimento às necessidades industriais da Companhia Siderúrgica Nacional (1950) • Discurso proferido durante a sessão de instalação do I Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetria, realizado no Palácio Tiradentes, Rio de Janeiro (1950)
1964-1985	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição de 1967 • Anais da V Conferência Nacional de Saúde (1975) • Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária (v.1-10) • Anuários Estatísticos do Brasil 1964-1985 • Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 • Programa de Saúde Materno-Infantil (1975) • Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil (1993) • O Parecer nº 163/72 do Ministério da Educação e Cultura • Cesariana: Incidências; Fatores que a determinam e consequências maternas e perinatais – Relatório do simpósio realizado em Campinas, em 9 e 10 de novembro de 1982. • Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática (1984) • Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 1986
1986-2002	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição de 1988 • Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária (v. 11-15) • Portaria nº. 2.816 de 29/05/1998 • Portaria nº. 466 de 14/06/2000 • Parecer CFM Nº 3192/98 • Pacto para Redução das Cesarianas • Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 1996 • Programa de Humanização do Parto e Pré-Natal (2000) • Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária 2002

<p>2003-2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatório Nacional de Acompanhamento (2004) • Política Nacional de Saúde Integral da Mulher (2004) • Programa de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005) • Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatório Nacional de Acompanhamento (2010) • Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006 • Parecer CFM nº 39/12 • Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 • Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013 • Portaria Nº 306, de 28 de março de 2016 • Parecer CFM Nº 2.144/2016 • Projeto de Lei Nº 5.687-B, de 2016
<p>2016-2022</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ponte para o Futuro (2015) • Resolução CREMERJ nº 296, de 16 de julho de 2019 • Portaria GM/MS nº 2.561, de 23 de setembro de 2020 • Relatório da Audiência Pública sobre Interrupção Voluntária da Gravidez (2018) • Resolução CFM nº 293/2019 • Resolução CFM nº 2.232/2019 • Portaria GM/MS Nº 2.228, de 01/07/2022 • Lei nº 3.113 de 2 de junho de 2016 (Estado do Tocantins) • Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018 (Estado do Tocantins) • PL 137/2019 (Estado do Acre) • PL 14/2019 (Estado do Acre) • PL 146/2022 (Estado do Acre) • PL 156/2019 (Estado de Alagoas) • PL 157/2019 (Estado do Amapá) • PL 327/2019 (Estado do Amazonas) • PL 24200/2021 (Estado da Bahia) • PL 2384/2019 (Estado da Bahia) • PL 23484/2019 (Estado da Bahia) • PL 23112/2019 (Estado da Bahia) • PL 23359/2019 (Estado da Bahia) • PL 397/2019 (Estado do Ceará) • PL 655/2019 (Estado do Ceará) • PL 537/2019 (Distrito Federal) • PL 371/2019 (Distrito Federal) • PL 388/2019 (Estado do Espírito Santo) • PL 5/2022 (Estado do Espírito Santo) • PL 4955/19 (Estado de Goiás) • PL 340/2019 (Estado do Maranhão) • PL 216/2021 (Estado do Maranhão) • PL 926/2021 (Estado do Mato Grosso) • PL 1131/2019 (Estado do Mato Grosso) • PL 1885/2019 (Estado do Mato Grosso do Sul) • PL 167/2019 (Estado do Mato Grosso do Sul) • PL 1081/2019 (Estado de Minas Gerais) • PL 125/2019 (Estado do Pará) • PL 252/2019 (Estado do Pará) • PL 354/2019 (Estado do Pará) • PL 646/2019 (Estado da Paraíba) • PL 1574/2020 (Estado da Paraíba) • PL 3024/2021 (Estado da Paraíba) • PL 161/2019 (Estado do Paraná) • PL 406/2019 (Estado de Pernambuco)

	<ul style="list-style-type: none">• PL 38/2019 (Estado do Piauí)• PL 163/2019 (Estado do Piauí)• PL 173/2020 (Estado do Piauí)• PL 831/2019 (Estado do Rio de Janeiro)• PL 1152/2019 (Estado do Rio de Janeiro)• PL 166/2019 (Estado do Rio Grande do Norte)• PL 280/2019 (Estado do Rio Grande do Norte)• PL 277/2019 (Estado do Rio Grande do Sul)• PL 207/2019 (Estado de Rondônia)• PL 566/2020 (Estado de Rondônia)• PL 417/2020 (Estado de Rondônia)• PL 28/2019 (Estado de Roraima)• PL 102/2019 (Estado de Roraima)• PL 195/2020 (Estado de Roraima)• PL 296/2019 (Estado de Santa Catarina)• PL 435/2019 (Estado de São Paulo)• PL 679/2019 (Estado de São Paulo)• PL 224/2019 (Estado de Sergipe)• PL 3635/2019• PL 768/2021• PLS 3.947/2019
--	--

Fonte: A autora

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 GESTANTES, PARTURIENTES E MÉDICOS

Os primeiros artigos analisados sobre o crescimento das taxas de cesariana no Brasil, do início dos anos 1980, já estabeleciam uma associação positiva entre a cirurgia e nível socioeconômico (Janowitz; Nakamura, 1982), frequentemente medido pelos anos de escolaridade da gestante, mas também pela renda familiar e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do local de residência. Sendo assim, a incidência de cesarianas tende a ser menor entre mulheres mais pobres e maior entre mulheres com mais anos de escolaridade e maior renda. Freitas et al. (2015) consideram esta situação paradoxal, uma vez que “aqueles grupos nos quais são esperadas melhores condições de saúde materna e menor risco obstétrico estejam relacionados com taxas mais elevadas de cesariana” (p. 1840).

A dinâmica econômica pode se interseccionar também com a questão racial (Quadro 2), com diferentes estudos apontando desigualdades raciais no acesso à cesariana (Mendoza-Sassi et al., 2010), com taxas de cesariana mais altas entre mulheres brancas (Freitas et al., 2009, 2015; Freitas; Fernandes, 2016; Menezes et al., 2011) e mais baixa para mulheres negras e indígenas (Barros et al., 2015; Freitas et al., 2009). A questão socioeconômica também se faz presente na possibilidade de escolha entre o serviço público e o serviço privado.

Outro fator com forte associação a realização de uma cesariana é a idade materna. Ela é mais frequente entre mulheres mais velhas e menos frequentes entre adolescentes, entre as quais, no entanto, também se sente a influência de questões de raça e classe, com meninas brancas, com plano de saúde e em idade escolar adequada tendo desfechos cirúrgicos para sua gestação. A dilatação no momento da admissão no hospital, menor que 3 ou 4 centímetros de acordo com o estudo, também aumentou as chances de um desfecho cirúrgico. E, apesar de ter vigorado uma proibição da realização de esterilização durante período de parto ou aborto, salvo necessidade, entre 1996 e 2022, a realização da laqueadura foi frequentemente apontada como uma motivação ou justificativa para a realização da cesariana.

QUADRO 2 - CARACTERÍSTICAS DA GESTANTE/PUÉRPERAS ASSOCIADAS A MAIORES CHANCES DE CESARIANA, EXCETO NÍVEL SOCIOECONÔMICO

Raça/etnia	Mendoza-Sassi et al. (2010); Freitas et al. (2015); Freitas e Fernandes (2016); Menezes et al. (2011); Barros et al. (2015); Freitas et al. (2009)
Idade da gestante	D'Orsi et al. (2006); Barros et al. (2015); Freitas e Fernandes (2016); Hoffmeister et al. (2015); Hopkins, Amaral e Mourão (2014); Martinelli et al. (2021); Moraes e Goldenberg (2001); Osava et al. (2011); Pádua et al. (2010); Queiroz et al. (2005); Rebelo et al. (2010); Silva et al. (2020); Zaiden et al. (2019)
Dilatação no momento da admissão	Barbosa et al. (2003); Béhague (2002); D'Orsi et al. (2001); D'Orsi et al. (2006); Dias et al. (2008); Osava et al. (2011); Sakae, Freitas e D'Orsi (2009).
Forma de pagamento	Almeida et al. (2008); Alonso et al. (2017); Barros et al. (2018); Barros, Vaughan e Victora (1986); Eufrásio et al. (2018); Faúndes e Cecatti (1991); Freitas et al. (2015); Freitas e Fernandes (2016); Freitas e Savi (2011); Gama et al. (2014); Gomes et al. (1999); Hopkins, Amaral e Mourão (2014); Janowitz et al. (1985); Janowitz e Nakamura (1982); Martinelli et al. (2021); Moraes e Goldenberg (2001); Oliveira et al. (2016); Pires, Cecatti e Faúndes (1999); Potter et al. (Potter <i>et al.</i> , 2001); Potter et al. (2008); Silva et al. (2020); Vieira et al. (2015); Yazlle et al. (2001).
Desejo de realização da laqueadura	Barbosa et al. (2003); Barros et al. (1991); Barros, Vaughan e Victora (1986); Béhague; Victora e Barros (2002); D'Orsi et al. (2001); Dias et al. (2008); Fernandes et al. (2021); Freitas e Savi (2011); Gomes et al. 1999 (1999); Hopkins (2000); Moraes e Goldenberg (2001); Pádua et al. (2010)

FONTE: A autora (2024)

Para além das características maternas mencionadas, nível socioeconômico, raça/etnia, idade e forma de pagamento, dilatação no momento da admissão e realização de laqueadura, algumas crenças ou formas de pensamento relacionadas tanto à cesariana quanto ao parto normal que contribuem com a situação das cesarianas no país. Se, por um lado o medo de alterações na anatomia da vagina e do períneo, algumas vezes levantados como justificativa para a escolha da mulher pela cesariana por profissionais de saúde (Béhague; Victora; Barros, 2002; McCallum, 2005), não se confirmou nos estudos analisados (Barbosa et al., 2003; Hopkins, 2000), o medo do nascimento por via vaginal foi citado com elevada frequência como fator explicativo.

O medo do parto normal, mais especificamente da dor do trabalho de parto, é apontado por gestantes e profissionais de saúde e registradas em vários artigos analisados (Barbosa et al., 2003; Dias et al., 2008; Gama et al., 2009; Hopkins, 2000). Apesar de reconhecerem as dores relacionadas à recuperação da cesariana (Velho; Santos; Collaço, 2014) ou até mesmo reconhecerem os benefícios do parto normal, entende-se que há menor sofrimento com a cesariana (Fernandes et al., 2021). Esse

posicionamento deve ser analisado também tendo em consideração a indisponibilidade de métodos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio da dor em algumas instituições do sistema público, mesmo o pagamento para o procedimento estando previsto (Barbosa et al., 2003; Béhague; Victora; Barros, 2002; Gama et al., 2009; Moraes; Goldenberg, 2001). O medo de experiências traumáticas, tratamento violento e desumanizador, especialmente entre mulheres pobres e/ou não-brancas, é corroborado pelos dados da baixa disseminação das boas-práticas na atenção como liberdade para caminhar, poder se ingerir líquidos e se alimentar durante o trabalho de parto, ter presença de acompanhante durante todo o tempo e, novamente, acesso à métodos para lidar com a dor (Béhague, 2002; Dias et al., 2016; Oliveira et al., 2022).

Há também uma menção, por parte das gestantes, do medo da realização de um parto instrumental. Essa apreensão em relação ao uso, por exemplo, do fórceps está ligada a uma percepção de risco, especialmente para a criança (Hopkins, 2000), que se estende também a qualquer forma de nascimento pela via vaginal. A cesariana, por sua vez, é considerada por muitas mulheres uma forma segura, rápida e moderna de ter seu filho (Gama et al., 2014; Nakano; Bonan; Teixeira, 2015; Raifman; Cunha; Castro, 2014). Essa percepção é fortemente influenciada pelo meio no qual a gestante está inserida, especialmente por familiares e amigas próximas (Barros; Vaughan; Victora, 1986; Cardoso; Barbosa, 2012; Gama et al., 2009; Lima; Nakano; Bonan, 2021; McCallum, 2005; Osis et al., 2001), mas também pela mídia. Estudos que buscaram analisar a informação disponível em sites, revistas e jornais sobre vias de parto apontaram que a qualidade das informações era baixa, sem fontes indicadas, minimizando os riscos da cesariana e normalizando sua realização em cenários sem indicação clínica (Carvalho; Santos, 2023; Fioretti et al., 2015; Lima; Nakano; Bonan, 2021; Nakano; Bonan; Teixeira, 2015, 2016).

Entre as mulheres que desejam um parto vaginal a forma de pagamento parece novamente ser um importante fator a ser considerado, já que as chances de ter um parto vaginal são maiores no setor público quando comparados no setor privado. Já as mulheres que desejam ter parto vaginal e acabam em cesárea parecem compor um grande grupo: Barros et al. (2015) cita a pesquisa *Nascer no Brasil* que revelou que 72% das mulheres no início da gestação desejavam ter um parto vaginal, mas somente 45% alcançavam este objetivo. Esta discrepância, claro, pode ser explicada parcialmente por complicações na gestação que levem a indicação clínica

de uma cesariana (Pádua et al., 2010). No entanto, outros elementos que partem da interação da gestante com outros atores, como profissionais de saúde, família e com o contexto, seja do serviço de saúde, do sistema obstétrico como um todo ou de questões estruturais da sociedade brasileira, podem ajudar a explicar o cenário (Escobal et al., 2021).

A interação com profissionais de saúde, mais especificamente com profissionais da medicina, aparece com frequência nos trabalhos analisados. A relação durante o pré-natal é citada: ter o mesmo médico do pré-natal e no atendimento ao parto foi considerado fator de risco para cesariana (Almeida et al., 2008; Dias et al., 2016; Freitas et al., 2015; Freitas; Savi, 2011; Gama et al., 2014). Dados apontam também que muitas das cirurgias são acordadas durante o pré-natal visto que as gestantes não entram em trabalho de parto (Freitas et al., 2015).

Neste contexto o poder aquisitivo parece mediar as relações, com Gentile, Noronha Filho e Cunha (1997) apontando que as mulheres atendidas pelo setor privado têm maior poder de barganha em relação aos profissionais no momento de solicitar uma cesariana. Por outro lado, para garantir obstetras que asseguram acompanhar parto vaginal neste mesmo setor, as gestantes precisam questionar os profissionais ao longo do pré-natal, por vezes sem obter respostas diretas. No entanto, muitos dos médicos considerados “vaginalistas” – ou seja, que de fato atendem parto vaginal, em oposição aos médicos “cesaristas” – não estão credenciados a planos de saúde e, quando estão, por vezes cobram a taxa de disponibilidade (Cardoso; Barbosa, 2012).

Contudo, tanto no setor público quanto no privado, o espaço previsto no pré-natal para esclarecimento de dúvidas e troca de informações parece não ser totalmente ocupado. Há relatos de escassez de informações durante as consultas, muito baseadas em análise do resultado de exames e classificação de risco que refletem em um despreparo sobre o processo fisiológico. Isso pode ter implicações significativas, já que sem preparo para reconhecer os sinais do trabalho de parto, as mulheres podem acabar chegando muito cedo ao serviço de saúde o que, como já citado, é também fator de risco para cesariana (D’Orsi et al., 2006; Gama et al., 2009, p. 20; Lima; Nakano; Bonan, 2021; López; Wermuth; Gomes, 2021).

A relação entre profissionais e pacientes é também pautada no chamado poder social do médico, em uma relação hierárquica entre paciente e especialista. A confiança não é estabelecida por meio de diálogo, mas no posicionamento do médico

como aquele que “sabe o que está fazendo e “irá fazer o melhor”. Sendo assim, quando há uma discordância da mulher em relação à conduta, pode ser mobilizada uma responsabilização da gestante em casos de desfecho negativo. Um exemplo disto é quando ela, por exemplo, opta por um parto vaginal quando está supostamente indicada uma cesariana (Moraes; Goldenberg, 2001). Neste cenário, sabendo que normalmente não se deseja conscientemente colocar uma criança em risco, basta o médico apresentar uma justificativa aparentemente plausível para obter o consentimento. Cardoso e Barbosa (2012) se referem a este fenômeno como como medicalização do medo materno. (Escobal et al., 2021; Gama et al., 2009; López; Wermuth; Gomes, 2021; Nakano; Bonan; Teixeira, 2015).

Hopkins (2000) descreve como se dá essa produção de consentimento especificamente no momento do parto, a partir de observação participante, entrevistas e questionários. Segundo a pesquisa, a forma como obstetras enquadram determinadas situações – como o tamanho do bebê ou mesmo as queixas de dor das parturientes, o que também é constatado por Moraes e Goldenberg (2001) – pode direcionar as mulheres para uma cesariana de forma a que elas acreditem que o procedimento fosse de fato necessário. A autora sugere então que os profissionais de medicina participam ativamente na construção do que é conhecido como a “cultura da cesariana” no país. Outros autores também demonstram que características do obstetra, sua conduta e preferência pessoal afetam a probabilidade de uma gestante ser submetida a uma cesariana (Raifman; Cunha; Castro, 2014; Sakae; Freitas; d’Orsi, 2009).

Entre as possíveis motivações ou explicações para este comportamento da classe profissional é citada a questão e aumento da produtividade e organização da agenda, com mais cesarianas acontecendo em dias úteis e em horário fora da madrugada. Além disso, o tempo para a progressão do trabalho de parto é variável e a longa duração é apontada como um fator importante no incentivo à intervenção cirúrgica (Barros et al., 2011; Faúndes; Cecatti, 1991; Freitas et al., 2015; Gama et al., 2009; Nakano; Bonan; Teixeira, 2015; Vieira et al., 2015). O menor tempo da cesariana é também uma explicação dada por Faúndes e Cecatti (1991) para a preferência mesmo em cenários de igual remuneração, já que ela não dura mais que uma hora, salvo intercorrências, resultando em um maior ganho por hora.

A prática da cesariana como forma de evitar litígio também é abordada por diferentes autores. Apesar de não ser tão frequente como nos Estados Unidos e o

Reino Unido, Rudey, Leal e Rego (2021) identificaram que obstetras brasileiros realizam cesarianas defensivas, ou seja, recorrem à cirurgia para não sofrer críticas e/ou repercussões legais em complicações relacionadas ao parto vaginal. Os profissionais também evitam realizar parto instrumental por temerem ações judiciais e por terem mais confiança em suas habilidades cirúrgicas do que na sua capacidade de realizar manobras obstétricas (Barros et al., 2011; Béhague; Victora; Barros, 2002; Dias; Deslandes, 2004; Nakano; Bonan; Teixeira, 2017; Rudey; Leal; Rego, 2021; Vieira et al., 2015).

Essa aversão ao fórceps e outros recursos pode estar relacionada com o treinamento dos profissionais já que, como relatam Barros, Vaughan e Victora (1986), Faúndes e Cecatti (1991), Dias e Deslandes (2004), McCallum (2005), Nakano, Bonan e Teixeira (2017) e Negrini, Ferreira e Guimarães (2021), os profissionais durante a residência tem pouca experiência com parto instrumental, parto pélvico, parto gemelar, ao contrário da cesariana, realizada com frequência nos serviços, incluindo universitários (Mendes; Rattner, 2021; Rattner, 1996). Este processo parece estar se intensificando com a passagem do tempo, já que o aumento das taxas de cesariana e das suas indicações diminuem as oportunidades de ensino da “obstetrícia clássica” para profissionais em formação (D’Orsi et al., 2006; Nakano; Bonan; Teixeira, 2017; Pires; Cecatti; Faúndes, 1999).

Apesar de existirem relatos do ensino das indicações clínicas da cesariana, também são encontrados aqueles de valorização e até predileção da cesárea por parte dos docentes são frequentes. E é interessante notar como o ato cirúrgico está atrelado à identidade da especialidade. Nakano, Bonan e Teixeira (2016, 2017) descrevem este fato, mostrando que a crítica às taxas de cesariana no país é interpretada como críticas à categoria profissional e até mesmo de forma pessoal. Neste contexto, a formação e o meio de atuação ratificam os comportamentos e as formas de pensar, causando resistência à revisão e modificação do comportamento. A experiência pessoal é utilizada como evidência para decisão de condutas, reafirmando a autonomia da profissão, e evidências produzidas por outros profissionais, pesquisadores e não-obstetras, são descredibilizadas pela falta de contato com a prática. Há uma normalização do procedimento e exaltação do avanço técnico que poderia contribuir para a sua generalização, dada a sua trivialidade e segurança. Esta percepção de maior segurança da cesariana, é encontrada em outros

estudos, e é um dos discursos mais recorrentes em relação à via de nascimento (Cardoso; Barbosa, 2012; Potter et al., 2001).

4.2 OS DISCURSOS

Ao longo da análise dos artigos selecionados foi possível observar que uma série de discursos sobre a cesariana são evocados pelos diferentes atores, incluindo mulheres e, principalmente, profissionais médicos. Esses discursos estão de certa forma interligados: a ideia de que “uma vez cesariana, sempre cesariana”, a ideia da cesariana como modernidade e a primazia da tecnologia, o parto cesáreo como normalização de uma certa forma de nascer e as questões de risco e segurança, como mostra o Quadro 3.

A declaração do obstetra estadunidense Edwin Cragin em 1916, “uma vez cesariana, sempre cesariana”⁷, reflete a prática brasileira e as baixas taxas de parto vaginal após cesariana no país (VBAC, do inglês *vaginal birth after cesarean*). Em diferentes artigos analisados há uma menção direta a esta crença, enquanto em outros aparece com referência a uma cesárea anterior como fator de risco para uma nova cesariana. A pesquisa de Knobel et al. (2020), em uma análise dos dados de todos os nascidos vivos entre 2014 e 2016, identificou que a taxa de cesariana entre gestantes do Grupo 5 da Classificação de Robson⁸ era de 89,5%. Para comparação, entre múltiparas sem cesariana anterior, correspondendo ao Grupo 3⁹ da classificação, a taxa foi de 20%, o que mostra a expressividade do aforismo na prática médica. Considerando o peso na taxa total de cesarianas, e dos riscos de cesarianas de repetição, são recomendadas estratégias para reduzir as cesarianas entre primíparas sem indicação clínica para tal.

⁷ No contexto em que a frase foi proferida, em 1916, a cesariana era uma cirurgia realizada com pouca frequência, com uma incisão no segmento uterino superior, o que acarretava risco elevado de ruptura uterina em uma próxima gestação. Posteriormente, com a mudança da incisão para o segmento inferior e evidências de sua segurança em gravidezes posteriores, o trabalho de parto e parto vaginal após cesariana tornou-se possível e, suspostamente, disseminado (Baskett, 2019).

⁸ A Classificação de Robson foi sugerida pela Organização Mundial da Saúde como estratégia para reduzir as cesarianas. Nela, as gestantes são divididas em 10 grupos mutuamente exclusivos de acordo com paridade, início do parto, idade gestacional, apresentação/situação fetal e número de fetos. No Grupo 5 estão mulheres com mais de uma gestação, com ao menos uma cesariana anterior, com um único feto em apresentação cefálica e à termo (Knobel et al., 2020; Organização Mundial da Saúde, 2015).

⁹ “Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, \geq 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo” (Ibid., 2015, p.6).

Outro discurso presente é a relação entre cesariana e modernidade. A evolução não seria apenas da técnica cirúrgica, mas um aperfeiçoamento da forma de nascer como um todo. Nesse contexto, o parto vaginal seria um órgão vestigial do processo evolucionário. Não à toa a expressão “parir como índio” é evocado para marcar o atraso frente ao progresso. O procedimento também é associado à limpeza e à organização, contrapondo a “sujeira”, a imprevisibilidade e o risco do nascimento pela via baixa (Gama et al., 2009; McCallum, 2005; Nakano; Bonan; Teixeira, 2015, 2016, 2017).

Os discursos sobre risco e segurança aparecem com frequência nos artigos analisados. Apesar de não representar a totalidade, há uma tendência de minimização dos riscos associados à cesariana por parte dos profissionais (Dias; Deslandes, 2004; Kilsztajn et al., 2007; Moraes; Goldenberg, 2001), ao mesmo tempo em que os riscos de um parto normal são constantemente evocados, especialmente associados a outras características da gestante, como peso, idade e histórico obstétrico. Neste vasto cenário, a cesariana se torna uma alternativa mais segura em relação ao parto vaginal (López; Wermuth; Gomes, 2021; McCallum, 2005). Assim, não é surpresa que seja percebido por muitas mulheres e suas famílias como menos arriscado e que seja assim também discutido na mídia. Interessante notar que a cesariana é então associada a melhor forma de cuidado (Béhague; Victora; Barros, 2002), enquanto o parto normal é associado à pobreza e a piores cuidados de saúde.

Mesmo entre aqueles que não aderem ao discurso da primazia da cesariana, há uma normalização do nascimento por esta via. Isto é, a cesariana pode não ser mais segura que um parto vaginal, mas é igualmente segura. Assim, altera-se a lógica inicial, na qual a cesariana era utilizada em caráter excepcional, e passa a se tornar uma opção, igualmente válida e segura. Isso pode ser visto na utilização do termo “parto cesáreo” para se referir à cesariana. Considerando que parto se refere à passagem do conceito pelo canal vaginal, a utilização da expressão parece ser tanto resultado como instrumento para sua normalização (Barros; Vaughan; Victora, 1986; Carvalho; Santos, 2023; Nakano; Bonan; Teixeira, 2017).

QUADRO 3 - DISCURSOS SOBRE CESARIANAS IDENTIFICADOS NOS ARTIGOS ANALISADOS

“Uma vez cesariana, sempre cesariana”	Barbosa et al. (2003); Barros et al. (1991); Costa et al. (2006); Fernandes et al. (2007); Hopkins (2000); Matias, Parpinelli e Cecatti (2007); Moraes e Goldenberg (2001); Queiroz et al. (2005);
---------------------------------------	--

Cesariana anterior	Béhague; Victora e Barros (2002); D’Orsi et al. (2001); D’Orsi et al. (2006); Freitas e Fernandes (2016); Freitas e Savi (2011); Guida et al. (2017); Knobel et al. (2020); López, Wermuth e Gomes (2021); Moraes et al. (2017); Oliveira et al. (2016); Osava et al. (2011); Pires, Cecatti e Faúndes (1999); Queiroz et al. (2005); Rudey, Leal e Rego (2021); Sakae, Freitas e D’Orsi (2009); Saraiva, Gouveia e Gonçalves (2018); Soares et al. (2021)
Cesariana como modernidade e a primazia da tecnologia	Béhague; Victora e Barros (2002); Cardoso e Barbosa (2012); Faúndes e Cecatti (1991); Fioretti et al. (2015); Gama et al. (2009); McCallum (2005); Nakano, Bonan e Teixeira (2015); Nakano, Bonan e Teixeira (2016); Nakano, Bonan e Teixeira (2017); Fioretti et al. (2015);
Cesariana associada a melhores cuidados de saúde e maior status social	Béhague; Victora e Barros (2002); Cardoso e Barbosa (2012); Carvalho e Santos (2023); Dias e Deslandes (2004); Faúndes e Cecatti (1991); Fioretti et al. (2015); Kilsztajn et al. (2007); McCallum (2005); Moraes e Goldenberg (2001); Nakano, Bonan e Teixeira (2016);
Questões de risco e segurança	Barros, Vaughan e Victora (1986); Nakano, Bonan e Teixeira (2017); McCallum (2005); Béhague; Victora e Barros (2002);

FONTE: A autora (2024)

4.3 AS REGRAS OBSERVADAS

A interação entre esses agentes e a produção e repetição dos discursos não acontecem em um vácuo, mas no contexto da assistência obstétrica e de saúde no país. Ao longo dos trabalhos analisados, a questão da organização do sistema obstétrico apareceu com uma explicação frequente para as altas taxas de cesariana no país, sendo a diferença entre setor público e setor privado um dos principais elementos utilizados na caracterização. As primeiras descrições relatam um período anterior ao SUS, no qual o acesso aos serviços de saúde não era universal. No período de atuação do Inamps era possível verificar uma diferença nas taxas de cesariana entre as diferentes formas de pagamento ao serviço. Segundo Faúndes e Cecatti (1991) “a sequência mais comum de uma incidência mais baixa para uma mais alta é: indigência, seguro do Inamps, seguro particular e pagamento direto” (p. 2).

Em referência ao período após a criação do SUS, alguns autores diferenciam os possíveis arranjos e formas de financiamento. O grande contraste apresentado, portanto, centra-se nas diferenças entre o público e o privado, explicado pela histórica discrepância das taxas de cesarianas entre os dois setores. McCallum (2005), contudo, chama atenção para a permeabilidade entre os dois sistemas e suas culturas, especialmente por meio dos profissionais médicos que transitam entre os dois espaços. Alguns profissionais, por exemplo, indicam formas de as gestantes conseguirem realizar uma cesariana sem indicação clínica pelo SUS, mesmo quando a sua realização não está prevista na instituição de saúde (López; Wermuth; Gomes, 2021).

O setor público, segundo os documentos analisados, é caracterizado por taxas de cesarianas tendencialmente mais baixas justamente por seguir protocolos mais rígidos em relação à indicação cirúrgica, apesar de terem, com frequência, taxas acima das recomendadas pela OMS. Vínculo entre hospital e profissional, com uma remuneração que normalmente não está associada à produtividade, são explicações para tal. Há, contudo, registro de uma cultura de resolução dos atendimentos em um mesmo plantão, além de uma organização logística dos leitos hospitalares que podem incentivar intervenções para acelerar a progressão do trabalho de parto (Faisal-Cury et al., 2017; Gama et al., 2009; McCallum, 2005; Patah; Malik, 2011).

A garantia de leito em hospital, e em alguns casos de quarto individual, aparece como uma das explicações para a adesão das mulheres ao setor privado. As cesarianas previamente agendadas surgem neste cenário tanto como forma dos hospitais garantirem sua organização interna, quanto da gestante garantir a disponibilidade da equipe médica e do hospital. A assistência é realizada de maneira individualizada, com o mesmo médico ao longo de todo o pré-natal e o parto, o que já foi anteriormente apontado como fator de risco para cesariana, de forma a estabelecer uma relação de confiança e segurança entre profissional e cliente. No entanto, Faisal-Cury (2017) coloca a possibilidade de, no setor público, a ausência de vínculo e o distanciamento no pré-natal poder influenciar negativamente nas taxas de cesariana no SUS. É citado também que a relação entre profissionais e gestantes no público é mais hierarquizada do que no setor privado, especialmente pela impossibilidade da escolha do profissional (Faúndes; Cecatti, 1991; Gama et al., 2009; Nakano; Bonan; Teixeira, 2015; Patah; Malik, 2011).

Há uma hegemonia do profissional médico em ambos os setores, mas a inserção da enfermagem obstétrica no setor privado é ainda mais difícil, o que resulta também em falta de valorização da enfermagem, pouco trabalho em equipe e sobrecarga dos profissionais. Sanches, Mamede e Vivancos (2012) citam que de 70 a 80% dos partos poderiam ser considerados de risco habitual, nos quais a assistência poderia ser prestada por enfermeiras, mas que isso não é possível devido à organização centrada na medicina (D'Orsi et al., 2006; Faúndes; Cecatti, 1991; McCallum, 2005; Sanches; Mamede; Vivancos, 2012; Torres et al., 2014).

Uma carga de trabalho elevada é apontada também como um fator de risco para a realização das cesarianas, especialmente entre profissionais que atuam simultaneamente no setor público e no privado, e a conveniência e a necessidade de

planejamento explicam as cirurgias agendadas (D'Orsi et al., 2006; Osis et al., 2001). Essa questão se relaciona, por exemplo, com a cobrança das taxas de disponibilidade para acompanhamento presencial de trabalho de parto, considerada ética pelo Conselho Federal de Medicina (Freitas et al., 2015). Importante dizer que o CFM, junto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da Saúde foram as instituições citadas com bastante frequência na atuação frente à questão das cesarianas. Com menos intensidade foram mencionadas também o Ministério Público Federal (MPF), a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa).

4.4 OS ELEMENTOS DE ANÁLISE

A organização do sistema obstétrico e seus diferentes atores estão inseridas, por sua vez, na história da organização da saúde no Brasil, atrelada também a questão do desenvolvimento do país. O surgimento de políticas sociais e, mais especificamente, de saúde esteve ligada à necessidade de criação e retenção de mão-de obra, além do controle de doenças infectocontagiosas associadas à urbanização. A identificação da saúde materno-infantil como elemento prioritário para atuação relacionava-se também com essa necessidade de reprodução da força de trabalho. Nesse período, a discussão sobre a maior segurança do nascimento em ambiente hospitalar, liderada por médicos, coincide com a expansão dos serviços e instituições de saúde, ainda que muito centrada em ambientes urbanos. A ascensão e consolidação de uma modelo de medicina previdenciária, voltada para uma classe média, possibilitou um aumento na medicalização do parto que, por sua vez, permitiu o aumento das cesarianas. E as diferenças entre setor público e privado pode ser compreendida também na esteira deste processo (Rodrigues; Bonan; Teixeira, 2021; Rohden, 2003).

Na apresentação dos fatores de risco para a cesariana, o atendimento no setor privado aparece como uma das principais associações. Diferentes autores e autoras associam uma lógica mercantil e de distinção social para explicar a ascensão do procedimento (Almeida et al., 2008; Cardoso; Barbosa, 2012; Moraes; Goldenberg, 2001; Yazlle et al., 2001). Segundo Yazlle (2001), a cesariana “equivale a um recurso técnico a ser incorporado por quem o deseja e tem poder de custeá-lo. Esse tipo de

parto teria sido transformado em objeto de consumo acessível segundo o padrão de renda, o que viria explicar ser mais incidente nos grupos de maior renda, embora de menor risco obstétrico.” (p. 205).

Esta forma de pensar e agir – ou seja, os hábitos – permeia as diferentes classes sociais pois, apesar de não ser possível apontar de forma consensual que há um desejo generalizado das mulheres pela cesariana, é possível dizer que há uma percepção positiva em relação a ela: seja por ser menos dolorida, por ser mais moderna ou mais segura. Há uma percepção do procedimento como uma melhor forma de cuidado de saúde, mesmo entre mulheres não pertencentes às classes sociais associadas ao procedimento. Como lembra Béhague (2002) “realizar uma cesariana aumenta o status da mulher, pois implica acesso ao setor privado ou a cuidados similares ao ofertado pelo setor privado (com base no uso de tecnologia) no setor privado (...)” (p. 484). Isso pode explicar o aumento das taxas de cesariana entre mulheres negras e com menores rendimentos em períodos de redução da pobreza e melhoria das condições de vida (Raifman; Cunha; Castro, 2014).

É preciso entender, contudo, qual o contexto que permitiu o surgimento destes hábitos de pensamento, uma vez que eles parecem ser propiciados por elementos bastante concretos, como o medo da falta de leitos, a prevalência da violência obstétrica, a ausência de métodos farmacológicos e não-farmacológicos para lidar com a dor do parto que são vivenciadas ou repassadas por outras mulheres. Assim sendo, uma análise do processo de constituição desta realidade, abrangendo o período colonial ao tempo presente, será realizada do capítulo seguinte.

5 EVOLUÇÃO DAS CESARIANAS E DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

5.1 O NASCIMENTO DO BRASIL, 1500-1807

A história do Brasil, como a história do próprio Estado, nasce da violência. Não é possível iniciar uma história sobre as mudanças institucionais decorrentes de novas tecnologias, introdução de novos hábitos e instituições sem mencionar o processo de colonização. A lógica predatória dos Estados, refletida no sistema interestatal que começa a se formar, levou à expansão europeia no período mercantilista, pautada na constituição de relações concretas e embasada teoricamente, esteve marcada por políticas protecionistas e forte intervenção estatal de forma a permitir a acumulação de capital. Neste cenário, o incentivo ao crescimento demográfico se mostrava uma importante estratégia pois permitia ampliar a mão-de-obra e mantinha os salários baixos, permitindo a produção de excedentes para exportação. O objetivo das colônias era servir de retaguarda para a economia das metrópoles, fornecendo recursos naturais e mercado consumidor. O Estado português, precocemente centralizado e apto a desempenhar complexas funções de coordenação, esteve na dianteira deste processo nas terras que mais tarde seriam chamadas de Brasil (Braga; de Paula, 2018; Novais, 2018).

Sendo assim, a invasão dos portugueses, nesse contexto de expansão marítima e comercial, trouxe para cá não só novas formas de morrer, mas também novas formas de nascer. Em Portugal, ao fim da Idade Média, os partos eram, em sua maioria, atendidos por parteiras leigas e acompanhados por outras mulheres da família e da comunidade. Os médicos — quando disponíveis — eram acionados somente em caso de graves intercorrências. As parteiras precisavam então ser capazes de resolver as complicações que pudessem se apresentar no trabalho de parto. Desfechos negativos, contudo, não eram incomuns. Por vezes era necessário recorrer a uma embriotomia ou a uma cesariana *post mortem*. Cabia à parteira verificar a morte da mulher ou do feto e decidir o momento para a realização de uma cesariana, uma vez que o trabalho de parto poderia durar dias e era ela quem acompanhava o longo do processo. Deviam garantir também o batismo da criança para que ela, em caso de óbito, pudesse ser enterrada em cemitério cristão. São essas algumas das

ideias sobre o parto e o nascimento que desembarcam no Século XVI e passam a compor o imaginário popular sobre o evento (Oliveira, 2018).

Anteriormente, rituais dos povos originários para o parto diferiam, em muito, dos costumes portugueses. Sabe-se que diversas etnias tinham as crianças sozinhas, na mata, observadas à distância por outras mulheres da tribo que prestavam assistência caso se tornasse necessária. Entre as Tupinambás e as Araweté, entretanto, foi identificado o nascimento também no domicílio. A presença dos homens na cena foi também registrada, inclusive casos nos quais ele realizava o corte do cordão umbilical caso o bebê fosse do sexo masculino. O homem também tinha importante papel no puerpério, necessitando fazer uma espécie de resguardo, a couvade, após o nascimento (Fernandes, 2016; Métraux, 1950; Raminelli, 2018).

A implementação de uma economia açucareira fazia necessário uma extensa mão-de-obra, o que levou à introdução do trabalho escravo africano em substituição ao trabalho escravo indígena no país a partir da segunda metade do século XVI (Furtado, 1998; Simonsen, 2005). Arrancadas de suas terras, as mulheres africanas, vindas principalmente pelos portos congo-angolanos, tiveram seu trabalho produtivo e reprodutivo explorado, com as experiências traumáticas resultando em profundas alterações nas estruturas de parentescos nos dois lados do Atlântico. Os relatos sobre as tradições no momento do parto e do nascimento dos locais de origem são escassos e, principalmente, permeados por um olhar colonizador e homogeneizante, não diferenciando as culturas e tradições existentes (Bush, 2010; Telles, 2022). Um relato de um explorador conta sobre essa ideia de um parto rápido entre mulheres africanas:

“Disseram-me que uma mulher negra deu à luz uma criança em menos de um quarto de hora e em seu trabalho de parto ela não grita ou chora; não, no mesmo dia é costume que as mulheres em resguardo irem para a beira-mar e tomem banho, sem nunca pensarem em voltar para seu leito” (Smith, 1744, p. 210 *apud* Morgan, 2004, p. 45).

A construção de uma narrativa desumanizante sobre o corpo das mulheres e sua facilidade no momento do parto, que chegam a contar com discursos que as animalizavam, foram utilizadas também como justificativa da superioridade europeia¹⁰ e seu intento de dominação: a capacidade física era interpretada e instrumentalizada

¹⁰ O discurso em relação à superioridade europeia já é registrado antes do período colonial. Nos textos de Heródoto, por exemplo, já haviam comentários sobre as mulheres egípcias (Bush, 2010).

como prova do destino natural ao trabalho forçado (Bush, 2010; Morgan, 2004). O parto sem assistência profissional, muitas vezes em local afastado da comunidade, em posições verticalizadas e com rápido retorno às atividades rotineiras era comparado com a vivência europeia do parto com assistência, horizontalizado e seguido de um período de resguardo. Bush (2010), no entanto, mostra que o imaginário dessa realidade europeia advinha de um recorte de classe dos viajantes, uma vez que o parto horizontalizado — um marcador da medicalização deste evento — ainda não era ainda uma prática disseminada entre as classes populares europeias.

Os hábitos desses três continentes, em toda a sua diversidade cultural, ajudaram a construir as mentalidades sobre o parto – e as vivências femininas – do Brasil colonial. De acordo com o seu estatuto, de mulher livre ou escravizada, pertencente ou não à elite colonial, as mulheres nos séculos XVI, XVII e XVIII eram confrontadas, cada uma a sua forma, com um ambiente e condições de violência, que buscava colocá-las em função do Antigo Sistema Colonial: trabalhando, povoando, cuidando. No caso das mulheres negras escravizadas essa interpretação era levada ao extremo, uma vez que seus filhos eram vistos como um “investimento” ou “aumento do patrimônio” dos senhores (Costa, 1979; Furtado, 1998; Priore, 2009).

Para as mulheres livres, a exploração foi imposta principalmente via monogamia. Nas casas grandes, os casamentos com objetivos de expansão e manutenção do patrimônio, além da garantia da “pureza racial”, levavam frequentemente à consanguinidade e à posição de uma esposa que era tanto oprimida quanto opressora (Costa, 1979). Como lembra Algranti (1997) “não se pode negar a importância do casamento no projeto colonizador do Estado e da Igreja, embora na prática ele tenha sido uma instituição primordialmente da elite” (p. 87). Ou seja, apesar da ideia de a “família patriarcal” ter sido colocada como a imagem da estrutura doméstica brasileira, esta não representou a totalidade das relações conjugais no Brasil Colônia, especialmente nos seus primórdios. Sua progressiva adoção pelas classes populares, também não foi um fenômeno espontâneo: houve um esforço concertado que, com o tempo, passou a incluir também pessoas brancas pobres e pessoas escravizadas, em prol da normatização dos corpos visando aumento da produtividade da empresa colonial (Algranti, 1997; Corrêa, 1981; Priore, 2009).

Mary Del Priore (2009) explica que dois instrumentos foram utilizados para “domesticar” as mulheres e sua capacidade reprodutiva: a Igreja e a medicina. Aliadas

da metrópole em reforçar as funções — especialmente demográficas — do sexo feminino, o clero se voltou para as atividades do espírito e os médicos, do corpo. A promoção do casamento com foco na reprodução era uma síntese dessa aliança, que possibilitava ao Estado “preencher os vazios demográficos e tomar posse da nova terra” (Priore, 2009, p. 217). O imperativo da reprodução, necessária então para aumentar a população, expunha as mulheres a um risco obstétrico — especialmente com gravidezes pouco espaçadas —, o que aumentava também o risco de mortalidade materna. Apesar de não existirem dados quantitativos robustos sobre mulheres que morriam em decorrência da gestação ou do parto, existem registros sobre a preocupação com o tema. Como contou Freyre (2006), “casavam todas antes do tempo; algumas fisicamente incapazes de ser mães em toda a plenitude. Casadas, sucediam-se nelas os partos. Um filho atrás do outro. Um doloroso e contínuo esforço de multiplicação” (p. 478). A frequência de mortes no parto explica o porquê de a gestação ser vista como uma doença e o parto ser percebido como um evento de risco.

É possível compreender então a quantidade de rituais, práticas e superstições utilizados para dar sentido ao momento do nascimento. Mesmo a prática da medicina acadêmica na época envolvia elementos naturais e/ou sobrenaturais, uma característica partilhada com as outras formas de cura presentes na América portuguesa no período colonial. Curandeiros, barbeiros, sangradores, e claro, parteiras, também de origem indígena ou africana, detinham uma maior confiança da população de diferentes classes sociais quanto comparados e comparadas com médicos europeus. Para se sobrepor aos saberes tradicionais, a medicina formal precisou se tornar a forma de curar oficial e para isso contou com crescente apoio do aparato estatal, como já havia acontecido em território europeu (Freitas; Nogueira, 2022; Maia, 2010; Priore, 2007).

As parteiras leigas, também chamadas de “curiosas” ou “aparadeiras” tinham a função, junto de outras mulheres da comunidade, de prover apoio psicológico para as parturientes, inclusive recitando rezas e exercendo o papel de benzedeadoras. O parto era visto como um momento de sofrimento — e assim deveria ser, como forma das mulheres pagarem pelo pecado original —, que poderia acabar em morte anunciada por suores frios, batimentos cardíacos acelerados e desmaios. As complicações que poderiam acontecer no processo, eram geridas pelas parteiras que conheciam os movimentos necessários para resolver os problemas mais comuns e, somente em

caso de emergência e quando disponíveis, os médicos, eram acionados. As mulheres, no entanto, preferiam ser atendidas por parteiras, tanto pelo pudor de expor quanto pela insensibilidade demonstrada pelos profissionais homens no seu atendimento (Priore, 2009).

Os médicos existentes no Brasil no período eram formados na Europa, com frequência na metrópole. Sendo assim, o desenvolvimento técnico-científico português da época (e suas condicionantes) influenciaram no tipo de medicina exercida no período colonial. A regulamentação das atividades de cura em Portugal havia acontecido a partir do século XVI — no mesmo período de outros países europeus, como a França, apesar das suas características próprias — com a criação de uma formação universitária para os “físicos” e, posteriormente, com a criação do cargo de Físico Real, depois Físico-Mor. A partir de 1565 passou-se a exigir das parteiras um exame junto ao físico da cidade e, posteriormente, ao Cirurgião-Mor para que pudessem atuar. Sem essa autorização estavam sujeitas a multas, um risco corrido por muitas mulheres, especialmente no interior visto os custos e os perigos que uma viagem para serem examinadas impunha na época (Carneiro, 2004).

A progressiva distinção — e hierarquização entre as atividades, uma vez que as parteiras tinham sua atuação subordinada à dos físicos e cirurgiões — era pautada no reconhecimento e mediada também pelo acesso à educação formal, ou seja, à universidade. Como aconteceu em outras cidades europeias, as parteiras examinadas se concentravam nas cidades de maior porte, onde participavam dos esforços para reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal, enquanto a atuação de parteiras não examinadas continuava nos recônditos do reino (Carneiro, 2004).

No entanto, mesmo a formação disponível em nível universitário estava aquém do desenvolvimento científico da época, especialmente pela perseguição de mouros e judeus imposta pela Inquisição e pelas doutrinas católicas que impediam, por exemplo, o estudo da anatomofisiologia (Carneiro, 2004; Holanda, 1993; Priore, 2009). Foi somente com a reforma pombalina da Universidade de Coimbra, em 1772, que ensino português começa a se aproximar do restante da Europa. Isso refletiu na formação médica e incidiu no ensino da “Arte Obstetrícia”, na qual eram ensinadas “todas as posições, e situações, em que pode achar-se o feto no tempo de nascer, e as diferentes *machinas*, e instrumentos, que se tem inventado para ajudar a facilitar o

parto, em todos os casos em que podem incorrer” (Ribeiro, 1871 apud Carneiro, 2004, p. 115).

Posteriormente, a abertura de Escolas Médico-Cirúrgicas no Brasil permitiu um rumo próprio para a medicina no país, mesmo que ainda formalmente uma colônia e ainda profundamente interligada e influenciada com as dinâmicas europeias. As mudanças acabaram por representar um novo capítulo na história da assistência à saúde e ao parto no país.

5.2 OS PRÓDROMOS DO SISTEMA OBSTÉTRICO, 1808-1888

A expansão napoleônica no continente europeu e a conseqüente fuga da família real portuguesa para o Brasil. Rompimento do Bloqueio Continental, causou alterações na organização e nas relações entre colônia e metrópole. A chegada de D. João VI e sua corte ao país em 1808 levou, entre outras coisas, à abertura dos portos às nações amigas — no caso, à Inglaterra — o que punha fim ao exclusivo colonial. As mudanças no cenário brasileiro foram significativas, com a transferência do aparato administrativo português, a permissão para a fundação de fábricas, a criação da Imprensa Régia, Biblioteca Nacional, do Banco do Brasil e, claro a abertura de duas escolas de medicina, uma em Salvador e outra no Rio de Janeiro. A alteração do estatuto, acabou trazendo mudanças nas relações de poder entre metrópole e colônia, com alguns autores referindo 1808 como o fim do período colonial brasileiro ou, ao menos, seu princípio, uma vez que os mecanismos que caracterizaram o regime colonial foram sendo abolidos (Alencastro, 2019; Ferreira; Fonseca; Edler, 2001; Prado Jr, 2012; Simonsen, 2005).

Essas transformações nas dinâmicas entre colônia e metrópole, juntamente com os eventos direta ou indiretamente relacionados, desencadearam crises e revoluções políticas que tornaram possível a Independência do Brasil em 1822, aceita rapidamente pelos Estados Unidos da América, em 1824, e apoiada diplomaticamente pela Inglaterra junto à Santa Aliança. Os interesses ingleses no território, agora independente, foram preservados, uma vez que as relações anteriormente estabelecidas com os portugueses foram mantidas com a monarquia recém-estabelecida. O Brasil herda também a estrutura econômica do período colonial, caracterizada por uma economia ainda agrária, o que explica a distribuição do poder econômico e político que se estabelece a partir de então: a manutenção da posição

como nação fornecedora de açúcar, café e fumo era de interesse das elites nacionais e internacionais (Fausto, 2019; Furtado, 1998; Holanda, 1992).

Ao longo do primeiro reinado, da regência e do segundo reinado, a economia brasileira passa por transformações no seu mercado interno e na sua urbanização, que se fizeram refletir também na estrutura populacional. As transformações na estrutura econômica do país refletiram no modo de vida das mulheres de diferentes classes sociais. Para as mulheres da elite, que passaram da casa grande para os sobrados, ou seja, do ambiente exclusivamente rural para o também urbano, as mudanças da organização territorial influenciaram na valorização das noções de privacidade, vista na casa. O ambiente doméstico passa a adquirir contornos de lar, com a promoção do maternalismo, instilado pelos médicos, com objetivo de combater a frequente mortalidade infantil no país. A união e harmonia entre os genitores – incluindo na vida sexual – passa a ser um pressuposto para a manutenção do modelo familiar burguês (Costa, 1979; D’Incao, 2007).

Então, por meio da promoção do amor – seja ele materno ou romântico – e da tutela terapêutica do corpo, especialmente feminino, “o sexo e as relações afetivas entre os membros da família, passaram a ser usados, de modo sistemático e calculado, como meio de manutenção da ordem social burguesa” (Costa, 1979, p. 16). E essa ordem estava pautada pelo viés da branquitude, que colocava o corpo branco como o padrão e aqueles que desviassem da norma, direta ou indiretamente, como inferior. O discurso dos médicos higienistas serviu então para a construção de uma imagem e uma consciência de classe pautada também no preconceito racial (Costa, 1979).

Esse discurso que incidiu sobre as mulheres brancas, para quais a vinda para os trópicos colocou para questionamentos sobre a possibilidade de sobreviver ao parto, uma vez que gestantes, parturientes e seus recém-nascidos compunham grupos vulneráveis às doenças, como febre amarela, cólera e varíola, que eram agravadas pelas condições sanitárias do país. A obrigatoriedade da confissão antes do parto, mostra como a percepção do perigo que este evento colocava (Alencastro, 2019). Para todas as mulheres, fossem elas europeias, negras ou indígenas, o parto se apresentava como um evento de risco que, aos poucos, começa a receber atenção dos médicos. Brenes (1991) coloca que mesmo antes de dominar o uso de tecnologias, como o fórceps e a cesariana, os obstetras brasileiros já reivindicavam para si a exclusividade da prática da “arte do parto” que era primariamente exercida

por mulheres brancas pobres de ascendência portuguesa, indígenas, africanas ou suas descendentes, livres ou escravizadas (Telles; Pimenta, 2024).

Maria Lúcia Mott (1999a) conta que as parteiras neste período consistiam em um grupo diversificado que poderia ser separado entre aquelas as que possuíam uma formação e/ou autorização para atuar – as chamadas parteiras licenciadas, diplomadas ou examinadas¹¹ – e as parteiras leigas que exerciam a atividade sem ter uma formação específica, adquirindo conhecimento na prática e atendendo mulheres ao seu redor. Mesmo entre as que exerciam a atividade na conformidade da lei estavam sujeitas a uma relação hierárquica com os médicos, uma vez que os cirurgiões eram seus examinadores oficiais e a quem elas deveriam recorrer em caso de complicações no trabalho de parto. A autora também demonstra indícios de uma disputa entre médicos e parteiras, na qual eles denunciavam a atuação das comadres, mesmo sem apoio da população. Uma vez que “a pulverização das funções de curar entre personagens sociais diversos prejudicava social e economicamente os médicos” (Costa, 1979, p. 76) buscaram monopolizar o saber também na assistência às parturientes. A própria proibição do uso do fórceps por parte das parteiras diplomadas em 1876, que até então contavam com registro de utilização do instrumento na sua prática, exemplifica a dinâmica construída entre as duas classes profissionais (Telles, 2022).

Uma estratégia utilizada para restringir a atuação, para além dos instrumentos legais, foi a difamação das parteiras leigas e da sua prática, muito bem ilustrada pela descrição que o médico Francisco de Paula Costa faz em sua tese. Segundo ele, as parteiras eram mulheres “nascidas numa classe mui baixa da sociedade, imbuídas de graves preconceitos, despidas de todos os conhecimentos, ignorando mesmo muitas vezes o ler e escrever, cuja mocidade foi estragada nos deboches e nos prazeres” (Mott, 1999a, p. 1). Como pode ser visto, não somente a capacidade técnica era questionada, mas também sua integridade, acusando-as de auxiliar as mulheres a realizarem abortos e infanticídio (Mott, 1999a). Telles (2022), no entanto, aponta que os médicos não queriam substituir totalmente as parteiras, uma vez que eram avessos às muitas horas necessárias para acompanhar o trabalho de parto, ao suporte emocional dado à parturiente e aos primeiros cuidados ao recém-nascido. Desejavam,

¹¹ O exame das parteiras se iniciou com a chegada da Fisicatura-Mor ao Brasil com o estabelecimento da corte portuguesa no território (Mott, 1999a).

portanto, apenas subordinar a prática aos ideais da nascente “ciência obstétrica” a partir da atuação das parteiras treinadas e, ao mesmo tempo, acionando a justiça para reprimir a atuação das leigas.

A abertura das primeiras Escolas de Cirurgia no país, por sugestão do cirurgião-mor José Correia Picanço, no ano de 1808, em Salvador e no Rio de Janeiro, aumentou significativamente o número de médicos e a sua capacidade de influência. O período joanino marca o início da medicalização do parto e, como na Europa, não é possível compreender esse processo, assim como a ascensão e consolidação da profissão médica – e da obstetrícia como sua especialidade –, sem compreender a sua relação com Estado. Contudo, para justificar e fortalecer sua atuação, a medicina precisava provar sua eficácia em moldar a ordem social. Os discursos – e mais tarde políticas – higienistas passaram então a pensar não só no indivíduo, mas na forma como eles – e elas – relacionavam-se entre si e com o Estado (Coelho, 1999; Costa, 1979; Luz, 1982; Martins, 2004).

O esboço da criação das Escolas Médicas e de Cirurgia, reponsabilidade do cirurgião-mor, previa a instrução de um curso sobre a arte obstétrica, iniciado na Bahia somente em 1818 e implementado desde o início no Rio de Janeiro, lecionada pelo Dr. Joaquim da Rocha Mazarém, renomado cirurgião-parteiro. No entanto, a formação de parteiros ou médico-parteiros, como foram denominados inicialmente os obstetras, foi bastante precária nas primeiras décadas, por se pautarem principalmente em aulas teóricas – essas de qualidade similar ao que se ensinava na Europa no período –, com poucos recursos para treinamento e pouco espaço para aulas práticas nos serviços de saúde disponíveis. No século XIX eram poucas as mulheres que davam à luz fora de casa, poucas enfermeiras para gestantes e nos estabelecimentos em que elas existiam, como a Santa Casa, havia resistência à entrada dos homens. Martins (2004), lembrando os comentários de Fernando Magalhães¹², afirma que “grande parte do problema teria sido contornado se houvesse maior empenho do Governo Imperial com a instrução de nível superior, doando verbas para a construção de laboratórios e para a aquisição de novos livros” (p.146).

Com a reforma de 1832, que transformou as Escolas em Faculdades de Medicina, foi criado também um curso para parteiras, com duração de um ano, mais

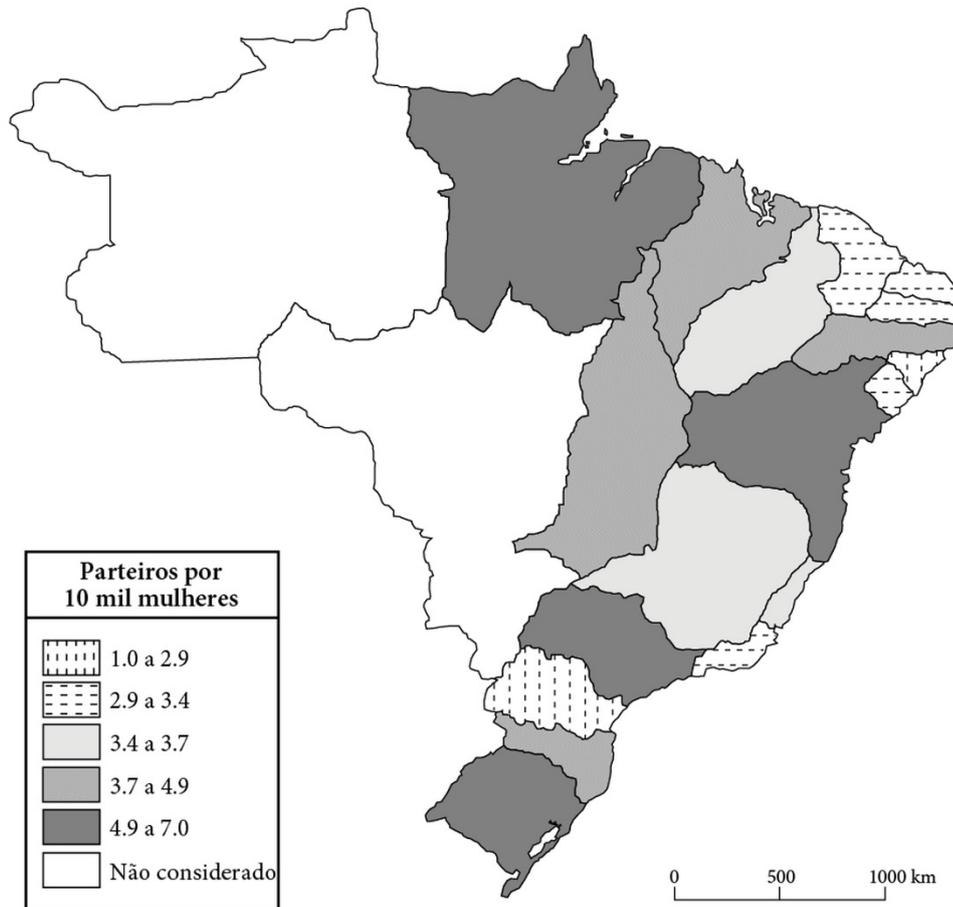
¹² Fernando Magalhães (1878-1974) foi um médico obstetra carioca descrito como fundador da Escola Obstétrica Brasileira. Mais detalhes sobre sua trajetória são abordados na seção seguinte.

tarde estendido para dois anos. As exigências para entrada também aumentaram: primeiramente deveriam ser alfabetizadas, ter no mínimo 18 anos, terem um atestado de bons costumes – o que não era exigido dos estudantes de medicina – e deveriam pagar uma matrícula de 20 mil réis. Depois, a idade passou para 21 anos, deveriam ter autorização do pai ou do marido e eram avaliadas nos exames preparatórios o domínio das quatro operações e do francês. Em uma nova reforma, em 1879, o curso passou a chamar-se Obstetrícia e Ginecologia, a exigir conhecimentos de Português, Francês, Aritmética, Álgebra e Geometria, além de passar a admitir estudantes do sexo masculino – no mesmo ano em que mulheres puderam ingressar no curso de Medicina. As exigências explicam, ao menos em parte, a quantidade de alunas formadas: foram apenas 21 alunas durante os anos de 1832 e 1891, no Rio de Janeiro e apenas três no mesmo período em um curso em funcionamento em Recife¹³. No Rio, a primeira delas foi Marie Josephine Mathilde Durocher, conhecida como Madame Durocher – a primeira mulher admitida na Academia Imperial de Medicina (Mott, 1999a, 2002).

Em conjunto com as parteiras estrangeiras imigradas no Brasil, as formadas atuaram em parceria com os médicos, nas Casas de Saúde, nas enfermarias que aos poucos começaram a receber mais gestantes e a aceitar estudantes. No entanto, como os homens da medicina, as parteiras profissionais tinham suas divergências culturais com as parturientes, uma vez que provinham de diferentes camadas sociais. Isso era evidente nos cuidados prestados às mulheres cativas, com as quais estudantes e recém-formados realizavam suas práticas (Mott, 1999b; Mott et al., 2007; Telles, 2022).

¹³ Mott (1999b), com base no argumento de Jacques Gélis sobre o contexto europeu, levanta a hipótese do baixo engajamento estar relacionado não como uma necessidade percebida de reduzir a mortalidade materno-infantil, como ocorrida na França, Inglaterra e Prússia, mas de uma imposição dos médicos que buscavam imitar o modelo europeu.

FIGURA 1 - NÚMERO DE PARTEIROS E PARTEIRAS POR 10 MIL MULHERES, BRASIL, 1872



Fonte: Alencastro (2019)

O direcionamento dos conhecimentos sobre o processo reprodutivo foi para todas as mulheres, mas se deu de formas diferentes de acordo com o seu estatuto social. Se, como já mencionado, para as mulheres da elite foi pensado na exaltação da maternidade e da família, para as mulheres escravizadas a preocupação com a gestação e o parto se deu a partir de um aumento do interesse da reprodução biológica do trabalho escravo, quando o tráfico transatlântico de escravizados foi proibido pela Inglaterra, no contexto da expansão do mercado consumidor inglês e pressão para a instauração do assalariamento e, posteriormente, de fato implementado. Apesar do tráfico interno em direção ao sudeste e às lavouras de café, a reprodução da mão-de-obra escrava não estava assegurada e os médicos passaram a sugerir formas de garantir a reprodução pela via biológica (Roth, 2021; Telles, 2022).

Para além das condições de vida que as mulheres cativas eram submetidas que dificultavam ou impossibilitavam a concepção, a gestação, a parturiação ou a

sobrevivência do recém-nascido, a crueldade imposta no regime da escravidão aumentava no período de gravidez, seja por suspeita de paternidade após violência sexual cometida pelo senhor, por punição por se relacionar com outro homem, pela diminuição do ritmo de trabalho e o percebido prejuízo financeiros que poderia acarretar. Além disso, havia a possibilidade de aluguel ou a venda para longe, por vezes como forma de punição, e a perspectiva de aluguel como ama de leite durante o puerpério (Ariza, 2021; Telles, 2022). Essas violências não eram recebidas passivamente, existindo registros de resistência, como mulheres cativas que recorriam ao aborto e ao infanticídio, além de, como relata Telles (2022), terem sido registradas fugas, com apoio de redes de cativos e libertos, no contexto perinatal.

Apesar desse contexto ser reconhecido e descrito em produções médicas, ele era raramente questionado. Na realidade, a atuação dos médicos – e das parteiras profissionais – se inseriu na lógica de perpetuação de violências contra a população negra, como aconteceu com as gestantes e parturientes cativas de outros países da América, como os Estados Unidos (Owens, 2017). Então, se antes essas mulheres eram atendidas por outras mulheres escravizadas, pelas senhoras da casa ou pela parteira da comunidade, passaram a ser atendidas por profissionais que providenciavam cuidados diferentes daqueles prestados às mulheres brancas. Não há registro, por exemplo, de oferta de clorofórmio ou éter como forma de anestesia ou analgesia para as mulheres negras, somente como estratégia para relaxamento do colo do útero para progressão do trabalho de parto. A crença de que a parturiação era mais fácil para as mulheres de ascendência africana, que se revelava também como argumento para o rápido retorno ao trabalho no pós-parto, é registrada em relatos de viajantes no país e em escritos dos profissionais (Pimenta, 2018; Telles, 2022).

Lorena Féres da Silva Telles (2022) encontrou também relatos de uso de fórceps sem consentimento, contando com quatro pessoas para conter a parturiente, além da realização frequente de embriotomias e craniotomias, sem reflexões acerca do trauma impelido nas mulheres. Esses registros são importantes para a compreensão de como o avanço científico na obstetrícia aconteceu de forma diversa para mulheres de diferentes classes sociais e de acordo com o seu estatuto de liberdade. Uma das soluções para a falta de estrutura para treinamento dos estudantes de medicina se deu com o atendimento às mulheres escravizadas, crioulas e brancas pobres. Com anúncios em jornais com relatos de caso, os médicos

passaram a ser chamados com mais frequência à casa dos senhores para realizar atendimentos.

Posteriormente, com a fundação de Casas de Saúde, estabelecimentos com enfermaria para receber gestantes, liderados por médicos e com apoio de parteiras treinadas, segregavam o atendimento de mulheres livres das mulheres escravizadas, enviadas para lá – e em 1881 para a maternidade criada em parceria com o poder público e encerrada por interrompimento do financiamento – para garantir que teriam controle sobre o destino da criança e da mulher, alugada como ama de leite. Tanto na casa de saúde, na maternidade municipal e na enfermaria da Santa Casa, as condições de higiene e atendimento eram bastante precárias, com reclamações frequentes não só das gestantes, mas dos estudantes e profissionais que lá atuavam. Nesses ambientes insalubres eram realizados procedimentos cirúrgicos, incluindo a cesariana (Brenes, 1991; Mott, 2002; Telles, 2022).

O programa do “*curso de partos, molestias das mulheres pejudas e recém-nascidos*” de 1832, assinado pelo professor da cadeira, o Dr. Barão de Itapoan, já constava o ensino da “cesareana”, também denominada gastro-hysterectomia, entre as operações obstétricas em que são lesados órgãos maternos, mas são poupados os dos produtos da concepção. Estava em oposição às “operações em que ficam intactos os órgãos maternos, sendo pelo contrário, de acordo com a lei e a moral, sacrificados o do feto, ou a embriotomia” (Brasil, 1882, p. 69). A prerrogativa da época era de que em caso de necessidade a vida da mulher deveria ser preservada, o que tornava possível e aceitável a realização do aborto¹⁴. Alguns médicos, como mencionado por Brenes (1991), chegavam a defender que a cesariana deveria ser um crime, uma vez que quase sempre resultava na morte da parturiente defendendo que esta deveria ser um crime, uma vez que quase sempre resultava na morte da mulher. Além disso, o uso de clorofórmio como anestésico só passou a estar, segundo Mott (2002, p. 198), disponível em 1847, antes disso sendo realizado somente *post mortem*.

¹⁴ Isso justificaria a realização do aborto em casos considerados necessários pelos médicos. Segundo Brenes (1991) “o discurso anátomo-patológico permitia a interrupção da gravidez, pelo parteiro (ou médico-parteiro) desde que algum sinal anatômico indicasse risco de vida para a mulher. Podemos apreciar este fato nas falas de médicos (parteiros), onde o aborto é indicado é indicado diante de vícios de conformação da bacia congênita ou adquiridos (raquitismo, *osteomalácia*); *hidropesias* excessivas de *omnios*; deslocação irreduzível do útero; ruptura uterina; hemorragias uterinas rebeldes; aneurisma aórtico; lesões orgânicas do pulmão; *hydiopericárdio*; *hydrotórax*; alienação mental; vômitos rebeldes; vícios que diminuem o diâmetro da bacia” (p. 2)

Contudo, a primeira cesariana atribuída a José Correia Picanço, Barão de Goiânia em 1817, em Recife, apesar de contestada pela sua avançada idade na época e pela ausência de registro, é dita ter sido realizada em uma mulher escravizada. A segunda cirurgia, também sem evidências, teria sido realizada por Jeronymo Alves de Moura. Já em 1855, foi divulgado que Luiz da Cunha Feijó, Visconde de Santa Izabel, a realização de uma cesariana por desproporção cefalopélvica, na qual sobreviveu o feto e morreu a mulher dias depois (Rezende Filho; Montenegro, 2016). Tudo indica, segundo Telles (2022) que essas mulheres seriam negras e escravizadas, uma vez que a preservação de suas vidas era mais facilmente relativizada, especialmente em um cenário que havia possibilidade de sobrevivência do feto.

No entanto, com o avançar da gestação da economia cafeeira, como coloca Furtado (1998), e com as transformações advindas com a abolição e a Proclamação da República, em 1888 e 1889, respectivamente, as prioridades se alteraram, bem como as possibilidades de assistência, com o surgimento de novas tecnologias. Isso se refletiu nos hábitos, interesses e atuação dos profissionais de saúde. Contudo, Império ou República, a política adotada pelo “Estado agrário foi, sem dúvida, providencial à corporação médica” (Costa, 1979, p. 74).

5.3 FILHAS E FILHOS DA REPÚBLICA, 1889-1929

O período da Primeira República no Brasil se deu em um contexto internacional bastante peculiar da história mundial: de relativa paz entre as grandes potências mundiais à Primeira Guerra Mundial e à Grande Depressão. A *pax britannica*, como ficaram conhecidos os anos da hegemonia da Inglaterra, foi marcado pela articulação entre os interesses expansionistas das potências e dos interesses de lucro da alta finança, que faziam-se valer pela força dos navios de guerra ou “manobrando atempadamente os fios da rede monetária internacional” (Polanyi, 2021, p. 134).

O Brasil deste período herda as relações de poder internas e externas, expressas, por exemplo, nas suas elites latifundiárias e na dívida externa do período monárquico. A Proclamação da República, contudo, aproxima o país dos Estados Unidos, que inspira a constituição de 1891. A república federativa preconizada guardava a autonomia dos estados para, por exemplo, manter forças militares e organizações jurídicas próprias, contrair empréstimos com credores estrangeiros. No

entanto, a União ainda resguardava o direito sobre as Forças Armadas nacionais e o monopólio de criação sobre bancos emissores de moeda. Além disso, tomou para si funções antes concedidas à Igreja, como o casamento, passando a ser reconhecido apenas o casamento civil (Fausto, 2019). No entanto, ao final do século XIX, a concubinação continuava a ser a forma predominante de arranjo doméstico entre as classes populares (Mott; Maluf, 2021).

A promoção da família e do casamento, como visto em outros países na transição para o capitalismo, foi visto também no Brasil (Federici, 2021). Assim, segundo Maria Lucia Mott e Marina Maluf (2021), o discurso sobre papel da mulher foi sendo reforçado por argumentos médicos, a sua função passa a ser gerar crianças para a pátria e a família passa a ser vista como um “pequeno Estado” e havia uma “crença de que a riqueza e o poder de um país estavam na proporção direta ao número de habitantes (...). A saúde das mulheres passava a interessar aos médicos, legisladores e governantes, por sua capacidade de reproduzir filhos vivos e saudáveis” (Mott, 2002, p. 201). Esse pensamento é ilustrado pela fala do médico Domeque de Barros, no Congresso Brasileiro de Medicina, em 1907:

“Socorrer a mulher grávida é proteger com sabedoria (...) a diminuição da letalidade infantil e materna e trará, como consequência, (...) o aumento sempre crescente da população, pelo nascimento de seres sadios, forças vivas e elementos primordiais do poder de uma nação. Socorrer a mulher gestante é impedir um grande número de abortos acidentais e concorrer para diminuir abortos criminosos, e (...) os inúmeros infanticídios: é ainda reduzir a cifra enorme de partos prematuros, é enfim pugnar pelo nascimento de crianças vigorosas e sadias” (Barros, 1907, p. 496-497 Mott, 2002, p. 202)

A ideia de “saudável” neste contexto passava também por uma perspectiva eugênica, para a qual os médicos – tanto no âmbito nacional quanto internacional – serviram como produtores e disseminadores deste modo de pensamento. O Brasil primeiro país da América Latina a ter um movimento eugênico organizado, que esteve associada a uma série de “a uma série de congressos e conferências e à legislação social sobre bem-estar infantil, saúde materna, direito de família, controle de doenças infecciosas e imigração” (Hochman; Armus, 2004, p. 333)

Segundo Hochman (2012), a saúde neste período serviu tanto como catalizadora das capacidades do Estado, como foi possibilitada por essa expansão das funções estatais. A percepção da interdependência, como o autor coloca, na transmissão de doenças e seus impactos econômicos, criou uma consciência entre

as elites brasileiras, facilitando a permeabilidade do discurso sanitarista. Em 1896 é criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que é posteriormente substituída pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1923. No contexto desta última, é pensada alguma assistência às gestantes e a regulação das condições das maternidades. Além disso, é criada primeira escola de Enfermagem Moderna, de Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde, atual Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ, com apoio da Fundação Rockefeller.

Os médicos não receberam passivamente as mudanças da atuação do Estado que passava a regular mais a profissão. Anteriormente, apesar de existirem as faculdades, o aprendizado da medicina poderia se dar também por cursos livres. Com a República, aconteceu uma “transição do perfil liberal da relação entre Estado e sociedade para uma postura crescentemente intervencionista e reguladora” (Neto, 2001, p. 108). Isso incluiu uma limitação no número de faculdades por cidade. Além disso, discutia-se no Congresso Nacional de Práticos de 1915 a limitação do número de matrículas, o currículo e a qualidade da formação.

Neto (2001) apresenta paralelos com a Reforma Flexner ocorrida nos Estados Unidos, na qual as condições do ensino médico passaram a ser avaliada e as exigências apresentadas aos estudantes – como dedicação exclusiva ao curso – acabou por elitizar ainda mais a profissão, reduzindo tanto o número de futuros médicos quanto os estabelecimentos de ensino. No entanto, enquanto nos EUA foram criados órgãos próprios para a implementação da Reforma e manutenção dos interesses corporativos, no Brasil os médicos recorreram ao Estado. Contaram também com o apoio do aparelho estatal para arbitrar (em seu favor) as disputas contra outras categorias profissionais como farmacêuticos, enfermeiras e, claro, parteiras. Buscaram assegurar que as parteiras treinadas estivessem subordinadas tanto na sua formação, quanto na sua prática, à medicina. Na exclusão das parteiras leigas – e na busca pela sua criminalização – empreendiam um esforço para a formulação de leis que resguardassem o mercado para os médicos, ampliando seu monopólio sobre a assistência obstétrica. Vale lembrar que no início do século XX a maior parte dos partos assistidos eram por parteiras, mostrando como o Estado foi utilizado pela categoria como forma de consolidar seu poder.

Curiosamente, existiam queixas tanto do que era percebido como uma crescente intervenção “do Estado no domínio da clínica privada” (Torres, 1923, p. 151

apud Neto, 2001, p. 128) como pelo estabelecimento protocolos para manejo de pacientes com doenças de notificação compulsória. A expansão dos serviços públicos e gratuitos – apesar de agradar higienistas que tinham seus interesses profissionais garantidos – era percebido como uma ameaça aos médicos que atendiam clientes particulares. A solução defendida por muitos, e posteriormente implementada, passava pela segmentação da clientela. Aqueles e aquelas que tivessem condições deveriam pagar pelo atendimento nos hospitais públicos recebendo em troca um cuidado diferenciado (Neto, 2001).

Essa divisão no atendimento era vista também na assistência ao parto. A criação das primeiras maternidades estava associada à prestação de cuidados às mulheres pobres, uma tendência que continuou na República. A crescente percepção da importância do tamanho da população para o crescimento da Nação em construção ajudou a angariar apoio ao projeto maternalista dos médicos junto às elites política e econômica. Havia também entre as mulheres da “alta sociedade” um sentimento de filantropia direcionado à proteção da maternidade e da infância, também em um contexto de luta feminista que se estabelecia entre as mulheres operárias, artistas, intelectuais e com a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino que surge posteriormente (Teles, 2018). Sendo assim, grupos de mulheres foram grandes apoiadoras e organizadoras do projeto que visava a proteção materno-infantil. No Rio de Janeiro, capital do país, a Maternidade de Laranjeiras e a Maternidade Pro-Matre foram dois exemplos de entidades guiadas parcialmente por senhoras voluntárias (Barreto, 2015; Roth, 2024).

A necessidade por um local de treinamento para futuros médicos mobilizava a abertura de locais de atendimento para gestantes, parturientes e puérperas, o que não passava ao lado das disputas na mudança de regime político. Neste contexto, sobressaiu-se a criação da Maternidade de Laranjeiras, projeto do médico e político republicano Érico Coelho, em detrimento da Maternidade de Santa Isabel – projeto do monarquista José Rodrigues dos Santos, cuja construção foi interrompida. O decreto nº 5117, de 18 de janeiro de 1904 cria, na Rua de Laranjeiras nº 66, o que se tornaria a atual Maternidade Escola da UFRJ. Antonio Rodrigues Lima torna-se o primeiro diretor (1906-1914), seguido Hilário Soares de Gouvêa (1914-1917), seguido então de Fernando Magalhães (1915-1924).

Já a Maternidade Pro Matre foi fundada em 1919, mantida pela associação de mesmo nome criada no ano anterior. A Associação Pro Matre tinha como objetivo

prestar assistência para mulheres ditas “desvalidas”, contou com apoio das Damas da Cruz Verde – um grupo de 14 mulheres –, da feminista Stella e, novamente, de Fernando de Magalhães. A amizade com o Presidente Venceslau Braz, juntamente com o prestígio adquirido em sua coordenação da resposta à gripe de 1918 na capital, em parceria com Carlos Chagas, tornou possível a instalação da maternidade em um casarão na Avenida Venezuela, onde antes funcionava uma repartição alfandegária. Ao contrário de Laranjeiras que tinha como público principal mulheres operárias, na Pro-Matre as mulheres assistidas eram principalmente mulheres mais pobres (Barreto, 2011, 2015; Roth, 2024).

Como visto, as duas maternidades tiveram em comum o envolvimento do médico Fernando Magalhães na sua concepção e direção. Nascido no Rio de Janeiro e formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1899. Iniciou na docência com a cadeira de clínica obstétrica já em 1901. Estudou em Viena durante quase dois anos com financiamento do governo brasileiro e, no seu retorno, “recomeça a sua função docente, ávido por transmitir conhecimentos e formar um núcleo de discípulos” (Magalhães, 1944, p. 17). É considerado o pai da obstetrícia brasileira e o fundador da chamada Escola Obstétrica Brasileira.

Magalhães circulava entre a elite médica, intelectual e política. Foi membro e presidente da Academia Brasileira de Letras, membro da Academia Nacional de Medicina, do Conselho Nacional de Ensino da Sociedade de Medicina e Cirurgia. Foi genro do diretor de Saúde Pública Nuno de Andrade e foi ele mesmo deputado do Estado do Rio de Janeiro à Constituinte em 1934 (Barreto, 2015; Magalhães, 1944). Nos ambientes em que circulava, defendia proteção à gestante e a intervenção do poder público nesta área. Em um discurso no Congresso Nacional de Higiene, ele disse que

“A proteção à mulher grávida ainda é, entre nós, uma aspiração: urge executá-la com um vasto programa em defesa da maternidade (...). Cumpre legislar sobre o trabalho, impondo repouso ante e post-partum, determinado a indenização garantida pelas caixas e pelas mutualidades maternas e se, porventura, os defensores teóricos de uma suposta liberdade cerceada tentarem embargar a ação protetora, que se lhe ensine a sentença de Waddington: quando se trata das forças vivas da nação é para o legislador não só um direito, como um dever, intervir e tomar, mesmo à custa de interesses particulares, as disposições necessárias (...). Imprescindível e inadiável é a criação do serviço de assistência à mulher mãe, desde já representada pela construção de maternidade em pontos diversos do Rio de Janeiro” (Magalhães, 1944, p. 21).

Nas suas atividades em defesa das gestantes, pode-se enquadrar seu esforço para o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas da cesariana. Em um período no qual essa via de nascimento ainda não era disseminada, e a embriotomia era o procedimento de escolha em caso de intercorrência – resultando na morte do feto. Segundo Roth e Teixeira (2021), no final do século XIX, apesar da doutrina da Igreja Católica – religião popular entre médicos brasileiros – considerar o início da vida no momento da concepção e banir a realização de abortos terapêuticos no terceiro trimestre, muitos profissionais invocavam a soberania da prática médico-científica, fortemente influenciados pelo discurso europeu da época.

Entre 1922 e 1926, somente 16 embriotomias foram realizadas na Maternidade de Laranjeiras – onze delas já após morte fetal – em um total de 2823 pacientes, de acordo com os relatórios clínicos mensais publicados na *Revista de Gynecologia e d'Obstetricia*. Em parte deste período, Magalhães era o diretor da maternidade e, segundo Rezende (1992), “qualquer outro chefe da escola (...) jamais permitiria que nos seus serviços fossem experimentadas técnicas alienígenas e, ao tempo, litigiosas. Magalhães demonstrando o seu alto espírito, permitiu, e o que é mais, incentivou os que ensaiavam (...)” (p. 45). Entre os procedimentos testados estão a técnica de Krönig, a cesariana baixa, a operação de Portes, a cesariana média, histeriotomia cérvico-segmentária arciforme à maneira de Kerr (Rezende, 1992).

Magalhães publica, em 1922, um conjunto de memórias e anotações de casos clínicos de 161 casos de cesariana, na qual ele diz: “Devo ter sido eu o maior responsável pelo crescimento moderno da operação cesariana (...). Aumentaram consideravelmente as cesarianas no Rio de Janeiro, mas, em compensação, quase desapareceram as operações mutiladoras” (Magalhães, 1922, apud Rezende, 1992, p. 41). No mesmo documento, ele indica uma taxa de mortalidade materna de apenas 6,8% e de óbito fetal de 2,6% para as cirurgias realizadas por ele. No entanto, apesar dos dados apresentados por ele e posteriormente elogiados por seus discípulos, como Jorge de Rezende, que ratifica das baixas taxas de mortalidade materna das operações realizadas por Magalhães, a historiografia recente tem discutido suas estratégias. Barreto (2015) relata denúncias da imprensa da época envolvendo casos de morte materna em assistência prestadas por Magalhães enquanto era diretor da maternidade. Cassia Roth (2024), a partir da análise de documentos, conta que, em 1922,

“ uma mulher ‘preta’, anônima, de 20 anos, foi à Maternidade de Laranjeiras para dar à luz seu primeiro filho. Fernando Magalhães decidiu fazer uma cesariana por causa da pequena pelve da mulher e do ‘feto volumoso’. Mas o procedimento foi mortal – a mulher morreu de peritonite. Quando Magalhães fez a autópsia, descobriu que a sutura uterina estava aberta e infectada. Suas notas clínicas não faziam menção a negligência ou responsabilidade médicas” (p.262).

A maior parte das mulheres brasileiras na virada do século XIX para o século XX, contudo, ainda tinha seus filhos em casa, longe da realidade das maternidades. A Tabela 1 ilustra essas informações para a capital do país: em 1903, por exemplo, 98,3% dos partos aconteceram fora dos domicílios no Rio de Janeiro. Os médicos, também por considerarem a assistência no domicílio mais trabalhosa devido a “necessidade de vigilância imediata e penosa” (Santana e Gonzaga, 1931, p. 84 apud Mott, 2002, p. 204), passam a recomendar o parto em ambiente hospitalar.

TABELA 1 - LOCALIZAÇÃO DOS NASCIMENTOS REGISTRADOS, RIO DE JANEIRO, 1894-1903

Ano	Total de nascimentos	Nascimentos fora do domicílio	Nascimentos em domicílio como % do total de nascimentos
1894	15.541	61	99,61
1895	17.529	72	99,59
1896	17.537	43	99,75
1897	18.416	296	98,39
1898	18.377	316	98,28
1899	18.776	444	97,64
1900	18.991	412	97,83
1901	18.476	339	98,17
1902	18.623	411	97,79
1903	17.879	305	98,29

FONTE: Roth (2024)

Contudo, o esforço dos profissionais para disseminar a assistência obstétrica – e realizar intervenções como a cesariana – encontrava um obstáculo bastante concreto: a falta de infraestrutura. Apesar da permeabilidade do discurso maternalista no espaço político, ele não se traduzia no financiamento público necessário para implementação deste projeto. Durante a Primeira República, “o Estado não estava organizado no período para exercer essa função, como a própria sociedade discutia se essa era tarefa sua” (Mott, 2002, p. 202). E, como Roth (2024) coloca, “às vésperas da ascensão de Vargas ao poder, obstetras continuavam a argumentar que o parto era uma área crítica que precisava de intervenção profissional (...)” (p.97).

5.4 CONCEBENDO O ATUAL SISTEMA, 1930-1963

Os anos entre 1930 e 1963 observaram uma grande mudança no sistema internacional, inicialmente marcados pela crise e pela guerra e, posteriormente, pela ascensão dos Estados Unidos da América como potência bipolar e seu confronto com a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Se em princípio a resposta à Quebra da Bolsa de Valores de Nova York foi mais *laissez-faire* – o que havia facilitado a crise, em primeiro lugar – o *New Deal*, as economias de guerra e a estratégia adotada pelos EUA para contenção soviética na Guerra Fria tornou possível, aceitável e até popular uma nova visão sobre a atuação do Estado na economia. A ameaça do socialismo real e o movimento da classe trabalhadora permitiram a promoção de um Estado de bem-estar social no centro do capitalismo, na sua chamada “Era de Ouro” (Hobsbawm, 2013; Polanyi, 2021).

Para o então Terceiro Mundo, a estratégia dos EUA passava pela promoção do desenvolvimento, o que contava com a construção de uma ordem internacional à sua imagem e semelhança – ou, ao menos, de acordo com seus interesses. A Organização das Nações Unidas (ONU) – com seus diferentes órgãos e agências, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial – e a ajuda técnica e econômica aos países ditos subdesenvolvidos, conforme preconizado pelo discurso inaugural do Presidente Truman em 1949, abre caminho para a criação da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e para a intensificação da atuação de organizações estadunidenses públicas e privadas para além das suas fronteiras (Bandeira, 2017; Hobsbawm, 2013; Mazower, 2013).

No Brasil, a Crise de 1929 intensificou fraturas políticas já existentes, atingindo em cheio a base da economia do país – a cafeicultura –, criando o plano de fundo para a Revolução de 30 e a ascensão de Getúlio Vargas. Primeiramente no governo provisório, depois como presidente eleito, no Estado Novo e depois novamente democraticamente eleito. Fausto (2019) descreve o período getulista como uma “troca de elite do poder sem grandes rupturas” (p. 327). No entanto, o governo Vargas marcou a história das políticas sociais do país, estabelecendo um parâmetro para seus sucessores: uma continuação, um aprofundamento ou um rompimento com a sua política. Por meio de uma série de transformações, especialmente burocráticas, centralizou a atuação do Estado, agregando também em

seu seio os conflitos existentes na sociedade, como aqueles entre a indústria e a o setor cafeeiro, entre o operariado e o setor patronal (Draibe, 2007; Fausto, 2019).

A saúde, neste contexto, tornou-se parte da construção do Estado brasileiro, de um Estado propriamente capitalista, dando continuidade ao processo que havia se iniciado com a República. Como Cristina Oliveira Fonseca (2007) coloca a “saúde foi instrumento do processo de construção do Estado e de sua capacidade administrativa” (p.29). Ela explica que apenas os interesses e a ação de grupos específicos – como dos sanitaristas, por exemplo – não são suficientes para entender a atuação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP), fundado já em 1930. É necessário, portanto, olhar para a atuação e interesse do Estado brasileiro naquele momento. A política era centralizadora, contestando interesses regionais e locais, mesmo sendo necessário se articular com eles.

Além do MESP, Ministério da Educação e Saúde (MES) a partir da reforma administrativa de 1937, a saúde brasileira é estruturada também pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). O primeiro representava uma certa continuidade do DNSP da década de 1920 e tinha como objetivo e atingir aqueles que não estavam cobertos por órgãos previdenciários e questões que afetassem – como o próprio nome sugeria – a coletividade. As mulheres e as crianças constituíram um grupo de interesse especial para o governo sendo criadas, por exemplo, Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância dentro do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Tinha, no entanto, também um foco de prevenção de endemias como seu predecessor. Ao longo dos anos, especialmente após a redução dos impactos da crise e com a instauração do Estado Novo – que concentrava poderes e, portanto, capacidade de atuação do governo – o escopo de atuação estatal foi se ampliando (Fonseca, 2007; Torres, 2023).

Por outro lado, a política adotada a partir do MTIC era uma substituição das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) com a sua unificação em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) que passam a ser divididos por categorias profissionais, deixando de ser organizações privadas e passando a autarquias, com maior poder decisório do Estado. Braga e Paula (2018) explicitam que esse foi, de fato, o início da medicina previdenciária no país. Essa medicina, especialmente com os avanços tecnológicos após a Segunda Guerra Mundial, tornou-se essencialmente hospitalar, curativa e cada vez mais cara, comprando serviços de saúde do setor privado. Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), a estrutura administrativa da

saúde instituída neste período, incluindo a separação organizacional da saúde pública e da medicina previdenciária, permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde, em 1953.

O interesse do Estado nas questões de saúde implicava também um interesse na construção (ou reforço) de um ideal de feminilidade pautado na maternidade, associando essa a um serviço em prol do desenvolvimento da nação. É possível observar uma inspiração no pensamento eugênico, para o qual o casamento e a reprodução eram elementos centrais para o desenvolvimento de bons cidadãos que se daria por meio da “higiene da raça”. Getúlio Vargas (1939), respaldava politicamente esse pensamento, dizendo em um discurso que acreditava que “este desejo de melhorar a raça, de dar ao país gente forte e sadia, encontra ampla compreensão em todos os setores das atividades nacionais” (p. 159). Os médicos, por sua vez, davam a chancela científica para esta lógica e, neste contexto, ginecologistas e obstetras, tinham papel de destaque¹⁵. A Dra. Antonietta Morpurgo, por exemplo, sugere que a proteção à maternidade – que poderia ser prestada com assistência obstétrica domiciliar – seguindo preceitos higiênicos e morais poderia acabar reduzindo o número de abortos e aumentando a natalidade (Rohden, 2003).

Essa valorização das mulheres como mães, para além de esforços individuais, tornava-se parte do projeto de construção nacional e uma prioridade que “identificava o Estado como responsável por seus cidadãos antes mesmo de seu nascimento e tomava para si a tarefa de assegurar um desenvolvimento saudável para todos” (Fonseca, 2007, p. 57). Isso inaugura uma nova era para a saúde reprodutiva no país, uma vez que, ao contrário do que acontecia até então, pautada em atitudes individuais e filantropia. Torna-se – em consonância com outras medidas – um projeto de Estado. O Decreto-Lei 2.024, de 23 de fevereiro de 1940, estabelece as bases para a assistência à maternidade, infância e adolescência em todo país, prevendo a criação de estruturas burocráticas no âmbito estadual e municipal para a provisão de serviços públicos nesta área, além de incentivar a participação do setor privado.

Em um discurso em contexto eleitoral em Volta Redonda, Vargas aborda explicita bem a visão de seu governo, especialmente a articulação entre sua política

¹⁵ Tanto o prestígio da medicina junto ao governo – quanto a ampliação do poder burocrático do Estado – podem ser vistas com a regulamentação do Conselho Federal de Medicina, iniciada ainda no período Vargas, e sancionada por pelo Presidente Juscelino Kubitschek, também ele médico, dando origem à Lei Nº 3.268 de 30 de setembro de 1957 (Luz, 1999).

social e política de emprego, alegando a importância de uma assistência “convenientemente organizada à gestante, à maternidade e à infância como complemento normal do salário e não como assistência de caridade”. (*Estudos para discursos sobre...*, 1950, p. 2). Em outro momento, no seu discurso de Natal no ano de 1939, o Presidente reforça sua política:

“O meu Governo tem-se empenhado em garantir aos trabalhadores, aos que não dispõem de recursos acumulados e vivem do labor quotidiano, as condições de estabilidade econômica necessárias à manutenção da prole. A legislação em vigor e as instituições de previdência coletiva, em promissor desenvolvimento, se completam nos resultados e mostram o acerto da nossa política de valorização do homem de trabalho. Impunha-se, contudo, alargar a atuação do poder público, e diversas providências se adotaram nesse sentido. Já foi autorizado o plano de construção e instalação de cerca de cinquenta maternidades e lactários, distribuídos por todos os Estados” (Presidência da República, 1939, p. 158)

O empenho não era apenas discursivo e resultados práticos passaram a ser respaldados também pela legislação: em 1932 regulamentou-se questões de trabalho para a operária grávida, na Constituição de 1934¹⁶ coloca-se o amparo à maternidade e à infância como obrigação da União, dos estados e dos municípios, além de considerar pela primeira vez a família como alvo de proteção especial do Estado – e, naquele momento, constituída pelo casamento indissolúvel. A Constituição de 1937 também previa a proteção da família e da trabalhadora gestante e o estatuto do funcionalismo público de 1939 concedia afastamento de três meses (Rohden, 2003).

A centralidade da pauta podia ser vista também na execução de políticas de saúde materno-infantil e na circulação de membros do governo, em especial o Ministro Gustavo Capanema – onze anos à frente do Ministério da Educação e Saúde. Em 1940, por exemplo, ocorreu o I Congresso de Ginecologia e Obstetrícia, organizado pela Sociedade Brasileira de Ginecologia. O evento contava com apoio do governo, tendo sido realizado nas dependências do Palácio e tendo Capanema discursado na sua abertura e no seu encerramento (Rohden, 2003; Schwartzman; Bomeny; Costa, 2000). Disse ele, na abertura:

¹⁶ A partir de 1934, todas as Constituições brasileiras – de 1937, 1946, 1967 e 1988 – passaram a constar ao menos um artigo garantido proteção da família e da maternidade.

“está o Ministério da Educação e Saúde empenhado na realização de um empreendimento de magnas proporções e que está a exigir, não apenas do Governo Federal, mas de todos os brasileiros, além da vontade enérgica, espírito esclarecido e atilado. É a obra nacional de proteção à maternidade e à infância, colocada entre as primeiras preocupações governamentais de nosso país. Nós, brasileiros, temos um programa enorme de realizações no terreno da economia e no terreno da cultura. Queremos tornar nossa pátria, cada vez mais, numerosa na população (...). Mas este engrandecimento está, sob todos os aspectos, condicionado à qualidade de nosso homem, ao seu valor biológico, ao seu valor moral e intelectual. E é, fora de dúvida que a boa qualidade do homem só pode decorrer da geração sadia e forte a qual é em grande parte um resultado da saúde materna, da maternidade vigorosa e perfeita”. (*Discurso proferido no...*, 1940, p. 1).

Esse discurso de uma “maternidade cívica” era ecoado, apoiado e ampliado por políticos de outras esferas, intelectuais, médicos, religiosos e até mesmo por operários e militantes – fossem eles anarquistas, socialistas ou comunistas. Essa suposta valorização das atividades entendidas como femininas acontecia ao mesmo tempo em que o próprio processo de industrialização desvalorizava uma série de atividades domésticas, como a produção de alimentos. O espaço das mulheres nas fábricas não estava garantido – e, como dito, não era bem-visto – e as trabalhadoras industriais eram progressivamente empurradas para fora. Composto principalmente de mulheres brancas imigrantes ou de ascendência europeias, eram vistas como suscetíveis aos discursos do feminismo que, em conjunto com o trabalho fora de casa, levaria ao não cumprimento da sua função natural de mães e esposas, atrapalhando o futuro da Nação (Rego, 2007; Rohden, 2003).

Foram vistos avanços – o sufrágio feminino, por exemplo, foi consagrado na Constituição de 1934 – e uma mudança nos costumes: o nível de escolaridade feminina aumentou e o casamento arranjado foi se tornando menos popular, apesar da influência familiar na escolha do marido. O amor romântico era agora considerado importante para uma união se concretizar, no entanto, “o amor só seria aceitável se não rompesse com os moldes convencionais de felicidade ligada ao casamento legal e à prole legítima” (Bassanezi, 2007, p. 619). Na escolha formativa, essa menção à família também era vista: o magistério era uma opção popular, uma vez considerada mais próximas das inclinações naturais da mulher ao cuidado. O exercício da profissão após o casamento era, contudo, incerto. A maternidade, pelo contrário, ainda era incontestavelmente entendida como o destino natural (Bassanezi, 2007; Marques; Melo, 2008).

A expressão *modernização conservadora* – utilizada muitas vezes para se referir ao Brasil de meados do século XX no plano político-econômico – também pode ser utilizado para caracterizar a situação da mulher e a assistência à sua saúde, também circunscrita à maternidade. Em um relatório realizado pela divisão de assistência à maternidade do Mesp, sobre as condições da assistência ao parto no Distrito Federal, é possível ter um panorama das condições da atenção às gestantes em ambiente hospitalar neste período:

“As fichas são geralmente feitas de maneira incompleta, sobretudo no que diz respeito ao exame geral da gestante – nada dizem do aparelho circulatório e respiratório na maioria dos casos. O exame obstétrico as vezes não é feito ou feito incompletamente; não raro a gestante é examinada uma única vez nesse particular. Os aparelhos de tomada de pressão arterial, via de regra, não funcionam, estão deteriorados”. Ainda dizem, sobre “atualmente os boletins mensais dizem de tudo, menos dos resultados da gestão ou do tratamento, se o feto nasceu vivo ou morto, se o parto foi natural ou operatório, o puerpério apirético ou infectado (...). A direção do serviço se enche de boletins e não pode tirar conclusão alguma a respeito da eficiência do trabalho, de maneira a poder reformá-lo ou melhorá-lo, nem tem noção exata do andamento das coisas nos diversos ambulatórios” (Serviço de Puericultura do Distrito Federal, 1937, p. 4).

Apesar da crítica à falha na provisão de informações, o inspetor levantou alguns dados sobre a situação, partindo da visita a 14 instituições de saúde da capital. Segundo o documento, a taxa de natimortalidade era de 85,80/1.000 – o que representava um crescimento comparado com os dados de 71,70/1.000 e 69,56/1.000 dos anos de 1903 e 1920, respectivamente – e as principais causas eram sífilis e intoxicação gravídica. Das mortes intraparto, que corresponderam a 53,5%, a falha na assistência foi apontada como principal causa. Já a taxa de mortalidade materna era de 8,31/1.000, podendo ser reduzida, segundo o relator, com um aumento na qualidade dos serviços de pré-natal e com a expansão dos serviços – que tinha como empecilho a dotação orçamentária. O Rio de Janeiro contava com apenas 350 leitos, com capacidade de atendimento de 9.100 partos ao ano – cerca de 25% do necessário caso todos os partos ocorressem em ambiente hospitalar¹⁷. E, como mostra a Tabela

¹⁷ Existia na época iniciativas de profissionais para ofertarem serviços domiciliares. No entanto, a casa deveria ter estrutura mínima para atendimento – no Rio, nos serviços organizados pelo médico Clóvis Corrêa da Costa, era exigido casa com banheiro, piso de ladrilho ou assoalho, cômodo com janela, além de ser acessível por automóvel. Experiências similares foram realizadas em Salvador e, segundo José Adeodato Filho, ocupavam menos recursos que o atendimento hospitalar, além da percebida vantagem de não retirar a parturiente – muitas vezes já mãe – do ambiente doméstico (Mott, 2002).

2, a maior parte dos nascimentos de fato aconteciam fora do ambiente hospitalar, mesmo na capital do país.

TABELA 2 - LOCAL DE NASCIMENTOS REGISTRADOS, RIO DE JANEIRO, 1936-1938

Ano	Total de nascimentos	Nascimentos em hospitais	Nascimentos fora de hospitais como % do total de nascimentos
1936	37.134	7.564	79,63
1937	36.190	8.692	75,98
1938	37.498	6.394	82,98

FONTE: Roth (2024)

Em São Paulo, dados de prontuários de oito anos da década de 1930 levantados pelo Chefe do Serviço de Pré-Natal da Inspeção de Higiene e Assistência à Infância, mostraram que 85% das mulheres haviam sido atendidas por parteiras leigas, 10% por parteiras diplomadas e apenas 5% havia tido partos em hospitais e maternidades. No entanto, na década seguinte, treze estabelecimentos de saúde foram criados na cidade com o intuito de prover assistência às gestantes e parturientes, além de servirem de campo de ensino e prática para estudantes do curso de medicina e de parteiras, no caso da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas e do Hospital São Paulo (Mott, 2002). Com isso, como mostra a Tabela 3, a porcentagem de mulheres cujos partos ocorreram em ambiente hospitalar chega a quase 30% em meados da década de 40.

TABELA 3 - NASCIMENTOS DOMICILIARES E HOSPITALARES, SÃO PAULO, 1945

Ano	Nascidos vivos	Natimortos	Total de nascimentos
Domicílio	28.219	1.017	29.236
Hospital	11.185	1.055	12.240
Total	39.404	2.072	41.476

FONTE: Mott, 2002

Apesar de representar somente uma parte dos estabelecimentos de saúde no Brasil – somente aqueles que concederam os dados – sem indicar quais os tipos, nem a sua localização, a Tabela 4 é interessante para ilustrar a baixa incidência de cesarianas no país, ao mesmo tempo que compara com o número de embriotomias.

TABELA 4 - CESARIANAS E EMBRIOTOMIAS EM ALGUNS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO BRASIL, 1936-1938

Ano	1936	1937	1938
Número de estabelecimentos	804	838	923
Número de estabelecimentos que forneceram dados	252	264	321
Número de nascimentos registrados nos estabelecimentos que deram informações	27.905	31.693	33.015
Número de cesáreas realizadas nos estabelecimentos que concederam informações	665	616	645
Taxa de cesariana nos estabelecimentos que forneceram informações	2,38%	1,94%	1,95%
Número de embriotomias nos estabelecimentos que forneceram informações	129	124	151
Taxa de embriotomias nos estabelecimentos que forneceram informações	0,46%	0,39%	0,46%

FONTE: Instituto Nacional de Estatística (1936,1937,1938)

A expansão dos serviços, que continua nos governos seguintes, não ocorreu sem controvérsias. A inserção das parteiras na atuação do Estado, por exemplo, acontecia de forma a subordinar a sua prática ao poder médico. A prestação de serviços de saúde para a gestante também era uma forma de controle, com médicos atuando como força policial na denúncia de mulheres suspeitas de realizarem abortos e infanticídios, fossem elas as gestantes ou parteiras. Muitas continuaram atuando, fossem leigas – tendo algumas passado por treinamentos ofertados pelo governo – ou com educação formal, no domicílio ou nas recém-criadas instituições de saúde. Não era, afinal, interesse dos médicos substituir totalmente a mão-de-obra das parteiras e enfermeiras – uma vez que o trabalho de parto poderia ser bastante prolongado (Roth, 2024).

Contudo, observa-se uma mudança no discurso médico sobre o parto domiciliar e uma valorização do parto hospitalar – que já não era mais o ambiente de surtos de febre puerperal da virada do século – "essa ideia conquista mais terreno até se tornar um modo de aferição do desenvolvimento social e cultural dos povos civilizados" (Santos, 1955, p. 489 *apud* Mott, 2002, p. 205). Os argumentos apresentados eram questões de assepsia e antisepsia, além da prestação de cuidados de enfermagem, possibilidade de ensino de cuidados com o recém-nascido.

Ao longo dos anos 1940 e 1950 é possível verificar um aumento do número de maternidades no país: em 1934, o Anuário Estatístico reporta a existência de somente 18 estabelecimentos de saúde voltados para a assistência ginecológica e obstétrica, em 1936 esse número passa a 22 e, em 1946 são 118. Já em 1948 eram 152 maternidades, com 692 médicos atuando nelas. E, em 1963, são 200 maternidades, 120 delas fora das capitais, totalizando 21.315 leitos de ginecologia e obstetrícia.

A transferência das gestantes da casa para hospital, por sua vez, encontrava resistência, Maria Lucia Mott (2002) em referências às palavras de um médico da época diz que “a mulher brasileira, sobretudo do interior, estava habituada a ver o hospital como um abrigo aos necessitados e desvalidos, sentindo-se humilhada e ofendida em sua vaidade quando aconselhada a se internar num desses estabelecimentos” (p. 205). Foi necessário, portanto, o desenvolvimento de estratégias de atração e convencimento que, no setor privado, passou pela criação de atendimento diferenciado para serviços privados, com alojamentos – e por vezes banheiros – individuais, além da troca frequente da roupa de cama e atendimento com profissional de escolha. A Tabela 5 ilustra uma mudança no perfil das mulheres atendidas na Maternidade de São Paulo em um período de pouco mais de uma década.

TABELA 5 - TIPO DE CLIENTELA ASSISTIDA NA MATERNIDADE DE SÃO PAULO, 1937 - 1945

Ano	Indigente	Pensionista	Total
1933	3.233	553	3.786
1937	3.650	2.000	5.650
1941	4.346	3.254	7.600
1945	3.587	3.689	6.286

FONTE: Mott, 2002

Nos anos 50, a introdução da ocitocina sintética permitiu a narcoaceleração do trabalho de parto e gerou um debate entre os médicos “abstencionistas” e “intervencionistas”. Nucci, Nakano e Teixeira (2018) contam, a partir das publicações acadêmicas da época, que os primeiros adotavam uma compreensão do parto como evento fisiológico que permitia uma postura de espera. Já os segundos, em maior número – mas ainda precisando justificar sua forma de atuação – preconizavam uma atitude mais ativa por parte do profissional médico. Eles alegavam que esta era a forma “moderna” de atuação, a qual se estendia ao uso do hormônio sintético. As autoras e o autor analisam que apesar do uso de tecnologias, como o fórceps, ter sido

adotada pelos médicos anteriormente, isso tinha ocorrido pelo seu valor instrumental – ou seja, pelo resultado que sua utilização alcançaria. Agora, se tratando da ocitocina, dava-se ênfase a um aspecto cerimonial: uma ideia de modernidade.

O uso da ocitocina sintética – comercializada com o nome Syntocinon pela farmacêutica suíça Sandoz e Pitocin, pela farmacêutica estadunidense Parke-Davis – associava-se a outras intervenções, seja por necessidade ou conveniência. Entre as intervenções figuravam a lavagem a lavagem intestinal, a tricotomia – raspagem pré-operatória dos pelos pubianos –, a antisepsia da vulva, maior monitoramento da gestante e do feto, o que incluía uso de avaliação com estetoscópio de Pinard, a prática de exames de toque retal ou de toque vaginal para verificar o progresso da dilatação cervical, além da administração rotineira de oxigênio “para prevenir anoxia fetal durante o trabalho de parto” (Nucci; Nakano; Teixeira, 2018, p. 993). A amniotomia – rompimento artificial da bolsa amniótica – também se torna uma prática recomendada, além da litotomia – a posição ginecológica, em decúbito dorsal e pernas fletidas e elevadas – e da episiotomia. Além disso, o aumento da dor reportado pelo uso do medicamento tornava recomendável o uso de anestésicos que, por sua vez, diminuía a capacidade da parturiente, resultando na indicação de realização da manobra de Kristeller – uma pressão manual na parte superior do útero exercida pelo médico ou outro profissional.

Os trabalhos de Martins (2005a) e Leister e Riesco (2013) buscaram registrar a história oral de mulheres de Curitiba e São Paulo, respectivamente, que vivenciaram essa mudança do parto domiciliar para o hospitalar. Algumas mulheres – aquelas que – mesmo após mais de uma década queixaram-se justamente desses procedimentos introduzidos na mudança, em conjunto com o tratamento ríspido e pouco flexível dos profissionais e das instituições de saúde. No entanto, o significado dessa lenta mudança – que com o tempo tornou-se “um bem necessário e um símbolo de ascensão social, um local onde haveria acesso à modernidade e a um tratamento diferenciado e seguro, onde seria possível desfrutar de um tipo de civilidade e conforto” (Leister; Riesco, 2013, p. 165) – tinha sentidos (e sentimentos) variados e, por vezes, conflituosos.

Para as mulheres mais pobres, as quais supostamente resistiram mais à mudança para as maternidades – e para quem as possibilidades de escolha eram restringidas não só pelo gênero, mas também pela classe – o internamento em uma maternidade poderia representar tanto algo negativo, como a ocorrência de uma

complicação no parto ou uma ida à contragosto, como também a possibilidade de estar livre, ao menos por alguns dias, do cuidado da casa, dos filhos e do marido, quando não havia possibilidade financeira de serem delegados. Mesmo nesse contexto, as possibilidades de escolham ainda eram limitadas, uma vez que o número de leitos em hospitais públicos e de caridade continuava aquém a demanda (Leister; Riesco, 2013; Martins, 2005a).

A expansão do acesso aos serviços de saúde – que continua gradativamente com os governos posteriores à Vargas¹⁸ – é também ela marcada por contradições. Ao mesmo tempo em que provia cuidados necessários para gestantes e parturientes – e ampliava as possibilidades para mulheres pobres por meio de provisão pública –, fazia-o sob justificativas sexistas e a partir do viés dos homens, fossem eles políticos, médicos ou ambos, pouco ouvindo o grupo para o qual os serviços de saúde seriam prestados. A ligações perigosas entre saúde pública e medicina previdenciária, e as diferenças no atendimento em cada um dos setores, são elementos que marcam os primórdios do sistema obstétrico brasileiro, como para a saúde no geral. Sobre isso, Torres (2023) diz que “esse modelo dará início a uma trajetória de difícil retorno, uma vez que será responsável por constituir novos atores e grupos de interesse em torno do binômio: financiamento público versus mercado privado setorial” (p. 86).

As inclinações e esperanças de implementação de um modelo desenvolvimentista, mais inclusivo e com aumento da participação popular, que parecia voltar aos debates com o Governo de João Goulart e seu ministro da saúde Wilson Fadul – os quais vislumbravam a realização de reformas estruturais na assistência sanitária do país – foram, contudo, interrompidas em 1º de abril de 1964 (Torres, 2023).

5.5 UMA SALA E UMA GUERRA FRIA, 1964-1985

O contexto brasileiro no período da Ditadura Militar necessita ser lido à luz dos acontecimentos da geopolítica mundial da época. Isso é também verdade para as

¹⁸ O Governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), Ministro da Guerra de Getúlio Vargas, no seu Plano Salte, previa a assistência à maternidade e à infância. Sobre isso, no documento consta a previsão de “a) elevação de três vezes o número de leitos em maternidade, cobrindo, provavelmente, as nossas necessidades no momento, em face da deficiente difusão do uso de hospitais para tal fim, principalmente no interior do País. b) Duplicação do número dos atuais postos de puericultura do país. Despesa prevista no quinquênio: Cr\$305.072.00,00” (Presidência da República, 1950, p. 10).

políticas de saúde. As décadas de 1960 a 1980 representaram uma mudança nas relações entre Estados Unidos e União Soviética que, com suas respectivas estratégias, alteraram as condições nas quais os outros países desenvolviam suas políticas externa e interna. A relativa prosperidade e estabilidade econômica das primeiras décadas da Guerra Fria se deparam com as crises da década de 1970 que serviram como catalizadoras para mudanças na relação entre as potências e na sua relação com o restante do mundo (Hobsbawm, 2013).

Nas décadas de 1950 e 1960, os Estados Unidos, ao emprestar dinheiro para a reconstrução da Europa no pós-guerra e para o desenvolvimento dos países do Terceiro Mundo, buscava manter sua balança de pagamentos equilibrada e sua posição do Sistema Internacional. Apesar dos benefícios que essas “ajudas” traziam tanto para a posição dos EUA internacionalmente e para a economia interna, o Congresso apresentava reticências em financiar essas políticas, que foram então embaladas em uma retórica anticomunista. Contudo, essa cruzada levou o país a aumentar seus gastos militares e a Guerra do Vietnã foi particularmente dispendiosa – tanto no aspecto financeiro quanto da opinião pública – que aumentou substancialmente o déficit que já vinha crescendo desde a Guerra da Coreia (Hobsbawm, 2013; Hudson, 2003).

O abandono unilateral do padrão dólar-ouro, em 1971, para evitar a troca de reservas de dólares por parte dos bancos centrais de países europeus, eliminou os constrangimentos para a sua emissão monetária e inaugurou uma nova era denominada por Hudson (2003) como “superimperialismo”. E, neste contexto, as doações e os empréstimos intergovernamentais realizados, por acordos bilaterais ou por meio de instituições multilaterais, como o FMI e o Banco Mundial, serviram aos interesses estadunidenses e passaram a ser instrumento de difusão do Consenso de Washington¹⁹ que aprofunda as dinâmicas de poder estabelecidas, tornando os países ainda mais dependentes do dólar e, conseqüentemente, dos EUA.

O golpe empresarial-militar no Brasil pode ser interpretado no contexto que assolou outros países latino-americanos, considerados pelos EUA como sua “zona de

¹⁹ Sintetizada pelo economista John Williamson a partir de um consenso já existente em Washington e consistiam em “1 – disciplina fiscal; 2 – mudanças das prioridades do gasto público; 3 – reforma tributária; 4 – taxas de juros positivas; 5 – taxas de câmbio de acordo com as leis do mercado; 6 – liberalização do comércio; 7 – fim das restrições aos investimentos estrangeiros; 8 – privatização das empresas públicas; 9 – desregulamentação das atividades econômicas (sobretudo do mercado de trabalho); 10 – garantia de direitos de propriedade” (Bandeira, 2017).

influência natural”. A perspectiva era – e havia sido assim historicamente – de assegurar seus interesses políticos e econômicos, “determinadas pelo interesse do seu processo produtivo e de sua sociedade” (Bandeira, 2008, p. 14). A promoção do livre mercado se enquadrava neste contexto de interesse nacional, mas era, contudo, apresentando como um interesse da humanidade. Portanto, políticas que favorecessem a classe trabalhadora, mesmo que essas significassem uma expansão capitalista e não uma ameaça comunista, não eram bem-vistas pelo Tio Sam, nem por setores da burguesia interna. A deflagração do golpe, em um contexto de 76% de aprovação, apesar da crise econômica enfrentada foi rapidamente apoiada pelos EUA, que durante a Administração Kennedy já estudava a possibilidade de intervenção militar no Governo de João Goulart. Apesar do discurso de promoção da democracia liberal, em oposição à política soviética, não era possível correr o risco de uma “nova Cuba” (Bandeira, 2008, 2014).

O medo de uma “cubanização” era apresentado também como argumentação para os programas, tanto com a Aliança para o Progresso quando pela USAID medo de uma agitação em razão das condições de vida e, por isso, colocava o Brasil como um dos países prioritários para a ação programas “populacionais” – como relatado no National Security Study Memorandum 200, o chamado Relatório Kissinger. O objetivo não era somente evitar uma revolução comunista nos países, mas evitar uma virada política que levasse a ascensão de políticos com programas de nacionalização de setores estratégicos – inclusive para os EUA. Sendo assim, a fome e a miséria – vistas como do aumento – deveriam ser evitados por meio do controle demográfico que se traduzia na promoção do planejamento familiar (Santos, 2021).

A questão populacional já vinha sendo discutida por diferentes grupos, neomalthusianos, feministas e os “family planners” desde o começo do século XX, mas sem projeção significativa – ao menos discursivamente – na relação entre os Estados. Isso poderia ser visto na inexistência de um órgão especificamente dedicado ao tema na Liga das Nações. No entanto, o processo de Guerra Fria e o medo da possível relação entre crescimento populacional, colocaram os temas da população e, mais especificamente, do planejamento familiar na ordem do dia. Os Estados Unidos, inicialmente reticentes em atuar com a temática, tornaram-se rapidamente o principal país financiador de programas internacionais de planejamento familiar, ainda na década de 1960. A USAID serviu como principal meio de atuação, seja com

financiamento de organizações não-governamentais, ou diretamente no terreno (Bashford, 2014; Rodgers, 2018).

A promoção de uma política populacional antinatalista serve para ilustrar a autonomia do Estado brasileiro, mesmo no regime militar em um contexto de Guerra Fria: apesar do interesse estadunidense em implementar políticas para redução do crescimento populacional, o governo militar declarou não ter interesse em implementar projetos na área, o que fez com que a USAID necessitasse recorrer a organizações não-governamentais, como a Sociedade Civil para o Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM), fundada em 1965. Essas passaram a desenvolver atividades de promoção do planejamento familiar, incluindo a distribuição de métodos contraceptivos – com permissão tácita dos governos militares, já que desde 1941 a legislação proibia a sua publicidade (Santos, 2021).

Políticas contrárias aos interesses e prescrições estadunidenses foram executadas pelos governos militares também no plano econômico. Mesmo sobre o discurso da privatização e do mercado – que se concretizou em diversas áreas, como abordado adiante – reformas foram realizadas que implicaram na estatização de setores estratégicos e em um alto grau de intervenção do governo, no geral. Forte também foi a atuação do governo na repressão de movimentos sindicais que permitiram arrochos salariais que degradaram condições de vida e aumentaram as desigualdades no país (Tavares; Assis, 1986).

A modernização conservadora, expressão frequentemente utilizada para caracterizar a economia do período, serve novamente como forma de pensar a situação das mulheres no país. A participação feminina no mercado de trabalho – que poderia aumentar a independência econômica e contribuir para a sua emancipação – foi incentivada pela degradação das condições de vida causadas pela política econômica de escolha do regime militar. Se, por um lado, algumas estiveram presentes nas Marchas pela Família com Deus pela Liberdade, muitas estiveram dedicaram-se à luta contra a ditadura e a carestia. O acesso a métodos contraceptivos, por sua vez, permitia maior planejamento do trabalho reprodutivo e, conseqüentemente, produtivo. O movimento feminista foi se internacionalizando e recebendo apoio institucional: a ONU declarou 1975 o Ano Internacional da Mulher e conferências sobre população foram realizadas em Bucareste e na Cidade do México, em 1974 e 1984, respectivamente, dando apoio às reivindicações internas (Borelli, 2012; Pedro, 2012; Santos, 2021; Scott, 2012).

Durante seu discurso inaugural, em 1979, o Presidente João Batista Figueiredo falou da necessidade de se introduzir o planejamento familiar nos programas de saúde e no mesmo ano foi revogada a lei da Era Vargas que proibia a publicidade da contracepção. A composição familiar foi se alterando, assim como os arranjos domésticos: as famílias ficaram menores, tanto pelo número de filhos por mulher que diminuiu – como mostra a Tabela 6 – como pela sua nuclearização: a vivência em conjunto com gerações anteriores, outrora a norma, vai perdendo popularidade. A existência de casais sem filhos foi se tornando mais comum, assim como as uniões consensuais, sem casamento civil ou religioso, especialmente entre as camadas mais pobres e entre aqueles que haviam rompido um relacionamento anterior: a lei do divórcio vem a ser aprovada somente em 1977 (Berquó, 2023; Borelli, 2012; Pedro, 2012; Scott, 2012).

TABELA 6 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL, SEGUNDO REGIÕES. BRASIL, 1940-1991

Regiões	1940	1950	1960	1970	1980	1991
Norte	7,17	7,97	8,56	8,15	6,45	4,20
Nordeste	7,15	7,50	7,39	7,53	6,13	3,75
Sudeste	5,69	5,45	6,34	4,56	3,45	2,36
Sul	5,95	5,70	5,89	5,42	3,63	2,51
Centro-Oeste	5,65	6,86	6,74	6,42	4,51	2,69
Brasil	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,89

Fonte: Berquó, 2023

No âmbito da saúde, a dicotomia que havia se iniciado na época de Vargas é aprofundada, dessa vez pendendo fortemente para a medicina previdenciária. Os avanços tecnológicos – exames diagnósticos, medicamentos – tornaram os custos da prestação de cuidados de saúde cada vez mais caros, inacessíveis a população e difíceis de sustentar com baixo financiamento público. A unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) insere-se em um contexto mais amplo de reestruturação do Estado brasileiro, expressa principalmente na Reforma Administrativa pautada pelo Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Esse e outros dispositivos previam a retirada do Estado como provedor direto de serviços, incluindo na saúde. Assim, o Estado passou a ser um grande comprador de serviços do setor privado que, por um lado, tinha seus lucros e capacidade de investimento aumentados e, por outro, aumentava sua capacidade de influência. (Braga; de Paula, 2018; Scorel, 2012; Menicucci, 2007). Sobre isso, Menicucci (2007) diz que

“Se é verdade que a medicina privada preexistia à intervenção do Estado, as evidências ressaltam que o crescimento do setor médico empresarial após a expansão da assistência médica previdenciária, com privilegiação da compra de serviços. Isso significa que, além de ser responsável pelo crescimento do setor privado, a política definida vai condicionar a formação dos interesses dos atores privados prestadores de serviços de saúde, cujos objetivos, em grande parte, vão ser configurados após sua inserção na política de saúde” (p.78).

Essa mudança de foco da saúde pública para saúde privada é frequentemente ilustrada pela proporção de leitos hospitalares: apesar do número total de leitos ter saltado de 61.877 para 522.769, em 1945 eram 44,6% pertencentes ao setor público e em 1985 eram apenas 25,8% neste mesmo setor (Menicucci, 2007). Se tratando dos leitos de dedicados à ginecologia e obstetrícia, a disponibilidade no setor público era ainda menor, oscilando entre 18% e 25% nas décadas de 1970 e 1980, como mostra a Tabela 7. Aqueles e aquelas que não eram cobertos pela previdência – que tentava se expandir, vide os programas voltados para os trabalhadores rurais – e que também não tinham acesso a clínicas privadas, eram atendidos então por instituições filantrópicas ou nos centros e postos de saúde pública, caso se enquadrassem nos perfis dos programas, como era o caso da saúde materno-infantil (Escorel, 2012).

TABELA 7 - NÚMERO DE LEITOS DE GINECO-OBSTETRÍCIA, POR INSTITUIÇÃO PÚBLICA, PRIVADA E TOTAL. BRASIL, 1976-1987

Ano	Público (%)	Privado (%)	Total
1976	20,6	79,4	49 271
1977	20,9	79,1	50 458
1978	18,4	65,3	62 077
1979	23,3	86,6	49 271
1980	23,5	87,6	50 458
1981	24,4	90,2	51 977
1982	24,5	88,3	54 180
1983	24,3	86,3	56 056
1984	23,6	82,3	59 579
1985	21,5	72,0	61 134

FONTE: IBGE, 1981a, 1981a, 1981b, 1982a, 1982b, 1982c, 1983, 1985, 1986a, 1986b, 1988

Houve um esforço dos governos militares em aumentar o acesso à saúde materno-infantil em uma tentativa de reduzir a mortalidade nessa população que, especialmente após 1974, deslegitimava o regime, mesmo entre os grupos que o apoiavam, com dados sobre o aumento da mortalidade infantil em grandes centros que se encontravam em alta. No contexto da construção do Sistema Nacional de Saúde foi designada uma nova organização ao Ministério da Saúde, na qual institui-

se a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, em substituição ao Departamento Nacional da Criança²⁰. O objetivo do órgão, no Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 era “planejar orientar coordenar controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência”. Sua atuação estava calcada no Artigo nº 167 da Constituição de 1967, que previa a proteção à maternidade, infância e adolescência (Escorel, 2012; Torres, 2023).

O diagnóstico da situação de saúde, produzido pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil e que depois resultará no Plano Nacional de Saúde Materno-Infantil, aponta que a saúde de mulheres em idade reprodutiva e crianças era caracterizada por taxas elevadas de mortalidade e morbidade, com predominância de morte por causas evitáveis. As taxas de mortalidade materna nas capitais era de 1,1 a cada 1 mil nascidos-vivos nas capitais, com discrepâncias significativas entre as regiões, como mostram as Tabelas 8 e 9. As principais causas de morte materna no período eram toxemias, hemorragias, infecções e abortos (Documentos referentes ao Ministério da Saúde..., 1974).

TABELA 8 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE MATERNA NAS CAPITALS. BRASIL, 1940-1970

Ano	Taxa por 1.000 nascidos-vivos
1940	7,6
1950	3,7
1960	2,0
1970	1,1

Fonte: Documentos referentes ao Ministério da Saúde..., 1974

TABELA 9 - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA POR 1.000 NASCIDOS-VIVOS NOS MUNICÍPIOS DAS CAPITALS. BRASIL, 1965-1974

Capitais	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Manaus	1,8	2,2	1,1	1,8	1,0	0,3	1,3	1,5	1,8*	3,1
Belém	5,0	3,1	1,8	1,3	1,1	1,0	1,6	1,8	2,2	1,8
São Luís	3,4	7,8	5,2	2,1	1,3	1,9*	2,9*	2,4*	2,4	...
Teresina	8,9	13,3	11,2	8,9	1,0	2,1	1,8	0,9	1,1	1,6
Fortaleza	0,7*	0,6*	0,7*	1,0*	0,5*	0,8*	0,6*	0,4*	0,6*	...
Natal	1,8	2,0	1,5	0,7	0,1	0,4*	0,6	0,7	0,8	0,7
João Pessoa	1,8	1,7	1,3	2,1	1,1	1,5	1,2	1,0	1,0	...
Recife	1,8	1,7	2,0	2,5	2,2	2,0	1,3	1,9	2,4	2,2
Maceió	12,9	13,1	11,0	9,3	4,7*	3,2	1,7	1,6	1,8	2,0
Aracaju	1,4	2,6	1,9	1,1	1,2	0,6	0,8	1,3	0,6	...
Salvador	1,2	2,0	1,1	1,3	0,6*	1,1*	1,2*	1,0*	0,9*	0,7*
Belo Horizonte	1,3	1,6	1,7	0,8	1,4	1,1*	1,3	1,2	1,0	1,1

²⁰ Em 1976, passa-se a chamar Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (Rosa, 2023).

Capitais	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Vitória	3,4	3,0	2,7	1,8	1,6	2,0	1,0	1,0	1,3	0,8
Niterói	2,8	4,2	2,5	1,8	0,6	0,5	0,9	0,9	...	...
Rio de Janeiro	1,8*	1,5*	1,8*	1,3*	1,4*	1,0*	1,4*	1,3*	1,6*	...
São Paulo	0,9	1,0	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,7	...
Curitiba	1,0	0,8	...	1,1	0,7	0,8*	1,0*	0,7*	0,9*	...
Florianópolis	0,2	...	...	...	...	...	0,2	...	...	...
Porto Alegre	...	...	...	0,4	0,6*	0,6*	0,6*	0,6*	0,6*	...
Cuiabá	5,2*	2,6*	3,7	5,0	2,6	2,6	2,5	...	...	...
Goiânia	0,8	0,3	0,3	0,3	1,3	1,3	0,7	1,0	1,6	...
Brasília	0,2	0,5	0,5	0,9	0,2	0,4	0,2	0,8	0,5	0,3

Fonte: Documentos referentes ao Ministério da Saúde..., 1974

O estudo identificou deficiências estruturais quanto à infraestrutura instalada e aos recursos humanos disponíveis: eram, além de insuficientes, mal distribuídos geograficamente (Quadro 4). Além disso, a situação social no geral – fome, analfabetismo, baixa remuneração, falta de acesso à saneamento básico – eram vistas como importantes agravantes aos problemas da morbimortalidade.

QUADRO 4 – RECURSOS MÉDICOS-SANITÁRIOS, HOSPITALARES E PARA HOSPITALARES, SEGUNDO O PLANO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL. BRASIL, 1975.

Período	Nº
Maternidades	206
Leitos	31.018
Leitos por mulher em idade reprodutiva	1,3
Serviços oficiais de saúde que realizavam assistência pré-natal	431 (10,4% do total)
Parteiras	2.831
Médicos obstetras	2.112
Médicos obstetras por 1.000 mulheres em idade reprodutiva	0,9

Fonte: Ministério da Saúde, 1975

O documento, em seu plano de ação, recomenda assistência pré-natal precoce, contínua e regular, abordando não só aspectos médicos, mas questões de proteção econômica e trabalhista, além da suplementação alimentar para gestantes subnutridas. Recomenda-se que o parto ocorra preferencialmente no ambiente hospitalar, com para assistência ou supervisão técnica para o parto domiciliar em locais com alto índice de parto não-hospitalar. No relatório final da V Conferência Nacional de Saúde, de 1975, coloca-se que com o objetivo de ampliar assistência

materno-infantil, era preciso “a importância de se melhorar o controle e a orientação da curiosa como recurso adicional da assistência domiciliar ao recém-nascido” (Ministério da Saúde, 1975).

Apesar dessa referência ao parto domiciliar e à incorporação de profissionais não-médicos – ou no caso das parteiras tradicionais, sem treinamento formal –, a reformulação das universidades realizada no início da década de 1970 levou a um agrupamento dos cursos de obstetrícia – formação de nível universitário de parteiras – e de Enfermagem Obstétrica, uma vez que estava vedada a oferta de cursos diferentes com a mesma finalidade. Essa alteração O Parecer nº 163/72 do Ministério da Educação e Cultura estipulava um tronco comum de formação, com possibilidade de especialização nos últimos anos como Enfermeira Obstétrica ou Obstetrix que, posteriormente, teve sua oferta extinta em 1994²¹ (Hugues; Heilborn, 2021).

Assim como o Brasil se torna predominantemente urbano na década de 1970, os nascimentos se tornam majoritariamente hospitalares. Apesar de discrepâncias de acordo com a renda familiar – no estrato mais pobre quase metade das mulheres ainda tinham seus filhos no domicílio, enquanto quase a totalidade das mulheres mais ricas – ao todo segundo, como mostra a Tabela 10, 79,7% dos nascimentos aconteciam em hospitais, um crescimento expressivo quando comparado com a porcentagem do início do século. Aquelas atendidas no domicílio, eram assistidas principalmente por parteiras, como mostra a Tabela 11.

TABELA 10 - MULHERES QUE TIVERAM FILHO EM HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR RENDA FAMILIAR. BRASIL, 1981

Renda familiar (salários-mínimos)	Nascimentos em hospital (%)
< 1	54,6
1-2	74,1
2-3	84,9
3-5	92,9
5-10	96,8
> 10	98,8
Sem declaração	80,7
Total	79,7

Fonte: IBGE, 1982 *apud* Cecatti; Pires; Goldenberg, 1999

²¹ A habilitação em Enfermagem Obstétrica passou a ser ofertada no formato de pós-graduação *Lato Sensu*. Em 2005, o curso de Obstetrícia foi reaberto na Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP) e continua a ser, atualmente, a única formação do gênero no país (Hugues; Heilborn, 2021).

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NASCIMENTOS NOS 5 ANOS ANTERIORES, SEGUNDO O LOCAL DO PARTO, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA, REGIÃO E GRAU DE INSTRUÇÃO, BRASIL, 1986

	Hospital/ maternidade do governo	Previdência social	Hospital/ clínica particular	Domiciliar com assistência	Domiciliar sem assistência	Outro
Brasil	17,6	44,1	18,8	14,1	2,5	3,0
Urbano	15,7	53,3	22,8	5,7	1,3	1,2
Rural	21,5	25,6	10,7	30,8	4,8	6,7
Região						
Rio de Janeiro	12,9	59,9	26,0	0,9	0,0	0,3
São Paulo	2,8	65,3	25,2	0,8	1,0	4,9
Sul	4,0	56,9	23,1	6,4	1,4	8,1
Centro-Leste	4,7	56,1	24,6	9,4	4,3	0,9
Nordeste	37,0	21,5	8,9	28,0	3,4	1,2
Norte-Centro- Oeste	16,0	35,2	26,3	17,9	2,9	1,7
Instrução						
Nenhuma	31,9	26,2	6,4	28,5	4,6	2,4
< Primário	12,9	37,1	8,1	24,4	4,9	3,5
Completo						
Primário	17,3	50,9	16,3	8,3	1,1	6,1
Completo						
> Primário	9,0	53,4	33,4	2,8	0,2	1,2
Completo						

FONTE: BEMFAM, 1986

TABELA 12 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS FORA DO HOSPITAL NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR PESSOA QUE ATENDEU O PARTO, POR RENDA FAMILIAR. BRASIL, 1981

Renda familiar (salários-mínimos)	Médico (%)	Enfermeira (%)	Parteira (%)	Outra (%)	Sem declaração (%)
Sem rendimento	0,0	10,4	72,3	16,1	1,2
< 1	0,3	2,3	86,0	10,9	0,5
1-2	0,2	2,8	84,9	11,5	0,6
2-3	0,6	3,1	82,6	13,5	0,3
3-5	0,0	3,9	82,2	12,6	1,2
5-10	3,1	2,1	72,8	22,0	0,0
> 10	24,5	12,9	58,5	4,2	0,0
Sem declaração	0,0	12,7	73,0	14,3	0,0
Total	0,5	2,9	84,3	11,8	0,5

Fonte: IBGE, 1982

No entanto, existem indicações de que o Plano Nacional de Saúde Materno-Infantil não foi amplamente disseminado e que uma das explicações para tal era o baixo financiamento recebido para a execução das suas atividades (Santos, 2021; Santos Neto et al., 2008). Como Costa (2012) apresenta, os programas da época eram marcados pela sua verticalidade e pela aposta no binômio mãe-bebê. Além disso, “constava da oferta de um conjunto de ações dispostas em metas para serem executadas pelas secretarias estaduais de Saúde de todo o país. Com baixas

coberturas, (...) tinha o seu desempenho afetado pela desarticulação” (p.985). A baixa cobertura pode, portanto, contextualizar o dado de que no início da década de 1980 cerca de 25% das gestantes brasileiras não realizava nenhuma consulta de pré-natal, sendo essa prevalência de pouco mais de 50% no estrato com renda familiar inferior a um salário-mínimo, como mostra a Tabela 13. Essa informação pode, por sua vez, ajudar a explicar a persistência das elevadas taxas de mortalidade do país.

TABELA 13 - MULHERES QUE TIVERAM FILHOS NO PERÍODO DE REFERÊNCIA DE 12 MESES, POR NÚMERO DE ATENDIMENTOS PRÉ-NATAL. BRASIL, 1981.

Renda familiar (salários-mínimos)	Nenhum (%)	1 atendimento (%)	2 - 5 atendimentos (%)	6 atendimentos (%)	Sem declaração (%)
Sem rendimento*	23,4	8,6	32,1	35,6	0,2
< 1	51,4	9,0	26,6	13,0	0,1
1-2	32,5	6,4	32,6	28,4	0,1
2-3	19,5	3,4	31,7	45,2	0,2
3-5	11,4	3,4	29,1	55,9	0,2
5-10	3,7	1,5	24,7	69,8	0,2
> 10	1,9	1,0	18,7	78,4	0,0
Sem declaração	19,9	5,1	24,1	50,8	0,0
Total	25,3	5,1	28,9	40,5	0,1

Fonte: IBGE, 1982 *Inclui quem recebe benefícios

Posteriormente ao Plano Nacional de Saúde Materno-Infantil foi lançando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerado um marco e fortemente influenciado pelo movimento feminista e pela Reforma Sanitária já no contexto do fim da Ditadura (Costa, 2012; Osis, 1998). Nele, discutia-se também a questão da assistência ao parto. O documento dizia que:

“A questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher. E fato corriqueiro em nossas cidades a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto. Por outro lado, a precária qualidade de assistência, os excessos da medicalização no parto e a crescente elevação das taxas de cesarianas refletem a inadequação da assistência prestada. Dados de 1980 mostram que as taxas de cesarianas foram de 29,2% para o Rio de Janeiro, de 43,7%; para São Paulo, de 24,7% para o Rio Grande do Sul, e de 32,6% para o Distrito Federal (9), quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda como padrão aceitável a incidência de 10 a 15%; de cesarianas, considerados os riscos inerentes à intervenção cirúrgica. Esta situação resulta em consequências negativas para a saúde da mulher no puerpério, para as possibilidades de sucesso do aleitamento materno e o futuro obstétrico da mãe” (Brasil, 1985).

Profissionais de saúde e cientistas já haviam começado a alertar para o crescimento das taxas de cesariana no país, já que a tendência de crescimento

mundial das taxas de cesarianas a partir os anos 1960 foi vista também no Brasil (Vieira et al., 2015). Dados do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pelo pagamento de 75% dos nascimentos do país, apontou a mudança nas taxas de cesariana no país, que foi de 14,6% e para 31% em 1980, valor muito similar a uma pesquisa do IBGE, com uma amostra representativa do país, que apontou 30,9% para o mesmo ano (Faúndes; Cecatti, 1991).

TABELA 14 - ÍNDICES DE CESÁREA POR REGIÕES E RENDA FAMILIAR MENSAL, BRASIL, 1980

Renda familiar (salários-mínimos)	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
< 1	26,7	12,3	20,7	21,6	21,9	16,7
1-2	21,2	14,2	27,3	23,3	28,5	22,2
2-3	26,1	22,9	30,8	22,8	34,9	27,6
3-5	23,8	27,3	41,9	26,4	42,5	36,3
5-10	48,6	38,0	48,9	40,7	50,4	45,9
> 10	43,2	54,0	61,5	43,8	60,2	57,6
Total	28,4	20,0	37,6	27,0	37,4	30,9

FONTE: IBGE, 1982

Em 1982 foi realizado em Campinas um simpósio denominado “Cesariana: Incidências, fatores que a determinam e consequências maternas e perinatais”²². O evento foi presidido pelo Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – na época, reitor da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – e coordenado pelo Prof. Dr. Aníbal Faúndes, pelo Prof. Dr. João Luiz de C. Pinto e Silva – ambos docentes do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – e pelo Prof. Dr. Enrique Rivero Ortiz, diretor da Divisão de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde. Os temas abordados no evento, cujo relatório foi recebido pela Divisão de Segurança e Informações do Ministério da Saúde, passaram pela relação entre as cesarianas e a mortalidade perinatal, os custos hospitalares, a situação da cirurgia no INAMPS e a sua incidência no país.

²² Constam na lista de presença do simpósio, realizado em Campinas em 09 e 10 de novembro de 1982: Prof. Dr. Aníbal Faúndes, Prof^a. Dr^a. Angela Maria Bacha, Prof. Dr. Antônio Márcio Lisboa, Prof. Dr. Antônio Rosas, Prof. Dr. Antônio Suzart de Andrade, Prof. Dr. Bussamara Neme, Prof. Dr. Carlos Alberto Quadros, Prof. Dr. Cícero Ferreira F. Costa, Prof. Dr. Domingos Machado, Prof. Dr. Edivaldo Rizzi Borelli, Prof. Dr. Enrique Rivero Ortiz, Prof. Dr. Eduardo Lane, Prof^a Dr^a Evelyn Maravilhas de Campos, Prof. Dr. Fernando P. Fachini, Prof. Dr. Hugo Sabatino, Prof. Dr. Hamilton Júlio, Prof^a Dr^a Izilda Rodrigues, Prof. Dr. Jessé de Paula N. Jorge, Prof. Dr. João Luiz de CP. e Silva, Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, Prof. Dr. José Fernando M. Pavani, Prof. Dr. José Galba Araújo, Prof. Dr. José Granado, Neiva Prof. Dr. José Martins Filho, Prof. Dr. Moisés Paciornik, Prof. Dr. Nelson Danilevicz, Prof. Dr. Oswaldo R. Grassiotto e o Prof. Dr. Ronald Bossemeyer.

Indicava-se no documento que o aumento da cesariana estava relacionado com “maior incidência de recém-nascidos de baixo peso, de síndrome de angústia respiratória e outras patologias respiratórias e de problemas neurológicos. Ressaltou, ainda, que a cesárea (...) prejudica o início e instalação da amamentação” (Unicamp, 1982, p.10). Além disso, aspectos financeiros foram abordados, considerando que o custo médio da cesárea em 1980 foi de Cr\$ 12.352,00 e o do parto vaginal foi de Cr\$ 5.877,00. Segundo a análise, o INAMPS desembolsou Cr\$ 6.095.322.982,00 para o pagamento de 493.436 cesáreas – apenas 5,6% a menos que para o atendimento de todos os partos normais, que correspondiam a aproximadamente 70% dos nascimentos. O cálculo apresentado diz que

“se em 1980 a incidência de cesárea tivesse sido de 15% em lugar de 31%, o custo dos 1.591.716 partos atendidos pelo INAMPS teria descido de Cr\$ 12.500.000.000,00 para Cr\$ 10.900.000.000,00, ou seja, o INAMPS teria poupado 1,65 bilhões de cruzeiros só mantendo o nível de cesariana observado em 1970” (Unicamp, 1982, p.10).

O despreparo das mulheres para vivenciar o parto normal, influenciadas pelo contexto social e pelos meios de comunicação, e condicionadas pelas más condições do pré-natal, insuficiente para preparar a mulheres para o momento, foi um dos fatores associados ao aumento da incidência de cesarianas. O despreparo dos profissionais que atendem o parto – que não são especialistas ou então não tiveram a oportunidade de praticar a identificação e intervenções em distocias, como o uso do fórceps – foi outro fator elencado. A segurança do médico, somava-se a sua comodidade, uma vez que a rapidez e possibilidade de planejamento permitiam ao profissional não ter intercorrências na sua agenda profissional e pessoal, importante especialmente na clínica privada e na medicina de grupo, muitas vezes remunerada pelo próprio INAMPS. Além disso, a não remuneração da anestesia ou analgesia por parte do Instituto nos partos vaginais foram considerados elementos importantes, considerando especialmente o papel da dor na tomada de decisão das mulheres pela via de nascimento. O desejo pela realização da ligadura tubária – a laqueadura – também influenciava na escolha cirúrgica, já que o procedimento não estava coberto dentro do sistema oficial de saúde; Tudo isso, como coloca o relatório, poderia ser considerado como falhas na administração em saúde, em conjunto com a própria ausência de auditoria das instituições responsáveis pela saúde no país, o que

acabava permitindo a realização de “cesáreas fora de todas as normas médicas de atendimento ao parto” (Unicamp, 1982, p.13)

As recomendações do grupo, por sua vez, passavam pela constituição de uma comissão para reunir mais informações sobre o problema promovendo reuniões periódicas e apoiando trabalhos de avaliação já em andamento, além de preparar um protocolo de avaliação mais detalhado. Foi proposto que, para corrigir as causas, seria importante

“a) Divulgação dos efeitos negativos da cesariana sobre as mães e o recém-nascido tanto a nível técnico como a nível leigo. b) Revisão e aprimoramento dos programas de residência em Obstetrícia, com maior dedicação ao seguimento da evolução normal e anormal do parto vaginal. c) Promoção ao atendimento de parto em equipe de médicos, ou de médicos e enfermeiras-obstétricas. d) Recuperação e valorização da antiga profissão de parteira com formação universitária (...). e) Correção das distorções nos regulamentos do INAMPS, que não autoriza o pagamento de anestésias e analgesias de bloqueio em parto vaginal e não reconhece a ligadura tubária como um procedimento legítimo com indicações bem delimitadas. f) Aceitação Governamental do Planejamento Familiar, reconhecendo os procedimentos anticoncepcionais como atos médicos legítimos com indicações precisas. g) Preparação de normas para a indicação correta da operação cesariana e implantação de sistemas de auditoria médica que permitam verificar a aplicação correta dessas normas” (Unicamp, 1982, p. 15).

TABELA 15 - PORCENTAGEM DE CESARIANAS ENTRE NASCIMENTOS OCORRIDOS EM HOSPITAIS NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS, DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS DE LOCAL DE RESIDÊNCIA, REGIÃO E GRAU DE INSTRUÇÃO DA PARTURIENTE, BRASIL, 1986

Característica	Nascimentos por cesariana
Brasil	31,6
Urbano	35,3
Rural	20,5
Região	
Rio de Janeiro	43,2
São Paulo	43,2
Sul	29,3
Centro-Leste	34,4
Nordeste	18,6
Norte-Centro-Oeste	37,0
Instrução	
Nenhuma	19,1
< Primário Completo	20,2
Primário Completo	27,4
> Primário Completo	43,3

FONTE: BEMFAM, 1987

O Governo, na tentativa de conter ou até reverter o aumento dessas taxas, o valor do pagamento para as vias de nascimento foi equalizado, uma vez que

anteriormente “a assistência ao parto normal era remunerada na metade do valor da cesariana, US\$ 46,00 e US\$ 96,00, respectivamente” (Gentile; Noronha Filho; Cunha, 1997). Os resultados, no entanto, foram temporários e uma das explicações para tal é que outros custos envolvidos no atendimento, como da internação, continuaram a ser pagos à parte resultando em um repasse duas vezes maior pela via cirúrgica (Barros; Vaughan; Victora, 1986; Janowitz; Nakamura, 1982).

Um outro fator abordado no relatório vinha sendo alvo de mudanças na atuação do Estado brasileiro: a questão do planejamento familiar e da contracepção. A influência dos Estados Unidos, em conjunto com a atuação de grupos feministas internamente e com o próprio cenário internacional com suas conferências sobre população – em Belgrado, em 1965 e em Bucareste, em 1974 – apesar da resistência interna de alguns setores, foi modificando o posicionamento dos governos, anteriormente pró-natalista. Na conferência de 1974 foi anunciado pelo representante brasileiro que decidir quanto à composição da família era um direito social. E em 1979, durante seu discurso inaugural, o Presidente João Batista Figueiredo falou da necessidade de se introduzir o planejamento familiar nos programas de saúde e no mesmo ano foi revogada a lei de 1941 que proibia a publicidade de métodos contraceptivos (Santos, 2022).

Entre as atividades executadas pela USAID do contexto de planejamento familiar estava o financiamento de organizações que divulgavam e realizavam esterilizações em homens e mulheres. A adoção de métodos modernos e, ao mesmo tempo, irreversíveis, era bem-vista entre as entidades privadas que promoviam o planejamento familiar no país. Em 1991, foi instalada uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar a prevalência de esterilizações no país que, segundo dados do IBGE indicados no relatório final da CPMI, era de apenas 5,3% em um período anterior a 1970 e havia passado a 28% para o período de 1983/1985, como indica da Tabela 16. O relatório final da CPMI sugeriu ao Ministério das Relações Exteriores e ao Ministério da Fazenda que atuassem “no sentido de repelir a tentativa de governos estrangeiros e organismos internacionais em impor condicionalidades substanciais em exigências de políticas de controle demográfico, na concessão de empréstimos e financiamentos” (Brasil, 1993, p. 31).

TABELA 16 - TAXA DE ESTERILIZAÇÃO DE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA (15-49 ANOS) EM UNIÃO ESTÁVEL. BRASIL, 1970-1985

Período	%
1970/1974	9,5
1975/1979	21,0
1980/1982	26,5
1983/1985	28,0

FONTE: Brasil, 1993

O desejo pela realização da laqueadura foi apontado por diferentes autores como Faúndes e Ceccatti (1991) como parte da explicação para o aumento das taxas de cesariana no país. Segundo eles o

“Ministério da Saúde não possui normas que possam ser aplicadas à prática da laqueadura tubária, e o INAMPS não paga por esta cirurgia. Visto que o INAMPS paga cerca de 75% de todos os serviços médicos, as pacientes e os médicos burlam-no ao disfarçar a esterilização cirúrgica como qualquer outra cirurgia, desde um nódulo de mama até um cisto de ovário, mas geralmente como uma cesárea "normal". (p.158).

Nos anos seguintes, após o fim das atividades da CPMI, são aprovados projetos como a Lei do Planejamento Familiar de 1995, que levou a uma estabilização e, posteriormente, até a uma redução da prevalência da esterilização forma de contracepção para mulheres em idade reprodutiva, como mostra a Tabela 17. As taxas de cesariana, por outro lado, continuaram a subir na Nova República.

TABELA 17 – PREVALÊNCIA DE ESTERILIZAÇÃO COMO MÉTODO CONTRACEPTIVO ENTRE MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA (15-49 ANOS). BRASIL, 1986-2006

	Todas as mulheres	Mulheres em união	Mulheres não-unidas sexualmente ativas
1986	17,2	26,9	-
1996	27,3	40,1	-
2006	21,8	29,1	10,8

FONTE: BEMFAM, 1987; Ministério da Saúde, 1997, 2009

5.6 UM DEVER DO ESTADO, 1986-2002

O projeto de redemocratização do país pode ser ilustrado pela ideia do Sistema Único de Saúde (SUS), herdada da reforma sanitária e debatida no contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Contudo, a ideia da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, como consta no Artigo 196º das Constituição de 1988 – a chamada Constituição Cidadã – já nasce em um contexto desfavorável, de “fim da

história”. O fim da Guerra Fria, com abertura e posterior derrocada da União Soviética, bem como a abertura chinesa, levavam a interpretações de que os conflitos haviam se encerrado e que o mundo unipolar, liderado pelos Estados Unidos, seguiria os caminhos do livre mercado e da democracia liberal. Segundo Marks (2007), isso representava um alívio para aqueles que temiam uma escalada da Guerra Fria, uma vitória para quem havia saído vencedor do confronto e apreensão para aqueles que imaginavam a atuação dos Estados Unidos sem o contrapeso soviético.

Tavares e Melin (1997) esclarecem que a retomada da hegemonia americana se pautava na globalização financeira que, com a posição central do dólar, aumentava as vantagens do país às Nações com moedas mais “fracas”. Ao mesmo tempo em que se beneficiava da sua posição hegemônica para aumentar seus gastos – sociais ou bélicos –, promovia políticas neoliberais internacionalmente, induzindo os Estados a romperem com o compromisso do *welfare state*, onde este estava estabelecido, realizando ajustes fiscais e privatizando serviços públicos.

O Brasil, neste contexto, estava imerso em intensa crise, com sua dívida externa tendo triplicado aquando da elevação da taxa de juros nos Estados Unidos a partir de 1980. As políticas que visavam combater os problemas apresentados vinham aumentando as desigualdades e as soluções propostas acabam por ampliar problemas internos, com cortes em gastos públicos, salários e crédito. Seguindo as recomendações do FMI e do Banco Mundial, no começo da década de 90 inicia-se um processo de desregulamentação financeira, que será coroado nos governos de Fernando Henrique Cardoso com outras políticas do Consenso de Washington, como privatizações, flexibilização do mercado de trabalho, liberalização comercial e reformas no Estado (Tavares, 1999).

As consequências se estenderam à vida privada e o pior ano na “década perdida” viu o número de casamentos despencar no país – que já passava por intensa uma transformação na estrutura familiar desde 1977 quando finalmente foi concedido o direito ao divórcio. A Constituição de 1988 consagrou esse direito e trouxe igualdade formal para homens e mulheres no casamento. Segundo o Artigo 266º, a família é tida como base da sociedade e tem proteção especial do Estado. O planejamento familiar, por sua vez, “é de livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito”. Em conjunto com o aumento da idade média no casamento das mulheres, dos anos de escolaridade e da participação no mercado de trabalho (Tabela 18) – além abordados anteriormente –

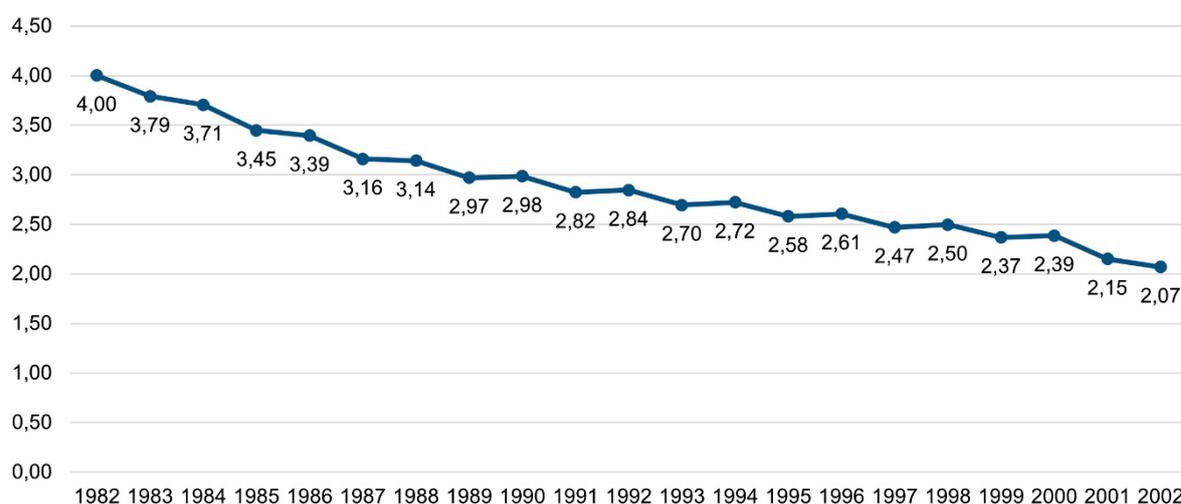
pode-se contextualizar a queda na taxa de fecundidade: em 20 anos, o número médio de filhos por mulher passa de 4 para 2,07, como mostra o Gráfico 1 (Berquó, 2023).

TABELA 18 - MULHERES A PARTIR DE 15 ANOS ECONOMICAMENTE ATIVAS, BRASIL, 1987-2002

Ano	Mulheres a partir de 15 anos economicamente ativas (%)
1987	43,17%
1992	52,61%
1997	52,55%
2002	55,59%

Fonte: Berquó, 2023

GRÁFICO 1 - TAXA DE FECUNDIDADE GERAL, BRASIL, 1982-2002



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

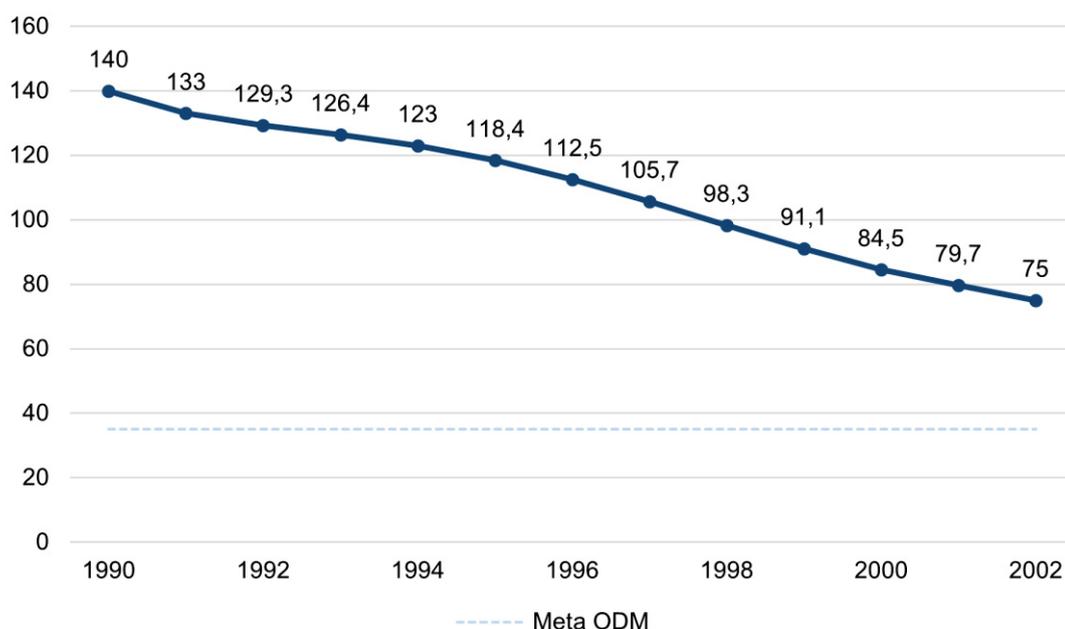
O Estado brasileiro na sua tarefa de democratização precisava lidar com um cenário bastante complexo, de falta de estrutura assistencial, problemas de saúde da população brasileira, causadas e agravadas pela desigualdade (Noronha; Pereira; Viacava, 2005). A implementação do projeto sanitário era permeada por disputas e encontrava resistência interna e externa, seja pela contestação de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade direta ou indiretamente, especialmente questionando e dificultando o seu financiamento. A ideia de um serviço de saúde que cobrisse somente aqueles que não tivessem capacidade de recorrer ao setor privado, de certa forma, se concretizou. Como Ligia Bahia (2012) descreve, apesar das importantes transformações ocorridas com a criação do SUS, algumas estruturas permaneceram inalteradas, especialmente aquelas relacionadas ao peso dos prestadores privados de serviços de saúde e da segmentação entre usuários do SUS

e clientes dos planos de saúde. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 consolida esse duplo caráter do sistema de saúde brasileiro (Menicucci, 2007; Noronha; Lima; Machado, 2012; Noronha; Pereira; Viacava, 2005; Viana; Silva, 2012)

A área da saúde reprodutiva, por sua vez, vinha ganhando destaque internacionalmente com a Conferência sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida no Cairo em 1994, com a IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Igualdade, Desenvolvimento e Paz que aconteceu em Pequim em 1995 e com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que primava também pela melhoria da saúde das gestantes, incentivando os Estados a investirem com a meta de reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna entre 1990 e 2015. No Brasil, a razão de mortalidade materna, por exemplo, era de 140 a cada 100.000 nascidos vivos em 1990 e em 2002 havia reduzido para 75/1000.000 nascidos vivos.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1986 indicava que, relativamente aos nascimentos nos cinco anos anteriores, 26% das brasileiras não haviam feito acompanhamento pré-natal. Isso era verdade para quase metade das mulheres (49,1%) na zona rural e para pouco mais da metade (53,3%) das mulheres sem qualquer tipo de instrução, como mostra a Tabela 1.

GRÁFICO 2 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NASCIDOS VIVOS), BRASIL, 1990-2002



Fonte: Presidência da República, 2010

TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NASCIMENTOS OCORRIDOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS COM CONTROLE PRÉ-NATAL, BRASIL, 1986

Característica	Nascimentos com controle pré-natal (%)
LOCAL DE RESIDÊNCIA	
Urbano	85,6
Rural	50,9
INSTRUÇÃO	
Nenhuma	46,7
< Primário Completo	62,4
Primário Completo	78,2
> Primário Completo	91,7
BRASIL	74,0

Fonte: PNDS, 1986

Mas era possível ver que a própria estrutura era bastante desigual, como pode mostra a Tabela 20, tanto na existência de estabelecimentos de saúde, quanto na proporção entre instituições públicas e privadas que atendem ou não o SUS. E, mesmo com a melhoria no acesso ao pré-natal adequado, as desigualdades regionais também se faziam presente (Gráfico 3), assim como na proporção de partos em

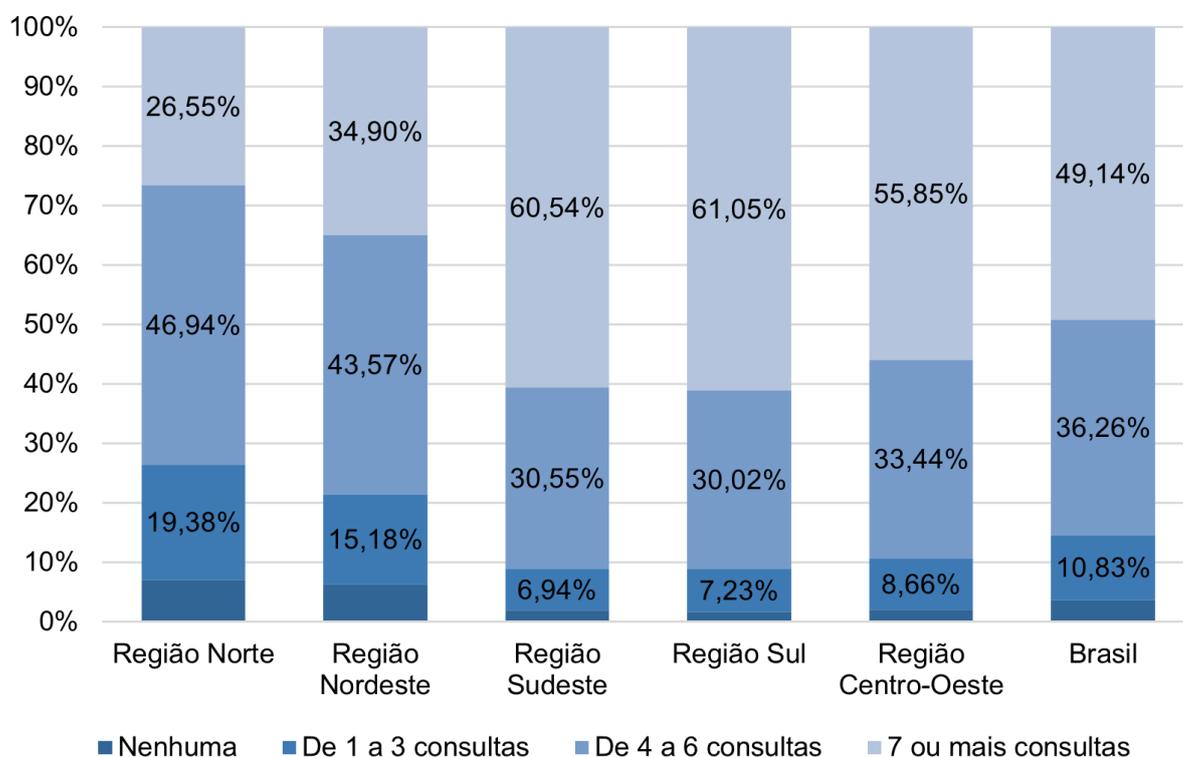
ambiente hospitalar que chegava já a 99% no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, mas não no Norte ou Nordeste (Tabela 21).

TABELA 20 - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE COM INTERNAÇÃO, POR REGIÃO, UF E ESFERA ADMINISTRATIVA, QUE OFERECEM ATENDIMENTO AO PARTO, 2002

Região/UF	Total	Esfera administrativa		
		Público	Privado	Privado/SUS
Região Norte	531	280	251	132
Rondônia	100	51	49	8
Acre	21	17	4	3
Amazonas	77	62	15	8
Roraima	16	13	3	0
Pará	240	96	144	93
Amapá	14	9	5	1
Tocantins	63	32	31	19
Região Nordeste	1849	1070	779	631
Maranhão	261	154	107	83
Piauí	161	119	42	38
Ceará	240	139	101	85
Rio Grande do Norte	157	102	55	52
Paraíba	151	86	65	56
Pernambuco	267	163	104	74
Alagoas	80	50	30	22
Sergipe	39	15	24	24
Bahia	493	242	251	197
Região Sudeste	1600	314	1286	917
Minas Gerais	579	113	466	414
Espírito Santo	89	12	77	53
Rio de Janeiro	283	64	219	108
São Paulo	649	125	524	342
Região Sul	996	211	785	718
Paraná	446	128	318	284
Santa Catarina	197	31	166	153
Rio Grande do Sul	353	52	301	281
Região Centro Oeste	650	223	427	322
Mato Grosso do Sul	111	32	79	63
Mato Grosso	168	49	119	89
Goiás	340	132	208	170
Distrito Federal	31	10	21	0
Total	5626	2098	3528	2720

Fonte: IBGE, 2002

GRÁFICO 3 - NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, POR GRANDE REGIÃO, BRASIL, 2002



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

TABELA 21 - PROPORÇÃO DE PARTOS HOSPITALARES – BRASIL E GRANDES REGIÕES, 2002 (EM %)

Localidade	Nascimentos em ambiente hospitalar (%)
Norte	91,18
Nordeste	93,54
Sudeste	99,26
Sul	99,02
Centro-Oeste	99,32
Brasil	96,70

Fonte: Presidência da República, 2010

Na década de 1990 foram tomadas medidas para tentar reduzir a incidência de cesarianas no país. No setor privado alguns hospitais passaram a oferecer cursos para gestantes, alguns financiados por operadoras de saúde (McCallum, 2005). No setor público houve tentativa de regulação das cesarianas (Silva et al., 2001), com o lançamento de campanhas para reduzir as intervenções no parto (McCallum, 2005), além de instituir uma porcentagem limite de cesarianas para reembolso cujos efeitos foram apenas de curto prazo (Barros et al., 2015). Em 1998, por meio das portarias nº. 2.816 de 29 de maio de 1998 e nº. 466 de 14 de junho de 2000, foi previsto o

pagamento de analgesia para parto vaginal, o aumento dos honorários médicos para acompanhamento deste, além de uma meta de redução das taxas de cesariana para até 40% ao fim do ano e, posteriormente, até 30% na primeira metade de 2000. O acompanhamento de parto normal sem distocia pela enfermagem passou a ser remunerada e, em 1999, foi contemplada a criação de Centros de Parto Normal (CPN) (Oliveira; Simioni, 2018).

Essas ações foram recebidas pelas entidades médicas com reservas, tendo sido emitidos pareceres e despachos afirmando a necessidade de supervisão médica para acompanhamento de partos sem distocia pela enfermagem – argumentando que a ausência de distocia é um diagnóstico médico –, contrários à solicitação de exames complementares pela enfermagem em programas, incluindo no pré-natal de baixo risco, como podem ser vistos no parecer CFM nº 184/1997.

Apesar das iniciativas, neste período o Brasil era o primeiro país do mundo em proporção de nascimentos por via alta (Fioretti et al., 2015). No âmbito nacional, a taxa era de 36,6%. Contudo, entre mulheres com 12 anos ou mais de estudo, critério frequentemente escolhido para estabelecer o nível socioeconômico nas pesquisas consultadas, a taxa era de 81,3%. Em comparação, entre mulheres sem escolaridade era de 12,5% (Tabela 23).

Pode-se verificar então, no final do século XX, uma tendência que, assim como as desigualdades regionais (Barros et al., 2015; Dias et al., 2022; Patah; Malik, 2011), já era observada desde o início da década de 80 e que se sustentará ao longo dos anos: a desigualdade no acesso às cesarianas mediada, principalmente, pela possibilidade de arcar com o atendimento pelo setor privado, como ilustrado nas Tabelas 22 e 23 (d’Orsi et al., 2001; Faúndes; Cecatti, 1991; Hopkins; de Lima Amaral; Mourão, 2014; Mendoza-Sassi et al., 2010; Paixão et al., 2021).

TABELA 22 - CESARIANAS DE ACORDO COM LOCAL DE NASCIMENTO, REGIÃO, ANOS DE EDUCAÇÃO, IDADE DA PARTURIENTE, ORDEM DO NASCIMENTO, BRASIL, 1996

Característica	Nascimentos por cesariana
Brasil	36,4
Urbano	41,8
Rural	20,1
Região	
Rio de Janeiro	43,3
São Paulo	52,1
Sul	44,6
Centro-Leste	41,0
Nordeste	20,4

Característica	Nascimentos por cesariana
Norte	25,5
Centro-Oeste	49,1
Anos de educação	
Nenhuma	12,5
1-3 anos	20,2
4 anos	27,4
5-8 anos	37,2
9-11 anos	54,6
12+ anos	81,3
Idade	
< 20 anos	24,3
20-34 anos	39,4
35+ anos	39,4
Ordem de nascimento	
1	39,8
2-3	42,6
4-5	21,5
6+	14,1

Fonte: Ministério da Saúde, 1997

TABELA 23 - TAXAS DE CESÁREA POR NATUREZA JURÍDICA DO HOSPITAL, PARTOS FINANCIADOS PELO SUS, BRASIL, DEZ/94 – FEV/95

Natureza Jurídica	Taxa de cesárea (%) nacional
Fins lucrativos - contratado	35,89
Filantropico - conveniado	35,42
Universitário com pesquisa	31,13
Próprio do SUS	29,93
Municipal	20,85
Estadual	19,30
Universitário	16,90
Federal	14,43
Sindicato	13,91
Sem indicação	13,81
Qualquer natureza jurídica	32,10

Fonte: Silver, 1996 *apud* Cecatti; Pires; Goldenberg, 1999

O século XX finaliza retomando a tendência de crescimento nas taxas de cesariana: se havia passado de 40,74% em 1996 para 37,22% em 1999, retoma a tendência de crescimento com 38,02% em 2000, 38,3 e 38,77% em 2001 e 2002, respectivamente (Tabela 24). A criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento e do Pacto para Redução das Cesarianas, entre Ministério da Saúde e entes federativos, que objetivava a meta de um máximo de 25% de cesarianas no país, são importantes evidências da percepção dos governos da incidência de cesarianas no país como um problema público que, no entanto, não afetava a toda a população brasileira na mesma forma. Como os Gráficos 4, 5 e 6 mostram, às

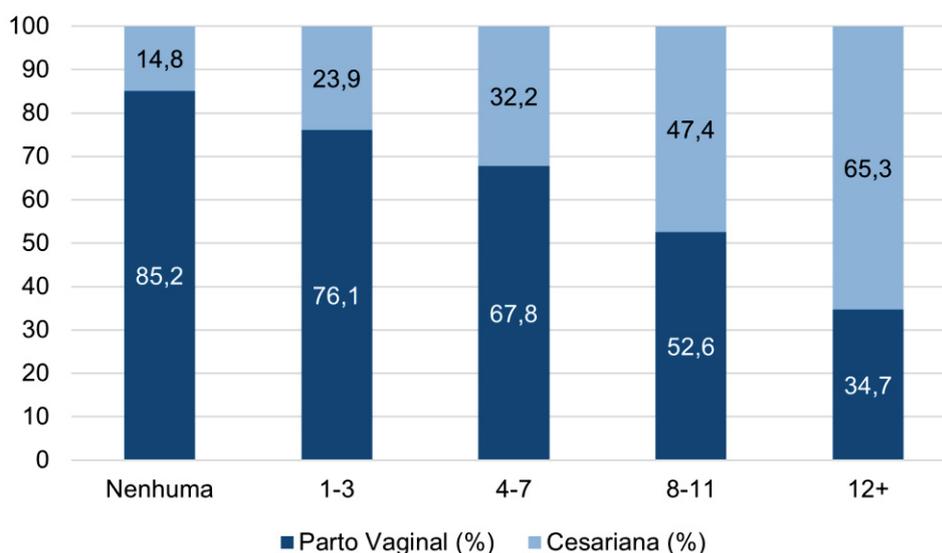
vésperas da ascensão do Partido dos Trabalhadores à presidência, o perfil das mulheres que realizavam cesarianas continuava muito similar: residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com mais anos de escolaridade e brancas.

TABELA 24 – PROPORÇÃO DE CESARIANAS, POR ANO E GRANDES REGIÕES, BRASIL, 1994-2002

Ano	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Brasil
1994	27,13	24,47	46,57	41,33	49,27	37,80
1995	29,13	24,57	49,45	42,83	49,77	40,23
1996	29,44	25,38	49,97	43,72	50,77	40,74
1997	29,95	24,51	49,84	43,83	49,57	40,22
1998	27,97	24,53	47,21	42,28	45,75	38,42
1999	27,04	24,56	45,82	40,61	42,79	37,22
2000	27,52	25,62	46,76	42,18	43,51	38,02
2001	27,41	26,48	47,23	43,26	44,17	38,30
2002	28,15	27,01	47,72	44,14	44,31	38,77

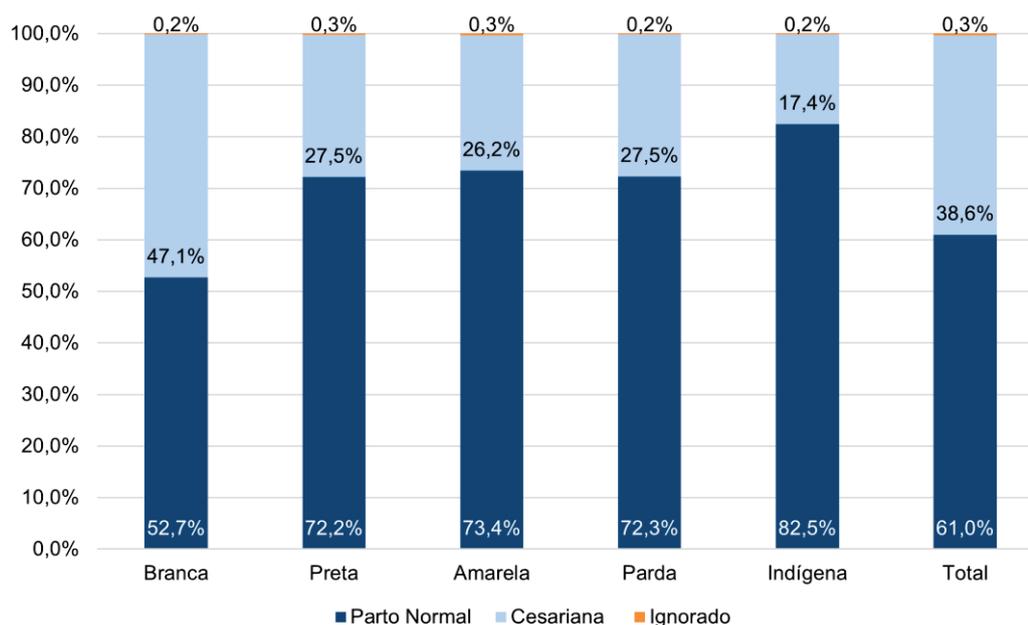
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

GRÁFICO 4 – PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS E CESARIANAS POR ESCOLARIDADE DA PARTURIENTE, BRASIL, 2001



Fonte: Presidência da República, 2004

GRÁFICO 5 - PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS E CESARIANAS POR COR/RAÇA DA PARTURIENTE, BRASIL, 2002



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

Em resposta ao modelo assistencial tecnocrático que havia se consolidado, como nomeia Robbie Davis-Floyd (2023), simbolizado pela cesariana, surge um movimento de contracultura pela humanização do parto, influenciado também pela atuação de mulheres e profissionais de saúde em outras países. Esse movimento conjugou elementos do movimento pelo parto natural, dos movimentos feministas e da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Esta última vertente influencia fortemente o surgimento da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) em 1993, uma das principais disseminadoras das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o uso adequado de tecnologia no nascimento, discutidas em uma conferência realizada em Fortaleza ainda na década de 1980.

A humanização do nascimento ganhou força, chegou no Ministério da Saúde e foi capaz de influenciar a formulação de políticas pública. Maia (2010) argumenta que, considerando as portarias, normas e manuais preparados pelo Ministério da Saúde na primeira década do século XXI, seria correto afirmar que “o Estado brasileiro incorporou o paradigma da humanização do parto como estratégia privilegiada tanto para reduzir os índices de morte materna quanto para garantir a saúde materna” (p. 45), como visto com o programa para a humanização do parto e do nascimento. A chegada do governo Lula aumenta a força desse movimento, por um lado, e a resistência a ele, por outro.

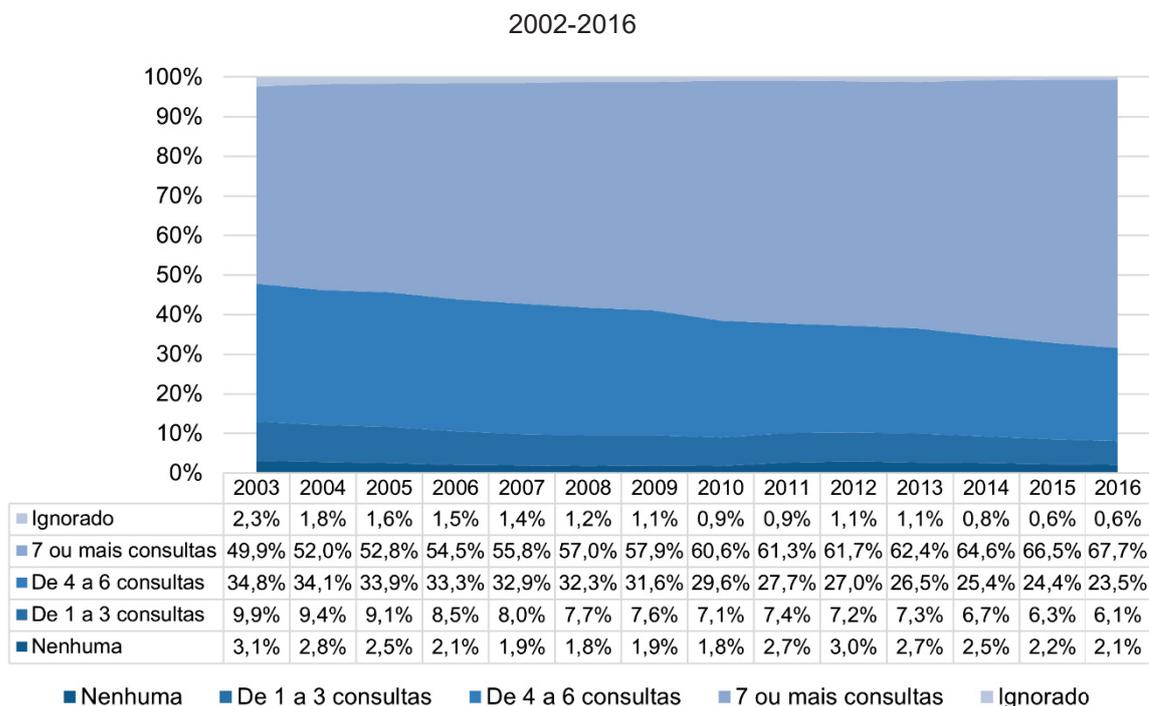
5.7 A ERA DA HUMANIZAÇÃO, 2003-2016

A chegada de Luiz Inácio Lula da Silva à presidência em 2003 no contexto da chamada “onda progressista sul-americana” – que elegeu governos de centro-esquerda e esquerda em países como Chile, Bolívia, Argentina – foi pautada em uma estratégia que buscava conciliar a manutenção das estruturas – busca pelo superávit primário e estabilidade monetária – com melhorias nas condições de vida para a maior parte da população possibilitada, em parte, por uma tendência de crescimento econômico em um cenário internacional favorável. Essa mudança trouxe impactos reais como aumento do poder aquisitivo pela elevação do salário-mínimo acima da inflação, redução da pobreza extrema, diminuição do desemprego com a criação de empregos formais, puxado especialmente pelo aumento do investimento público (Santos, 2018).

No entanto, a forma de regulação dos conflitos sociais estabelecida durante os Governos Lula foi se esgotando e a escolha pelo aprofundamento das medidas de austeridade, especialmente após a reeleição de Dilma Rousseff, em conjunto com o enfoque midiático a denúncias de corrupção, tornou o terreno fértil para uma ofensiva da oposição e possível o cenário para a consolidação da retirada da presidenta eleita do cargo, com interesses e meios escusos, com apoio de uma parte expressiva da população (Santos, 2018).

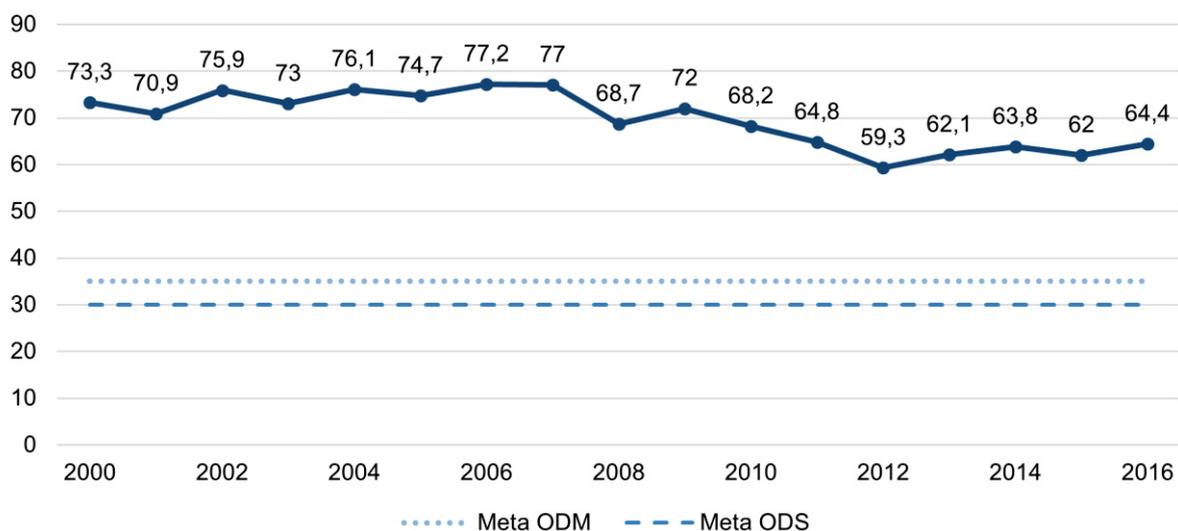
Para as mulheres brasileiras, o período se apresentou com um aumento na expectativa de vida, em conjunto com uma taxa de fecundidade que foi 2,1 filhos por mulher em idade reprodutiva em 2003 para 1,7, entre o mesmo grupo, em 2016 (Berquó, 2023). Manteve-se a tendência de aumento ao número de consultas pré-natal (Gráfico 7) e de redução da mortalidade materna – como preconizado pelo esforço do Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em ano de 2004 –, mesmo que com dados ainda acima das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), agenda internacional que a partir de 2015 foi ampliada e culminou na Agenda 2030: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

GRÁFICO 6 - PORCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS POR NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL, BRASIL, 2002-2016



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/MS/SVS

GRÁFICO 7 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, POR 100.000 NASCIDOS VIVOS, BRASIL, 2002-2016



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A saúde da mulher e saúde reprodutiva nos dois primeiros mandatos de Lula (2003-2006 e 2007-2010) foi regida principalmente por dois instrumentos: a Política Nacional de Saúde Integral da Mulher (PNAISM) e o Programa de Atenção Obstétrica

e Neonatal. A PNAISM foi produzida pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e buscava demonstrar a inserção da saúde da mulher na política do governo que se comprometia com a garantia de direitos humanos para as mulheres e com a diminuição da morbidade e da mortalidade por causas evitáveis (Rosa, 2024). Sobre o parto e o nascimento, o documento caracterizava a experiência brasileira como

“marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais” (BRASIL, 2004).

Especificamente para a o momento do parto e nascimento, foi criado em 2005 o Programa de Atenção Obstétrica e Neonatal. Nele estava previsto a manutenção de controle e adoção de estratégias visando a redução das taxas de cesárea, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como atendimento seguro e humanizado para gestante e recém-nascido, direito a conhecer a maternidade onde será atendida e a acompanhante no parto e pós-parto imediato. Segundo o documento

“a humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão. (...) A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (Brasil, 2005, p. 25).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006, com dados referentes aos cinco anos anteriores, ajuda a caracterizar a assistência obstétrica dos primeiros anos do século XXI. Como mostra a Tabela 25, o SUS era responsável pelo atendimento de 75,9% dos nascimentos, porcentagem que chegava a 86% na Região Norte. No entanto, entre mulheres com 12 anos de escolaridade ou mais, somente 18,8% haviam recorrido ao sistema público neste evento.

TABELA 25 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS NOS CINCO ANOS ANTERIORES À ENTREVISTA POR LOCAL DO PARTO, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. BRASIL, 2006

Características sociodemográficas	No hospital		Em casa	Outro	Ignorado
	SUS	Convênio/particular			
Idade da mãe					
<20	89,7	8,5	1,5	0,2	0,2
20-34	70,9	27,3	1,1	0,4	0,3
35-49	60,2	36,5	2,0	0,4	0,8
Ordem do nascimento					
1	74,4	24,5	0,7	0,2	0,2
2-3	75,3	22,9	1,1	0,5	0,2
4-5	88,2	7,8	3,7	0,0	0,3
6 ou mais	82,7	0,9	12,8	0,0	3,6
Consultas de pré-natal					
Nenhuma	63,2	3,7	31,7	1,4	0,0
1-3	91,1	3,4	3,6	1,9	0,0
4-5	90,1	7,2	2,4	0,2	0,0
6 ou mais	73,0	26,1	0,5	0,3	0,1
Anos de estudo					
Nenhum	86,7	2,9	8,4	0,0	2,0
1-3	87,3	6,2	5,0	0,3	1,2
4	89,9	7,1	2,7	0,0	0,3
5-8	86,0	12,3	0,7	0,6	0,4
9-11	69,4	30,1	0,3	0,2	0,0
12 ou mais	18,8	80,9	0,0	0,3	0,0
Cor da pele					
Branca	68,1	30,7	0,5	0,4	0,3
Negra	80,9	16,9	1,7	0,3	0,2
Outra	72,2	23,6	2,9	0,0	1,3
Região					
Norte	78,7	13,5	7,5	0,3	0,1
Nordeste	86,0	11,5	1,6	0,7	0,2
Sudeste	70,0	29,5	0,1	0,0	0,4
Sul	72,2	26,7	0,2	0,4	0,5
Centro-Oeste	72,7	26,1	0,5	0,2	0,4
Residência					
Urbana	78,7	24,9	0,8	0,3	0,3
Rural	85,0	10,7	3,5	0,6	0,1
Total	75,9	22,2	1,3	0,3	0,3

Fonte: Ministério da Saúde, 2007

A prevalência de cesariana também era muito maior entre nascimentos financiados por convênio ou recursos próprios, quando comparado ao serviço público: 80,8% no primeiro caso e 33,6% no segundo. Novamente, o grau de escolaridade – que cumpre a função de condição socioeconômica – mostra 83,2% entre aquelas com mais anos, contra 27,8% e 26% entre aquelas sem nenhum ou com no máximo três anos de estudo.

Por outro lado, a realização de episiotomia no parto vaginal é predominante tanto no setor público (71,4%), quanto no privado (82,4%). Já as boas práticas como acesso à alívio da dor no parto normal e a presença de acompanhante no parto é

baixa tanto no SUS quanto no convênio ou particular, com ligeira vantagem para a acompanhamento no setor privado, com 34,6% contra apenas 9,5% nos hospitais públicos.

TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS NOS CINCO ANOS ANTERIORES À ENTREVISTA POR CONDICIONANTES DA ASSISTÊNCIA AO PARTO, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. BRASIL, 2006.

Características sociodemográficas	Nascimento ocorreu no 1º serviço procurado	Alívio da dor no parto normal	Episiotomia foi realizada	Acompanhante no parto	Cesariana
Idade da mãe					
<20	87,6	25,8	75,1	12,3	31,7
20-34	89,9	28,8	68,5	16,0	47,2
35-49	90,9	33,1	60,4	22,2	60,9
Ordem do nascimento					
1	88,2	30,7	84,8	17,7	48,2
2-3	89,9	26,9	65,8	14,9	42,5
4-5	93,5	25,1	40,3	10,4	25,6
6 ou mais	85,5	9,9	21,7	15,1	21,0
Anos de estudo					
Nenhum	92,3	31,8	49,0	14,9	27,8
1-3	91,4	17,2	49,8	11,4	26,0
4	88,3	25,9	66,8	10,1	27,2
5-8	86,7	28,9	74,4	12,5	39,4
9-11	90,3	29,7	76,7	17,0	49,2
12 ou mais	95,4	52,2	79,4	45,0	83,2
Cor da pele					
Branca	89,5	31,8	72,8	18,7	48,6
Negra	89,1	25,3	69,9	13,9	39,8
Outra	89,7	36,5	62,3	14,2	51,6
Financiamento da assistência					
Convênio ou particular	94,6	44,4	82,4	34,6	80,8
SUS	88,1	27,2	71,4	9,5	33,6
Região					
Norte	90,5	17,4	54,2	16,6	30,6
Nordeste	88,0	16,4	65,4	11,6	32,0
Sudeste	88,4	42,0	78,5	16,1	51,5
Sul	95,7	33,8	76,5	16,8	51,3
Centro-Oeste	86,3	23,3	75,4	16,4	48,6
Residência					
Urbana	88,8	29,7	72,0	17,4	45,7
Rural	91,5	21,7	65,3	12,0	35,0
Total	89,3	27,9	70,3	16,2	43,6

Fonte: Ministério da Saúde, 2007

A Tabela 27 demonstra a preponderância da medicina na assistência ao parto, sendo médicos e médicas responsáveis por 88,7% dos atendimentos, chegando a 97,2% na região Sul, a 95,2% no Centro-Oeste e 94,8% no Sudeste. Já nas regiões

Norte e Nordeste, a medicina é responsável por 71,9% e 80,4% dos nascimentos. Profissionais da enfermagem prestam cuidado para 20,9% e 13,9% das mulheres, enquanto as parteiras tradicionais – que não representam nem 1% nas outras regiões, prestaram assistência para 5,8% das nortistas e 3,6% das nordestinas, especialmente com menos anos de escolaridade.

TABELA 27 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS NOS CINCO ANOS ANTERIORES À ENTREVISTA, SEGUNDO A PESSOA QUE ASSISTIU AO PARTO, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. PNDS, 2006

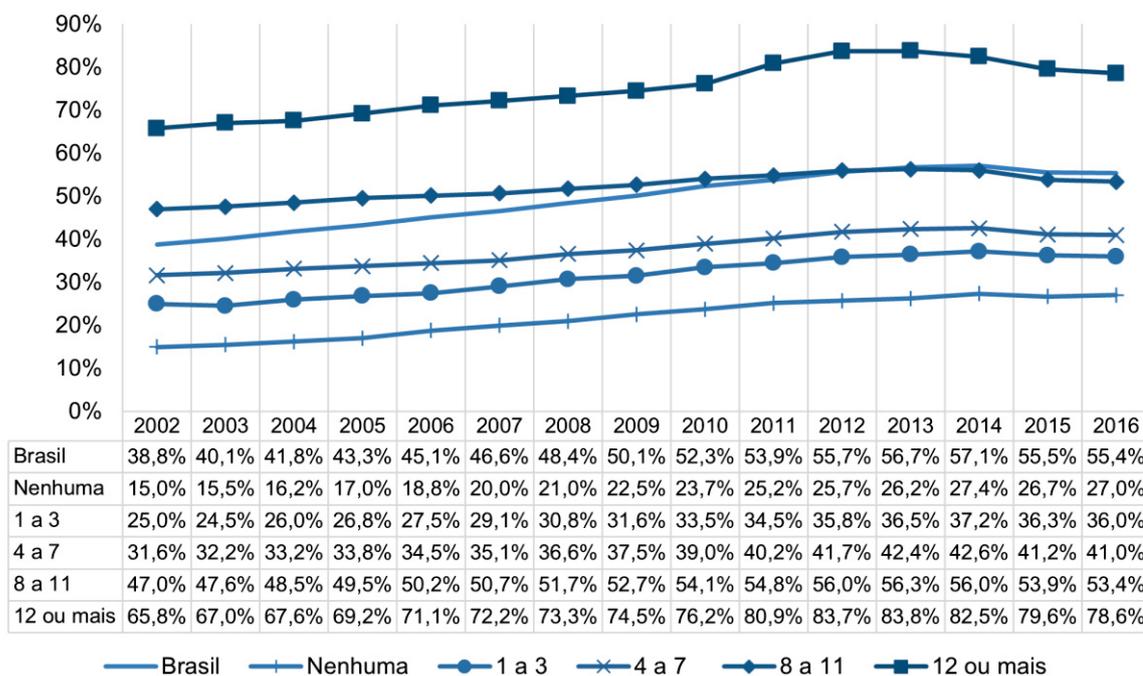
Características sociodemográficas	Médico	Enfermeira	Parteira tradicional	Outro	Ninguém
Anos de estudo					
Nenhum	77,7	9,4	9,7	1,4	2,4
1-3	79,2	13,8	5,5	0,6	0,9
4	85,4	10,4	2,8	0,1	1,2
5-8	87,0	10,8	1,1	0,5	0,6
9-11	92,4	5,4	0,9	0,2	1,1
12 ou mais	99,2	0,8	0,0	0,0	0,0
Cor da pele					
Branca	90,8	6,7	1,6	0,0	0,8
Negra	97,1	9,5	1,8	0,6	1,0
Outra	93,9	3,4	1,9	0,9	0,0
Região					
Norte	71,9	20,6	5,8	1,2	0,6
Nordeste	80,4	13,9	3,6	0,4	1,7
Sudeste	94,8	4,0	0,0	0,3	0,9
Sul	97,2	2,6	0,1	0,1	0,0
Centro-Oeste	95,2	3,3	0,9	0,3	0,2
Residência					
Urbana	90,2	7,5	1,0	0,4	0,9
Rural	82,6	11,4	4,5	0,5	1,0
Total	88,7	8,3	1,7	0,4	0,9

Fonte: Ministério da Saúde, 2007

Em 2006 a taxa de cesariana foi de 30,1% no SUS e 80,7% no setor privado (Haddad; Cecatti, 2011). O estudo de Rebelo et al. (2010) revelou uma incidência de 43,9% para o período 2006-2007, sendo possível constar diferenças regionais consideráveis: 51,9% e 51,7% e 49,1% para Sul, Sudeste e Centro-Oeste, respectivamente. Para o Nordeste e o Norte, os dados foram de 32,2% e 30,8%. Os contrastes podem ser vistos entre os meios urbano e rural, com o primeiro com taxas de 46,1% e o segundo com 35,2% acontecendo por via cirúrgica. Importante dizer que a partir de 2006 começa uma ampliação na diversidade do perfil sociodemográfico das mulheres que realizavam cesariana no país, com aumento da realização do procedimento entre mulheres negras e pardas, com menos anos de escolaridade e vivendo em regiões rurais. Essa mudança é atribuída pelos autores à redução da pobreza e das desigualdades, além do aumento ao acesso à serviços de saúde,

incluindo aqui o setor privado (Raifman; Cunha; Castro, 2014). Dois anos depois, em 2008, a OMS estimou que no Brasil haviam sido realizadas 1 milhão de cesarianas desnecessárias e, em 2009, a cesariana ultrapassou o parto vaginal como via predominante de nascimento no país (Gráfico 9).

GRÁFICO 8 - TAXA DE CESARIANA POR ANOS DE ESCOLARIDADE DA PARTURIENTE, BRASIL, 2002-2016



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/MS/SVS

Em 2011 é criada a Rede Cegonha (RC) por meio da portaria Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, com objetivo de “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (Brasil, 2011). Promover no âmbito do SUS, práticas baseadas em evidências científicas, de acordo com as recomendações da OMS e estimular a implementação e equipes horizontais nos serviços de saúde. A RC foi criada já em um contexto de disputas políticas sobre direitos reprodutivos, nomeadamente sobre a questão do aborto na campanha presidencial de 2010. Hevelyn Rosa (2023) explica que o programa contou com críticas do movimento feminista mais amplo, mas com apoio – e participação – do movimento pela humanização do parto, em especial a Rehuna, que ajudou a consolidar uma parte do léxico do projeto, como “medicina baseada em evidências científicas”.

Posteriormente, com a Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013 foram especificadas as diretrizes para atenção da gestação de alto risco no âmbito da Rede. Segundo este documento, os hospitais referência para gestação de alto risco, deveriam “apresentar planos de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)” (Brasil, 2013). Entre as boas práticas recomendadas pela OMS constam a alimentação e possibilidade de movimentação durante o trabalho de parto e o uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor que, como pode ser observado na Tabela 28, são pouco disponibilizados mesmo entre as gestantes de risco habitual, com prevalências um pouco maiores no setor público.

TABELA 28 - O TRABALHO DE PARTO EM MULHERES DE RISCO OBSTÉTRICO HABITUAL, DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SELECIONADAS. BRASIL, 2011.

	Alimentação durante o trabalho de parto (%)	Movimentação durante o trabalho de parto (%)	Uso de procedimentos não-farmacológicos para alívio da dor (%)
Região			
Norte	18,4	54,2	17,7
Nordeste	16,6	39,1	19,1
Sudeste	35,7	47,0	37,5
Sul	22,0	56,3	30,5
Centro-Oeste	18,4	45,1	17,6
Fonte de pagamento			
Pública	27,2	48,1	29,3
Privada	10,4	29,1	15,3
Cor da pele			
Branca	29,7	48,5	31,5
Preta	26,0	46,0	27,5
Parda	23,7	45,6	26,3
Amarela	26,0	37,4	30,2
Indígena	17,5	38,7	23,2
Anos de estudo			
≤ 7	21,4	43,2	22,8
8-10	26,5	48,1	30,1
11-14	29,4	48,4	31,7
≥ 15	17,9	37,8	18,0
Brasil	25,6	46,3	28,0

FONTE: Leal *et al.*, 2011

A incidência de intervenções durante o trabalho de parto, como a Manobra de Kristeller e a episiotomia, tendo esta última reduzido quando comparado aos dados de 2006. No entanto, considerando a recomendação na OMS para que esta não seja realizada de forma rotineira, incidência continua elevada, tendo o procedimento sido realizado em 55,5% dos partos no setor público e em 67,1% dos partos no setor privado. Posteriormente foi publicado pelo Ministério da Saúde a Portaria Nº 306, de 28 de março de 2016, aprovando diretrizes para a operação cesariana.

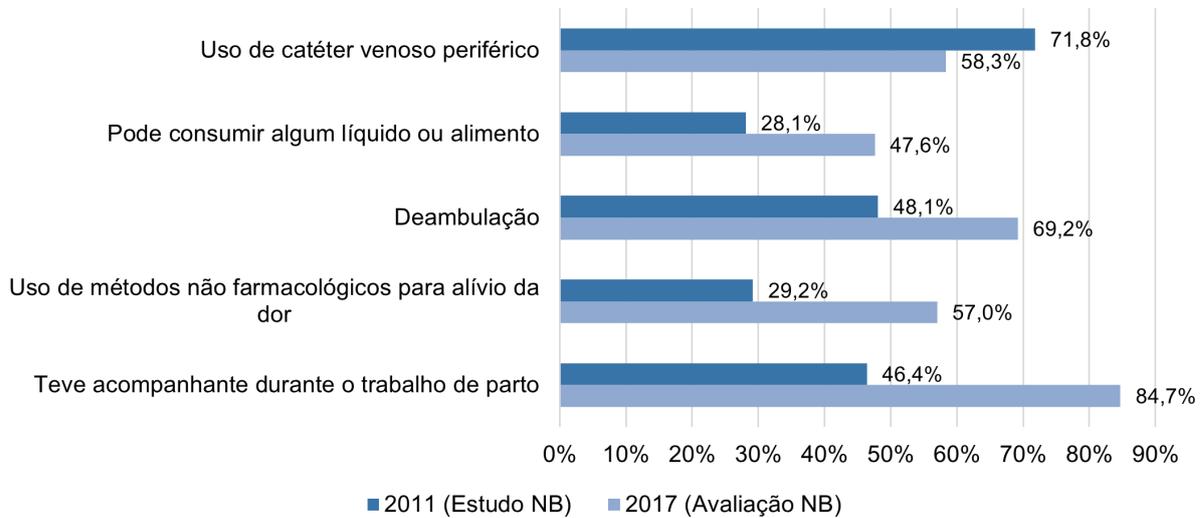
TABELA 29 - INCIDÊNCIA DE INTERVENÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM MULHERES DE RISCO OBSTÉTRICO HABITUAL, DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SELECIONADAS. BRASIL, 2011.

	Analgesia epidural (%)	Litotomia (%)	Manobra de Kristeller (%)	Episiotomia (%)	Cesariana (%)
Região					
Norte	28,8	90,3	33,9	48,6	43,3
Nordeste	26,8	89,2	40,6	52,5	44,8
Sudeste	34,9	92,0	36,1	56,7	44,7
Sul	28,7	95,3	32,3	62,9	49,1
Centro-Oeste	39,3	97,3	45,5	69,2	50,2
Fonte de pagamento					
Pública	27,1	92,0	37,3	55,5	35,6
Privada	73,7	86,7	37,9	67,1	85,0
Cor da pele					
Branca	37,3	93,4	34,0	60,7	55,1
Preta	27,0	87,7	38,4	52,1	34,3
Parda	29,2	91,5	38,5	54,8	41,6
Amarela	39,8	90,7	44,1	55,7	46,8
Indígena	26,6	97,6	38,3	45,8	24,1
Anos de estudo					
≤ 7	21,5	91,1	36,4	47,4	30,3
8-10	28,2	92,3	37,1	57,7	36,7
11-14	37,8	92,0	38,3	61,9	52,8
≥ 15	67,5	92,2	40,0	74,1	83,0
Brasil	31,5	91,7	37,3	56,1	45,5

FONTE: Leal *et al.*, 2011

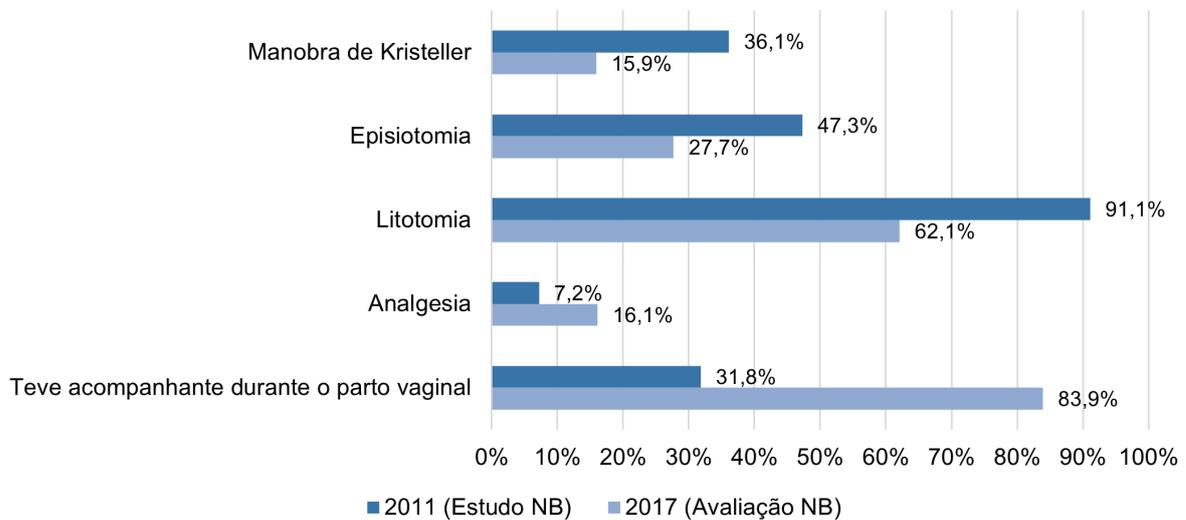
Uma avaliação da Rede Cegonha realizada ao longo de 2017 e coordenada pela Fiocruz e pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) mostrou uma diferença significativa no direito a um acompanhante, com redução na realização de intervenções e algum aumento no uso de analgesia, de 7,2% para 16,1%.

GRÁFICO 9 - MANEJO DO TRABALHO DE PARTO, COMPARAÇÃO ENTRE ESTUDO NASCER NO BRASIL E AVALIAÇÃO REDE CEGONHA, BRASIL, 2017



Fonte: Fiocruz, 2021

GRÁFICO 10 - MANEJO DO TRABALHO DE PARTO VAGINAL, COMPARAÇÃO ENTRE ESTUDO NASCER NO BRASIL E AVALIAÇÃO REDE CEGONHA, BRASIL, 2017



Fonte: Fiocruz, 2021

Contudo, a pesquisa avaliativa também mostrou a dificuldade em generalizar um cuidado adequado. Leal e colaboradoras (2021) mostram que, apesar dos elogios e avanços comparativamente ao período anterior ao programa, apareceram a queixas à estrutura das maternidades que atendem o SUS: falta de roupa de cama, ausência de cortinas entre leitos, condições inadequadas para o acompanhante e pouca qualidade e quantidade da alimentação. Outras pesquisas corroboram com a

percepção das usuárias, já que quase 70% das maternidades têm salas coletivas para pré-parto, 30,3% delas sem separação entre os leitos (Tabela 30). Além disso, segundo as autoras “nem todos os hospitais do SUS dispõem de artefatos fisioterapêuticos que auxiliam na evolução do trabalho de parto e parto, como bola de *bobath*, cavalinho, banheira e chuveiro para banho morno etc.” (p. 945). Uma parte pode ser atribuída à negligência ou resistência dos profissionais de saúde em adotar novas práticas, mas a carência de recursos públicos é uma hipótese explicativa para o cenário apresentado.

TABELA 30 - DISTRIBUIÇÃO DAS MATERNIDADE DA REDE CEGONHA SEGUNDO AMBIENTE DE PRÉ-PARTO. BRASIL E GRANDES REGIÕES, 2017

Ambiente de Pré-Parto	Norte (%)	Nordeste (%)	Sudeste (%)	Sul (%)	Centro-Oeste (%)	Brasil (%)
Sala coletiva sem separação entre os leitos	49,4	45,8	17,2	20,3	18,4	30,3
Sala coletiva com separação com cortinas/box	31,2	31,9	40,5	55,7	34,2	38,4
Quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto)	10,4	10,2	14,0	2,5	26,3	11,7
Dois tipos de ambiente	3,9	9,0	27,4	20,3	15,8	17,2
Outros	5,2	3,0	0,9	1,3	5,3	2,4

FONTE: Pasche et al., 2021

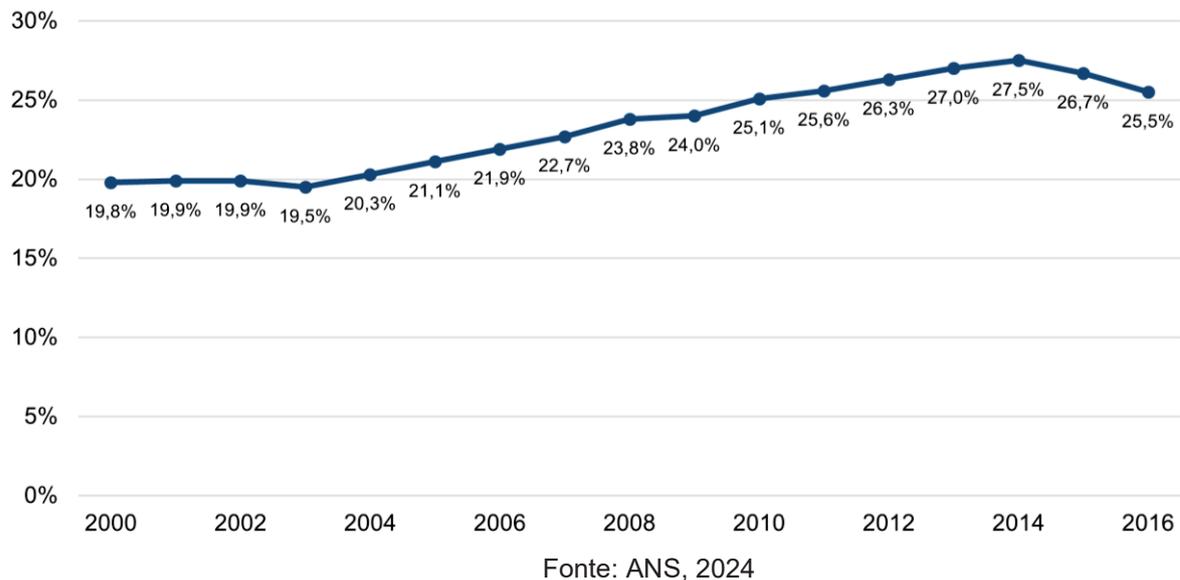
No setor da saúde suplementar, de acordo com as informações disponibilizadas pela ANS, as taxas de cesariana se mantiveram estáveis a partir de 2013, por volta de 85% (Tabela 31). Ao mesmo tempo, entre os anos de 2002 e 2014 ocorreu um aumento na cobertura dos planos de saúde entre mulheres em idade reprodutiva o que, possivelmente, aumentou o número bruto de partos atendidos pela saúde suplementar, contribuindo para um aumento global nas taxas de cesariana nacionais.

TABELA 31 - TAXA DE CESARIANA NA SAÚDE SUPLEMENTAR, BRASIL, 2013-2016

Ano	2013	2014	2015	2016
Taxa de cesariana no setor privado	84,50%	85,60%	84,6%	85,6%

Fonte: ANS, 2024

GRÁFICO 11 - PESSOAS DO SEXO FEMININO, ENTRE 15-49, COM COBERTURA DE PLANOS DE Fonte: ANS, 2024



No entanto, desde 2004, quando a taxa de cesariana eram de 79,7% no setor privado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passou a implementar estratégias para sua redução (Entringer et al., 2018; Pádua et al., 2010). Em 2007 incluiu-se a taxa de cesáreas no sistema de classificação das operadoras e no ano seguinte foi lançada a campanha “Parto Normal está no seu Plano”. Ainda em 2008, a ANS tornou obrigatória a cobertura da assistência de enfermagem obstétrica por parte dos planos de saúde, ação relacionada com as evidências do aumento de sucesso do parto normal quando este é assistido por parteiras ou enfermeiras parteiras. Em 2009, a ANS passa a integrar a comissão do parto normal do CFM e dois anos depois passa a integrar também o grupo de incentivo da Rede Cegonha.

Em 2013, a ANS emitiu uma nota que os planos de saúde com cobertura obstétrica deveriam incluir o atendimento ao parto normal, considerando a cobrança ilegal neste contexto (Melo, 2021; Nakamura-Pereira et al., 2016). Já em 2015 foi lançado o Programa Parto Adequado (PPA), com o objetivo de “apoiar e instrumentalizar a implementação de ações baseadas em evidências científicas no setor suplementar de saúde, para reduzir de forma segura o percentual de cesarianas desnecessárias, aumentar a qualidade e a segurança da atenção ao parto e nascimento”. No mesmo ano, na busca por conter o avanço das cesarianas no setor privado, o órgão emitiu a Resolução Normativa nº 368 de 06 de janeiro de 2015, na qual garante às beneficiárias dos planos de saúde aos percentuais de cesariana e

parto normal dos médicos, dos estabelecimentos de saúde e das operadoras. Além disso, estabeleceu o uso do cartão da gestante, da carta de informação à gestante e da utilização do partograma no contexto dos planos de saúde que, naquele ano, foram responsáveis por 569 mil nascimentos, quase 20% dos acontecidos no país, sendo 85% deles por via cirúrgica. É preciso dizer, no entanto, que as iniciativas citadas só ocorreram por determinação do Ministério Público (Dalmoro; Rosa; Bordin, 2018; Entringer et al., 2018; Oliveira; Simioni, 2018).

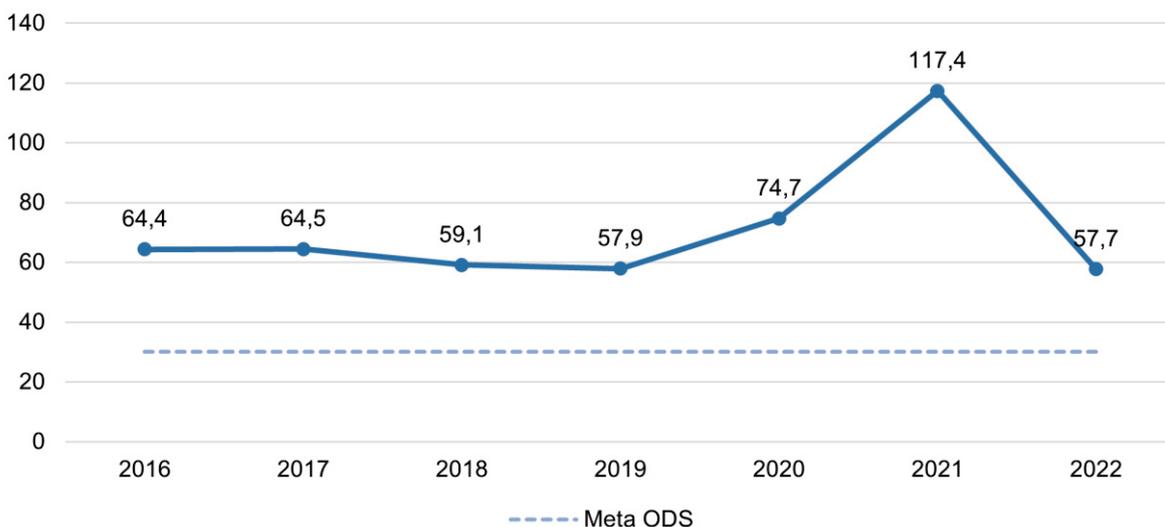
O conjunto de medidas adotadas durante os anos foi recebido com resistência por parte da classe médica que, a partir dos órgãos de classe, buscou se posicionar em relação às diretrizes públicas. O Parecer CFM nº 39/12 afirmava, por exemplo, que “é ético e não configura dupla cobrança o pagamento de honorário pela gestante referente ao acompanhamento presencial do trabalho de parto, desde que o obstetra não esteja de plantão e que este procedimento seja acordado com a gestante na primeira consulta”, discordando do posicionamento da ANS. Por outro lado, o CFM se posicionava contrariamente a possibilidade de Centros de Parto Normal sem a presença de médicos. Já a Resolução CFM Nº 2.144/2016 que “é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal”. Para ser garantida a segurança, seria necessário aguardar a 39ª semana de gestação e a assinatura de um termo de consentimento informado”. Em resposta a esse movimento, o Deputado Professor Professor Victório Galli (PSC-MT), apresentou o PL – conhecido como PL da Prematuridade – para dispor “sobre o direito de pedido de cesariana à gestante ao completar no mínimo 37 semanas de gestação”. A proposta não foi aprovada, no entanto, a possibilidade de escolha pela cesariana viria a se tornar, nos anos seguintes, alvo de novos projetos de lei por diversos estados do país.

5.8 INTERCORRÊNCIA OU MAU DESFECHO?, 2016-2022

A remoção da Presidenta Dilma Rousseff do cargo e de seu vice, Michel Temer, inaugurou uma. Em um documento denominado Ponte para o Futuro, lançado pelo partido de Temer ainda durante o governo Dilma consta, explicitamente, que “é necessário em primeiro lugar acabar com as vinculações constitucionais estabelecidas, como no caso dos gastos com saúde e com educação” (Fundação

Ulysses Guimarães, 2015, p.9). A proposta poderia ser considerada um prelúdio do projeto para saúde do país que seria adotado nos anos seguintes. Como presidente, Michel Temer, estabeleceu a Emenda Constitucional 95 (EC 95), conhecida como Teto de Gastos, que buscava limitar os gastos públicos por 20 anos. Além disso, invocou um discurso de conservadorismo que resultou em ações práticas: pôs fim ao Ministério de Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos e nomeou uma deputada abertamente contra o aborto para a Secretaria das Mulheres. Ambos os elementos, a austeridade e o conservadorismo, foram mobilizados por Jair Bolsonaro, durante toda a sua campanha e governo (Quinalha, 2016). O período foi, portanto, de retrocessos para os direitos de meninas e mulheres que, combinada com a gestão realizada pelo governo federal durante – incluindo o atraso na vacinação – resultou em um dos dados mais impactantes do período: um aumento da mortalidade materna que levou o país de volta aos números dos anos 1990 (Gráfico 13) (Souza; Amorim, 2021; Takemoto et al., 2022).

GRÁFICO 12 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NASCIDOS VIVOS), BRASIL, 2016-2022



Fonte: Observatório Obstétrico Brasileiro, 2024

No que diz respeito às políticas de saúde sexual e reprodutiva, o governo Bolsonaro promoveu significativas mudanças, em consonância com o discurso adotado enquanto candidato: a abstinência sexual tornou-se uma política para prevenção de gravidez na adolescência, além do próprio Bolsonaro ter sugerido que pais rasgassem a seção de educação sexual na Caderneta do Adolescente.

Profissionais de enfermagem foram proibidos de inserir DIU – medida que havia sido aprovada na gestão de Michel Temer e recriminada por órgãos de classe –, foram exonerados coordenadores da área de saúde sexual no Ministério da Saúde. Medidas para dificultar o acesso ao aborto legal foram implementadas, como a Portaria GM/MS nº 2.561, de 23 de setembro de 2020 que obrigada o profissional de saúde a i O conteúdo da portaria é similar à Resolução nº 296, de 16 de julho de 2019, do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), que obrigava a notificação policial em casos de pacientes que recorressem às instituições de saúde buscando aborto legal após uma violência sexual. Um dos relatores foi Raphael Câmara Medeiros Parente – que assumiu o cargo de Secretário da Atenção Primária em junho de 2020 (Medeiros; Araújo Júnior, 2024).

Médico pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) com residência em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Doutor em Ginecologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Atuou como Conselheiro Regional do CREMERJ e do CFM e coordenou o Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Instituto de Ginecologia da UFRJ, onde atua como médico. Em uma entrevista, ele afirmou ter feito campanha e votado em Jair Bolsonaro, mas, para além de seu posicionamento político pessoal, ele afirma que sua chapa no Conselho “foi eleita assumidamente com uma pauta mais conservadora” (Alvim, 2019).

Como Coordenador do Grupo de Trabalho Materno Infantil do CREMERJ, Parente assinou uma nota de posicionamento sobre Congresso da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia que aconteceu no Rio de Janeiro em outubro de 2018. A nota, além de afirmar que o evento tomou uma posição ideológica sobre o aborto – um tema que declara ser técnico – diz defender “parto humanizado em médico com hospital” e “o melhor parto para a mulher independente da via, tendo como ponto máximo de interesse o bem-estar materno-fetal sem demonizar o obstetra ou a cesariana a pedido materno” (CREMERJ, 2018). Comentando sobre o evento, o médico disse que “Quem defende uma coisa, defende outra. Tanto que, no mundo do parto humanizado, aquelas pouquíssimas pessoas contrárias ao aborto são demonizadas” (Alvim, 2019).

Em outro momento, na audiência pública do Supremo Tribunal Federal (STF) sobre interrupção voluntária da gravidez que ocorreu entre 3 e 6 de agosto de 2018, o obstetra – adotando posição contrária a descriminalização e legalização do aborto

– questiona os dados que estabelecem relação entre o aborto ilegal e mortalidade materna. E então, prossegue:

“E aí a gente vê dados da Prefeitura. Editorial meu no Globo que eu mostrei que a mortalidade materna do Rio de Janeiro estava disparando. E o motivo? Falta de médicos, falta de obstetras. Hoje em dia, você só tem 400 pré-natais de obstetras, é tudo feito por enfermeira. E isso é um absurdo! É por isso que a mortalidade materna está aumentando” (STF, 2018, p. 72)

Os posicionamentos demonstrados no período anterior à posse como membro do governo são consistentes com a sua atuação no cargo, bem como os precedentes que vinham se estabelecendo do Cremerj e do CRM. Em janeiro de 2019 o órgão regional proibiu, a partir da Resolução nº 293/2019, que os médicos aderissem a documentos que restringissem a autonomia médica – entre eles o plano de parto, instrumento bastante propagado pelo movimento da humanização do parto. Em julho do mesmo ano, o CFM publica a Resolução nº 2.232/2019, a qual dava respaldo – em um contexto de urgência, objeção de consciência e ausência de outro profissional – para que médicos se sobreponham à recusa terapêutica, no caso de gestantes, com o objetivo de salvaguardar, na perspectiva médica, o interesse do feto²³ (Medeiros; Araújo Júnior, 2024).

Possivelmente, entre esses procedimentos estão a Manobra de Kristeller e a episiotomia – intervenções que aparecem em planos de parto, a primeira tendo uso não recomendado pela OMS e a segunda não sendo recomendada de forma rotineira pela organização internacional, mas considerada uma forma de violência obstétrica, sexual e de gênero por círculos feministas pela ausência de evidências científicas que apoiem a prática. Ambas foram mencionadas no evento de lançamento da nova caderneta da gestante, na qual Parente, representando o Ministério da Saúde, como conta uma reportagem do veículo *The Intercept Brasil*, afirmou:

²³ Art. 5º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito. §1º Caracteriza abuso de direito: I –A recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros. II –A recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação. §2º A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto. (...) Art. 7º É direito do médico a objeção de consciência diante da recusa terapêutica do paciente. (...) Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente.” (Conselho Federal de Medicina, 2019)

“Vamos parar de usar termos que não levam a nada, como violência obstétrica, que só provoca desagregação, coloca a culpa no profissional único, o que não tem o menor sentido”. (...) É importante eu, como obstetra, falar que dependendo da situação e, eu concordo, em casos excepcionais, eles podem e devem ser feitos, e quem define isso é o médico. Não são leigos, não são militantes”, argumentou, citando como exemplos “episiotomia, manobra de Kristeller”. Para ele, a técnica não consiste em subir na barriga da gestante – “quem inventou isso?” –, mas sim em uma “manobra extremamente suave”. “Óbvio que se eu, com 130kg, sentar na barriga de uma grávida, óbvio que a grávida vai morrer, vai ter uma rotura hepática”, reconheceu. “Isso nunca foi e nunca será a manobra de Kristeller” (de Lara, 2022).

A própria expressão violência obstétrica foi considerada inadequado pelo Ministério da Saúde de Bolsonaro, com apoio do CFM e da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, sob o mesmo argumento de Parente, que já havia afirmado que “Não é violência obstétrica, mas violência contra o obstetra. Você acha que não tem obstetra safado? Claro que tem, como tem jornalista. Mas o termo 'violência obstétrica' nos impede de fazer qualquer coisa (...). As enfermeiras e doulas querem este filão.” (Alvim, 2019).

A relação com outras categorias profissionais, para além do discurso, se expressou na revogação da Rede Cegonha e da instituição unilateral da Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI) (Mortelaro *et al.*, 2024). O programa recebeu críticas pela forma como foi instituído, tendo sido emitidas notas pelo Conselho Federal de Enfermagem (Coren) em conjunto com conselhos regionais, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em conjunto com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Além da forma que ocorreu a substituição da Rede Cegonha, as críticas se direcionavam também às mudanças significativas no conteúdo quanto os locais e agentes da assistência que passaram a ser centrada na figura do médico obstetra em ambiente hospitalar. Em 2019, o CFM já havia emitido um parecer questionando a legalidade da assistência ao parto de risco habitual somente por enfermeira obstétrica – sem estar integrada em uma equipe com médico – e sobre a existência de Centros de Parto Normal sem profissionais da medicina. O novo modelo de atenção proposto também não faz menção à redução das taxas de cesariana no país.

Órgãos da classe médica, como a Febrasgo, emitiram notas dando apoio à RAMI. O Conselho Federal de Medicina, direcionando-se aos médicos e à população, afirmou que:

“esse programa de Estado amplia benefícios para a população alvo (gestantes, nascituros e crianças), possibilitando o maior acesso à assistência médica e a qualificação do atendimento oferecido às mulheres e ao binômio materno-infantil de forma integral, com conseqüente redução da morbimortalidade neste segmento. Dentre os avanços com essa Portaria, estão a garantia à mulher do suporte de programas de planejamento familiar; da infraestrutura capaz de facilitar o parto seguro e o desenvolvimento saudável da criança; e da imprescindível presença do médico no atendimento em todas as fases da assistência (reprodutiva, pré-natal, parto e puerpério) em todos os serviços, preenchendo lacuna que trouxe prejuízos à população interessada” (CFM, 2022)

Em um trabalho sobre o estilo de pensamento dos obstetras, Andressa Rodrigues Nakano, Cláudia Bonan e Luiz Antônio Teixeira (2017) entrevistaram médicos da especialidade – formadores de opinião, professores e integrantes de órgãos de classe – atuantes na cidade do Rio de Janeiro. Nele concluíram que há uma identificação dos profissionais com a cirurgia cesariana, ao ponto de os autores denominarem o procedimento como o “trabalho de parto do obstetra”, já que o possuem o protagonismo na sua realização, que não divide com nenhum outro profissional da saúde, ao contrário do parto vaginal no qual há um papel ativo da parturiente e a assistência é partilhada com a enfermagem. A relação simbiótica com a cesárea faz com que qualquer questionamento sobre seja interpretado como um ataque pessoal, uma forma de deslegitimar – assim como o uso da expressão “violência obstétrica” – a sua prática. A emissão de diretrizes por parte de instituições públicas e do próprio Estado – com exceção aos órgãos de classe – são malvistas pelos profissionais entrevistados. Um deles, sobre as pesquisas e diretrizes propostas por profissionais não-médicos, diz:

“99% dos pesquisadores da Fiocruz não são obstetras, não colocam mão na barriga. Ficam ditando política sem saber do que se trata, sem nunca ter entrado em maternidade. Isso para mim sinceramente inviabiliza, impossibilita qualquer tipo de credibilidade de opinião ou diretriz, seja lá o que for, por parte da instituição. As diretrizes que os estudos da Fiocruz colocam são todas não factíveis. Na prática, não impacta em nada nos obstetras. [Dizem] ‘vamos diminuir cesárea!’. Não diminui nada, só aumenta. Não muda nada, porque aquilo ali não é factível. É ignorado pelos obstetras. Querem impor na marra [a redução das cesáreas] e vão continuar sem conseguir. Por quê? Porque não há uma coordenação com quem de direito que são os obstetras” (Nakano; Bonan; Teixeira, 2017, p. 425)

Um outro comenta sobre a atuação da agência reguladora da saúde suplementar e sobre a atuação do CFM:

“A ANS não consegue regular a prática médica; os conselhos regionais de medicina de jeito nenhum permitem isso, porque o plano não pode estabelecer taxa de cesárea. Os conselhos eles são o senso comum da classe médica. O senso comum da classe médica é que cesariana só é problema para quem quer. Na verdade, [a cesariana] não é mais arriscado, é igual e protege a mulher de outras coisas. [O Conselho de Medicina] não entra na discussão técnica a da assistência, ele vai simplesmente validar o que a maioria dos médicos faz, cesariana” (Nakano; Bonan; Teixeira, 2017, p. 426)

Especificamente sobre as cesáreas, um terceiro afirma:

“(...) A taxa de cesárea é um problema porque todas as diretrizes do Ministério e das secretarias estão em prol de baixar as taxas. [No parto vaginal] gasta-se menos, interna-se menos, a assistência é prestada cada vez menos por médicos, e sim por outros profissionais de saúde que são remunerados de outra forma. Então também tem uma questão econômica envolvida. Eu faço uma medicina muito como eu acho que deva ser. Eu não estou sujeito a nenhuma regulamentação. Eu tenho 100% de cesárea se eu achar que assim é melhor (Nakano; Bonan; Teixeira, 2017, p. 426)”

A ideia de que as taxas de cesariana são um problema devido apenas às diretrizes do Ministério da Saúde e de outras instituições públicas, como a Fiocruz – que teriam interesses escusos, aparecem na justificativa do PL nº 435/2019 (Anexo 1) apresentado à Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo em abril de 2019 pela que a Deputada Janaina Paschoal, na época filiada ao Partido Social Liberal (PSL). Na ementa, o projeto se apresenta com o objetivo de garantir “à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal” (Estado de São Paulo, 2019).

A proponente, Doutora e Livre Docente em Direito Penal pela Universidade de São Paulo, havia se destacado por ser coautora do pedido de impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, em 2016. Sua popularidade se refletiu na sua eleição com número recorde de votos em 2018. Foi também em 2018 que participou da audiência pública do STF sobre a descriminalização da interrupção voluntária da gravidez, ocasião em que conheceu Raphael Câmara Parente. Uma reportagem da BBC Brasil, com participação de ambos, conta sobre o momento:

“Em agosto, Paschoal escreveu no Twitter que reivindicações pelo parto humanizado teriam enveredado para uma "obstinação pelo parto normal", motivada pelo "mantra da epidemia de cesárea". Perguntada sobre casos ou dados de mulheres que teriam sido prejudicadas por tal "obstinação", Paschoal afirmou que teve como base relatos aos quais teve acesso como advogada e durante a campanha, e também em conversas com o doutor Raphael Câmara. Segundo o médico, ele e Paschoal se aproximaram em uma audiência pública no STF sobre a interrupção da gravidez, em agosto. "O nosso grupo, contra o aborto, era bem menor. Então, acabamos ficando bem próximos. O Magno Malta (senador não reeleito pelo Partido da República, próximo a Bolsonaro) também estava lá", explicou.” (Alvim, 2019).

Durante a campanha eleitoral de 2018, que resultaria em sua eleição, ela publica um vídeo no dia 11 de setembro voltado exclusivamente para discutir sobre a questão da cesariana. Nele, Paschoal fala:

“Gente, na condição de advogada eu acompanhei alguns casos e pesquisei outros tantos, por também ministro a disciplina biodireito, bioética na Universidade, em que a mulher está grávida de 39, 40 semanas, chega na maternidade a criança já está madura, mas em virtude dessa obsessão pelo parto normal, a mulher é mandada de volta para a sua residência para aguardar o momento do parto. Ocorre que muitas dessas mulheres precisam juntar dinheiro para pegar um ônibus para ir para a maternidade. Então quando elas conseguem chegar, elas querem ser acolhidas, elas não querem ser mandadas de volta. Então tem a dificuldade de pagar a condução para ir pagar a condução para retornar para a sua casa, de pagar a condução de novo para retornar para maternidade. O que tem acontecido em muitos casos é que essa criança por passar o tempo do nascimento vem morrendo asfixiada dentro do ventre materno, tecnicamente esse caso é chamado de anóxia. Esses casos são muito graves. Não tem nada mais traumatizante para uma mulher que quer dar à luz, ter seu filho morto dentro do seu próprio corpo, em situações absolutamente desnecessárias. Então, se eu for eleita deputada estadual, eu vou apresentar um projeto de lei para a mulher que chega com a criança madura na maternidade, 39 semanas, 40 semanas, 41, 42 semanas e que externalize, q eu expresse o desejo de fazer o parto cesárea, que essa tenha essa decisão atendida. Eu sei que já tem resoluções administrativas nesse sentido. Porém as resoluções não são tão claras e não tem uma legislação estadual que conceda a mulher este direito. Eu vou trabalhar por isso, não apenas objetivando respeitar esse direito da mulher, mas objetivando preservar a vida da criança. Eu já conversei com muitas especialistas, elas costumam responder, *“mas Janaína, o parto é mais seguro para a mulher, é mais seguro para a criança”*. Ótimo, mas não existe nada mais seguro que a crianças nascer viva. Eu acho que as benesses do parto normal elas ficam muito sobrepostas quando tem o risco de uma criança morrer em virtude do excesso de prazo. Então se a criança chega com a criança madura e quer fazer a cesárea, é um direito dela. Eu não estou falando em fazer cesárea por comodidade, não estou falando em fazer cesárea na 37ª semana. Eu estou falando em fazer cesárea de crianças que já estão prontas, com 40 semanas de gestação. É um compromisso que eu estou assumindo com as famílias aqui do Estado de São Paulo. Se você acha que isso é importante, se você conhece um caso que infelizmente já passou por isso, me dê seu voto que eu irei trabalhar por isso. O parto normal é lindo, o parto natural é lindo, eu respeito muito essa nova ideologia que chegou, mas é muito fácil defender essa mentalidade quando se tem uma maternidade particular, quando se tem um bom convênio e quando se tem uma equipe inteira à disposição para ficar acompanhando a parturiente. Não

é o acontece nos hospitais públicos. É nesses hospitais, nas pessoas que dependem deles que eu estou pensando, tá bom? Se você concorda, meu número é 17317. Obrigada.” (Paschoal, 2018).

Eleita, a deputada apresenta então, em 08 de abril de 2019, o projeto (Alesp, 2019). Ela refere que a ideia surgiu ao acompanhar, enquanto advogada, casos de anoxia resultante em paralisia cerebral ou morte fetal durante o parto e que aconteceram, segundo ela, pela não realização de uma cesariana (PASCHOAL, 2022). Descreve então o parto vaginal como um risco, tanto para o feto quanto para a gestante. Enquanto a intervenção cirúrgica, mesmo sem indicação clínica, é uma forma de aumentar segurança, como exemplificado nesse trecho do projeto original:

“De fato, nos casos concretos em que houve morte e ou graves sequelas ao bebê, fica bastante evidente que se a cesárea tivesse sido determinada antes, os sinistros não teriam se verificado. Em outras palavras, a cesárea diminui os riscos para as mães e para os filhos” (SÃO PAULO, 2019, p. 6)

Também se associa, sem apresentação de causalidade, a redução da mortalidade materna com o aumento das taxas de cesariana:

“A esse respeito, importante lembrar que a história da cesárea se desenvolve paralelamente à diminuição da mortalidade materna e da mortalidade infantil. Com efeito, estudos apontam que a taxa crescente de cesarianas, nas últimas três décadas, acompanhou uma significativa diminuição nas taxas de mortalidade materna (...) (SÃO PAULO, 2019, p. 6)

Prossegue então citando a declaração da OMS sobre taxas de cesárea que explica o estudo de Bétran *et al.* (2015), que conclui que taxas de cesariana acima de 10% não estão associadas a uma redução da mortalidade materna e neonatal. Depois, ainda na justificativa, é citado um artigo de revisão de Raphael Câmara Parente e colaboradores sobre cesariana a pedido materno, no qual os autores reconhecem a ausência evidência para a relação de causalidade na associação entre redução da mortalidade materna e aumento das taxas de cesariana. Eles dizem que

“(e)m verdade, pode-se observar uma taxa crescente de cesarianas no Brasil nas últimas três décadas, acompanhada, *pari passu*, por uma significativa diminuição da mortalidade materna. A melhora nesse indicador deve-se a uma multiplicidade de fatores sociais e econômicos, assim como, às melhorias das condições gerais de saúde da população. Por outro lado, é ainda controverso se o aumento das taxas de cesarianas é também responsável por essa diminuição na morbimortalidade materna e perinatal. Há estudos que mostram que até um determinado patamar, a mortalidade materna e perinatal diminui ao englobar pacientes que necessitam realmente da cesariana; e, a partir de determinado valor, pode haver até uma piora nesses indicadores de saúde. Por outro lado, há resultados que mostram que o aumento das taxas de cesarianas não está relacionada com aumento de mortalidade materna, o que permitiria alargar as indicações dessa cirurgia, permitindo-se, até mesmo, realizar a cesariana a pedido da paciente” (Câmara et al., 2016, p. 301).

O objetivo do trabalho é, portanto, “rever as indicações médicas para a cesariana, analisando-se o impacto da via de parto no binômio materno-perinatal, assim como, as implicações éticas e bioéticas da cesariana a pedido” (Câmara *et al.*, 2016, p. 301). Os autores analisam uma série de evidências relacionadas às implicações das duas vias de parto. É importante destacar, contudo, que os próprios autores discordam da relação entre parto vaginal e paralisia cerebral, apresentada na justificativa do PL de Janaína Paschoal:

“Todavia, a cesariana não deve ser realizada à luz das evidências atuais, para prevenção de paralisia cerebral. Embora haja evidência de que a cesariana reduza taxas de encefalopatia neonatal, grande parte desses casos são leves e moderados e não costumam evoluir para paralisia cerebral. É sabido atualmente que apenas 20-30% dos casos de paralisia cerebral se deve a eventos hipóxicos-isquêmicos intraparto e a cesariana, quando comparada ao parto vaginal numa metanálise, não demonstrou diferença estatisticamente significativa quando comparada ao parto vaginal no que refere ao risco de paralisia cerebral (Câmara et al., 2016, p. 304).”

Por outro lado, os autores utilizam da mesma discussão sobre a Beneficência, a Não-Maleficência, o princípio da Justiça e o princípio da Autonomia utilizado no projeto, inclusive mencionando que os conselheiros do Cremerj, em 2008 “aprovaram parecer dando direito à gestante de escolher o tipo de parto que melhor lhe aprouver” com base na ética médica. Os autores também fazem referência a uma suposta polarização na discussão sobre parto no país, opondo

As questões referentes ao parto, no Brasil, assumiram uma polarização entre grande parte dos obstetras e sociedades médicas e ativistas de movimentos feministas e que defendem o parto vaginal e que estão instalados em órgãos do governo. Recentemente, a Fiocruz divulgou uma pesquisa, que foi propagada com grande ênfase na mídia, e que deu origem para uma série de artigos na revista da própria Fiocruz, a Cadernos de Saúde Pública (...). O estudo traz diversas afirmações questionáveis do ponto de vista científico (...). É fundamental que haja no Brasil pesquisas que se aprofundem nesse tema sem vieses ideológicos e, preferencialmente, com independência de fomento público, para não gerar a desconfiança de resultados tendenciosos, favoráveis aos gestores. Pesquisas desta natureza e importância deveriam ser submetidas a periódicos não relacionados às instituições onde trabalham os próprios pesquisadores para evitar quaisquer dúvidas de possíveis conflitos de interesses” (Câmara et al., 2016, p. 301).

Essa menção ao ativismo pelo vaginal também aparece na argumentação da do PL, que critica o posicionamento dos formadores de opiniões, como são denominados artistas, políticos e intelectuais que supostamente defendem o parto humanizado por não serem usuárias do SUS e por isso podem fazer a opção pelo parto vaginal. Acusam este grupo de impor sua visão, especialmente para as mulheres mais vulneráveis, aquelas atendidas pelo SUS, alegando que

“a realidade dos hospitais públicos não tem nada a ver com o cenário, em regra, desenhado pelas entusiastas do parto normal/natural. As mulheres que dependem da rede pública não chegam nos hospitais pedindo contato pele a pele, ou a tatuagem da placenta. Elas só querem ter seus filhos e saírem vivas e saudáveis, com seus bebês vivos e saudáveis nos seus braços” (SÃO PAULO, 2019, p. 6).

Essa caracterização do atendimento público como precário e de inferior qualidade *“Olha, não é verdade que na rede privada tem mais cesariana? É. Onde se morre mais? É na privada ou na pública? Onde se tem mais bebês sequelados? É na privada ou é na pública? É na pública.”* (ALESP, 2020). Neste caso, é possível observar como é apresentado uma dicotomia entre o atendimento público e o atendimento privado é apresentado que também é vista no argumento que apresenta o projeto como vetor de igualdade e inclusão social: visto que a possibilidade de escolha pela via de parto é possível para clientes do setor privado deve ser também uma possibilidade de escolha para usuárias do SUS.

A Assembleia do Estado de São Paulo não foi, contudo, a única a receber projetos relacionados ao parto e nascimento. Como mostra a tabela 32, no período entre 2019 e 2022, foram apresentados 51 projetos de lei sobre o tema em 25 Estados e no Distrito Federal. Somente no Tocantins não foi encontrado nenhum PL referente

ao parto no período indicado. No entanto, nesse mesmo Estado, já havia sido instituída a Lei nº 3.113 de 2 de junho de 2016, que criou o Estatuto do Parto Humanizado, e a Lei nº 3.385, de 27 de julho de 2018 sobre violência obstétrica. Entre os documentos identificados, 33 (64,7%) diziam, já na ementa, ter como objetivo tornar possível a escolha pela cesariana.

TABELA 32 - PROJETOS DE LEI SOBRE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO APRESENTADOS NA ESFERA ESTADUAL ENTRE 2019 E 2022

UF	Nº PL	Data	Proponente	Ementa
Acre	137/2019	Out/19	Roberto Duarte (MDB)	Direito à cesariana
	14/2019	Abr/19	Fagner Calegário (PV)	Violência obstétrica
	146/2022	Nov/22	Edvaldo Magalhães (PCdoB)	Parto humanizado
Alagoas	156/2019	Ago/19	Galba Novaes (MDB)	Direito à cesariana
Amapá	157/19	Set/19	Telma Nery (PSDB)	Direito à cesariana
Amazonas	327/2019	Mai/19	Alessandra Campêlo (MDB)	Parto humanizado
Bahia	24200/2021	Jun/21	Ivana Bastos (PSD)	Direito à cesariana
	23484/2019	Ago/19	Roberto Carlos (PDT)	Direito à cesariana
	23112/2019	Mar/19	Olívia Santana (PCdoB)	Parto humanizado
	23359/2019	Jun/19	Talita Olivera (PSL)	Direito à cesariana
Ceará	397/2019	Jul/19	David Durand (Republicanos)	Direito à cesariana
	655/2019	Nov/19	Salmito (PDT)	Parto humanizado
Distrito Federal	537/2019	Ago/19	Robério Negreiros (PSD)	Direito à cesariana
	371/2019	Abr/19	Jaqueline Silva (PTB)	Parto humanizado
Espírito Santo	388/2019	Mai/19	Capitão Assunção (PSL)	Direito à cesariana
	5/2022	Jan/22	Doutor Hércules (MDB)	Parto humanizado
Goiás	4955/19	Ago/19	Alysson Lima (Republicanos)	Direito à cesariana
Maranhão	340/2019	Jun/19	Welligton do Curso (PSDB)	Direito à cesariana
	216/2021	Mar/21	Andreia Martins Rezende (PSB)	Violência obstétrica; escolha via de parto;
Mato Grosso	1131/2019	Out/19	Silvio Fávero (PSL)	Direito à cesariana
	926/2019	Ago/19	Wilson Santos (PSDB)	Direito à cesariana
Mato Grosso do Sul	1885/2020	Ago/19	Marçal Filho (PSDB)	Direito à cesariana
	167/2019	Out/19	Evander Vendramini (PP)	Direito à cesariana
Minas Gerais	1081/2019	Set/19	Raul Belém (PSC)	Direito à cesariana
Pará	125/2019	Mai/19	Dr. Wanderlan (MDB)	Direito à cesariana
	252/2019	Jun/19	Paula Gomes (PSD)	Direito à cesariana
	354/2019	Nov/19	Dilvanda Faro (PT)	Parto humanizado
Paraíba	646/2019	Jun/19	Gilberto Silva (PSL)	Direito à cesariana
	2300/2020	Dez/20	Francisco Gomes de Araújo Júnior (AVANTE)	Direito à cesariana
	1574/2020	Abr/20	José Wilson Santiago Filho (PTB)	Direito à cesariana

UF	Nº PL	Data	Proponente	Ementa
	3024/2021	Jul/21	Adriano Cezar Galdino de Araujo (PSB)	Direito à cesariana
Paraná	161/2019	Mar/19	Mabel Canto (PSDB)	Violência obstétrica
Pernambuco	406/2019	Ago/19	Clarissa Tercio (PSC)	Direito à cesariana
Piauí	38/2019	Mar/19	Teresa Britto (PV)	Parto humanizado
	163/2019	Ago/19	João Mádison (MDB)	Direito à cesariana
	173/2020	Nov/20	Teresa Britto (PV)	Parto Humanizado
Rio de Janeiro	831/2019	Jun/19	Jorge Felipe Netto (PSD)	Direito à cesariana
	1152/2019	Ago/19	Renato Cozzolino (Patriota)	Direito à cesariana
Rio Grande do Norte	166/2019	Mai/19	Kleber Rodrigues (Avante)	Parto humanizado
	280/2019	Ago/19	Kleber Rodrigues (Avante)	Violência obstétrica
Rio Grande do Sul	277/2019	Mai/19	Dr. Thiago Duarte (DEM)	Parto seguro
Rondônia	207/2019	Ago/19	Lebrão (MDB)	Direito à cesariana
	566/2020	Abr/20	Eyder Brasil (PSL)	Direito à cesariana
	417/2020	Mar/20	Eyder Brasil (PSL)	Parto humanizado
Roraima	28/2019	Abr/19	Yonny Pedroso (PL)	Parto humanizado
	102/2019	Ago/19	Tayla Peres (PRTB)	Direito à cesariana
	195/2020	Dez/20	Tayla Peres (PRTB)	Direito à cesariana
Santa Catarina	296/2019	Ago/19	Paulinha (PDT)	Direito à cesariana
São Paulo	435/2019	Abr/19	Janaina Paschoal (PSL)	Direito à cesariana
	679/2019	Mai/19	Isa Penna (PSOL)	Violência obstétrica
Sergipe	224/2019	Nov/19	Talysson de Valmir (PL)	Parto humanizado

Fonte: A autora

No entanto, também projetos que não apresentavam na ementa a expressão “direito à cesariana”, previam a possibilidade de escolha pela cesariana no setor público²⁴. Contudo, 29 (56,9%) dos projetos apresentados reproduzem, integral ou parcialmente, o conteúdo exposto pelo PL 435/2019, da Deputada Janaína Paschoal (PSL-SP), o que explica a importância da análise deste projeto, apesar do primeiro a ser proposto ter sido da Deputada Mabel Canto (PSDB-PR) em março de 2019, com a ementa de alteração da legislação já existente sobre violência obstétrica. Outro elemento importante a se considerar é que a Deputada Janaína Paschoal, além de ter seus projetos reproduzidos, declarou ter feito articulação com outros parlamentares em prol da temática. Em uma entrevista de 2020, após a lei ter sido sancionada, a então deputada refere ter contactado deputadas de outros Estados:

²⁴ São eles os PL nº 2300/2020 (Avante-PB), 125/2019 (MDB-PA), 161/2019 (PSDB-PR), 566/2020 (PSL-RO), 173/2020 (PV-PI), 3024/2021 (Republicanos-PB).

“Hoje conversei pela manhã com a Deputada Estadual Mabel, do Paraná, que também conseguiu sancionar uma lei conferindo esse direito às mulheres. Estou em contato com outras deputadas estaduais (...) Deputada Clariça, em Pernambuco, Deputada Talita na Bahia” (ALESP, 2020).

Entre esses projetos, 7 foram sancionados durante a legislatura de 2019 e 2022, nos estados de São Paulo, Paraná, Pará, Rondônia, Alagoas, Mato Grosso do Sul e Piauí, como mostra a Tabela 33.

TABELA 33 - LEIS PERMITINDO A ESCOLHA PELA CESARIANA NO SETOR PÚBLICO SANCIONADAS ENTRE 2019-2022

UF	PL nº	Autor (a)	Lei
São Paulo	435/2019	Janaina Paschoal (PSL)	Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019
Paraná	161/2019	Mabel Canto (PSDB)	Lei nº 20.127, de 15 de janeiro de 2020
Pará	252/2019	Paula Gomes (MSB)	Lei nº 9.016, de 30 de janeiro de 2020
Rondônia	207/2019	Lebrão (MDB)	Lei nº 4.717, de 19 de março de 2020
Alagoas	156/2019	Galva Novaes (MDB)	Lei nº 8.518, de 07 de outubro de 2021
Mato Grosso do Sul	1885/2020	Marçal Filho (PSDB)	Lei nº 5.741, de 27 de outubro de 2021
Piauí	173/2020	Teresa Britto (PV)	Lei nº 7.750, de 14 de março de 2022

Fonte: A autora

Na esfera federal, os deputados Carla Zambelli (PSL/SP), Alê Silva (PSL/MG), Filipe Barros (PSL/PR) apresentaram o PL 3635/2019 com uma reprodução da ementa e da justificativa do PL paulista. Com o conteúdo da justificativa diferente, mas com o mesmo objetivo o Deputado Neucimar Fraga (PSD/ES) apresentou o PL 768/2021. No Senado Federal, o Senador Sérgio Petecão (PSD-AC) apresentou o projeto n – que reproduz também o conteúdo da lei aprovada em São Paulo. Todos os projetos continuam a tramitar nas respectivas casas.

No período em que os projetos no âmbito federal e estadual – além de projetos na esfera municipal – a proporção de nascimentos por cesariana continuou a subir, com ligeira queda em 2022 (Tabela 34), que seria recuperada posteriormente. No setor privado, as taxas se mantiveram em torno de 85% no mesmo período, com ligeira queda em 2021 (Tabela 35).

TABELA 34 - TAXA DE CESARIANA, BRASIL, 2016-2022

Ano	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Taxa de cesariana	55,44%	55,70%	55,98%	56,34%	57,27%	57,05%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/MS/SVS

TABELA 35 - TAXA DE CESARIANA NA SAÚDE SUPLEMENTAR, BRASIL, 2017-2022

Ano	2017	2018	2019	2020	2021
Taxa de cesariana no setor privado	85,98%	85,24%	84,76%	84,0%	81,76%

Fonte: ANS, 2024

6 ANÁLISE INSTITUCIONALISTA DAS CESARIANAS NO BRASIL

Os instrumentos de análise ofertados pela Economia Institucional Original – especialmente seus conceitos de hábitos e instituições – permitem compreender que as condições presentes são herdadas do passado e que essas, por sua vez, carregam também elementos anteriores a si. Neste contexto, o surgimento de projetos de lei buscando permitir a escolha pela cesariana no sistema público de saúde e o discurso – sobre o procedimento cirúrgico e, especialmente, sobre as pessoas que gestam e parem – não seria fruto apenas da conjuntura política que se estabeleceu às vésperas das eleições de 2018. Pelo contrário, deveria ter sido gestado anteriormente.

Retomando uma das definições de instituições usadas por Veblen (1984) de “hábitos mentais prevaletentes no tocante a relações particulares e funções particulares dos indivíduos e da comunidade” (p.88), torna-se possível propor uma arqueologia da cesariana como instituição no Brasil, pensando no método evolucionário do institucionalismo que volta ao passado na medida em que o processo de mudança deste é capaz de explicar o presente.

Segundo Neale (2018), é possível identificar uma instituição porque há várias pessoas praticando, porque existem regras que vão garantir que a atividade será repetida – ou seja, há estabilidade e previsibilidade – e há uma visão do grupo sobre o motivo pelo qual as pessoas agem de determinada maneira. A cesariana é a forma predominante de nascer e as justificativas para a sua realização são variadas, como mostrou a revisão da literatura: o desejo da mulher, a sua modernidade, sua segurança. Essas, em conjunto com as hierarquias de gênero, raça e classe,

contribuíram para a estruturação do sistema de parto existente no país, ou seja, de crenças, práticas e hábitos relacionados ao momento do nascimento, como define Brigitte Jordan (1990). A antropóloga coloca que a percepção do evento como um risco – torna-o ainda mais propício para a regulação social, como forma de dar sentido e segurança. A forma como isso se dá, depende do contexto específico. Como as instituições, tem uma tendência conservadora, uma vez que é reforçada e partilhada pelo grupo.

A formação do sistema de parto brasileiro se inicia com uma mistura das tradições de diferentes etnias indígenas, com as tradições de Portugal – que já tinha suas especificidades quando comparado a outras países europeus, devido ao seu contexto político e social – e, posteriormente, dos povos africanos que são trazidos de maneira forçada. Esse sincretismo, no qual a uma parturiente no período colonial era recomendado rezar para Nossa Senhora do Bom Parto, mas também usar uma camisa do marido ao avesso para trazer boa sorte – da mesma forma que hoje acredita-se que a mudança de fase lunar aumenta a chance de início do trabalho de parto e que uma circular de cordão é indicação para cesariana – criou uma combinação única que permitiu a ascensão da cesariana como principal forma de nascer (Bueno; Lessi; Damasceno, 2010; Nakano *et al.*, 2003; Priore, 2009; Souza; Amorim; Porto, 2010).

A construção do sistema de parto ocorreu, como acontece com a formação de outros hábitos e instituições, em interação com um contexto institucional existente, o que envolve a maneira como o poder está distribuído em dada sociedade. A dinâmica dessa distribuição pode gerar desigualdades, sejam elas de gênero, raça ou classe (Dugger, 1996). Esses fatores influenciam no acesso a recursos existentes, sejam eles materiais ou o conhecimento produzido e entendido como o mais avançado ou tecnológico naquele cenário. Mais do que isso, estão relacionados com quem tem a possibilidade de produzir conhecimento socialmente reconhecido ou, então, quem pode simplesmente legitimar este conhecimento.

No caso dos cuidados ao parto e nascimento, é possível observar na história a ofensiva do conhecimento tido como mais avançado – produzido pelos médicos, não necessariamente a partir de um método científico – sobre o conhecimento, por exemplo, dos povos originários. A assistência prestada por parteiras tradicionais, com base na empiria e no aprendizado intergeracional, foi aos poucos sendo deslocada para as margens da sociedade. Elas, que antes também atendiam aos nascimentos

até das famílias mais ricas no período colonial, hoje tem a sua atuação restrita especialmente às regiões mais remotas do Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país²⁵.

A produção do saber que amparou a ascensão da classe médica, foi também uma expressão das relações de poder, com as devidas declinações raciais. Como visto, o treinamento de profissionais médicos – e posteriormente de parteiras diplomadas – aconteceu no atendimento de mulheres escravizadas, que não tinham possibilidade de recusar a realização de procedimentos. Acreditando que mulheres negras eram mais aptas ao parto e sentiam menos dores, crença já registrada – ou apenas não as tendo em consideração – não era ofertado a elas os métodos disponíveis na época para alívio da dor (Pimenta, 2018; Telles, 2022).

Atualmente, dados sobre algumas intervenções realizadas em ambientes hospitalares registram menor prevalência entre mulheres negras, aparentando um cuidado mais alinhado às recomendações do Ministério da Saúde. Este dado precisa, no entanto, ser contextualizado à realidade brasileira sob a perspectiva dos profissionais de saúde que a realizam: na lógica intervencionista predominante, a realização de certos procedimentos é vista como um auxílio para a parturiente. Nesta perspectiva, taxas mais baixas de cesariana, episiotomia (e uso de anestésico para esse procedimento) entre mulheres pretas e pardas, são uma expressão do racismo obstétrico, assim como uso menos frequente de analgesia. Leal *et al.* (2017) descrevem que no decorrer das entrevistas da pesquisa “Nascer no Brasil”, profissionais referiram que mulheres pretas teriam a pelve mais adequada para o parto e por isso não precisariam de analgesia com tanta frequência.

Após a abolição, as instituições de saúde com atendimento ao parto e nascimento continuaram a atender majoritariamente gestantes e parturientes pobres. Esses locais eram muitas vezes mantidos em condições de insalubridade, criados com o objetivo de oferecer campo prático para estudantes de medicina. Requisitos mínimos para o atendimento, como um espaço limpo, com troca das roupas de cama do hospital, foram estabelecidos mais tarde com o intuito de atrair mulheres com mais recursos financeiros para um parto fora de suas casas (Freitas; Nogueira, 2022; Maia, 2010; Priore, 2007).

²⁵ Em 2024, o Instituto Brasileiro Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) reconheceu o Ofício, Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais do Brasil como Patrimônio Cultural do País (IPHAN, 2024).

É possível ver a tendência histórica da segmentação da clientela: primeiro, no acesso a médicos e parteiras diplomadas no Brasil Colônia e Império. No final do século XIX, mesmo as parteiras leigas em alguns contextos praticavam valores proibitivos para alguns estratos da população, que contavam então com ajuda de vizinhas e familiares (Roth, 2024). Depois, nas primeiras maternidades voltadas às mulheres pobres que desenvolveram alas para clientes pagantes. Com a criação de maternidades públicas no país, havia um receio dos médicos da perda de clientela para locais com atenção gratuita e a cobrança para aquelas que poderiam desembolsar o valor do atendimento foi sugerida e posteriormente implementada (Neto, 2001).

Com o surgimento e aprofundamento da medicina previdenciária, eram seguradas somente aquelas registradas na previdência social ou dependentes de trabalhadores segurados. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um serviço de saúde de caráter universal, a segmentação ocorre de maneira não-oficial, porém institucionalizada, na divisão do atendimento entre o SUS e a saúde suplementar. Em 2022, por exemplo, a saúde suplementar foi responsável pela assistência a 434.146 partos, que representam 16,95% dos 2.561.922 nascimentos ocorridos no ano, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). E desses nascimentos no setor, somente 13,31% foram atendidos por enfermeiras obstétricas ou obstetrizas.

Essa sobreposição da profissão médica a outras profissões, como as parteiras diplomadas e, atualmente, as enfermeiras e obstetrizas, não aconteceu de forma orgânica, mas teve sim um papel ativo dos médicos na reserva de mercado, discutida já no Congresso Nacional de Práticos de 1922. As estratégias utilizadas foram diversas entre si, com o uso de leis para limitar o escopo da prática e subordinar a formação e atuação à medicina ou a difamação, mas pouco variaram no tempo: assim como buscam ofender as profissionais que defendem humanização do parto a partir do seu (suposto) posicionamento em relação a legalização do aborto, antigamente elas eram acusadas de praticar abortos e, até a primeira metade do século XX, infanticídios (Mott, 1999a, 2002; Neto, 2001; Priore, 2009; Roth, 2024).

Esse avanço sobre a categoria é possível por uma dinâmica de classe – tanto de origem dos profissionais, quanto da relação hierárquica que vigorou no início entre a medicina e a enfermagem –, mas também – e principalmente – por uma questão de gênero. A própria lógica das acusações relacionadas à interrupção da gravidez não

só tem o objetivo de descredibilizar essas mulheres frente a uma parcela conservadora da população, mas na sugestão de rompimento com um papel que havia sido para elas projetado, o da maternidade e feminilidade – mitos capacitadores que sustentam a dominação das mulheres pelos homens. Não à toa, como já referido anteriormente, um médico descreveu, ainda no século XIX, as parteiras como mulheres “nascidas numa classe mui baixa da sociedade, (...) cuja mocidade foi estragada nos deboches e nos prazeres” (Mott, 1999a, p. 1).

Os médicos tiveram papel ativo não somente na manutenção, mas também na construção de um ideal de maternidade e feminilidade, especialmente a partir do século XIX, com a consolidação da ginecologia e da obstetrícia como especialidades médicas de grande relevância. Nesse período, a tutela da mulher e do seu corpo passa a ser não somente do pai, marido e padre, mas também do médico. Assim, com maior contato com experiências do foro reprodutivo, foram apresentando resultados que legitimavam a sua atuação junto à população e, principalmente, frente ao Estado.

Portanto, o Estado brasileiro foi, desde o princípio, ator central nas políticas sobre reprodução, sejam elas sociais ou biológicas. Isso porque há um imbricamento entre Estado e população, que faz parte da sua origem e definição. Considerando-o como a instituição na qual, como apresenta Dugger (1989), podem ser encontradas as origens do poder, não é surpresa que as disputas existentes na sociedade se expressem e se tensionem no seu seio e, com frequência, se expressem em uma lógica de violência na qual foi constituído. A própria formação do Brasil se deu a partir da lógica colonial – e predatória – de um outro Estado que buscava expandir seu poder e consolidar seus interesses.

A necessidade de povoamento e reprodução, ainda no contexto da dominação portuguesa, expôs as mulheres no período colonial a um risco obstétrico, no qual a mortalidade materna era uma possibilidade sempre próxima. A necessidade de reprodução da mão-de-obra escravizada, especialmente após a abolição do tráfico internacional, deu margem para a criação de manuais (e profissionais) que se atentassem para a possibilidade de sobrevivência – da mulher e da criança – ao evento do parto (Roth, 2021; Telles, 2022). Novamente, a necessidade de controlar doenças, especialmente na virada do século XIX para o século XX, instituiu os primeiros programas de saúde do país que tanto demonstravam a capacidade de atuação do Estado, enquanto aumentavam-na, capilarizando a sua burocracia (Hochman, 2012).

Em meio à discussão sobre a possível função do Estado frente a área da saúde e, particularmente, da saúde materna – com diferentes grupos adotando diferentes posicionamentos de acordo com suas visões de mundo e seus interesses – a adoção de um projeto de estatal que passava pela proteção à maternidade durante a década de 1930 – seja por necessidades concretas ou discursivas – transformou-se em lei e prática, com abertura de maternidade e lactários e incentivo para que o setor privado o fizesse. Os médicos encontraram o apoio que tanto buscavam, servindo de aliados – ou instrumentos – para a implementação do projeto, como já havia ocorrido em outros países, como França e Alemanha (Cesbron; Knibiehler, 2004; Federici, 2017).

Foram sendo construídas então as condições para a medicalização do parto. Afinal, para que esta acontecesse, era necessário a ampliação da infraestrutura, que até então era profundamente deficitária. Mais do que isso, necessitava do uso da força ou de sua ameaça. Afinal, a passagem do domicílio ao hospital não aconteceu de forma espontânea. Foi necessário restringir a atuação de parteiras, denunciá-las e ameaçá-las com prisão. Foi necessário acusar mulheres de infanticídio quando estas tinham partos domiciliários com mau desfecho, como conta Cassia Roth (2024).

Neste contexto, os médicos tanto informavam as políticas como serviam de informantes da polícia. Não é, portanto, uma novidade ou coincidência que o Conselho Federal de Medicina emita um parecer exigindo que médicos façam denúncias de mulheres que recorram ao aborto legal em casos de estupro. Ou então, acionem a justiça para obrigar uma gestante a realizar uma cesariana sem ao menos seguir os protocolos do Ministério da Saúde para casos de parto pélvico, como aconteceu com Adelir Carmen Lemos de Góes, que em 2014 acordou com a polícia em sua porta para levá-la ao hospital, sem ao menos garantir seu direito a um acompanhante. A sintonia entre médicos e aqueles que fazem as leis – ou as executam – é longínqua.

A ideia de que as disputas políticas chegaram ao parto é, portanto, uma simplificação ou um escamoteamento da realidade, na qual o Estado e sua capacidade de implementar políticas estiveram sempre em disputa, inclusive sobre qual forma de assistência deveria ser prestada às mulheres, gestantes e parturientes. A acusação de uma polarização causada por “ativistas de movimentos feministas e que defendem o parto vaginal e que estão instalados em órgãos do governo” (Câmara *et al.*, 2016, p. 305) reflete apenas um breve momento no qual a hegemonia de um modelo centrado na figura do médico e do hospital – que havia vigorado por um longo período – começava a ser questionado.

Grupos de médicos que acusam o Estado de intervir na prática clínica ou na autonomia médica, sejam em 1922 ou 2022, são os mesmos cuja profissão historicamente se utilizou do aparelho estatal para fazer valer seus interesses, especialmente no conflito com outras classes profissionais. No entanto, no período em que surgem as propostas para garantir o acesso à cesariana no SUS, que se justificam a partir de uma resolução do CFM – ele próprio uma concessão estatal disposta na Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957 –, muito se discutia sobre “liberdade”, palavra que foi frequentemente invocada por Jair Bolsonaro durante a sua campanha eleitoral e seu governo (Bolsonaro, 2018). Ora implícita, ora explicitamente, está a ideia de uma liberdade exercida por meio do mercado. Essa parte novamente de uma perspectiva a-histórica, pois não só ignora o papel do Estado na legitimação do poder médico, como ignora o seu papel na constituição e manutenção do mercado.

O próprio desenvolvimento tecnológico que permitiu o aumento de indicações de cesariana, ocorreu no contexto de um conflito interestatal, a Segunda Guerra Mundial, após a qual houve a popularização do uso de antibióticos e de técnicas de transfusão sanguínea. Roth e Teixeira (2021) ao discutir a ascensão da cesariana como forma de nascer no Brasil explicam que a intervenção cirúrgica foi introduzida em substituição a embriotomia, quando essa se tornou instrumentalmente possível. No entanto, a progressiva substituição da embriotomia pela cesariana não se deu sem embates, mas sim com um longo processo no qual a formação de novos profissionais familiarizados – ou habituados – com a cesárea desempenhou um papel crucial (Roth; Teixeira, 2021).

Aqui, a chamada Escola Obstétrica Brasileira, fundada pelo obstetra Fernando Magalhães – que já carregava consigo uma retórica contrária ao aborto – é trazida ao presente por seus discípulos que ocuparam e continuam a ocupar espaços de proeminência, seja na direção de escolas médicas ou na produção de livros-texto amplamente utilizados pelo país, em órgãos de classe ou então, como é o caso do obstetra Raphael Câmara Medeiros Parente, atuando diretamente no governo (Nakano; Bonan; Teixeira, 2016, 2017).

Para além do desenvolvimento de novas técnicas para a realização da cesariana que a tornaram instrumentalmente possível, a mudança do parto domiciliar atendido por parteiras para a cesariana, apesar de aparentemente ter acontecido de forma abrupta, se deu num contexto de mudanças na assistência que tornaram cerimonialmente possível a normalização da cesariana. Inicialmente, a própria

realização da embriotomia – um procedimento invasivo – já rompia com o cenário de normalidade. Por outro lado, a mudança para o hospital fez crescer o uso de outras intervenções, em uma espécie de estágio intermediário – como um fóssil de transição, em analogia ao processo evolucionário – no qual o próprio parto vaginal foi modificado. A retirada da mulher de sua casa, longe das pessoas de seu convívio que costumavam apoiá-la durante o trabalho de parto²⁶ torna possível submetê-la a uma série de procedimentos começando com o uso da ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto com procedimentos que vigoram até os dias de hoje ou até muito recentemente: lavagem intestinal, raspagem dos pelos pubianos, práticas repetitivas do toque vaginal e/ou retal, além da recomendação do parto em posição litotômica de forma a facilitar a realização da episiotomia e o uso do fórceps. Há, de certa forma, um novo processo de encapsulamento cerimonial, pois a retirada da autonomia da mulher já havia sido realizada à entrada do hospital, antes mesmo de chegar à sala de cirurgia.

Tratando-se da cesariana, contudo, é impossível descartar seu papel pecuniário e conspícuo – ou seja, de demonstração de riqueza e honra. Ter um obstetra sempre disponível e frequentar um hospital privado é sinal de distinção social. Ser considerada “muito delicada” e “frágil” para dar à luz, com quadris estreitos e sem dilatação cervical é muitas vezes citado com orgulho. O parto vaginal, com fluidos corporais e gritos, também é considerado indigno, algo relacionado à selvageria ou à pobreza. (Béhague, 2002; Leal et al., 2014). Relatos explícitos, como *“Desde sempre eu quis a cesariana. Porque eu acho que no auge da tecnologia do século XXI, as pessoas quererem ter filho igual a índio não rola, entendeu?”* (Nakano; Bonan; Teixeira, 2015, p. 890) ou *“Eu tenho uma amiga que falava que eu era louca em querer ter um parto normal. Ela dizia: pra quê que eu vou passar por isso? Eu não sou índia! Eu vou lá, faço uma cesárea e pronto”* (Gama et al., 2009, p. 2483) são encontrados, além das referências que deixam subentendido a associação, a partir da valorização da modernidade e da evolução. Além de ser interpretada como uma forma de demonstração de riqueza, o procedimento pode ser lido como uma forma de manter o decoro por meio de um parto asséptico, planejado e de bom gosto.

²⁶ Essa lógica remete também à escravização na Antiguidade, quando a estratégia de separação das mulheres do seu grupo – e a violência sexual – eram utilizadas como forma de reduzir a resistência (Graeber, 2022; Lerner, 2019). Vale lembrar que a lei que garante o direito à acompanhante durante o parto é apenas de 2005.

Mais do que isso, as crenças e discursos em torno do tema revelam uma certa forma de organização social: a associação entre pagamento com melhor atendimento e, indiretamente, com classes altas sinaliza o caráter honorífico atribuído ao desperdício, neste caso, de recursos médicos. O uso desnecessário da tecnologia, ou a necessidade percebida de utilizá-la, é explicado pela habituação: primeiro entre as classes mais altas e depois na população em geral, com a ajuda da mídia, dos obstetras e de sua formação. Para a manutenção desta ordem, além dos princípios de emulação, utilizam-se os mitos (*enabling myths*, originalmente), como as justificativas anteriormente apresentadas sobre segurança e modernidade (Dugger, 1989b; Wrenn, 2021).

Esta forma de pensar e agir permeia as diferentes classes sociais pois, apesar de não ser possível apontar de forma consensual que há um desejo generalizado das mulheres pela cesariana, é possível dizer que há uma percepção positiva em relação a ela: seja por ser menos dolorida, por ser mais moderna ou mais segura. Há uma percepção do procedimento como uma melhor forma de cuidado de saúde, mesmo entre mulheres não pertencentes às classes sociais associadas ao procedimento. Como lembra Béhague (2002) “realizar uma cesariana aumenta o status da mulher, pois implica acesso ao setor privado ou a cuidados similares ao ofertado pelo setor privado (com base no uso de tecnologia) no setor público (...)” (p. 484). Isso pode explicar o aumento das taxas de cesariana entre mulheres negras e com menores rendimentos em períodos de redução da pobreza e melhoria das condições de vida (Raifman; Cunha; Castro, 2014).

É preciso considerar, contudo, que a busca pela cesariana e pelo setor privado pode também estar pautada em questões concretas, como o medo da falta de leitos, a prevalência da violência obstétrica, a ausência de métodos farmacológicos e não-farmacológicos para lidar com a dor do parto que são vivenciadas ou repassadas por outras mulheres. O medo do parto normal, mais especificamente da dor do trabalho de parto, é apontado por gestantes e profissionais de saúde (Barbosa et al., 2003; Dias et al., 2008; Gama et al., 2009; Hopkins, 2000). Apesar de reconhecerem as dores relacionadas à recuperação da cesariana (Velho; Santos; Collaço, 2014) ou até mesmo reconhecerem os benefícios do parto normal, entende-se que há menor sofrimento com a cesariana (Fernandes et al., 2021). Esse posicionamento deve ser analisado também tendo em consideração a indisponibilidade de métodos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio da dor em algumas instituições do

sistema público, mesmo o pagamento para o procedimento estando previsto (Barbosa et al., 2003; Béhague; Victora; Barros, 2002; Gama et al., 2009; Moraes; Goldenberg, 2001). O medo de experiências traumáticas, tratamento violento e desumanizador, especialmente entre mulheres pobres e/ou não-brancas, é corroborado pelos dados da baixa disseminação das boas-práticas na atenção como liberdade para caminhar, poder se ingerir líquidos e se alimentar durante o trabalho de parto, ter presença de acompanhante durante todo o tempo e, novamente, acesso à métodos para lidar com a dor (Béhague, 2002; Dias et al., 2016; Oliveira et al., 2022).

A busca por uma alternativa ao modelo tecnocrático prevalecente, como denomina Davis-Floyd (2022), criou uma resposta denominada como humanização do parto, “um movimento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pare, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem” (Maia, 2010, p. 42). Em uma interpretação mais ampla do conceito de tecnologia, como aquela proposta por Clarence Ayres e incorporada por Bush, o desenvolvimento tecnológico não se dá apenas pela criação de instrumentos, mas pelo desenvolvimento de novos conhecimentos que permitem a resolução de problemas. Neste caso, a promoção do parto humanizado – ancorado no tripé do protagonismo da mulher, da assistência multidisciplinar e baseada em evidências científicas – pode ser considerada uma forma de tecnologia.

Olivia Hirsch (2019) ao investigar as mulheres das camadas médias e das camadas populares que haviam buscado serviços de atenção humanizado identificou que as motivações eram frequentemente bastante diferentes: enquanto as mulheres que recorriam a uma casa de parto público principalmente pela garantia do acompanhamento da família e pela possibilidade de acomodações individuais, as mulheres de um curso de preparação de parto privado e de yoga para gestantes em uma região central do Rio Janeiro tinham uma identificação com o discurso. Entre as gestantes mais pobres, a implementação de algumas práticas humanizadas – como o não recurso à episiotomia e a manobra de Kristeller, consideradas formas de violência obstétrica – era por vezes contestada e percebida como ausência de assistência, o que lembra a colocação de Veblen sobre o caráter conservador das classes populares por terem menos oportunidades de exposição à tecnologia.

A explicação de Veblen sobre a rusticidade simulada, ou seja, a possibilidade de renunciar àquilo que é estabelecido como a norma do belo ou adequado, é um luxo

que uma certa posição na sociedade permite. Carneiro (2021), por exemplo, discute o parto domiciliar como uma expressão do privilégio, uma vez que demanda uma equipe de prontidão focada em uma atenção individualizada. Mesmo em partos hospitalares, para garantir obstetras que asseguram acompanhar parto vaginal no setor privado, as gestantes precisam questionar os profissionais ao longo do pré-natal, por vezes sem obter respostas diretas. No entanto, muitos dos médicos considerados “vaginalistas” não estão credenciados a planos de saúde e, quando estão, por vezes cobram a taxa de disponibilidade (Cardoso; Barbosa, 2012).

Enquanto há uma luta pela generalização do atendimento humanizado por meio de políticas públicas com, por exemplo, a Rede Cegonha, ocorre também o surgimento de um nicho de mercado associado: lembrancinhas personalizadas, serviços de fotografia e maquiagem se tornam itens obrigatórios na chegada de um bebê. Esse comportamento leva a questionar se o movimento de humanização do parto, além de suas relações com o feminismo e com a medicina baseada em evidências, com equipes privadas de saúde, doulas, aulas especiais de pré-natal e vídeos para redes sociais poderia não apenas ser uma resposta ao parto medicalizado, mas também uma nova forma de distinção social.

Neste cenário, a possibilidade de generalização de um atendimento humanizado reside somente que tanto pode implementar políticas diretamente relacionadas, como alterar a conjuntura que permite, por exemplo, o aumento das desigualdades sociais. Afinal, uma experiência positiva no parto não passa apenas pelos serviços de saúde: é preciso não estar assombrado pela fome. É preciso uma casa de onde sair e para onde retornar. Um emprego com salário justo e que assegure o direito de licença-maternidade e incentive a amamentação. Necessita de condições de trabalho adequadas – incluindo remuneração – para todos os profissionais envolvidos na assistência, o que inclui engloba não só profissionais de nível superior e técnico, mas também a limpeza, segurança, recepção e manutenção das instituições de saúde, que mesmo no serviço público encontram-se vulnerabilizados com processos de terceirização.

Apesar do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) ter declarado a inconstitucionalidade da lei paranaense que permitia a escolha da cesariana sem indicação clínica no SUS por violação da competência legislativa estadual e desrespeito ao direito à saúde e do dever de proteção à infância e à juventude, o que poderia sugerir uma mudança na conjuntura, a situação no país indica o contrário: o

PL 4233/2024 com o mesmo objetivo foi apresentado em junho de 2024 pelo Deputado Ismael Alexandrino (PSD-GO) na Câmara dos Deputados e foram aprovadas em outubro, a Lei nº 4.535 de 2024 da Deputada Vanda Monteiro (UB-TO) e no Espírito Santo, a Lei nº 12.194, de 30 de julho de 2024, proposta pelo Deputado Wellington Callegari (PL-ES) – nesta última sendo a recusa de cesariana intraparto foi classificada como violência obstétrica. Além disso, dados preliminares para o ano de 2024 indicam que a taxa de cesariana no país chegou a 60,43%.

No entanto, em nome de uma sustentabilidade fiscal o governo Lula instituiu o Novo Arcabouço Fiscal (NAF), apesar de suas declarações em período de campanha eleitoral de que não deveria haver Teto de Gastos, em referência a EC 95, que limitava os gastos públicos por 20 anos. O NAF, que entrou em vigor em agosto de 2023, estabelece que os gastos do governo devem corresponder a 70% do superávit primário do ano anterior – diferença entre a arrecadação e os gastos – e não podem crescer mais de 2,5% ao ano, com objetivo final de estabilizar a relação entre dívida pública e PIB.

Já os pisos constitucionais – que garantem que 15% da receita líquida do governo deve ser destinado à saúde e 18% à educação – estão em risco, uma vez que o seu crescimento se sobrepõe às despesas discricionárias do orçamento que serão, segundo o Tribunal de Contas da União, comprimidas até 2030. Por isso, tem circulado na mídia notícias sobre sua reformulação ou revogação, apesar de ter ficado de fora do anúncio do Ministro da Fazenda Fernando Haddad de 27 de novembro de 2024 (Máximo, 2024).

Os contingenciamentos ou bloqueios anunciados ao longo do ano de 2024 chocam-se com outros projetos anunciados pelo governo como, por exemplo, o lançamento da Rede Alyne – que substituiu a Rede Cegonha e tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e aumentar o cuidado humanizado no ciclo gravídico-puerperal. Foi anunciado que o projeto receberá um investimento de R\$ 400 milhões em 2024 e de R\$1 bilhão em 2025. Já o novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), que prevê a criação de 36 novas maternidades e 30 Centros de Parto Normal, estimando atender 36 mil gestantes ao ano e totalizando um investimento de R\$4,85 bilhões, foi afetado só em outubro por um bloqueio de 3,6 bilhões.

Essas medidas, em conjunto com as concessões a setores contrários aos direitos sexuais e reprodutivos, instituem limites fictícios para a implementação de

políticas públicas e constroem a capacidade de ação estatal, criando para o Estado brasileiro as condições (ou a falta delas) para solucionar os problemas identificados pelo próprio governo: seja a mortalidade materna, as disparidades no acesso ao pré-natal, gravidez na adolescência ou as elevadas taxas de cesariana.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos contributos da Economia Institucional Original e de seu método evolucionário, recorrendo a uma revisão bibliográfica narrativa e pesquisa documental, buscou-se, nesta dissertação, entender como, em um cenário de aparente consenso sobre a necessidade de reduzir as taxas de cesariana no país, houve tamanha adesão do Congresso a projetos de lei com o objetivo de ampliar a escolha pela cesariana no setor público. Para responder a esta questão, foi realizada uma análise do processo de construção das políticas de atenção ao parto e nascimento desde o período colonial, observando critérios de gênero, raça e classe, a questão da tecnologia e o papel do Estado.

Acredita-se que este trabalho contribui para uma interpretação dos dados já existentes e das pesquisas já realizadas sobre o parto e a cesariana no Brasil, a partir de uma perspectiva que permite a ligação entre o social e o privado, o individual e o coletivo a partir do conceito de hábito e instituições. Isso se torna ainda mais importante quando se trata de um tema, como o parto e o nascimento, com forte componente cultural para a sua realização. A análise apresentada possui, certamente limites, associados a sua proposta longitudinal. Um estudo mais detalhado dos diferentes períodos, especialmente o de apresentação detalhada dos projetos de lei, incluindo uma maior diversidade de atores e fontes, pode complementar as interpretações adotadas. Contribuiria também para a compreensão dos acontecimentos, um acompanhamento das taxas de cesariana nos locais onde os projetos foram aprovados e a nova política implementada.

No entanto, com os dados aqui reunidos, conclui-se que as dinâmicas de distribuição de poder nas diferentes épocas mediaram não somente o acesso aos cuidados considerados como tecnologicamente mais avançados, como a possibilidade de produção e validação desse conhecimento. As disputas entre as diferentes formas de saber e, posteriormente, aos saberes de diferentes categorias profissionais resultaram frequentemente na sobreposição da medicina. Um dos

fatores para este acontecimento foi o amparo que os médicos – e, especialmente a partir do século XIX – ginecologistas e obstetras encontraram junto ao Estado uma aliança que já encontrava precedentes no contexto europeu. Assim, a partir de um projeto de Estado que buscava desenvolver o país – e para isso acreditava que precisava povoá-lo – deu as condições materiais necessária para uma aceleração do processo de medicalização do parto, em conjunto com os avanços na área da saúde no pós-guerra, que tornaram tecnicamente possível o aumento das indicações das cesarianas.

A mudança do parto em casa para o hospital serviu como estágio intermediário ou prelúdio para o início do crescimento vertiginoso dos nascimentos por via cirúrgica no país. Nele, mesmo um parto vaginal passa a ser um ato médico, sujeito a uma série de intervenções, como a episiotomia de rotina, tornando cerimonialmente possível – e dadas as condições de violência, até desejável – para as mulheres optarem pela cesariana quando podiam arcar com os custos. Portanto, mesmo a interpretação de que a posterior adesão das classes médias e baixas a esta forma de nascer se deu por emulação deve ser lida com este cenário em mente. Não à toa são descritas na literatura estratégias utilizadas pelas mulheres para conseguirem realizar uma cesariana no setor público – o que, por sua vez, explica a adesão aos projetos de lei com este objetivo e o interesse de em realizar campanhas com esta pauta.

No entanto, com uma mudança de conjuntura – que envolveu o processo de redemocratização e a criação do Sistema Único de Saúde, bem como a ação da sociedade civil, com movimentos feministas e pela humanização do parto organizados e apoiados por instituições internacionais – ganha força um modelo que contestava a hegemonia exercida pelo saber biomédico até então. Especialmente após a chegada do Partido dos Trabalhadores à presidência, foram promovidas políticas que visavam disseminar um modelo assistencial humanizado em oposição ao modelo tecnocrático.

Essas mudanças não foram aceitas sem resistência, pois, como bem explica o enquadramento teórico utilizado, as instituições possuem uma tendência ao conservadorismo. E foi agarrada justamente a um lema de conservadorismo que se deu uma nova virada política, que possibilitou a reverberação de um conjunto de ideias que, não coincidentemente, carregava valores antifeministas, racistas e classistas. Sob as insígnias de liberdade e autonomia, mediadas pelo individualismo e pelo

mercado, mais uma vez aqueles que retoricamente se dizem ser contra o Estado, utilizaram-no para reestabelecer seu poder.

A terceira vitória de Luís Inácio Lula da Silva reacendeu as expectativas de retomada de um projeto capaz de mudar a forma de nascer e parir no Brasil. Essas parcialmente se consolidaram, especialmente com a instituição da Rede Alyne. No entanto, ao renunciar de parte dos instrumentos que fazem do Estado o ator central na reprodução biológica e social, nomeadamente um financiamento robusto de políticas públicas, na área da saúde e para além dela, questiona-se se o governo irá novamente falhar na generalização de um cuidado adequado, capaz de promover mudanças nos hábitos de pensamento das pessoas e nas instituições formuladoras e implementadoras das políticas de atenção ao parto e nascimento no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. D. M. F. de et al. Birth by cesarean delivery and central adiposity in adolescents from a birth cohort. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 1–14, 2021.
- ADRIAANSE, A. H.; PEL, M.; BLEKER, O. P. Semmelweis: the combat against puerperal fever. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 90, n. 2, p. 153–158, 2000.
- ALENCASTRO, L. F. de. A vida privada e a ordem privada no Império. In: NOVAIS, F. A. (org.). **História da vida privada no Brasil Império: a corte e a modernidade nacional**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. v. 2.
- ALGRANTI, L. M. Família e Vida Doméstica. In: SOUZA, L. de M. e (org.). **História da Vida Privada no Brasil: Cotidiano e Vida Privada na América Portuguesa**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. v. 1.
- ALMEIDA, S. de et al. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2909–2918, 2008.
- ALMEIDA, F. Vicarious Learning and Institutional Economics. **Journal of Economic Issues**, Philadelphia, v. 45, n. 4, p. 839–855, 2011.
- ALONSO, B. D. et al. Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1–10, 2017.
- ALVIM, M. Como disputas ideológicas no país chegaram ao parto. **BBC News Brasil**, São Paulo, 17 fev. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46643198>. Acesso em: 21 set. 2022.
- ANS. Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>. Acesso em: 4 jan. 2025.
- ARIÈS, P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. Paris: Éditions du Seuil, 1975.
- ARIZA, M. A. B. Ventre, seios e coração: maternidade e infância em disputas simbólicas na Lei do Ventre Livre (1870-1880). In: MACHADO, M. H. P. T. et al. (org.). **Ventres livres?: Gênero, maternidade e legislação**. 1ªed. São Paulo: Editora Unesp, 2021.
- BADINTER, E. Um Amor Conquistado. O Mito do Amor Materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BANDEIRA, L. A. M. A importância geopolítica da América do Sul na Estratégia dos Estados Unidos. **Revista da Escola Superior de Guerra**, Rio de Janeiro v. 24, n. 50, p. 7–35, 2008.

BANDEIRA, L. A. M. Formação do império americano: Da guerra contra a Espanha à guerra no Iraque. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

BANDEIRA, L. A. M. O golpe militar de 1964 como fenômeno de política internacional. In: TOLEDO, C. N. de (org.). **1964: Visões críticas do golpe**. 2ªed. Campinas: Editora da Unicamp, 2014. p. 103–122.

BARBOSA, M. B. B. et al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 420–429, 2018.

BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1611–1620, 2003.

BARRETO, M. R. N. Dar à luz no Rio de Janeiro da belle époque: o nascimento das maternidades (1870-1920). In: SANGULAR, G. et al. (org.). **Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2015.

BARRETO, M. R. N. Pro Matre: arquivo e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 295–301, 2011.

BARROS, F. C. et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. **BMJ Open**, London, v. 8, n. 8, p. 1–9, 2018.

BARROS, F. C. et al. Cesarean section and risk of obesity in childhood, adolescence, and early adulthood: evidence from 3 Brazilian birth cohorts. **The American Journal of Clinical Nutrition**, Rockville, v. 95, n. 2, p. 465–470, 2012.

BARROS, F. C. et al. Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing?. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 38, p. 217–225, 2015.

BARROS, F. C. et al. Epidemic of caesarean sections in Brazil. **The Lancet**, London, v. 338, n. 8760, p. 167–169, 1991.

BARROS, A. J. D. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, p. 635–643, 2011.

BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; VICTORA, C. G. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 1, n. 1, p. 19–29, 1986.

BASHFORD, A. *Global Population: History, Geopolitics, and Life on Earth*. Chicago: Columbia University Press, 2014.

BASKETT, T. F. (org.). Craigin, Edwin Bradford (1859–1918): Once a Caesarean In: **Eponyms and Names in Obstetrics and Gynaecology**. 3ªed. Cambridge: Cambridge University Press, 2019. p. 101.

BASSANEZI, C. Mulheres nos Anos Dourados. In: PRIORE, M. D. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2007. p. 78–114.

BÉHAGUE, D. P. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. **Culture, Medicine and Psychiatry**, New York, v. 26, n. 4, p. 473–507, 2002.

BÉHAGUE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **BMJ**, London, v. 324, n. 7343, p. 1–6, 2002.

BEMFAM. Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1987. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR4/FR4.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2025.

BERNARDO, L. S. et al. Mother-requested cesarean delivery compared to vaginal delivery: a systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 60, p. 302–304, 2014.

BERQUÓ, E. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: SCHWARCZ, L. M. (org.). **História da vida privada no Brasil: Contrastes da intimidade contemporânea**. 2ªed. São Paulo: Companhia de Bolso, 2023. v. 4.

BETRAN, A. P. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reproductive Health**, Berlin, v. 12, p. 57, 2015.

BÖCK, R.; ALMEIDA, F. Clarence Ayres, Ayresianos e a evolução do institucionalismo Vebleniano. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 27, p. 381–407, 2018.

BOCK, G.; THANE, P. *Maternity and Gender Policies: Women and the Rise of the European Welfare States, 1802-1950s*. London: Routledge, 1991.

BOLSONARO, J. O Caminho da Prosperidade. Proposta de Plano de Governo. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/wp-content/uploads/2018/10/plano-de-governo-jair-bolsonaro.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2025.

BORELLI, A. Espaço feminino no mercado produtivo. In: PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M. (org.). **Nova história das mulheres no Brasil**. 1ªed. São Paulo: Contexto, 2012.

BRAGA, J. C. de S.; DE PAULA, S. G. Saúde e previdência: Estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 2018.

BRASIL. Despacho SEI/MS 9087621. 3 maio 2019. Disponível em: <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS no 715, de 4 abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS no 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Altera a Portaria de Consolidação GM/MS no 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Diário Oficial da União, 6 abr. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Relatório da Repartição dos Negócios do Imperio (RJ) - 1832 a 1888. Rio de Janeiro: Ministério do Império, 1882. Disponível em: <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=720968&pesq=cesarean a&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=17121>. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL, B. C. N. C. P. M. de I. destinada a investigar a incidência de esterilização em massa de mulheres no. Relatório n. 2, de 1993 - CN : relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Brasília, 1993. Disponível em: <https://www2.senado.gov.br/bdsf/handle/id/85082>. Acesso em: 4 jan. 2025.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 135–149, 1991.

BRIGGS, L. *Reproducing Empire*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2003.

BUENO, A.; IESSI, I. L.; DAMASCENO, D. C. Influência do ciclo lunar no parto: mito ou constatação científica?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, p. 477–479, 2010.

BUSH, B. African Caribbean Slave Mothers and Children: Traumas of Dislocation and Enslavement Across the Atlantic World. **Caribbean Quarterly**, Abingdon, v. 56, n. 1/2, p. 69–94, 2010.

BUSH, P. D. The Theory of Institutional Change. **Journal of Economic Issues**, Philadelphia, v. 21, n. 3, p. 1075–1116, 1987.

CAMANN, W. A History of Pain Relief During Childbirth. In: EGER II, E. I.; SAIDMAN, L. J.; WESTHORPE, R. N. (org.). **The Wondrous Story of Anesthesia**. New York: Springer, 2014. p. 847–858.

CÂMARA, R. et al. Cesariana a pedido materno. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, São Paulo, v. 43, p. 301–310, 2016.

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, 2007.

CANO, W. *Raízes da concentração industrial em São Paulo*. Campinas: Unicamp, 2007.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 35–52, 2012.

CARNEIRO, M. do N. F. **Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação: séculos XV-XX**. 2004. Tese de Doutorado - Universidade do Porto, Porto, 2004. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/108390>. Acesso em: 16 maio 2024.

CARVALHO, M. K. de; SANTOS, R. da C. As convocações biopolíticas da imprensa em prol da cesariana. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1863>. Acesso em: 20 jun. 2023.

CAVALCANTE, L. F. P. et al. Cesarean section and body mass index in children: is there a causal effect?. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 1–14, 2022.

CECATTI, J. G.; PIRES, H. M. B.; GOLDENBERG, P. Cesárea no Brasil: um direito à opção?. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1999. (Saúde em Debate, v. 125).

CESBRON, P.; KNIBIEHLER, Y. *La Naissance en Occident*. Paris: Albin Michel, 2004.

CFM. Posicionamento do CFM sobre a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) do Ministério da Saúde. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2022. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2022/05/notacfmportariams715.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2025.

COELHO, E. C. *As Profissões Imperiais*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CONNELLY, M. *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population*. Cambridge: Harvard University Press, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Nota conjunta CONASS/CONASEMS: Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>. Acesso em: 13 out. 2022.

CORDEIRO, H. A medicina de grupo e o complexo medico-industrial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 22 a 37–22 37, 1983.

CORRÊA, M. Repensando a família patriarcal brasileira. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 37, p. 5–16, 1981.

COSTA, N. D. L. et al. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 388–396, 2006.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CYPHER, J. M. Institutions, Arms Spending, and the State. In: DUGGER, W. M.; WALLER, W. T. **The Stratified State: Radical Institutional Theories of Participation and Duality**. Armonk, N.Y: Routledge, 1993.

D'ORSI, E. et al. Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 97, n. 2, p. 152–157, 2001.

DALMORO, C.; ROSA, R.; BORDIN, R. Normal delivery and cesarean section: cost per brazilian regions, 2015. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 64, p. 1045–1049, 2018.

DAVIS-FLOYD, R. Birth as an American Rite of Passage. New York: Taylor & Francis, 2022.

DAVIS-FLOYD, R. E. Obstetric Training As a Rite of Passage. **Medical Anthropology Quarterly**, Arlington, v. 1, n. 3, p. 288–318, 1987.

DAVIS-FLOYD, R.; CHEYNEY, M. Birth and the Big Bad Wolf: An Evolutionary Perspective. In: SELIN, H. (org.). **Childbirth Across Cultures: Ideas and Practices of Pregnancy, Childbirth and the Postpartum**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2009. p. 1–22.

DE LARA, B. Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento da nova Caderneta da Gestante. In: THE INTERCEPT BRASIL. 9 maio 2022. Disponível em: <https://theintercept.com/2022/05/09/ministerio-da-saude-raphael-camara-violencia-episiotomia/>. Acesso em: 13 out. 2022.

DIAS, M. A. B. et al. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. **Reproductive Health**, London, v. 13, n. 3, p. 176–185, 2016.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1521–1534, 2008.

DIAS, B. A. S. et al. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 1–13, 2022.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 109–116, 2004.

DICK-READ, G. Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth. London: Pinter & Martin, 2013.

D'INCAO, M. Â. Mulher e Família Burguesa. In: PRIORE, M. D. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2007. p. 78–114.

DINIZ, C. S. G. et al. Why do women in the private sector have shorter pregnancies in Brazil? Left shift of gestational age, caesarean section and inversion of the expected disparity. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 33–40, 2016.

DOCUMENTOS REFERENTES AO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PRINCIPALMENTE DESPACHOS DO MINISTRO PAULO DE ALMEIDA MACHADO COM O PRESIDENTE ERNESTO GEISEL. Arquivo Geisel/ Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Brasília, 1974. Disponível em: <https://docvirt.com/docreader.net/prelg/30126>. Acesso em: 4 jan. 2025.

D'ORSI, E. et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2067–2078, 2006.

DRAIBE, S. Rumos e metamorfoses. 1ª ed. São Paulo: Paz & Terra, 2007.

DUGGER, W. M. Emulation: An Institutional Theory of Value Formation. **Review of Social Economy**, Abingdon-on-Thames, v. 47, n. 2, p. 134–154, 1989a.

DUGGER, W. M. Evolutionary Theory of the State and the Market. In: DUGGER, W. M.; WALLER, W. T. **The Stratified State: Radical Institutional Theories of Participation and Duality**. 1ªed. Armonk, N.Y: Routledge, 1993.

DUGGER, W. M. Four Modes of Inequality. In: DUGGER, W. M. **Inequality: Radical Institutional Views on Race, Gender, Class, and Nation**. Westport: Praeger, 1996.

DUGGER, W. M. Instituted Process and Enabling Myth: The Two Faces of the Market. **Journal of Economic Issues**, Philadelphia, v. 23, n. 2, p. 607–615, 1989b.

DUGGER, W. M. Power: An Institutional Framework of Analysis. **Journal of Economic Issues**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p. 897–907, 1980.

DUGGER, W. M. Radical Institutionalism: Basic Concepts. **Review of Radical Political Economics**, Thousand Oaks, v. 20, n. 1, p. 1–20, 1988.

DUGGER, W. M. Radical Institutionalism: Contemporary Voices. Westport: Praeger, 1989c. Disponível em: Acesso em: 14 ago. 2024.

DUNSWORTH, H. There is no evolutionary “obstetrical dilemma”. In: **The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction**. Abingdon: Routledge, 2021.

ENGELS, F. A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra. 1ªed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

ENTRINGER, A. P. et al. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 1–15, 2018.

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M. F. T.; GOMES, M. A. de S. M. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1527–1536, 2019.

ESCOBAL, A. P. de L. et al. Relações de poder e saber na escolha pela cesárea: perspectiva de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, p. 1–8, 2021.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ESTADO DE SÃO PAULO. Projeto de Lei no 679, de 2019. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em:

https://www.al.sp.gov.br/spl/2019/05/Propositura/1000269485_1000266788_Propositura.doc. Acesso em: 4 jan. 2025.

ESTEVES-PEREIRA, A. P. et al. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 11, n. 4, p. e0153396, 2016.

ESTUDOS PARA DISCURSOS SOBRE SIDERURGIA ENALTECENDO A EXPERIÊNCIA DE VOLTA REDONDA E INCENTIVANDO O USO PROGRESSIVO DO CARVÃO NACIONAL NO ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES INDUSTRIAIS DA COMPANHIA SIDERÚRGICA NACIONAL. São Paulo: FGV CPODC, 1950.

Disponível em: https://docvirt.com/docreader.net/GV_Campanh/2163. Acesso em: 17 nov. 2024.

EUFRÁSIO, L. S. et al. Brazilian regional differences and factors associated with the prevalence of cesarean sections. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 31, p. 1–10, 2018.

FAISAL-CURY, A. et al. The relationship between indicators of socioeconomic status and cesarean section in public hospitals. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1–11, 2017.

FALCÃO, I. R. et al. Participation in Conditional Cash Transfer Program During Pregnancy and Birth Weight–Related Outcomes. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 6, n. 11, p. e2344691, 2023.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 150–173, 1991.

FAUSTO, B. História do Brasil. 14^ae. São Paulo: Edusp, 2019.

FEDERICI, S. Calibã e a bruxa: Mulheres, corpos e acumulação primitiva. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FEDERICI, S. Origens do trabalho doméstico na Inglaterra: reconstrução da família proletária, o trabalho doméstico e o patriarcado do salário. In: **O Patriarcado do**

Salário: Notas Sobre Marx, Gênero e Feminismo. 1ªed. São Paulo: Boitempo, 2021.

FERNANDES, M. P. et al. Association between cesarean section and human capital in adulthood: 1982 and 1993 Pelotas birth cohorts, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 1–13, 2021.

FERNANDES, A. M. dos S. et al. Características relacionadas ao primeiro e último parto por cesárea. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, p. 53–58, 2007.

FERNANDES, J. A. De Cunhã A Mameluca A Mulher Tupinambá E O Nascimento Do Brasil. João Pessoa: Editora UFPB, 2016.

FERREIRA, L. O.; FONSECA, M. R. F. da; EDLER, F. C. A faculdade de medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In: DANTES, M. A. M. (org.). **Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

FIOCRUZ. Atenção ao parto e nascimento em maternidade no âmbito da Rede Cegonha: Sumário Executivo. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf. Acesso em: 4 jan. 2025.

FIORETTI, B. et al. Googling caesarean section: a survey on the quality of the information available on the Internet. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Hoboken, v. 122, n. 5, p. 731–739, 2015.

FONSECA, C. M. O. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): Dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FREITAS, P. F. et al. Inequalities in cesarean delivery rates by ethnicity and hospital accessibility in Brazil. **International Journal of Gynaecology and Obstetric**, Hoboken, v. 107, n. 3, p. 198–201, 2009.

FREITAS, P. F. et al. O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 1839–1855, 2015.

FREITAS, P. F.; FERNANDES, T. M. B. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, p. 525–538, 2016.

FREITAS, R. C. de; NOGUEIRA, A. A saúde como campo de batalha: doenças e artes de curar no Brasil, 1750-1822. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 3379–3387, 2022.

FREITAS, P. F.; SAVI, E. P. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 2009–2020, 2011.

FREYRE, G. Casa-Grande & Senzala. São Paulo: Global Editora, 2006.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. Uma ponte para o futuro. Brasília: Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3359700/mod_resource/content/0/Brasil%20-%20Uma%20ponte%20para%20o%20futuro%20Fundação%20Ulysses%20Guimarães.pdf. Acesso em: 4 jan. 2025.

FURTADO, C. Formação Econômica do Brasil. São Paulo: Companhia Editorial Nacional, 1998.

GAMA, S. G. N. da et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 117–127, 2014.

GAMA, A. de S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2480–2488, 2009.

GÉLIS, J. L'accouchement au XVIII e siècle: Pratiques traditionnelles et contrôle médical. *Ethnologie française*, Nanterre, v. 6, n. 3/4, p. 325–340, 1976.

GÉLIS, J. L'Arbre et le fruit: La naissance dans l'Occident moderne. Paris: Fayard, 1984.

GÉLIS, J. Louise Bourgeois (1563-1636): Une sage-femme entre deux mondes. **Histoire des sciences médicales**, Paris, v. 43, n. 1, p. 27–38, 2009.

GÉLIS, J. Obstétrique et classes sociales en milieu urbain aux XVIIe et XVIIIe siècles: évolution d'une pratique. **Histoire des sciences médicales**, Paris, v. 14, p. 425–433, 1980.

GENTILE, F. de P.; NORONHA FILHO, G.; CUNHA, A. de A. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 221–226, 1997.

GIANOTTEN, W. L. Sexual Aspects of Labour and Birth. In: GEUENS, S.; POLONA MIVŠEK, A.; GIANOTTEN, Woet. L. (org.). **Midwifery and Sexuality**. New York: Springer International Publishing, 2023. p. 77–83.

GOMES, U. A. et al. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 28, n. 4, p. 687–694, 1999.

GRAEBER, D. Dívida: os Primeiros 5000 Anos. 1ªed. Lisboa: Edições 70, 2022.

GRAEBER, D.; WENGROW, D. O despertar de tudo: Uma nova história da humanidade. 1ªed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

GRUCHY, A. The Institutional Economics of Thorstein Veblen. In: **Modern Economic Thought: The American Contribution**. New York: Prentice-Hall, 1947.

GUIDA, J. P. S. et al. Evaluating vaginal-delivery rates after previous cesarean delivery using the Robson 10-group classification system at a tertiary center in Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Hoboken, v. 136, n. 3, p. 354–355, 2017.

HADDAD, S. E. M. T.; CECECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 252–262, 2011.

HALL, J. B.; LUZ, M. R. de S. L. Thorstein Veblen as Evolutionary Feminist Economist of the Progressive Era. **Journal of Economic Issues**, Philadelphia, v. 54, n. 2, p. 413–419, 2020.

HAMILTON, W. A abordagem institucional para a teoria econômica. In: SALLES, A. O. T.; PESSALI, H. F.; FERNANDEZ, R. G. (org.). **Economia institucional: Fundamentos teóricos e históricos**. 1ªed. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

HOBBSAWM, E. Era dos extremos: o breve século XX (1914-1991). São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

HOCHMAN, G. A era do saneamento : As bases da política de saúde pública no brasil. 3aed. São Paulo: Hucitec, 2012.

HOCHMAN, G.; ARMUS, D. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/7bzx4>. Acesso em: 8 abr. 2024.

HODGSON, G. M. A abordagem da economia institucional. In: SALLES, A. O. T.; PESSALI, H. F.; FERNANDEZ, R. G. (org.). **Economia institucional: Fundamentos teóricos e históricos**. 1ª ed. São Paulo: Editora Unesp, 2018a.

HODGSON, G. M. O que são instituições?. In: SALLES, A. O. T.; PESSALI, H. F.; FERNANDEZ, R. G. (org.). **Economia institucional: Fundamentos teóricos e históricos**. 1ª ed. São Paulo: Editora Unesp, 2018b.

HODGSON, G. M. Reconstitutive Downard Causation: Social structure and the development of individual agency. In: **Intersubjectivity in Economics**. New York: Routledge, 2001.

HODGSON, G. M. The Approach of Institutional Economics. **Journal of Economic Literature**, Pittsburgh, v. 36, n. 1, p. 166–192, 1998.

HODGSON, G. M. The Ayresian dichotomies: Ayres versus Veblen. In: HODGSON, G. M. **The Evolution of Institutional Economics**. New York: Routledge, 2004.

HODGSON, G. M. The ubiquity of habits and rules. **Cambridge Journal of Economics**, Cambridge, v. 21, n. 6, p. 663–684, 1997.

HOFFMEISTER, M. C. et al. Perfil dos partos cesáreos em um hospital universitário. **Clinical and Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/51317>. Acesso em: 20 jun. 2023.

HOLANDA, S. B. de (org.). A Medicina Colonial. In: **A época colonial: administração, economia, sociedade: Administração, economia e sociedade**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1993.

HOLANDA, S. B. de (org.). Da escravidão ao trabalho livre. In: **O Brasil monárquico: reações e transações**. 9ªed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.

HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 51, n. 5, p. 725–740, 2000.

HOPKINS, K.; DE LIMA AMARAL, E. F.; MOURÃO, A. N. M. The Impact of Payment Source and Hospital Type on Rising Cesarean Section Rates in Brazil, 1998 to 2008. **Birth**, Hoboken, v. 41, n. 2, p. 169–177, 2014.

HUDSON, M. Super Imperialism: The Origin and Fundamentals of U.S. World Dominance. London: Pluto Press, 2003.

HUDSON, M.; STEINKELLER, P. (org.). Labor in the Ancient World. Dresden: Islet Verlag, 2015.

HUGUES, G. M.; HEILBORN, M. L. A construção de uma nova profissão: a Obstetrícia. O caso da Universidade de São Paulo. In: RODRIGUES, A. P. et al. (org.). **Medicalização do parto: Saberes e práticas**. São Paulo: Hucitec, 2021.

IBGE. Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1981a. v. 1, 1976 Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1976_v1.pdf. Acesso em: 29 nov. 2024.

IBGE. Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1981b. v. 2, 1977 Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1977_v2.pdf. Acesso em: 29 nov. 2024.

IBGE. Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1982a. v. 3, 1978 Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1978_v3.pdf. Acesso em: 29 nov. 2024.

IBGE. Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1982b. v. 4, 1979 Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1979_v4.pdf. Acesso em: 29 nov. 2024.

IBGE. Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1982c. v. 5, 1980 Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1980_v5.pdf. Acesso em: 29 nov. 2024.

IBGE. Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1983. v. 6, 1981 Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1981_v6.pdf. Acesso em: 29 nov. 2024.

IBGE. Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1985. v. 7, 1982 Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1982_v7.pdf. Acesso em: 29 nov. 2024.

IBGE. Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1986a. v. 8, 1983 Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1984_v9.pdf. Acesso em: 29 nov. 2024.

IBGE. Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1986b. v. 9, 1984 Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1984_v9.pdf. Acesso em: 29 nov. 2024.

IBGE. Estatísticas de Saúde: assistência médico-sanitária. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1988. v. 10, 1985 Disponível em: [/https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1985_v10.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/134/ams_1985_v10.pdf). Acesso em: 29 nov. 2024.

IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/linkPdf.php?pdf=10021209-1.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuário Estatístico do Brasil Ano V-1939/1940. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Estatística, 1940. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1939_1940.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Anuário Estatístico do Brasil Ano II - 1936. Rio de Janeiro: Tip do Departamento de Estatística e Publicidade, 1936. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1936.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Anuário Estatístico do Brasil Ano III- 1937. Rio de Janeiro: Tip do Departamento de Estatística e Publicidade, 1937. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1937.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Anuário Estatístico do Brasil Ano IV - 1938. Rio de Janeiro: Tip do Departamento de Estatística e Publicidade, 1938. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1938.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.

IPHAN. Ofício, saberes e práticas das parteiras tradicionais são Patrimônio do Brasil. In: INSTITUTO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO E ARTÍSTICO NACIONAL. 9 maio 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/iphan/pt-br/assuntos/noticias/oficio-saberes-e-praticas-das-parteiras-sao-patrimonio-do-brasil>. Acesso em: 3 jan. 2025.

IRWIN, S.; JORDAN, B. Knowledge, Practice, and Power: Court-Ordered Cesarean Sections. **Medical Anthropology Quarterly**, Hoboken, v. 1, n. 3, p. 319–334, 1987.

JANAÍNA PASCHOAL DO PSL DEBATE SOBRE A LEI DA CESARIANA, E FALA SOBRE OS DESEJOS DA MULHER A ESCOLHA. Direção: ALESP. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4u694OnxwUA>. Acesso em: 1 ago. 2023.

JANOWITZ, B. et al. Cesarean delivery in northeast region of Brazil, 1978-80. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 75, n. 5, p. 560–562, 1985.

JANOWITZ, B.; NAKAMURA, M. Cesarean section in Brazil. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 16, n. 1, p. 19–25, 1982.

JESSOP, B. The State - Past, Present, Future. 1ªed. Malden: Polity Press, 2015.

JORDAN, B. Authoritative Knowledge in Childbirth. In: DAVIS-FLOYD, R. E. E.; RAPP, R.; SARGENT, C. F. (org.). **Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives**. Berkeley: University of California Press, 1997.

JORDAN, B. Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Montréal: Eden Press Women's Publications, 1980.

JUNGE, C. et al. Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth*, Hoboken, v. 45, n. 4, p. 469–477, 2018.

KEAG, O. E.; NORMAN, J. E.; STOCK, S. J. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. **PLoS medicine**, San Francisco, v. 15, n. 1, p. 1–22, 2018.

KILSZTAJN, S. et al. Caesarean sections and maternal mortality in Sao Paulo. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 132, n. 1, p. 64–69, 2007.

KNIBIEHLER, Y.; FOUQUET, C. Histoire de mères du moyen-âge à nos jours. Paris: Éditions Montalba, 1980.

KNOBEL, R. et al. Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 522–528, 2020.

LAGET, M. La naissance aux siècles classiques. *Annales*, Paris, v. 32, n. 5, p. 958–992, 1977.

LEAL, M. do C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1–17, 2017.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto - Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 166–174, 2013.

LERNER, G. A Criação do Patriarcado: História da Opressão das Mulheres Pelos Homens. São Paulo: Cultrix, 2019.

LÉVI-STRAUSS, C. Estruturas elementares do parentesco. 7ªed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

LIMA, A. B. S. et al. Nascer de cesariana e associação com quociente de inteligência em adolescentes: contribuição do Consórcio de Coortes RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 1–15, 2023.

LIMA, S. D. S.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Routes of women submitted to cesariana in the public health care sector. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 8–16, 2021.

LÓPEZ, L. C.; WERMUTH, M. Â. D.; GOMES, P. R. F. Biopolítica e “produção de cesarianas” durante a assistência pré-natal no sul do Brasil. **Revista Videre**, Dourados, v. 13, n. 27, p. 57–77, 2021.

LUZ, M. T. Medicina e a ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

LUZ, W. S. Os 50 anos do CFM. In: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 1999. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/os-50-anos-cfm/?lang=en>. Acesso em: 17 nov. 2024.

MADI, J. M. et al. Impact of vaginal delivery after a previous cesarean section on perinatal outcomes. **Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 516–522, 2013.

MAGALHÃES, L. Fernando Magalhães - Resumo biográfico pela sua filha Lúcia Magalhães. Rio de Janeiro: **Jornal do Comércio**, 1944. Disponível em: <https://ohs.coc.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/03/Fernando-Magalhaes-Resumo-biografico-coligido-por-sua-filha-Lucia-Magalhaes.pdf>. Acesso em: 30 out. 2024.

MAIA, M. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MALUF, M.; MOTT, M. L. Recônditos do Mundo Feminino. In: NOVAIS, F. A.; SEVCENKO, N. (ed.). **História da vida privada no Brasil: República: da Belle Époque à Era do Rádio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2021. v. 3.

MARKS, R. *The Origins of the Modern World: A Global and Ecological Narrative from the Fifteenth to the Twenty-first Century*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, 2007.

MARQUES, T. C. de N.; MELO, H. P. de. Os direitos civis das mulheres casadas no Brasil entre 1916 e 1962: ou como são feitas as leis. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, p. 463–488, 2008.

MARTINELLI, K. G. et al. Prelabor cesarean section: the role of advanced maternal age and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, p. 1–13, 2021.

MARTINS, A. P. V. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. **História Oral**, Rio de Janeiro, n. 2, 2005a. Disponível em: <https://www.revista.historiaoral.org.br/index.php/rho/article/view/174>. Acesso em: 8 fev. 2024.

MARTINS, A. P. V. O Estado, as mães e os filhos: Políticas de proteção à maternidade e à infância no Brasil na primeira metade do Século XX. **Revista Humanitas**, Belém, v. 21, n. 1/2, p. 7–32, 2005b.

MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1–12, 2017.

MATIAS, J. P.; PARPINELLI, M. A.; CECATTI, J. G. Factors associated with mode of delivery among primipara women with one previous cesarean section and undergoing a trial of labor. **Revista Da Associação Médica Brasileira**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 109–115, 2007.

MAY, A. M. Caste, Class, and Social Change: An Institutionalist Perspective. **Journal of Economic Issues**, Philadelphia, v. 26, n. 2, p. 553–560, 1992.

MAYBERRY, L.; DANIEL, J. 'Birthgasm': A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth. **Journal of Holistic Nursing**, Thousand Oaks, v. 34, n. 4, p. 331–342, 2016.

MAYHEW, A. Clarence Ayres, technology, pragmatism and progress. **Cambridge Journal of Economics**, Philadelphia, v. 34, n. 1, p. 213–222, 2010.

MAYHEW, A. O início do institucionalismo. In: SALLES, A. O. T.; PESSALI, H. F.; FERNANDEZ, R. G. (org.). **Economia institucional: Fundamentos teóricos e históricos**. 1ªed. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

MAZOWER, M. *Governing the World: The History of an Idea, 1815 to the Present*. New York, NY: Penguin Books, 2013.

MCCALLUM, C. Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil. **Sociology of Health & Illness**, New Jersey, v. 27, n. 2, p. 215–242, 2005.

MEDEIROS, H. G. D. de; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. do A. C. de. Os reflexos do bolsonarismo sobre políticas de saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 22, p. e02811259, 2024.

MELO, L. Restringindo o tempo da Cesárea Eletiva: evidências do Brasil. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 245–283, 2021.

MENDES, Y. M. M. B. e; RATTNER, D. Cesarean sections in Brazil's teaching hospitals: an analysis using Robson Classification. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 45, p. e16, 2021.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Risk factors for cesarean section by category of health service. **Revista De Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 80–89, 2010.

MENEZES, A. M. B. et al. Cesarean sections and risk of wheezing in childhood and adolescence: data from two birth cohort studies in Brazil. **Clinical & Experimental Allergy**, New Jersey, v. 41, n. 2, p. 218–223, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tr7y8>. Acesso em: 18 set. 2022.

MÉTRAUX, A. A religião dos Tupinambás e suas relações com a das demais tribus Tupi-Guaranis. São Paulo: Companhia Editorial Nacional, 1950.

MIES, M. Patriarcado & Acumulação em Escala Mundial. São Paulo: Editora Timo/Ema Livros, 2022.

MILLER, E. S. Veblen and Women's Lib: A Parallel. **Journal of Economic Issues**, Philadelphia, v. 6, n. 2/3, p. 75–86, 1972.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anais V Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/an5conf_nac.pdf. Acesso em: 5 dez. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: CONITEC, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf. Acesso em: 19 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 1996. Brasília: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 1997. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr77/fr77.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006. Brasília: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 4 jan. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 19 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria No 306, de 28 de março de 2016. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2016/atencao-a-gestante-a-operacao-cesariana-diretriz.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2024.

MORAES, A. V. dos S. et al. Via de parto em secundigestas e a termo, após uma cesárea prévia. **Revista Educação em Saúde**, Goiânia, v. 4, n. 2, p. 18–23, 2017.

MORAES, M. S. de; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 509–519, 2001.

MORGAN, J. L. *Laboring Women: Reproduction and Gender in New World Slavery*. Illustrated edition. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2004.

MORGENTHAU, H. J. *A Política Entre Nações: A Luta Pelo Poder e Pela Paz*. Brasília: Editora UnB, 2003.

MORTELARO, P. K. et al. Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, p. e8152, 2024.

MOTT, M. L. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, p. 25–25, 1999a.

MOTT, M. L. et al. As parteiras eram “tutte quante” italianas (São Paulo, 1870-1920). **História: Questões & Debates**, Curitiba, v. 47, n. 2, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/historia/article/view/12111>. Acesso em: 17 maio 2022.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). Projeto História : **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, São Paulo, v. 25, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>. Acesso em: 17 maio 2022.

MOTT, M. L. O curso de partos: deve ou não haver parteiras?. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, p. 133–160, 1999b.

MURTA, E. F. C. et al. Could elective cesarean sections influence the birth weight of full-term infants?. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 124, p. 313–315, 2006.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. **Reproductive Health**, London, v. 13, n. Suppl 3, p. 128, 2016.

NAKANO, A. M. S. et al. O cuidado no resguardo: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, p. 242–247, 2003.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 885–904, 2015.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normalizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 155–172, 2016.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 415–432, 2017.

NEALE, W. Instituições. In: SALLES, A. O. T.; PESSALI, H. F.; FERNANDEZ, R. G. (org.). **Economia institucional: Fundamentos teóricos e históricos**. 1ªed. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

NEALE, W. C. Institutions. **Journal of Economic Issues**, Philadelphia, v. 21, n. 3, p. 1177–1206, 1987.

NEGRINI, R. et al. Reducing caesarean rates in a public maternity hospital by implementing a plan of action: a quality improvement report. **BMJ Open Quality**, London, v. 9, n. 2, p. 1–6, 2020.

NEGRINI, R.; DA SILVA FERREIRA, R. D.; GUIMARÃES, D. Z. Value-based care in obstetrics: comparison between vaginal birth and caesarean section. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 21, n. 1, p. 1–10, 2021.

NETO, A. de F. P. Ser médico no Brasil: O presente no passado. 1ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

NORONHA, J. C. de; PEREIRA, T. R.; VIACAVA, F. As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: LIMA, N. T. et al. (org.). **Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2005.

NOVAIS, F. A. Estrutura e dinâmica do antigo sistema colonial. 1ªed. São Paulo: Hucitec, 2018.

NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 979–998, 2018.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO. OOBBr Indicadores Obstétricos. São Paulo, 2024. Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/indicadores-obstetricos>. Acesso em: 21 jul. 2024.

OLIVEIRA, C. de F. et al. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 427–439, 2022.

OLIVEIRA, R. R. de et al. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, p. 733–740, 2016.

OLIVEIRA, A. R. Nascer e morrer, em Portugal, na Idade Média. In: SOARES, C. E. et al. (org.). **Phármakon: Do Combate da Enfermidade à Invenção da Imortalidade**. Porto: CITCEM – Centro de Investigação Transdisciplinar Cultura, Espaço e Memória, 2018.

OLIVEIRA, P. C. P.; SIMIONI, R. L. Autonomia, liberdade e dependência da mulher: a política reducionista de cesarianas desnecessárias no Brasil e o biodireito. **JURIS - Revista da Faculdade de Direito**, Rio Grande, v. 28, n. 1, p. 67–90, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre taxas de Cesáreas, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1. Acesso em: 12 jan. 2024.

ORTNER, S. B. Is Female to Male as Nature Is to Culture?. **Feminist Studies**, College Park, v. 1, n. 2, p. 5–31, 1972.

OSAVA, R. H. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, p. 1036–1043, 2011.

OSIS, M. J. D. et al. Brazilian doctors' perspective on the second opinion strategy before a C-section. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 233–239, 2006.

OSIS, M. J. M. D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. S25–S32, 1998.

OSIS, M. j. d. et al. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, Hoboken, v. 75, n. S1, p. 59–66, 2001.

OSTOS, N. S. C. D. A questão feminina: importância estratégica das mulheres para a regulação da população brasileira (1930-1945). **Cadernos Pagu**, Campinas, p. 313–343, 2012.

OWENS, D. C. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens: University of Georgia Press, 2017.

PÁDUA, K. S. de et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, p. 70–79, 2010.

PAIXÃO, E. S. et al. Associations between cesarean delivery and child mortality: A national record linkage longitudinal study of 17.8 million births in Brazil. **PLOS Medicine**, San Francisco, v. 18, n. 10, p. 1–18, 2021.

PASCHE, D. F. et al. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 887–896, 2021.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, p. 185–194, 2011.

PEDRO, J. M. Corpo, prazer e trabalho. In: PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M. (org.). **Nova história das mulheres no Brasil**. 1ªed. São Paulo: Contexto, 2012.

PIMENTA, T. Midwifery and childbirth among enslaved and freed women in Rio de Janeiro in the first half of the nineteenth century. **Women's History Review**, Milton Park, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09612025.2017.1336843>. Acesso em: 21 abr. 2024.

PIRES, H. M. B.; CECATTI, J. G.; FAÚNDES, A. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, p. 342–348, 1999.

POLANYI, K. A Grande Transformação: as Origens Políticas e Económicas do Nosso Tempo. Lisboa: Edições 70, 2021.

POTTER, J. E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **BMJ : British Medical Journal**, London, v. 323, n. 7322, p. 1155–1158, 2001.

POTTER, J. E. et al. Women's Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale. **Birth**, Hoboken, v. 35, n. 1, p. 33–40, 2008.

POWELL, J. The Instrumentality of Ceremonial Habits of Thought. **Journal of Economic Issues**, Philadelphia, v. 57, n. 2, p. 423–431, 2023.

PRADO JR, C. Evolução política do Brasil. 1ªed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. O Plano Salte. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1950. Disponível em: Acesso em: 17 nov. 2024.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/odmbrasil/arquivos/odm-relatorio-nacional-de-acompanhamento-2004>. Acesso em: 4 jan. 2025.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em:

<http://www.odmbrasil.gov.br/odmbrasil/arquivos/odm-4-o-relatorio-nacional-de-acompanhamento-2010>. Acesso em: 4 jan. 2025.

PRIORE, M. D. Ao sul do corpo - Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. 2ªed. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

PRIORE, M. D. Magia e Medicina na Colônia: o corpo feminino. In: PRIORE, M. D. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2007. p. 78–114.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Incidence and features of cesarean section and natural childbirth: study in a city from Ceara's countryside. **Revista Brasileira De Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 687–691, 2005.

QUINALHA, R. "Em Nome de Deus e da Família": um golpe contra a diversidade. In: JINKINGS, I.; DORIA, K.; CLETO, M. (org.). **Por que Gritamos Golpe?: Para Entender o Impeachment e a Crise Política no Brasil**. 1ªed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.

RAIFMAN, S.; CUNHA, A. J.; CASTRO, M. C. Factors associated with high rates of caesarean section in Brazil between 1991 and 2006. **Acta Paediatrica**, Solna, v. 103, n. 7, p. 295–299, 2014.

RAMINELLI, R. Eva Tupinambá. In: SOUZA, L. de M. e (org.). **História da vida privada no Brasil: Cotidiano e vida privada na América portuguesa**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018. v. 1.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. 19–33, 1996.

REBELO, F. et al. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, Hoboken, v. 89, n. 7, p. 903–908, 2010.

REGO, M. D. Trabalho Feminino e Sexualidade. In: PRIORE, M. D. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2007. p. 78–114.

REZENDE, J. de. Operação Cesariana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

REZENDE FILHO, J. de; MONTENEGRO, C. A. de B. Obstetrícia. 13ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. de S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, p. 263–276, 2016.

RODGERS, Y. V. D. M. The Global Gag Rule and Women's Reproductive Health: Rhetoric Versus Reality. Oxford: Oxford University Press, 2018.

RODRIGUES, A. P.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. Cesáreas no Brasil: o novo parto normal?. In: RODRIGUES, Andreza Pereira et al. (org.). **Medicalização do parto: Saberes e práticas**. São Paulo: Hucitec, 2021.

ROHDEN, F. Mulher e reprodução: questão de Estado. In: **A Arte de Enganar a Natureza: Contracepção, Aborto e Infanticídio no Início do Século XX**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ROSA, H. Políticas do feminino: Saúde, sexo, gênero. 1ªed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2024.

ROSENBERG, K. R.; TREVATHAN, W. R. The obstetrical dilemma revisited—revisited. In: HAN, S.; TOMORI, C. (org.). **The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction**. Abingdon: Routledge, 2021.

ROTH, C. Justiça abortada: a vida reprodutiva das mulheres e a lei no Brasil, início do século XX: 349. 1ªed. São Paulo: Hucitec, 2024.

ROTH, C. Trabalho do parto: trabalho escravo, saúde reprodutiva e a lei do Ventre Livre no pensamento obstétrico, séculos XIX e XX. In: MACHADO, M. H. P. T. et al. (org.). **Ventres livres?: Gênero, maternidade e legislação**. 1ªed. São Paulo: Editora Unesp, 2021a.

ROTH, C. “Violência obstétrica” na Maternidade de Laranjeiras: fontes para pesquisas futuras. In: RODRIGUES, A. P. et al. (org.). **Medicalização do parto: Saberes e práticas**. São Paulo: Hucitec, 2021b.

ROTH, C.; TEIXEIRA, L. A. From Embryotomy to Cesarean: Changes in Obstetric Operatory Techniques in Nineteenth- and Twentieth-Century Urban Brazil. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, v. 95, n. 1, p. 24–52, 2021.

RUBIN, G. Políticas do sexo. 1ªed. São Paulo: Ubu Editora, 2017.

RUDEY, E. L.; LEAL, M. do C.; REGO, G. Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. **Medicine**, Philadelphia, v. 100, n. 1, p. 1–9, 2021.

RUTHERFORD, M. Thorstein Veblen and the Processes of Institutional Change. **History of Political Economy**, Durham, v. 16, n. 3, p. 331–348, 1984.

SAHLINS, M. Stone Age Economics. New York: Routledge, 2017.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D’ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 472–480, 2009.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, p. 418–426, 2012.

SANDALL, J. et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **The Lancet**, London, v. 392, n. 10155, p. 1349–1357, 2018.

SANTOS, L. F. P. **A influência dos Estados Unidos nas políticas e programas de planejamento familiar na Bolívia, Brasil, Chile e Peru entre 1945-2021 à luz da**

Teoria da Reprodução Social. 2021. Dissertação de Mestrado - Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2021.

SANTOS, F. L. B. dos. Conciliação e ordem sob o lulismo no Brasil. In: **Uma História da Onda Progressista Sul-Americana (1998-2016)**. 1ªed. São Paulo: Editora Elefante, 2018.

SANTOS NETO, E. T. dos et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, p. 107–119, 2008.

SARAIVA, J. M.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. de C. Fatores associados a cesáreas em um hospital universitário de alta complexidade do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/S3RQWj6xRb3bH9hrr9LdQZF/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SCHWARTZMAN, S.; BOMENY, H. M. B.; COSTA, V. M. R. Tempos de Capanema. 2ªed. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas e Editora Paz e Terra, 2000.

SCOTT, J. C. *Against the Grain: A Deep History of the Earliest States*. New Haven: Yale University Press, 2017.

SCOTT, A. S. O caleidoscópio dos arranjos familiares. In: PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M. (org.). **Nova história das mulheres no Brasil**. 1ªed. São Paulo: Contexto, 2012.

SE A MULHER QUER FAZER PARTO CESÁREA É UM DIREITO DELA! Direção: Janaina Paschoal. 2018. YouTube Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=i1uyPorbi2k>. Acesso em: 31 dez. 2024.

SERVIÇO DE PUERICULTURA DO DISTRICTO FEDERAL. Relatório apresentado pelo Inspector Técnico de Higiene e Medicina da Maternidade do Serviço de Puericultura do Distrito Federal. Rio de Janeiro: Insperctoria Técnica de Higiene e Medicina da Maternidade, 1937. Disponível em: https://docvirt.com/docreader.net/ARQ_GC_H/5161. Acesso em: 16 nov. 2024.

SHULMAN, S. Racial Inequality and Radical Institutionalism: A Research Agenda. In: DUGGER, W. M. **Inequality: Radical Institutional Views on Race, Gender, Class, and Nation**. Westport, Conn: Praeger, 1996.

SILVA, T. P. R. da et al. Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, p. 1–7, 2020.

SILVA, A. A. M. et al. Risk factors for low birthweight in north-east Brazil: the role of caesarean section. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, Hoboken, v. 15, n. 3, p. 257–264, 2001.

SILVA, B. M. G. da; AGUIAR, J. C. de. A livre opção pela cesariana: um “nudge às avessas”. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 11, n. 1, 2021. Disponível em:

<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/RBPP/article/view/6589>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SIMAS, R.; MENDONÇA, S. S. O Caso Adelir E O Movimento Pela Humanização Do Parto: Reflexões Sobre Violência, Poder E Direito. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 1, n. 48, p. 89–103, 2016.

SIMONSEN, R. História econômica do Brasil : 1500-1820. Brasília: Senado Federal, 2005. Disponível em: Acesso em: 1 jun. 2024.

SOARES, K. B. et al. Gestational Risk as a Determining Factor for Cesarean Section according to the Robson Classification Groups. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 84–90, 2021.

SOUZA, J. et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Hoboken, v. 121, n. s1, p. 1–4, 2014.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, p. 253–256, 2021.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2025.

STF. Interrupção Voluntária da Gravidez ADPF 442. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2018. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/audienciasPublicas/anexo/TranscrioInterrupovoluntriadagravidez.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2025.

TAKEMOTO, M. L. S. et al. Maternal mortality and COVID-19. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, Milton Park, v. 35, n. 12, p. 2355–2361, 2022.

TAKESHITA, C. The Global Biopolitics of the IUD: How Science Constructs Contraceptive Users and Women's Bodies. 1st ed. Cambridge: The MIT Press, 2011.

TAVARES, M. da C. Império, Território e Dinheiro. In: FIORI, J. L. (org.). Estados e moedas no desenvolvimento das nações. 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

TAVARES, M. da C.; ASSIS, J. C. de. O grande salto para o caos. 2ªed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

TAVARES, M. da C.; MELIN, L. E. A reafirmação da hegemonia norte-americana. In: TAVARES, M. da C.; FIORI, J. (org.). **Poder e Dinheiro. Uma Economia Política da Globalização**. 5ªed. Petrópolis: Vozes, 1997.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345256005>. Acesso em: 29 dez. 2024.

TELES, M. A. de A. Breve história do feminismo no Brasil e outros ensaios. São Paulo: Alameda Casa Editorial, 2018.

TELLES, L. F. da S. Teresa Benguela e Felipa Crioula Estavam Grávidas: Maternidade e escravidão no Rio de Janeiro 1830-1888. 1ªed. São Paulo: Editora Unifesp, 2022.

TELLES, L. F. da S.; PIMENTA, T. S. Mulheres negras, parteiras e parturientes (Rio de Janeiro, 1810-1850). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 32, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/LQvPykWmtRqpy3MH4F7LMh/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2024.

TILLY, C. Coerção, Capital e Estados Europeus: 990-1992. São Paulo: Edusp, 1996.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 220–231, 2014.

TORRES, C. de R. O processo de construção do sistema nacional de saúde: tradição e inovação na política de saúde brasileira (1940-1980). 1ªed. São Paulo: Hucitec, 2023.

TREVATHAN, W. R. Human Birth: An Evolutionary Perspective. 1ªed. New York: Routledge, 2011. Disponível em: Acesso em: 30 jun. 2024.

UNICAMP. Cesariana: Incidências; Fatores que a determinam e consequências maternas e perinatais - Relatório do simpósio realizado em Campinas, em 9 e 10 de novembro de 1982. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1982.

Disponível em:

http://imagem.sian.an.gov.br/acervo/derivadas/BR_DFANBSB_IS/INF/ABS/0023/BR_DFANBSB_IS_INF_ABS_0023_d0001de0001.pdf. Acesso em: 4 jan. 2025.

VEBLEN, T. A Teoria da Classe Ociosa: um estudo econômico das instituições. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1984.

VEBLEN, T. B. Por que a economia não é uma ciência evolucionária?. In: SALLES, A. O. T.; PESSALI, H. F.; FERNANDEZ, R. G. (org.). **Economia institucional: Fundamentos teóricos e históricos**. 1ªed. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

VEBLEN, T. The Barbarian Status of Women. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 4, n. 4, p. 503–514, 1899.

VEBLEN, T. The Beginnings of Ownership. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 4, n. 3, p. 352–365, 1898a.

VEBLEN, T. The vested interests and the common man. New York: Huebsch, 1920.

VEBLEN, T. Theory Of Business Enterprise. New York: Charles Scribners's Son, 1904.

VEBLEN, T. Why is Economics not an Evolutionary Science?. **The Quarterly Journal of Economics**, Cambridge, v. 12, n. 4, p. 373–397, 1898b.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A. dos; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, p. 282–289, 2014.

VIANA, A. L. d'Ávila; SILVA, H. P. Desenvolvimento e institucionalidade da política social no Brasil. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. de (org.). **Políticas de saúde no Brasil: Continuidades e mudanças**. 1ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

VIEIRA, G. O. et al. Factors associated with cesarean delivery in public and private hospitals in a city of northeastern Brazil: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Berlin, v. 15, n. 1, p. 132, 2015.

WALLER, W. A Reconsideration of William Dugger's Analysis of Power. Forum for Social Economics, Milton Park, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07360932.2017.1370603>. Acesso em: 19 jul. 2024.

WALLER, W. T. Institutions, technology, and instrumental value: A reassessment of the Veblenian dichotomy. In: WHALEN, C. J. (ed.). **Institutional Economics: Institutional Economics: Perspectives and Methods in Pursuit of a Better World**. New York: Routledge, 2021.

WALLER, W. T. The Evolution of the Veblenian Dichotomy: Veblen, Hamilton, Ayres, and Foster. **Journal of Economic Issues**, Philadelphia, v. 16, n. 3, p. 757–771, 1982.

WHO. Appropriate Technology for Birth. **The Lancet**, London, v. 326, n. 8452, p. 436–437, 1985.

WRAY, L. R. Trabalho E Moeda Hoje - A Chave Para o Pleno Emprego e a Estabilidade. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Contraponto, 2003.

YAZLLE, M. E. H. D. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, p. 202–206, 2001.

ZAIDEN, L. et al. Influência das características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 1–14, 2019.

ANEXO – PROJETO DE LEI Nº 435 DE 2019

PROJETO DE LEI Nº 435, DE 2019

Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

A ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO DECRETA:

Artigo 1º - A parturiente tem direito à cesariana eletiva, devendo ser respeitada em sua autonomia.

§ 1º - A cesariana eletiva só será realizada a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, após ter a parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e riscos de sucessivas cesarianas.

§ 2º - Na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.

Artigo 2º - A parturiente que opta ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deve ser respeitada em sua autonomia.

Parágrafo único - Garante-se à parturiente o direito à analgesia.

Artigo 3º - Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: “Constitui direito da parturiente escolher cesariana, a partir da trigésima nona semana de gestação”.

Artigo 4º - Sempre poderá o médico, em divergindo da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional.

Artigo 5º - As despesas, decorrentes da execução desta lei, correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Artigo 6º - Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

JUSTIFICATIVA

Durante muito tempo, vigorou, na Bioética, uma relação vertical entre médicos e pacientes. O médico funcionava como detentor do saber e o paciente como receptor deste saber, impossibilitado de participar das decisões referentes à sua própria saúde.

Com o desenvolvimento da chamada Bioética complexa, essa relação deixou de ser vertical, tendendo à horizontalidade, podendo o paciente, sem desrespeitar os saberes médicos, participar das tomadas de decisões referentes à sua saúde e à sua própria vida. O reconhecimento das chamadas diretivas de fim de vida tem relação direta com essa mudança de perspectiva.

Pois bem, a Bioética é orientada por quatro princípios básicos: Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça.

Nessa perspectiva mais horizontal da Bioética, ganha força o princípio da autonomia. Por óbvio, o médico não abandonará a busca do melhor para seu paciente, porém, precisará considerar os desejos deste, sendo certo que todas as decisões passam pelo pilar do consentimento livre e informado.

A Medicina, no Brasil, é referência mundial, muito embora haja dificuldades de acesso ainda.

No que tange às diversas formas de parto, tem-se que os profissionais da Medicina sempre lidaram bem com todas elas. Nunca houve por parte dos médicos qualquer preconceito para com a cesariana. Ocorre que, nos últimos anos, ganhou força entre formadores de opinião (que não dependem da saúde pública) a ideia de que o parto normal e, em especial, o parto natural seriam melhores que a cesariana.

A autonomia individual confere à gestante o direito de, bem orientada pelo médico que a acompanha, escolher a via de parto de sua preferência, sendo certo que as intercorrências havidas no momento do parto serão levadas em consideração para, eventualmente, adotar-se um caminho diverso daquele, a princípio, almejado.

Os formadores de opinião que defendem a supremacia do parto normal à cesárea, em regra, se apegam à ideia (correta) de que as parturientes têm direito ao próprio corpo e devem ter seu desejo respeitado. No entanto, defendem o direito de a parturiente escolher (e ser respeitada) apenas quando a parturiente escolhe o parto normal, ou o parto natural.

Quando a parturiente escolhe a cesárea, esses mesmos grupos abandonam o discurso de que a mulher deve ser ouvida e acolhida em seus desejos, presumindo que essa mulher não foi bem informada e esclarecida.

Nesse contexto, não se está diante de um movimento que visa dar voz às mulheres. Está-se, na verdade, diante de um movimento que quer impor suas próprias convicções a todas as mulheres.

A fim de que o objetivo deste Projeto de Lei não venha a ser deturpado, frisa-se que esta Parlamentar não tem nada contra o parto normal, não tem nada contra o parto natural, mas tem tudo contra o desejo de impor convicções de umas poucas pessoas à demais. Ousa-se dizer, à maioria.

Os grupos que defendem que o parto normal e o parto natural são melhores que a cesárea, com muita frequência, denunciam como violência obstétrica o fato de uma mulher pedir para fazer o parto vaginal (em qualquer de suas modalidades) e não ser atendida. Ocorre que esses mesmos grupos não se importam com as muitas mulheres que, na rede pública de saúde, mesmo clamando pela realização da cesárea, são obrigadas a sofrer por longas horas para parir por parto normal. A autora deste projeto não compreende por qual razão esses grupos não vislumbram violência obstétrica em tal situação.

A violência pode ser entendida, segundo a Organização Mundial da Saúde como o uso intencional da força ou do poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações¹ estando aqui manifesta em mais de uma forma.

Ora, que nome dar à dor imposta à parturiente que, optando pelo parto cesariano, uma vez atendidos os protocolos que garantem a segurança e desenvolvimento do feto, tem sua opção inobservada? A situação ganha gravidade, quando se constata que a analgesia, durante o procedimento de parto normal constitui exceção em todo o território nacional!

A imposição do parto normal, seja ele natural ou não, viola o princípio central da Bioética, qual seja, a autonomia.

Ademais, haja vista os riscos que circundam o parto normal, seja ele natural ou não, pode-se dizer que a imposição do parto vaginal finda por violar também o princípio da não maleficência.

Com efeito, muitos são os casos em que, graças à submissão ao parto normal, o conceito vem a sofrer anóxia (falta de oxigênio), ficando sequelado para o resto da vida, em virtude da popularmente chamada paralisia cerebral. Nas situações mais graves, a anóxia leva à morte do bebê, seja dentro do ventre materno, seja alguns dias após o nascimento.

Tais casos chegam aos Conselhos de Medicina e aos Tribunais, havendo, inclusive, situações em que os médicos findam processados por lesão corporal e homicídio, por terem obrigado a mulher a sofrer por muitas horas na tentativa de um parto normal.

A proponente é advogada e teve a oportunidade de participar de audiências em que médicos explicavam que tentar o parto normal é protocolo e que eles não estão autorizados a, desde logo, realizar a cesariana.

As ocorrências concretas, que chegam aos Conselhos de Medicina e aos Tribunais, mostram que, na rede pública, quando se recorre à cesárea, a parturiente já foi submetida a longas horas de sofrimento, buscando o parto normal.

Essa realidade vem de longa data, mas ganha força quando formadores de opinião (artistas, políticos e intelectuais) abraçam a filosofia do parto normal, legitimando sua imposição às mulheres em maior vulnerabilidade.

¹ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. OMS: Genebra, 2002. p. 1165.

Em decorrência dessa mentalidade predominante, quando ocorre morte da mãe ou do bebê, atrela-se tal resultado à cesárea. No entanto, raramente se assume que, quando a cesárea é determinada, a parturiente já amargou horas de intenso sofrimento, buscando um parto normal, que é imposto como melhor para si e para seu filho.

Não há nenhum estudo que correlacione a cesárea realizada a pedido da gestante, antes do início do trabalho de parto, com o resultado morte da mãe e/ou morte do concepto. Mas os casos concretos mostram que essas mortes ocorrem, em regra, quando se tenta por horas o parto normal, recorrendo-se à cesárea, quando a situação já se revela insustentável.

Importante reiterar que, não se está advogando impor cesárea a quem quer que seja, mas se a mulher não quer fazer o parto normal, imperioso que tenha seu direito de escolha atendido, até em razão dos riscos que circundam o parto normal.

A esse respeito, importante lembrar que a história da cesárea se desenvolve paralelamente à diminuição da mortalidade materna e da mortalidade infantil.

Com efeito, estudos apontam que a taxa crescente de cesarianas, nas últimas três décadas, acompanhou uma significativa diminuição nas taxas de mortalidade materna:

“(…) uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos (20). Porém, quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta”².

“a cesariana eletiva mostrou uma menor taxa de transfusões, hemorragias, menos complicações cirúrgicas (lembrar que parto vaginal pode necessitar do uso de fórceps ou cesarianas de urgência) e menor chance de incontinência urinária no primeiro ano pós-parto e de lesões do plexo braquial”³.

Liu X et al⁴, na China, que registra taxas de cesarianas similares as nossas, ao avaliarem um total de 66.226 partos, não constataram diferenças entre os partos vaginais e as cesáreas a pedido quanto aos critérios de admissão em CTI materno, hemorragia grave, pós-parto, infecção materna, danos aos órgãos maternos, tromboembolismo materno e mortalidade perinatal. O estudo não registrou um único caso de mortalidade materna em cesáreas a pedido, e ainda averiguou que esta estava relacionada a menos traumas ao neonato no momento do parto, além de menores índices de infecção neonatal, encefalopatia hipoxó-isquêmica e aspiração meconial, concluindo ou autor que

“em comparação com mulheres nulíparas [mulheres que nunca pariram] que tentaram o parto vaginal, as mulheres que se submeteram ao CDMR tiveram desfechos maternos de curto prazo similares com algum benefício neonatal”⁵.

Nesse mesmo sentido, os estudos de Molina et al., afirmam que “a mortalidade neonatal foi menor nos países com aumento da taxa de cesárea até 19,4 (IC95%, 18,6 a 20,3) cesáreas por 100 nascidos vivos (coeficiente de inclinação ajustado, -0,8; IC95%, -1,1 a -0,5, P <0,001)”⁶.

² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. OMS: Genebra, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em 02/04/19. Acesso em 28/03/2019. p. 03.

³ CÂMARA, RAPHAEL et al. Cesariana a pedido materno. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v.43, n.4, p.301-310, Agosto de 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912016000400301&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02/04/2019. p. 303.

⁴ Liu X, et al. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? AJOG 2015.

⁵ Liu X, et al. Idem. No original: “Compared with nulliparous women who tried vaginal delivery, women who underwent CDMR had similar short-term maternal outcomes with some neonatal benefit.” p. 01.

⁶ Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, et al. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. JAMA. 2015;314(21):2263–2270. doi:10.1001/jama.2015.15553. No original:

O número de mortes maternas, aquelas dadas no parto, pré-parto e pós-natal é alarmante.

A agência DW Brasil, por meio de um cruzamento dos dados disponíveis no DATASUS e na Organização Mundial de Saúde, concluiu que o Brasil é responsável por cerca de 20% das mortes maternas em todo o mundo⁷. Não sem razão, o Brasil é considerado pela ONU o quinto país menos comprometido com a redução de mortes maternas.

Os dados preliminares, disponíveis no Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna de 2018 do Ministério da Saúde, mostram que essas mortes são frequentes e ocorrem em todos os estados nacionais, num total de 52.585 mulheres mortas, sobretudo por hemorragias e hipertensão, sendo 10.367 no Estado de São Paulo⁸.

Para os fetos, a mortalidade registrada em 2018, segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal do Ministério da Saúde, associadas ao indicador “Reduzível pela adequada atenção à gestação, feto, parto ou recém-nascido”, foi de 16.892 mortes, sendo 3.048 delas em nosso estado⁹.

Trazendo os números absolutos para relativos, encontramos como índices de mortalidade materna, para cem mil nascidos vivos, nos últimos dez anos a seguinte ordem¹⁰:

Localidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Brasil	73,3	70,91	75,87	72,99	76,09	74,68	77,16	76,99	68,73	72	68,2	64,75	54,5	58,1	58,4	57,6	58,4	56,6
São Paulo	40,13	40,63	40,11	34,23	34,79	35,39	40,77	42,32	40,88	56,64	45,07	40,8	36,8	39,3	42	49,1	51,2	53,3

Nota-se que, apesar dos elevados números de mortalidade materna, fetal e neonatal, o Brasil ruma na contramão daquele que seria o caminho para alterar (para melhor) este estado de coisas, impondo às parturientes o parto normal.

“Neonatal mortality was lower for countries with increasing cesarean rate up to 19.4 (95% CI, 18.6 to 20.3) cesarean deliveries per 100 live births (adjusted slope coefficient, -0.8; 95% CI, -1.1 to -0.5, P < .001). Neonatal mortality was not associated with cesarean delivery rates greater than 19.4 cesarean deliveries per 100 live births (adjusted slope coefficient, 0.006; 95% CI, -0.126 to 0.138; P = .93).” p. 01.

⁷ Agência DW-Brasil. Cinco mulheres morrem por dia no Brasil por questões relacionadas à gravidez, diz OMS. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/cinco-mulheres-morrem-por-dia-no-brasil-por-questoes-relacionadas-a-gravidez-diz-oms.ghtml>. Acesso em 04/03/2019.

⁸ <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna>. Acesso em 28/03/2019. O link envia para a Tabela geral de mortalidade, onde deverá ser alterado o indicador para “Reduzível pela adequada atenção à gestação, feto, parto ou recém-nascido”, obtendo-se os números citados. Esclarece-se que apesar de apontar AIDS no nome do site, trata-se do link do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS), da Secretaria de Vigilância em Saúde que faz o monitoramento de mortalidade, não se restringindo à portadores de HIV/AIDS.

⁹ <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna>. Acesso em 28/03/2019. O link envia para a Tabela geral de mortalidade, onde deverá ser alterado o indicador para “Reduzível pela adequada atenção à gestação, feto, parto ou recém-nascido”, obtendo-se os números citados. Esclarece-se que apesar de apontar AIDS no nome do site, trata-se do link do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS), da Secretaria de Vigilância em Saúde que faz o monitoramento de mortalidade, não se restringindo à portadores de HIV/AIDS.

¹⁰ Observatório da Criança e do Adolescente. Razão da Mortalidade Materna (para 100 mil nascidos vivos) com base no MS/SVS/DASUS: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/saude-materna-neonatal/586-razao-da-mortalidade-materna-para-100-mil-nascidos-vivos?filters=1,187>. Acesso em 29/03/2019.

De fato, nos casos concretos em que houve morte e ou graves sequelas ao bebê, fica bastante evidente que se a cesárea tivesse sido determinada antes, os sinistros não teriam se verificado. Em outras palavras, a cesárea diminui os riscos para as mães e para os filhos.

Em não se podendo negar que a cesárea constitui uma evolução, resta cruel retirar da parturiente o direito de escolher tal via de parto e ter seu pedido atendido.

Por óbvio, a realização da cesárea fica condicionada à maturidade do concepto para o nascimento, daí a importância de falar claramente nas 39 (trinta e nove) semanas de gestação.

Em 2016, por meio da Resolução nº 2.144, o Conselho Federal de Medicina passou a prever de forma expressa que o médico pode sim atender ao desejo de sua paciente e realizar a cesariana, desde que a gestação esteja com, no mínimo, 39 (trinta e nove) semanas. Nos seguintes termos:

Artigo 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

Parágrafo único. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante.

Artigo 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.

Artigo 3º É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional.

Tal Resolução vem coroar o princípio da autonomia da paciente, bem como o princípio da não maleficência, uma vez que exige a maturidade do concepto e permite a diminuição dos riscos de um parto normal.

O problema é que, na rede pública, essa Resolução não é observada, ficando as mulheres submetidas à verdadeira tortura, uma vez que não querem passar pelas dores e pelos riscos de um parto normal, mas não lhes é dada opção. Ademais, como já dito, surpreende saber que até mesmo a analgesia lhes é negada.

Daí o entendimento desta Deputada de que é necessário (imperioso) criar uma lei para que, em São Paulo, o direito já assegurado por Resolução seja observado.

No âmbito federal, por meio do PL nº 5.687/16, houve a tentativa de conferir a todas as brasileiras tal direito; entretanto, o autor do PL errou ao falar na possibilidade de pedir a realização de cesárea depois de 37 (trinta e sete) semanas de gestação.

Com efeito, é consabido que, salvo situações excepcionais, em 37 semanas, o feto não alcança a necessária maturidade para o nascimento.

Já, há muito tempo, esta Parlamentar estuda a questão, seja em razão de ter ministrado, na Universidade de São Paulo, por longos anos, a disciplina Biodireito, seja por sua atuação como advogada, acompanhando casos tristes, de incontestável desrespeito à vontade da mulher e à saúde da família.

Uma vez mais, consigna-se, o problema sempre houve, mas ganha força com a crescente defesa do parto normal como via de parto melhor que a cesariana e, pior, como via de parto a ser estimulada, inclusive com pagamentos maiores.

A obstinação pelo parto normal levou o Ministério Público Federal, em São Paulo, a propor ação civil pública (Autos ACP nº 0017488-30.2010.4.03.6100), no bojo da qual a Justiça Federal (Magistrado da 24ª. Vara) sentenciou determinando que, também na rede privada, pague-se mais (três vezes mais), quando o nascimento se dá por parto normal! Indaga-se: até que ponto o Estado Juiz tem esse direito?

Muito se fala nos números alarmantes da cesárea, sem permitir argumentar que tal procedimento, na verdade, implicou uma evolução, sendo inegável que, no passado, as mulheres morriam muito mais de parto do que morrem hoje. Tratava-se de evento comum!

A tentativa de convencer no sentido de que o parto normal deve ser estimulado (imposto) chega ao ponto de grupos entusiastas dizerem que a mãe é mais mãe, quando tem seu filho pelo parto normal e que é mais mãe, quando não sofre nenhum tipo de intervenção externa, dado que “a mulher sabe parir e o bebê sabe nascer”.

A proponente respeita as convicções individuais e não é objeto deste projeto questionar posicionamentos (individuais ou coletivos). O intuito de propor a lei em apreço é, única e exclusivamente, evitar que o pensamento de algumas pessoas submeta um número significativo de mulheres à dor desnecessária e a riscos, mesmo quando elas clamam por um caminho diverso.

A realidade dos hospitais públicos não tem nada a ver com o cenário, em regra, desenhado pelas entusiastas do parto normal/natural. As mulheres que dependem da rede pública não chegam nos hospitais pedindo contato pele a pele, ou a tatuagem da placenta. Elas só querem ter seus filhos e saírem vivas e saudáveis, com seus bebês vivos e saudáveis nos seus braços.

Ao fazer alusão ao contato pele a pele e à tatuagem de placenta, esta Deputada não está ridicularizando práticas que, a cada dia, se mostram mais desejadas nas camadas mais favorecidas da nossa sociedade. Toma-se a liberdade de fazer menção a esses exemplos, para evidenciar o quão distantes estão tais expectativas da realidade da esmagadora maioria das mulheres no Brasil.

Em debates, quando tal disparidade é lembrada, os entusiastas do parto normal/natural aduzem querer todo esse bem para todas as mulheres. Tal altruísmo é louvável, mas, dada a realidade no nosso país, não será melhor atender a vontade das mulheres e diminuir os riscos de anóxia pela obstinação pelo parto normal?

Esse é o intuito do presente projeto de lei, conferir voz às mulheres que, desde sempre, foram caladas pelo sistema e, por incrível que pareça, agora, são caladas por aqueles que costumam se apresentar como defensores dos oprimidos.

Ocorre que as mulheres mais vítimas de negativa de analgesia e de negativa do procedimento solicitado são as pobres e negras.

Este é um projeto de lei que preserva a vida, a saúde e a dignidade humana, importantíssimos direitos fundamentais.

Porém, este é um projeto de lei que também implica inclusão social, pois as mulheres da rede privada (particular ou conveniada) têm o direito de escolher não sentir dor e de recorrer a um procedimento que, sabidamente, salva mulheres e crianças.

Indague a um entusiasta do parto normal/natural por qual razão essa via de parto é melhor e a resposta será: a mãe se recupera rapidamente, não fica com cicatriz, o bebê tem menos riscos de problemas respiratórios. É verdade!

Mas esses males são nada perto de um bebê morto por anóxia, ou paralisado por anóxia, mesmo sua mãe tendo clamado pela realização da cesariana.

É esse quadro que o projeto que ora se apresenta visa corrigir.

A aprovação da lei que ora se propõe não implicará elevação de despesas, pois, atualmente, o pagamento pelo parto normal e pela cesariana é praticamente idêntico, já havendo, como dito, decisão judicial determinando que se pague mais pelo parto normal, justamente com o fim de estimular tal procedimento.

Ainda que a aprovação da lei que ora se propõe implicasse algum aumento de despesas, haveria de ser compensado com os gastos que implica a morte de mães e filhos, bem como, no caso de crianças paralisadas pela anóxia (falta de oxigênio) a dependência dos recursos do estado por toda uma vida.

Se algum incremento de despesas haverá, por óbvio, será com a contratação de mais médicos anestesistas. No entanto, impossível que, por economia, o estado mais rico da federação siga torturando suas mulheres, no momento mais mágico de suas vidas.

Esta Deputada sabe que, com o entusiasmo que há em torno do parto natural, muitas mulheres consideram violência obstétrica serem anestesiadas. Esclarece-se que o presente projeto não objetiva anestesiá-las ninguém à força. As parturientes que não desejam anestesia devem ser respeitadas. Mas, não se pode recorrer a esses poucos casos pontuais, para justificar negar anestesia para a maior parte das mulheres de São Paulo e do Brasil.

Esta lei está em conformidade com a normativa ética da Medicina e, ainda, deixa bem claro que o médico pode, tal qual a paciente, exercer sua autonomia.

A aprovação do presente projeto implicará concretizar os princípios que informam a Bioética, na atualidade. É mais que um projeto referente às mulheres, é mais que um projeto referente à saúde. Trata-se de um projeto umbilicalmente atrelado ao respeito aos direitos fundamentais.

Sala das Sessões, em 8/4/2019.

a) Janaina Paschoal - PSL