



## O nascimento por cesariana: um estudo sócio-clínico institucional das práticas e discursos profissionais

Simone Santana da Silva<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0768-3217>

Cinira Magali Fortuna<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-2808-6806>

Gilles Monceau<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-2835-3575>

**Objetivo:** analisar como os elementos sociais, históricos, econômicos e profissionais influenciam o processo de institucionalização do nascimento por cesariana, no Brasil e na França. **Método:** estudo qualitativo fundamentado no referencial teórico da sócio-clínica institucional. Os dados foram produzidos por meio da realização de grupos focais e entrevista individual, apoiados em roteiros semiestruturados, com profissionais da saúde, mães e pais e diário de pesquisa. O estudo contou com 83 participantes. A análise foi feita com base no referencial teórico e análise temática. Desenvolveu-se análise cruzada entre os diferentes tipos de dados, serviços, grupos e entre países. **Resultados:** os participantes foram caracterizados em relação à escolaridade, emprego, nível de formação e lugar de trabalho. Os países pesquisados têm sua estrutura sanitária e educativa peculiar e são marcados por uma construção sócio-histórica-econômica delineada pelo patriarcado. A Nova Gestão Pública influencia ambos os contextos e torna os cuidados de saúde precarizados. As dimensões técnicas e organizacionais reforçam uma divisão intelectual e social do trabalho e do saber em saúde. **Conclusão:** o processo de institucionalização do nascimento nos países é marcado por aspectos sociais, econômicos e profissionais. Práticas e discursos dos profissionais em seu processo de trabalho influenciam a ocorrência, ou não, da cesariana.

**Descritores:** Cesárea; Parto; Enfermagem; Saúde; Educação; Ciências Sociais.

\* Artigo extraído da tese de doutorado "Institucionalização do nascimento por cesariana no Brasil e na França: componentes educativos e sanitários", apresentada à Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil e à Université de Cergy-Pontoise, França.

<sup>1</sup> Universidade do Estado da Bahia, Campus VII, Senhor do Bonfim, Bahia, BA, Brasil.




<sup>2</sup> Bolsista do Programa de Apoio à Capacitação Docente e de Técnicos Administrativos da Universidade do Estado da Bahia, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Université de Cergy-Pontoise, Gennevilliers, França.

### Como citar este artigo

Silva SS, Fortuna CM, Monceau G. Cesarean childbirth: an institutional socio-clinical study of the professional practices and discourses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3508.

[Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4756.3508>

## Introdução

O parto, durante muito tempo, se constituiu em uma experiência íntima, ocorrida no domicílio, por via vaginal e acompanhado por parteiras ou pessoas dotadas de saberes tradicionais. No período anterior ao século XVIII, um nascimento não era pensado de outra maneira senão essa instituída<sup>(1)</sup>. Diferentes dimensões, como as sociais, históricas, culturais, políticas e econômicas, associadas ao avanço das tecnologias, demarcam fortes influências no contexto da assistência materno-infantil, ao passo que as práticas intervencionistas hospitalocêntricas passaram a se expandir. Neste processo, o saber médico assume o controle dos partos e isso se reflete no aumento da ocorrência de intervenções cesarianas<sup>(1-3)</sup>. Reconhece-se que a intervenção cesariana, quando adotada em condições ideais e necessárias, do ponto de vista biológico, reflete positivamente nas taxas de morbimortalidade materna e neonatal<sup>(1)</sup>.

Essa transformação ocorrida é um processo dialético em que as estruturas sociais estão sob a ação de forças que provocam modificações constantes, as forças instituintes. A ação de forças instituídas e instituintes provoca a dinâmica social e promove constantes mudanças, denominadas institucionalização<sup>(4)</sup>.

Atualmente, num contexto mundial, o debate sobre os nascimentos é marcado pelo empenho em reduzir o número de intervenções cesarianas e, ao mesmo tempo, pela defesa da oferta assistencial qualificada às mulheres<sup>(5-7)</sup>. No Brasil, nos últimos 40 anos, houve um acentuado crescimento do número de partos cirúrgicos associados às altas taxas de natalidade pré-termo e prematuridade com iatrogenia<sup>(3,8)</sup>.

Na presente produção, sustentada no referencial da sócio-clínica institucional<sup>(9)</sup>, desdobramento da Análise Institucional francesa<sup>(10)</sup> (AI), a saúde materno-infantil é compreendida como uma instituição que opera com base nos preceitos validados nas políticas e na legislação. Ela integra, inclusive, as práticas profissionais protocolares, também instituídas. A AI esclarece como o processo de transformação da instituição, a institucionalização, é atravessado por contradições ativas, as quais trazem contribuições oriundas da participação de sujeitos<sup>(4,10-11)</sup>. A noção de grupo objeto e grupo sujeito<sup>(10)</sup> contribui para o processo analítico das intervenções institucionais delineadas no referencial. O grupo objeto é aquele que pouco questiona, identifica-se com os aspectos instituídos na instituição e é um recurso que contribui para sua existência. Inversamente, o grupo sujeito age na busca de estratégias desviantes do instituído<sup>(10)</sup>.

O Brasil está entre os países do mundo que realiza elevado número de intervenções cesarianas desnecessárias<sup>(1,3,5,7-8)</sup>. A França possui baixas taxas de operações cesarianas, entretanto, grupos sociais e

profissionais demonstram preocupação com o aumento das intervenções em todo o mundo, as chamadas "cesarianas ativas" e com a tendência de crescimento das chamadas "cesarianas por demanda da mulher"<sup>(12-13)</sup>. A reflexão sobre a realização das cesarianas desnecessárias inclui a influência dos modelos tecnocráticos na construção da ideia de segurança e proteção no imaginário social relativo ao parto<sup>(1,5,7,12)</sup>.

Em face do exposto, o estudo objetiva analisar como os elementos sociais, históricos, econômicos e profissionais influenciam o processo de institucionalização do nascimento por cesariana no Brasil e na França. Não existe intenção em realizar um estudo comparativo entre os países, afinal cada um deles possui suas particularidades na sua constituição, história e contexto. O entrecruzamento das realidades distintas estudadas pode produzir análises explicitando aspectos pouco visíveis e reconhecendo especificidades e diferenças. O estudo aqui apresentado é desdobramento de uma investigação multicêntrica, que aprofunda questões relacionadas com o nascimento e a parentalidade no Brasil, no Canadá e na França<sup>(14)</sup>.

## Método

### Delineamento do estudo

O presente texto segue as orientações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), o qual busca garantir a qualidade da descrição das etapas da investigação. É um estudo qualitativo, norteado pelo referencial teórico-metodológico da AI, na linha da sócio-clínica Institucional francesa<sup>(4,9-11)</sup>. Dentre as características da sócio-clínica institucional, estão: o trabalho da encomenda e das demandas; a participação dos sujeitos na abordagem de modos variáveis; o trabalho dos elementos que revela questões ocultas da instituição; a análise das transformações que se produz à medida que o trabalho avança; a implementação de modalidades de restituição que devolve resultados provisórios do trabalho aos participantes da pesquisa; o trabalho das implicações primárias e secundárias com as pessoas envolvidas no processo; a previsão da produção de conhecimentos; e a atenção aos contextos e às interferências institucionais vinculadas aos pesquisadores e aos participantes<sup>(15-17)</sup>.

A produção dos dados iniciou com o diário de pesquisa redigido pela primeira autora ao longo da investigação. Como já referido, o estudo está articulado com uma investigação multicêntrica<sup>(14)</sup> que organizou grupos focais para aprofundamento do diálogo sobre o nascimento e a parentalidade. Com base nos argumentos destes grupos, para o presente estudo, foram selecionadas as informações que tratavam da experiência com o parto. Por fim, outra estratégia de produção dos dados ocorreu

pela realização de entrevistas individuais. A primeira autora participou de todas as etapas de produção dos dados nos dois países.

### Local e período de desenvolvimento da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Ribeirão Preto, SP, Brasil, e na região Hauts-de-Seine e Val d'Oise, na França, entre os anos de 2016 e 2019.

### Participantes, critérios de seleção e procedimentos para coleta de dados

Participaram profissionais atuantes nos serviços de assistência materno-infantil, integrantes de associações preocupadas com a saúde de mães e bebês e mães e pais.

Na seleção dos participantes, priorizaram-se o desejo, a disponibilidade em participar, a idade superior a 18 anos e a formalização da participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Para as mães e pais interessados em participar, deveriam ter vivido a experiência de gravidez e parto, independentemente do desfecho experienciado. Os profissionais, por sua vez, deveriam atuar na assistência materno-infantil pública.

Para a composição dos grupos focais foram adotados os critérios: dois grupos constituídos por pais oriundos de distintos contextos sociais, econômicos e educacionais classificados como: "social 1" e "social 2". No Brasil, foram representados por uma creche pública (social 1) e uma escola de idiomas (social 2). Na França, o grupo "social 1" foi composto de mães e pais usuários de um serviço que atendia famílias, denominado "*Maison des familles*" e o grupo "social 2" foi constituído por uma associação de pais.

A organização do grupo de profissionais se baseou nos critérios: dois grupos de servidores públicos com diferentes perfis, classificados como "hospital" e "outra instituição". O grupo "hospital", procedente do contexto brasileiro, foi um serviço hospitalar de assistência à mulher, e o grupo focal denominado "outra instituição" foi constituído por um hospital de referência à saúde materna. Na França, os grupos foram compostos de profissionais de uma maternidade e de um serviço de proteção materno-infantil, denominado "*Protetion Maternelle Infantile*" (PMI). Foram realizados três encontros com cada um dos grupos.

O total de participantes foi de 83 pessoas, entre as quais: profissionais, mães e pais e integrantes de associações preocupadas com a saúde de mães e bebês. A distribuição do quantitativo foi: a) grupos focais por país: 4 grupos, compostos de 8 pessoas cada um deles (32 pessoas no Brasil e 32 pessoas na França); b) entrevistas individuais: 09 mães brasileiras (2 não pertencentes ao grupo focal), 10 profissionais brasileiros (4 não fizeram parte do grupo focal); 07 mães francesas (4 não participaram do grupo

focal), 02 casais franceses (nenhum participou do grupo focal), 09 profissionais franceses (5 não participaram do grupo focal). O tempo de duração dos grupos focais, no Brasil e na França, foi de aproximadamente 1400 minutos. O tempo médio de duração das entrevistas individuais foi de 900 minutos. A validação dos dados se fez com a releitura das transcrições e discussão com a equipe de pesquisadores, guiando-se pelos objetivos do estudo e pelo referencial teórico-metodológico.

No Brasil, participaram profissionais atuantes nos serviços de assistência materno-infantil, inclusive profissionais que integravam o Comitê de Mortalidade Materno-Infantil (CMMI) do município. Na realidade francesa, participaram profissionais atuantes nas regiões de Hauts-de-Seine e Val d'Oise e, ainda integrantes das associações preocupadas com a saúde de mães e bebês.

Em relação às entrevistas individuais, foram convidados mães e pais, especificamente mães ou casais que integraram os grupos focais. A concordância em participar desse novo momento da pesquisa não foi unânime, por este motivo foi solicitado às mulheres ou casais a indicação de alguma outra mãe ou casal do seu grupo social e que vivenciaram a experiência de parir, independente do desfecho do parto. As entrevistas individuais com os profissionais iniciaram-se pelos integrantes dos grupos focais e profissionais do CMMI. É importante esclarecer que a primeira autora participava das reuniões de discussão de casos do CMMI e, quando oportuno, convidava os membros para participar da pesquisa. Uma vez que os integrantes do referido comitê atuavam na rede assistencial materno-infantil do município, integraram as categorias profissionais.

Foi elaborado um roteiro semiestruturado para apoio na condução dos grupos e para as entrevistas.

### Tratamento e análise dos dados

A análise sustentou-se na abordagem da análise temática de Paillé e Mucchielli<sup>(18)</sup>, a qual possui a etapa de argumentação do tema concretizada num exercício qualitativo, interpretativo e hipotético.

Com base nas transcrições dos dados, investiu-se na adoção de uma abordagem híbrida para análise, na qual foram incluídas uma tematização continuada e uma tematização sequencial. A tematização continuada consiste em atribuir, reagrupar, ajustar os temas progressivamente até o final das apreensões. A tematização sequencial, por sua vez, oferta suporte para realização das análises com aproximações e distanciamentos entre grupos. Em síntese, os momentos que sustentaram o processo analítico foram: 1-transcrição\* (escutar e transcrever os grupos);

\* Nem todas as entrevistas individuais realizadas na França foram transcritas. Para aquelas não transcritas, utilizaram-se textos sintetizados

2- transposição (constituir as unidades de significação e as aproximações entre eles e os referenciais teóricos); 3 - reconstituição (reconstruir um texto com as análises finais). A Figura 1 ilustra o processo de organização da etapa analítica da presente investigação.

As anotações do diário de pesquisa foram entrecruzadas com as sínteses provenientes dos grupos e entrevistas individuais. Foram redigidas sínteses horizontais dos registros resultantes de cada categoria da produção dos dados. Foram demarcadas as convergências, divergências e as complementaridades.

Unidade temática	Grupo focal Pais	Grupo focal Profissionais	Entrevistas individuais Pais	Entrevistas individuais Profissionais	Diário de pesquisa	Síntese horizontal
<b>EIXO: Nascimento por cesariana: um analisador das práticas e discursos profissionais</b> A lógica da gestão e o atravessamento nas práticas sociais: Organização do serviço e financiamento das ações Formação dos profissionais, práticas profissionais e a educação das mulheres	Relatos por encontro (articulação com o registro do diário)	Relatos por encontro (articulação com o registro do diário)	Relatos por entrevistado (articulação com o registro do diário)	Relatos por entrevistado (articulação com o registro do diário)	Registro no diário de apreensões advindas de diferentes vivências ao longo dos anos do doutorado	Convergências Divergências Complementaridades

Figura 1 - Quadro analítico dos dados empíricos resultantes dos grupos focais, entrevistas e diário de pesquisa. Brasil e França, 2016-2019

Ainda no processo analítico, ocorreu a restituição participativa, momento previsto no referencial utilizado, que consiste na apresentação aos participantes de resultados provisórios. Esta etapa ocorreu através do: 1- compartilhamento da experiência dos pais e dos profissionais, nos diferentes grupos e países, em relação ao período perinatal; 2- diálogo sobre os elementos que sustentam as práticas profissionais e concepções sociais em relação à temática. Este diálogo provocou reflexões e se constituiu em componente educacional da pesquisa. Os momentos de restituição participativa podem possibilitar aos participantes do estudo a análise continuada e mútua, além de provocá-los a fim de refletir sobre suas próprias práticas, concepções e vivências<sup>(11,15,19)</sup>.

### Aspectos éticos

A produção dos dados no Brasil iniciou após autorização das instituições coparticipantes e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 2.623.731).

A identificação dos participantes dos encontros dos grupos focais foi SOCIAL 1 ou SOCIAL 2 para o grupo de pais pertencentes aos equipamentos pesquisados, e HOSPITAL ou OUTRA para os grupos formados nos serviços de assistência à mulher. Um número arábico foi acrescido para a identificação do encontro e, ainda, BRA ou FRA para reconhecimento do país a que se refere (por ex.: SOCIAL 1 - 0/BRA). Para os entrevistados individualmente, adotaram-se as identificações: MÃE/MÈRE, PAI/PÈRE e PRO para mães, pais e profissionais, respectivamente, seguidos de um algarismo arábico e BRA

(Brasil) ou FRA (França). Foi mantida a identificação *mère/père*, mãe e pai em francês, no material empírico, para auxiliar o leitor na contextualização da fala do participante em relação à sua nacionalidade. Ademais, esclarece-se que, em virtude da não transcrição integral das entrevistas individuais realizadas na França, adotou-se a codificação: Relato de entrevista individual, seguido de FRA e MÈRE ou PRO e um número arábico (por ex.: Relato de entrevista individual/FRA/PRO/05). Para os trechos do diário de pesquisa foi adotada a codificação: Diário de pesquisa, local, país, data.

Embora, na França, não sejam seguidos os mesmos critérios éticos utilizados, no Brasil não foi dispensada a autorização dos equipamentos assistenciais pesquisados e dos participantes. Foi assegurado sigilo das informações compartilhadas e mantida a adoção da assinatura do TCLE. Foram obtidas as autorizações das instâncias locais e das pessoas que participaram da pesquisa. Em relação aos grupos de pais formados, na França, por não se reunirem em serviços de saúde, não foi solicitada autorização organizacional, apenas a anuência individual.

### Resultados

Contata-se que o perfil socioeconômico dos integrantes dos grupos focais de mães e pais formados, nos países, é bastante heterogêneo. Em relação aos grupos focais conduzidos, na França a idade das mães e pais variou entre 35 e 46 anos. As mulheres pertencentes ao grupo do Serviço *Maison de Familles* foi composto de um maior número de

imigrantes de origem norte-africana, desempregadas e sem nível universitário ou com nível universitário não reconhecido na França. Por outro lado, o grupo da Associação *Maison de Naissance* foi integrado por psicólogas, trabalhadoras do serviço social, enfermeiras e engenheiro. Possuíam características de renda e escolaridade mais elevadas, com nível salarial entre 2.000 e 3.000 euros mensais\* e nível educacional BAC\*\*+3 e BAC+5. O número de filhos variou de um a quatro.

Estrangeiros não participaram da pesquisa no Brasil. O grupo da creche foi composto, em sua maioria, por mulheres com vínculo empregatício e nível universitário incompleto ou em andamento. No grupo de participantes da Escola de Idiomas havia advogada, professoras, técnica de enfermagem, agrônomo e administradora, com um perfil elevado de escolaridade e financeiro e com rendimento salarial acima de R\$3.000 reais mensais. A idade das mulheres variou entre 30 e 72 anos e grande parte delas já havia vivenciado uma intervenção cesariana. Ainda, em relação ao grupo, a maior parte faz uso, além do Sistema Único de Saúde (SUS – sistema público de saúde brasileiro), de plano privado de saúde.

Os grupos focais constituídos por profissionais franceses foram compostos de *sage-femmes*\*\*\*, médica(o) obstetra e ginecologista, *puericultrice*, enfermeira, auxiliar de *puericultrice*, estudante de enfermagem e secretária de PMI. Em relação ao tempo de experiência, variou de 2 a 31 anos e a maioria não possuía mais de um vínculo empregatício. No contexto brasileiro, os grupos focais foram constituídos por psicólogas, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, enfermeiras, assistentes sociais, fisioterapeuta, duas médicas residentes, auxiliar e técnica de enfermagem.

Em relação às entrevistas individuais desenvolvidas com mães ou casais no contexto francês, duas mulheres são de origem marroquina, sendo uma delas dona de casa e a outra desempregada. O nível de qualificação profissional dessas mulheres era inferior em relação às demais participantes (BAC 0 e BAC +3). As demais entrevistadas possuíam nível de formação igual ou

superior ao BAC +5. No que envolve o tipo de parto, 06 mulheres francesas vivenciaram uma cesariana.

O perfil das mães entrevistadas individualmente no Brasil revelou que o número de filhos variou entre 1 e 5. A maior parte utilizava, além do SUS, plano privado de saúde. Apenas duas mulheres utilizavam exclusivamente o SUS, ambas negras e solteiras. Em relação aos rendimentos mensais, três mulheres, entre as quais as duas referidas anteriormente, apresentaram um salário abaixo de R\$1.000 ou entre R\$1.000 e R\$2.000\*\*\*\*. A maioria delas vivenciou cirurgias cesarianas e apenas 03 das mulheres entrevistadas individualmente vivenciaram partos vaginais.

Para a categoria de profissionais entrevistados individualmente, no Brasil, as idades estiveram entre 32 e 69 anos, a maioria era do sexo feminino e o tempo de experiência profissional variou de 3 anos a 44 anos. Três pessoas possuíam mais de um vínculo empregatício e as demais possuíam vínculo efetivo no serviço público. Os entrevistados individualmente na França possuíam a faixa etária entre 29 e 57 anos, a maioria do sexo feminino e o tempo de experiência profissional variou entre 2 e 34 anos. Uma pessoa possuía mais de um vínculo empregatício (público e privado) e as demais atuavam no serviço público francês.

Os resultados da pesquisa revelaram que “discursos de verdade”, enquanto dispositivos de poder, são desvelados nas práticas e discursos dos profissionais ao longo da sua atuação. Isto influencia a institucionalização do nascimento por cesariana e visibiliza a robustez com que o poder atua sobre as relações, as organizações e estabelecimentos. Outro elemento que interfere na estruturação dos discursos e práticas é o sistema de financiamento das ações de saúde e a lógica em que se estruturam nas ações prestadas. As falas a seguir confirmaram tais argumentos: *Nos grandes serviços universitários há muitos nascimentos e isso é proporcional à hipermedicalização, pois não existe tempo... as pessoas não param de chegar. Isso torna obrigatória uma forma de trabalhar... "eu medicalizo mais". o que reflete no desfecho por cesariana, pois em certos casos, o parto exige aguardar um tempo logo... 24 horas, 48 horas e isso é muito longo (na lógica do financiamento). E nos serviços hospitalares modernos o dinheiro que entra depende da atividade, da rentabilidade do serviço e isso não permite que "segure" as pessoas 48 horas no serviço, sem fazer nada, senão perde-se dinheiro (Relato da entrevista individual/PRO/FRA/01).*

No Brasil, argumentos proferidos pelos participantes com relação às práticas e discursos dos profissionais e os reflexos produzidos revelam suas especificidades como na fala: *Então, o parto vaginal, normal é o parto que deve ser habitual (...). O problema é que durante um período as mulheres,*

\* Salário mínimo vigente = 1.521,22€, França, 2019.

\*\* BAC: *baccalauréat*, o bacharelado em português. É um diploma obtido por meio de um exame realizado após o *lycée*, o ensino médio, para acesso ao nível superior. Depois disso, os 3 anos seguintes são a *licence* classificada como BAC +1, BAC +2, BAC +3. Os dois últimos anos de estudos universitários são o *master 1* ou *master 2* que vão garantir o BAC +4 ou BAC + 5 respectivamente. Os alunos portadores do diploma M2 podem se candidatar ao doutorado que garante o BAC+8.

\*\*\* Foram mantidos os termos em francês nessas profissões devido a não haver no Brasil similaridade da formação e do exercício profissional. *Sage-femme* é um profissional da saúde formado em curso específico de cinco anos na universidade, com formação do primeiro ano junto com o curso de medicina. A *puericultrice* é uma enfermeira ou *sage-femme* especializada em cuidados da primeira infância. Após a formação inicial, ela deve passar por um concurso em escola específica de puericultura. Nomes de regiões e de serviços também foram mantidos no idioma francês, por serem nomes próprios.

\*\*\*\* Salário-mínimo vigente = R\$998,00, Brasil, 2019.

numa quantidade significativa, morriam durante o parto. Foi quando as pessoas começaram a desenvolver a cesariana, que era difícil (...) era quase assinar o atestado de óbito da mulher por causa da cirurgia. Mas a coisa foi se organizando de uma maneira tal que hoje a cesariana é uma metodologia muito simples, fácil e de risco baixo. O problema é que o abdome de pessoa nenhum é para ser aberto, foi desenvolvido para atendimento de urgência, onde a criança ou a mãe está morre ou não morre. Ai, então se justifica (a aplicação da técnica). E a hora que você desenvolve, fica uma maravilha, fácil, cômodo, eu não tenho trabalho de parto, eu não tenho contração do parto, eu não tenho as dificuldades do parto e ainda fácil de fazer? Rápido, bom para o médico [...] (Entrevista individual PRO/BRA/01).

Na França, em que a maior parte dos partos ocorre por via vaginal, as tensões mais evidentes estiveram na ordem da medicalização das ações, ou seja, na excessiva carga de intervenções sobre o corpo feminino que está em processo de parturição. *Eu falei: "vamos tentar fazê-lo mamar mais para ver se ajuda na placenta..." aí veio uma outra sage-femme... uma tentou, não conseguiu, veio outra, aí tentou colocar e ele mamou um pouco... sei lá, dois minutos, sabe? E saiu do peito e não conseguiu pegar mais... e a placenta não saía! Então... teve uma hora que a sage-femme começou a puxar a minha placenta pelo cordão umbilical... e ela quebrou (rompeu a placenta) (MÈRE/FRA/03).*

Outro resultado demarcado na pesquisa esteve no campo das desigualdades sociais e sua interferência na assistência às mães e bebês. O Brasil, país vigorosamente afetado pelas desigualdades, revelou aspectos peculiares em seu desdobramento e expansão em contextos que agrega diferentes vulnerabilidades. Estas desigualdades marcam, em consequência, as práticas de assistência aos partos. Isto se revelou, por exemplo, na vida das mulheres que de um lado utilizam o SUS para o pré-natal, parto e puerpério, mas que não conseguiam participar ativamente das decisões relacionadas com as ações praticadas pelos profissionais que as assistiam. Ainda no contexto brasileiro, mas em outra posição, estiveram aquelas mulheres usuárias de planos privados de saúde, frequentemente capturadas pela lógica financeira e altamente intervencionista, as quais sustentavam em seus discursos a ideia de segurança na assistência ofertada pelos profissionais e no desfecho dos partos cirúrgicos. Existem, ainda as situações das mulheres que desejam o parto vaginal e, para vivenciá-lo, necessitam, em alguns casos, superar as coerções nos discursos dos profissionais, da lógica operacional da operadora contratada e até assumir custos financeiros extras do procedimento, mesmo sendo portadoras de planos privados. Os depoimentos a seguir exemplificam tais situações: *Mas eu tinha muita vontade de fazer meu parto normal. No quinto mês eu descobri que ela [a médica] não fazia parto normal, mas eu tinha endeusado ela de um jeito (...) que*

*no dia que eu descobri que ela não fazia parto normal... tá bom, eu vou fazer cesárea. Tipo nem... (...)para mim ela era um mito, ela ia salvar a minha filha, sabe? (MÃE/BRA/06).* A fala seguinte também evidencia elementos discutidos: *[Mãe 06] [...] Quando eu falei com o médico: "eu quero ter um parto normal" ele falou assim: "você quer sentir dor no mínimo 24 horas?" (...). Em nenhum momento me incentivou. A partir do momento que eu falei que queria o parto normal, ele não quis. Por quê? Porque hoje em dia eles não recebem para isso. Aí no meu segundo filho, eu estou sem convênio, não é? Fui no SUS [...] Tive na [diz o nome do serviço] parto humanizado, meu marido sentado nas minhas costas num banquinho, sabe? Meu sonho foi realizado sem eu gastar nenhum real. Então assim, muitos criticam o SUS, mas eu tive um parto humanizado que eu pagaria R\$ 6000 (se ocorresse no serviço privado) (Trecho reunião grupo pais 01/CRECHE/BRA).*

No contexto francês, argumentos relacionados com as práticas e discursos profissionais voltadas ao parto ilustram o reconhecimento das tensões do debate por parte dos próprios que atuam na assistência à mulher e à criança: *Salienta que mesmo o parto convencional na França é bastante medicalizado, existem muitas intervenções. Então... ela já se imagina deitada, pernas abertas, com várias pessoas diferentes, toques e talvez com a prática de uma episiotomia. E talvez seja uma grande angústia. Então é difícil para ela encontrar um profissional que esteja à escuta (Relato da entrevista individual/PRO/FRA/02).* No contexto brasileiro, embora em menor frequência, o reconhecimento das fragilidades de suas práticas e discursos, também estiveram presentes como proferido na fala a seguir: *No público a mulher não tem muita opção, a via de parto tentada é o parto normal. Se ela quiser uma cesárea, ela não tem escolha, vamos tentar o normal. Se não for efetivo, você parte para cesárea. Tanto é que a gente tem uma diferença de índice de cesáreas entre o público e o privado. No privado a mulher já tem escolha. Só que essas escolhas são feitas sem orientação (Entrevista individual PRO/BRA/02).*

## Discussão

Ante o apontado nos resultados, é possível destacar que o nascimento por cesariana é um analisador das práticas e discursos profissionais. As contradições de uma instituição são reveladas pelos analisadores, os quais podem ser um objeto, um evento, um indivíduo, uma informação, entre outros. Eles encontram uma maneira de dar visibilidade aos aspectos camuflados da vida social e, muitas vezes, se revelam de maneiras mais ambíguas e menos nítidas<sup>(19)</sup>. Na presente produção, constata-se que o nascimento sofre influências de diferentes lugares e contextos. Está marcado, por exemplo, com a lógica do modelo da gestão dos serviços de saúde dos países e a concepção de financiamento, as quais interpenetram entre as práticas profissionais. Tais interferências refletem

nas ações profissionais, nos discursos e na educação das mulheres no momento da preparação para o parto.

A produção do SUS como política é permeada por tensões entre gestores, trabalhadores e usuários. Nesta ordem, os dois últimos atores são regularmente compreendidos como aqueles fadados à obediência. Parte-se da compreensão de que, em termos práticos, todos assumem seu protagonismo na gestão, contribuem para a formulação de estratégias e todos operam disputas, mesmo que no campo da invisibilidade ou sem explicitação dos diferentes projetos<sup>(20)</sup>. Não se pode negar que as políticas são produtoras de regularidades, padronização e capturas geradoras de um padrão uniforme que pode imobilizar. Os marcos legais e normativos que delineiam a saúde materno-infantil assinalam a intencionalidade de atingir uma humanização da assistência ao parto que ultrapasse o modelo assistencial instituído, ou seja, marcado pelo apoderamento da vida do homem pela medicina e em intervenções sobre o corpo. Intencionase, nesse caso, minorar as fragilidades recorrentes da hospitalização do parto. A implantação da Política brasileira de Humanização do parto, por exemplo, é fragilizada pelos choques vinculados ao modelo assistencial exercido. Estes choques podem ser: de ordem profissional, especialmente da medicina em relação às outras categorias como enfermeiras obstetras, obstetrites e, ainda pela inserção de categorias como doulas; organizacional, as quais se conectam aos protocolos instituídos nos serviços e às "demandas induzidas" criadas pelos próprios serviços numa lógica de produtividade; e políticas que são associadas às intervenções e interesses do poder público que tende a estar focado nos resultados produzidos.

Em cada contexto pesquisado, ainda que com suas peculiaridades, as disparidades sociais, as desigualdades de saúde e de acesso são questões em relação à assistência prestada. Isto ocorre, pois, as mulheres em situações precárias podem não ser acompanhadas durante a gestação ou seguir um frágil pré-natal. Em consequência, tendem a incorporar pouco as estratégias de prevenção<sup>(2,21)</sup>. Nos dois países, os partos ocorrem em sua maioria nos espaços hospitalares. O poder exercido pelos profissionais que acompanham as mulheres no período pré-natal, parto ou pós-natal nas consultas, exames complementares ou nas orientações, em geral asseguram a permanência de uma lógica de divisões e ultraespecialização das práticas assistenciais, as ações assistenciais "fordistas". Tal realidade reflete no processo de institucionalização dos nascimentos, inclusive pela conservação das ações violentas, como as do campo do gênero ou organizacional e marcadas pela aceleração do parto ou retirada da autonomia das mulheres. Diante do exposto e de outras apreensões demarcadas pela pesquisa, compreende-se que as ações hospitalares

ofertadas, seja na recepção das mulheres, seja no seu conforto, ou ainda no grau de valorização do processo singular da mãe e do bebê nos serviços de assistência, são fortemente influenciadas pelos selos de qualidade como a Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e do Bebê (IHAC)\*. Os referidos selos são, em muitos serviços, o fator decisivo das mudanças no processo assistencial e no grau de intervenções realizadas<sup>(13)</sup>. Isto significa que o método de gestão dos serviços conduz à qualidade ofertada na assistência às pessoas<sup>(22)</sup>. Assim, não se pode negar a existência de um risco neste processo, que pode ser, por exemplo, assinalado pela lógica da Nova Gestão Pública. Ela valoriza o modelo da iniciativa privada e sustenta uma ideia de eficiência, entretanto afeta negativamente o cotidiano do trabalho e as relações<sup>(23-24)</sup>.

Os resultados da pesquisa contribuem para o avanço do conhecimento científico, pois revelam a ação de forças instituídas e instituintes, as quais influenciam as práticas profissionais nas ações naturalizadas e nos desdobramentos relacionados com o avanço do número de nascimentos por cesariana. Refletem na vulnerabilidade da mulher e do bebê diante do processo cirúrgico em si, na dificuldade de oferta de cuidados humanizados, na submissão da gestante e bebê às rotinas rígidas. O suporte da sócio-clínica institucional permitiu a compreensão de aspectos macrosociais e microsociais na gênese teórica e social dos nascimentos por cesariana, trouxe a realidade e apontou tendências dos nascimentos em cada país.

Entre as limitações do estudo, tem-se o não aprofundamento de aspectos relacionados com as variáveis raça, cor e etnia das mulheres e sua influência na institucionalização dos nascimentos ocorridos por cesariana nos dois países. Além disso, o estudo não abordou aspectos relacionados com a formação dos profissionais envolvidos, incluindo a reprodução de práticas de controle de corpos pela enfermagem na assistência às mães e bebês.

## Conclusão

Os aspectos sociais, históricos, econômicos e profissionais demarcam, mesmo que diferentemente, o debate relacionado com o nascimento por cesariana em contextos do Brasil e da França. Nos países, a ocorrência de intervenções cesarianas revela contradições nas práticas e discursos profissionais e, como consequência, tende a contribuir para o grau do consentimento das mulheres em relação ao controle dos seus corpos.

Entre os aspectos sociais envolvidos, fica evidente que, seja no Brasil, seja na França, as disparidades

\* Selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, instituídos pelo UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e pela Organização Mundial de Saúde.

sociais, as desigualdades de saúde e de acesso são questões relacionadas com a assistência à mulher e ao bebê. No que inclui os aspectos econômicos, o modelo da iniciativa privada se instala nos serviços públicos e exerce influência na compreensão do cotidiano de trabalho, nas relações e nos desfechos dos partos, o que abre espaço para amplificar as disputas existentes neste modelo da assistência. Aqueles de ordem profissional, considerando as modalidades profissionais de cada país, marcam como o corpo individual é transformado em força de trabalho, com base num saber estruturado, o qual, em algumas situações, desvaloriza os aspectos íntimos da mulher grávida. No caso brasileiro, esta disputa é frequentemente travada entre a medicina e a enfermagem. Na França, por sua vez, entre médicos e *sage-femmes* nos serviços privados.

Uma dimensão que emerge da problemática apresentada com a presente pesquisa sobre as intervenções cesarianas desnecessárias é a análise de que a forte medicalização no parto e o crescimento das taxas de cesarianas podem contribuir para que as mulheres questionem o modelo obstétrico vigente nos países e busquem informações em busca da sua autonomia por meio de uma escolha informada. Podem, portanto, incorporar estratégias de resistência ao instituído. Os profissionais franceses demonstram reconhecer mais abertamente as problemáticas relacionadas com suas práticas, bem como as resistências implementadas diante delas.

As mulheres podem decidir assumir os possíveis riscos, resistir e criar estratégias para reivindicar os seus desejos. Em relação aos referidos desejos, é necessário esclarecer que se parte da compreensão de que eles também são construídos com base em práticas e discursos dos profissionais, vivências específicas, cultura, entre outros. No que inclui o debate sobre autonomia e o parto, o estudo aponta que as mulheres francesas aparentam estar mais próximas da apropriação de seus corpos e desejos.

## Agradecimentos

Às mães e pais participantes da pesquisa. Aos gestores dos serviços que autorizaram seu desenvolvimento e aos profissionais envolvidos que se abriram para o diálogo.

## Referências

1. Gomes SC, Teodoro LPP, Pinto AGA, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AKB. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2021 Mar 24];71(5):2594-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>
2. Grilo Diniz CS, Rattner D, Lucas d'Oliveira AFP, Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2018 Aug 27 [cited 2021 Mar 24];26(53):19-35. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502019>
3. Lansky S, Oliveira BJ, Peixoto ERM, Souza KV, Fernandes LMM, Friche AAL. The Senses of Birth intervention to decrease cesarean and prematurity rates in Brazil. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2019 Apr 13 [cited 2021 Mar 24];145(1):91-100. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.12765>
4. Fortuna CM, Silva SS, Mesquita LP, Matumoto S, Oliveira PS, Santana FR. The institutional socio-clinic as a theoretical and methodological framework for nursing and health research a socioclínica. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 24];26(4):2950017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002950017>
5. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR, et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 24];392(10155):1358-68. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31927-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31927-5/fulltext)
6. Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde. OMS lança nova recomendação sobre intervenções não clínicas para reduzir número de cesarianas desnecessárias [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-10-2018-oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero>
7. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 24];392(10155):1341-8. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673618319287/fulltext>
8. Pinto Coelho GD, Arial Ayres LF, Barreto DS, Henriques BD, Cardoso Prado MRM, Dos Passos CM. Acquisition of microbiota according to the type of birth: An integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3446. doi: <https://doi.org/10.1590/1518.8345.4466.3446>
9. Monceau G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. *Psicol Rev*. 2015 Apr 1;21(1):197. doi: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P197>
10. Lourau R. A análise Institucional. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2014. 326 p.
11. Monceau G, Homme LHL. Pratiques socianalytiques et socio-clinique institutionnelle à une paradigmatique, qui apparaît bien plus fortement aux lecteurs. *Homme et la*



- Soc [Internet]. 2003 [cited 2020 Jul 22];147(1):11-33. Available from: <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2003-1-page-11.htm>
12. Césarine. Césarine - La césarienne sur demande maternelle [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://www.cesarine.org/avant/programme/convenance/>
13. Thomas C. Midwives & global accompaniment: de-medicalizing childbirth to manage risks differently. *Anthropol Santé* [Internet]. 2017 Nov 17 [cited 2021 Mar 24];(15). Available from: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2729>
14. Soulière M, Monceau G, Fortuna CM, Mondain N, Santana da Silva S, Pilotti A. Comprendre le parcours du devenir parent. Regard sur une démarche de recherche collaborative et qualitative à l'international. *Enjeux Soc Approch Transdiscipl.* 2020 Jun 22;7(1):64. doi: <https://doi.org/10.7202/1069716ar>
15. Fortuna CM, Mesquita LP, Matumoto S, Monceau G. Analysis of researchers' implication in a research-intervention in the Stork Network: a tool for institutional analysis. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 24];32(9):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615>
16. Spagnol CA., L'Abbate S, Monceau G, Jovic L. Socianalytical device: intervention instrument and data collection in qualitative research in nursing. *Rech Soins Infirm.* 2016 Mar 1;(124):108-17. doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.124.0108>
17. Borges FA, Fortuna CM, Feliciano AB, Ogata MN, Kasper M, Silva MV. Analysis of professional implication as a tool of permanent education in health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 24];27:e3189. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vHJQkbb9CtHgpnWTxbjV3vq/?lang=en>
18. Paillé P, Mucchielli A. *Qualitative analysis in human and social sciences.* 3a ed. Paris: Colin; 2012. 424 p.
19. Bellegarde P. Institutionnalisation, implication, restitution: Théorisation d'une pratique associative. *Homme et la Soc.* 2003;147(1):95-114. doi: <https://doi.org/10.3917/lhs.147.0095>
20. Merhy EE, Camargo L, Feuerwerker M, Lisiane M, Santos M, Bertussi DC, et al. Basic Healthcare Network, field of forces and micropolitics: implications for health management and care. *Saúde Debate.* 2020;43(Sp 6):70-83. doi: [10.1590/0103-11042019S606](https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606)
21. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. *Rev Sage-Femme.* 2013;12(3):105-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2013.04.003>
22. Sá LA, Covre ER, Melo WA, Gomes RM, Tostes MFP. Public-private relationship in surgical hospitalizations through the Unified Health System. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2021;29:e3467. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4901.3467>
23. Bresser-Pereira LC. Managerial reform and legitimization of the social state. *Brazilian J Public Adm* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 24];51(1):147-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612166376>
24. Nemi A, Schraiber LB. Luiz Carlos Bresser-Pereira: The Brazilian national health system (SUS) and the state managerial reform in the 1990s. *Interface Commun Heal Educ* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 24];23:e180173. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.1810173>

### Contribuição dos autores:

**Concepção e desenho da pesquisa:** Simone Santana da Silva, Cinira Magali Fortuna, Gilles Monceau. **Obtenção de dados:** Simone Santana da Silva, Cinira Magali Fortuna, Gilles Monceau. **Análise e interpretação dos dados:** Simone Santana da Silva, Cinira Magali Fortuna, Gilles Monceau. **Obtenção de financiamento:** Simone Santana da Silva. **Redação do manuscrito:** Simone Santana da Silva. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Cinira Magali Fortuna, Gilles Monceau.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 22.07.2020

Aceito: 10.09.2021

Editora Associada:

Lucila Castanheira Nascimento

**Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem**


Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Simone Santana da Silva

E-mail: [simone\\_ssilva1@yahoo.com.br](mailto:simone_ssilva1@yahoo.com.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-0768-3217>