

# PREVISIBILIDADE, TEMPO E DIREITO REPRODUTIVO: REFLEXÕES SOBRE CESÁREAS NO BRASIL

## PREDICTABILITY, TIME AND REPRODUCTIVE HEALTH: REFLECTION ON CAESAREAN SECTIONS IN BRAZIL

Ana Beatriz Martins<sup>1</sup>

UNSW: <https://orcid.org/0000-0002-6755-7220>

DOI: 10.21680/1982-1662.2024v7n39ID32681

### Resumo

O Brasil vive uma epidemia de cesáreas com uma taxa de mais de 55% de partos cirúrgicos no ano de 2018, liderando o ranking mundial. Isso contraria as recomendações da Organização Mundial da Saúde e desperta atenção de pesquisadores. Muitos estudos têm apontado para uma “cultura da cesárea” ou “fatores socioculturais”, sem desenvolver o que isso significa. O objetivo deste artigo é contribuir para esta discussão acerca dos fatores socioculturais, e faz isso através de uma análise conceitual, estabelecendo associação entre temporalidade moderna, previsibilidade, violência obstétrica, e índices de cesáreas como via de nascimento. Enunciamos um problema empírico necessário e pouco explorado conceitualmente, e acionamos bibliografias próprias da teoria sociológica contemporânea, construindo um argumento de que o elemento sociocultural que contribui para as altas taxas de cesáreas no país podem ser traduzidos em desejo por segurança ontológica e previsibilidade, típicos da modernidade. Sugerimos também uma possível saída, teórica e empírica, que garanta os direitos reprodutivos das mulheres e devolva a elas

---

<sup>1</sup> E-mail: [beatrizmartins0511@gmail.com](mailto:beatrizmartins0511@gmail.com)

seu protagonismo.

**Palavras-chave:** Previsibilidade. Temporalidade Moderna. Saúde Reprodutiva. Violência Obstétrica. Cesáreas.

### **Abstract**

Brazil is experiencing an epidemic of caesarean sections with a rate of more than 55% of surgical deliveries in 2018, leading the world ranking. This goes against the recommendations of the World Health Organization (WHO) and draws the attention of researchers. Many studies have pointed to a “caesarean culture” or “sociocultural factors” without developing what it means. The aim of this article is to contribute to this discussion about sociocultural factors, and does so through an association between modern temporality, predictability, obstetric violence, and caesarean rates. We state an empirical problem that was not researched yet, we bring important conceptual discussion from contemporary social theory, and we build an argument that the sociocultural elements that contribute to the high rates of c-sections in the country can be translated in a wish for ontological security and previsibility, common in modernity. We also suggest a possible solution (empirical and theoretical) to guarantee the reproductive rights of the women and to give back to them their protagonisms.

**Keywords:** Predictability. Modern Temporality. Reproductive Health. Obstetric Violence. Caesareans.

### **Introdução**

As taxas de cirurgias cesarianas cresceram no mundo todo nos últimos trinta anos. No Brasil, especificamente, as taxas de crescimento vêm chamando atenção, e

chegaram a atingir 57% dos nascimentos em 2014<sup>2</sup>. Já foi apontado que esse crescimento não possui relação com um aumento do risco obstétrico. Em nosso país, por exemplo, 84% das cesarianas são realizadas antes do início do trabalho de parto, e a maioria delas sem nenhuma razão médica real (Jesus *et al.*, 2015). O excesso de cesarianas traz potenciais riscos à saúde da mulher e pode se configurar um fator de risco para o aumento da mortalidade materna (Esteves-Pereira *et al.*, 2016).

Além disso, há evidências acerca da não possibilidade de escolha da mulher em relação à via de parto dos seus filhos, uma vez que a cesariana se tornou quase regra nos serviços médicos, principalmente privados, cuja taxa atinge os 84% (Fonte: Agência Senado<sup>3</sup>). Há desconhecimento, mas a via de nascimento deve ser opção da mulher, e não imposição médica (exceto em casos em que há fatores de risco no parto natural), compondo parte dos direitos sexuais e reprodutivos das mesmas.

Há consenso internacional, tanto por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto da Unicef de que as taxas registradas no Brasil são contra-indicadas e precisam ser reduzidas; e há um esforço nas últimas décadas no Brasil por parte do Ministério da Saúde para reduzir o número de cesáreas, principalmente na rede pública – por exemplo: Pacto pela redução de cesáreas assinado entre o Ministro da Saúde e os estados, 2000; Programa Nacional para a humanização do Pré Natal, 2000; Iniciativa de Promoção e cuidado dentro do SUS desde a gestação até os 24 primeiros meses do nascido, 2011; Promoção e Criação de Centros para parto normal no Sistema Nacional de Saúde, 2015, etc. (Barros *et al.*, 2015)

Muitos estudos e pesquisas têm sido feitas, abrangendo áreas como saúde pública, obstetrícia, enfermagem, biologia, antropologia e sociologia. Neles, há um exame minucioso das consequências da via de parto para a saúde da mulher e do nascido, debates sobre o efeito das políticas públicas sobre esses índices, apontamentos sobre as desigualdades envolvidas nestes processos, bem como análises sobre o porquê do Brasil, especificamente, estar sempre na liderança das taxas de

---

<sup>2</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Nascimento por residência da mãe por ano tipo de parto. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

<sup>3</sup> Especialistas apontam epidemia de cesarianas. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>

cesáreas no mundo.

Nesse último aspecto muitos elementos são apontados como possíveis razões, tais como fatores relacionados à prática obstétrica (Freitas, Sakae, Jacomino, 2008), fatores institucionais (Sakae *et al.*, 2009), fatores financeiros, legais, socioeconômicos, geográficos (Cecatti *et al.*, 2000; Potter *et al.*, 2001; Freitas *et al.*, 2005), e – não menos importante – fatores socioculturais (Freitas; Savi, 2011).

Notamos que tais fatores socioculturais são pouco explorados na bibliografia e são comumente denominados de *cultura da cesárea*. Esse é o foco específico deste artigo: colaborarmos na formulação de uma explicação acerca dos fatores socioculturais envolvidos nas altas taxas de cesáreas no Brasil. Percebemos uma necessidade de se fazer essa reflexão, tanto no campo teórico quanto no campo prático, político e social. No campo teórico por se ter uma questão não respondida e, muitas vezes, pressuposta; no campo prático e sociopolítico por se ter uma necessidade urgente de garantir às mulheres seus direitos sociais e reprodutivos. Esperamos, com este artigo, colaborar para isso, apontando para um aspecto específico que compõem a chamada *cultura da cesárea* no Brasil.

Para promover essa discussão, o artigo associa a ideia de temporalidade moderna com a noção de previsibilidade (Wagner, 2001). A partir da articulação entre esses conceitos, infere que dentro da modernidade há uma supervalorização do previsível. Este previsível, vinculado também às noções de segurança e controle, atua nas nossas escolhas e marcam a modernidade, num geral. E marcam também as relações médicas e o conhecimento científico, especificamente (Williams, S.; Calnan, M., 1996). Qual a relação, entretanto, entre essa concepção de tempo e as altas taxas de cesáreas no Brasil?

Argumentamos que os altos níveis de violência obstétrica no país, já discutidos e confirmados em muitas pesquisas anteriores – entre as quais destacamos a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010 – favorecem o quadro de instabilidade, insegurança, e imprevisibilidade, criando um embate com nossa formação temporal moderna, e favorecendo a *cultura da cesárea* no Brasil. Uma das saídas, portanto, para se combater este aspecto sociocultural seria a diminuição sistemática dessa violência e a instauração de um quadro de segurança e

previsibilidade para a parturiente.

A fim de construir essa relação, o artigo conta com três partes. Na primeira parte, discutimos o conceito de temporalidade moderna a partir da teoria sociológica, e, mais especificamente, a partir de Peter Wagner (2001) e Anthony Giddens (1991). Relacionamos à temporalidade moderna a ideia de previsibilidade, segurança (Perkins, 2001) e segurança ontológica como projeto moderno. Na segunda parte, apresentamos a discussão acerca dos índices de cesárea no Brasil, através de dados públicos, panorama bibliográfico e pesquisas já realizadas.

Na terceira, relacionamos a previsibilidade discutida anteriormente via temporalidade com a violência obstétrica presente no Brasil, evidenciando o argumento de que a temporalidade moderna, valorizadora – por excelência – do controle do futuro e da previsibilidade, quando conjugada à imprevisibilidade da violência obstétrica sofrida por uma a cada quatro mulheres durante o parto no Brasil (Fonte: Fundação Perseu Abramo, 2010) disseminam uma *cultura da cesárea*, levando a mulher à vulnerabilidade e à perda de direitos sexuais e reprodutivos.

### **Temporalidade moderna, previsibilidade e segurança ontológica**

Wagner aponta para um problema clássico da filosofia das ciências sociais, porém pouco explorado sistematicamente: como o passado e o futuro são traduzidos e tratados dentro do debate da modernidade? Como eles se localizam na teoria e na prática? O autor percebeu que a ocorrência da modernidade assume uma ruptura no tempo em relação à forma social anterior, a tradição. O discurso modernista também assume e pressupõe essa ruptura (Wagner, 2001).

A modernidade, portanto, existe e se caracteriza por sua oposição à tradição, e essa oposição tornou-se parte do discurso da modernidade, que – por sua vez – tenta explicar o presente recorrendo ao passado. Apesar da resistência de alguns, este discurso não é residual, mas persistente. Por um lado, a característica essencial do discurso da modernidade parece ser uma quebra decisiva com qualquer conceito de origem. Por outro, parece que é exatamente essa a reivindicação da modernidade: superar o autêntico enraizamento da existência humana, que provoca resistência. Em ambos os casos, a modernidade é lida e interpretada a partir da origem, seja com

negação, seja com afirmação.

Há uma ruptura com o passado e com a tradição em nome do moderno e do novo, não havendo mais espaço para a nostalgia, como reivindicaram Derrida (1978) e Lyotard (1984). Essa é uma característica definidora deste novo período, que tem como característica atingir seus objetivos posicionando-se distante do contexto temporal original. Wagner ressalta que há uma tentativa visível, portanto, de descolar a modernidade do contexto do tempo histórico, e destaca também a preocupação clara na sociologia em identificar essa ruptura e esse descolamento (Bauman, 1991; Berman, 1982; Giddens, 1991; Habermas, 1985; Toulmin, 1992).

Torna-se possível dizer que modernidade implica distinção conceitual clara entre antes e depois. Wagner analisa como esta distinção foi incorporada no debate sócio-histórico e no reino entre filosofia da história e sociologia. Ou seja, Wagner preocupa-se em como esse descolamento temporal foi trabalhado no nível macro e histórico. No início da formação sociológica, com Comte e toda a influência vinda de Hegel, há uma aproximação da história como compartimentada em diferentes estágios, em que o posterior substitui o anterior, levando ao progresso. Aqui, é possível perceber também o caráter previsível que a sociologia dá à história e à modernidade.

No fim do século XIX, a partir da sociologia clássica, é possível também ver uma distinção entre tradicional e moderno nas sociologias de Durkheim (com os conceitos de solidariedades orgânica e mecânica) e Tonnies (com os conceitos de comunidade e sociedade). Essas distinções dão caráter cada vez mais previsível ao futuro e ao moderno, e se desdobram - num contexto global - para a ideia de que o moderno não só é previsível como desejado. Isso se torna claro nas teorias da modernização a partir dos anos 50 e 60 (Wagner, 2001).

Para Wagner, a conceitualização do tempo sócio-histórico em termos das dicotomias levou a um padrão avaliativo que colocou o presente contra o passado, e vinculou a modernidade às ideias de ruptura, progresso e previsibilidade. Para explorar esta atitude, o autor distingue as diferentes formas através das quais a sociologia se relacionou com esta possível ruptura na história, e com a dicotomia sócio-temporal criada.

A primeira delas é a linha de pensamento vigente desde o século XX, que misturou-se com o evolucionismo e herdou do pensamento de Durkheim. Nela, há progresso, evolução, e superioridade funcional. Esta sociologia nega o passado e a nostalgia, e deu origem às sociologias funcionais e teorias da modernização. Já a segunda delas dá atenção à irreversibilidade e à deseabilidade de uma ruptura moderna, mas as vê como necessidade para um reajuste da sociedade em direção à harmonia, o que é significativamente diferente da primeira. Aqui, destacamos Hegel, Habermas, Tonnies e Touraine (Wagner, 2001).

A terceira posição, assumida por Weber, Adorno e Taylor reconhecem a irreversibilidade da modernidade, mas enxergam mais do que suas atrações e a liberdade individual e racionalidade instrumental que propõem. Weber, especificamente, ressalta os perigos e ameaças advindas deste período, bem como inseguranças e consequências de cunho moral e político. Apenas essa terceira posição aceita o passado, uma vez que a modernidade pareceria falha em relação às promessas realizadas.

Entre as figuras clássicas da Sociologia, Weber também foi o único que quebrou com as premissas da filosofia da história e do evolucionismo que pensavam a modernização da sociedade europeia como resultado de um processo universal e histórico de racionalização (Habermas, 1985). Excetuando-se ele e sua tradição, foram largamente estabelecidos na sociologia pressupostos acerca da inteligibilidade da direcionalidade histórica sem muita preocupação com as condições filosóficas das possibilidades.

As teorias neo modernizadoras ao perceberem a globalização, individualização e reflexividade como marcas de uma nova era da modernidade fornecem também uma interpretação da história como previsível, e traçam tendências evolutivas, desejosas por nos deixar pistas acerca do que acontecerá na realidade social e histórica na próxima esquina. Essas tendências, além de terem caráter previsível, também tem caráter otimista e progressista, ao pensar no futuro e no tempo como potenciais responsáveis por trazerem racionalização, liberdade e individualismo.

Tudo isso pode ser visto no nível macro-histórico e social. Ou seja, é possível perceber – dentro da filosofia da história e da sociologia – como a interpretação

temporal moderna tem levado a uma concepção de ruptura com o passado, de otimismo em relação ao futuro, e de um desejo de previsibilidade e controle sobre o que virá. Essas características são vistas na sociologia e apontadas por diferentes autores, tais como Wagner (2001), como vimos. No entanto, como esses mecanismos e relações se dão no nível micro e individual? Em outras palavras, como a temporalidade moderna com todo o seu desejo de previsibilidade pode ser visto nas nossas vidas e cotidiano? Para pensar nesses termos, olharemos para a Teoria da Estruturação de Anthony Giddens, sua interpretação acerca da modernidade, e, especialmente, para seu conceito de Segurança Ontológica (Giddens, 1984; 1991).

Em sua interpretação acerca da modernidade, Giddens a define como estilo, costume de vida, e organização social que surgiu na Europa do século XVII, e se espalhou para o resto do mundo. Segundo ele, não viveríamos uma pós modernidade, mas um período de radicalização e universalização das consequências da modernidade (Giddens, 1991). Sua visão é também descontinuísta, e seu esforço é captar as irregularidades e rupturas.

Sobre o tempo, especificamente, Giddens ressalta que todas as culturas pré-modernas possuíam suas formas de calcular o tempo, e com o advento da modernidade, a coincidência entre tempo e espaço sofreu uma ruptura crescente, tornando os lugares cada vez mais fantasmagóricos. Tal separação (entre tempo e espaço) é definida por ele como uma tendência de desenvolvimento moderna (Giddens, 1991).

Essa tendência de desenvolvimento em direção a uma separação do tempo e do espaço é central para o trabalho de Giddens, pois é condição do processo de desencaixe e reencaixe, além de proporcionar a organização racionalizada. Como consequência de todo esse processo, temos o deslocamento das relações sociais de contextos locais de interação, sua reestruturação, e os famosos sistemas peritos e fichas simbólicas (Giddens, 1991).

Em termos práticos, o que Giddens está falando é que dentro do período histórico que estamos inseridos, os grupos sociais, comunidades, e famílias enfraqueceram-se, abrindo possibilidades para o indivíduo, porém abrindo também mais possibilidades de risco. O indivíduo, antes seguro na sua configuração local,



agora, ao mesmo tempo em que não é mais determinado por ela, precisa acionar mecanismos de reflexão e de reencaixes dentro de um mundo em que as interações superam cada vez mais os limites do tempo e do espaço.

O desafio torna-se, dentro desse mundo aparentemente inseguro, imprevisível, individualizante e racionalizador, encontrar nossa segurança ontológica, que seria uma possibilidade de estado mental em que há sentido e sensação de continuidade acerca dos acontecimentos da vida do indivíduo. Ou seja, dentro de um mundo moderno em que há valorização do seguro e do previsível – como argumentou Wagner (2001) –, o indivíduo precisa experimentar emoções positivas, e encontrar ordem e previsibilidade em sua vida cotidiana, evitando o caos e a ansiedade (Giddens, 1991; Elias, 1985). A esse sentimento de previsibilidade e segurança Giddens denomina segurança ontológica.

A segurança ontológica possui um vínculo estreito com a continuidade e previsibilidade das coisas, pessoas e eventos, pois são a previsibilidade e a familiaridade das rotinas que nos fornecem subsídio para enfrentar o medo e a ansiedade. Quando, por exemplo, temos rotinas estabelecidas, é mais fácil nos sentirmos seguros, pois há um senso de previsibilidade em relação ao dia posterior, e ao que ocorrerá no futuro (próximo ou distante). Isso tornou-se claro, por exemplo, com a atual situação da pandemia global. Pessoas sentem-se desconfortáveis, em grande medida, por não terem capacidade de prever o futuro, e terem uma interrupção no fluxo de rotinas previsíveis.

Além disso, é importante notar que os sistemas peritos e as fichas simbólicas - consequências da modificação da relação com o tempo (como vimos acima) - possuem papel essencial na construção da segurança ontológica. As fichas simbólicas são formas de trocas que não estão vinculadas às características de determinado sujeito ou grupo. Um exemplo claro disso é o dinheiro. Já os sistemas peritos são ambientes materiais e sociais nos quais há ênfase na técnica e habilidade funcional. Um exemplo claro disso são os hospitais com seus inúmeros processos e protocolos regidos por profissionais técnicos especializados (Giddens, 1991).

Tais mecanismos – sistemas peritos e fichas simbólicas – são importantes na construção da segurança ontológica porque possuem um componente de

previsibilidade e aumentam nossa confiança nos processos e procedimentos<sup>4</sup>. Afinal, quem de nós, estando doente, não se sente seguro dentro de um hospital ou próximo a um médico? Quem de nós teme não ter alimento para o próximo dia mediante a carteira cheia de dinheiro? Esses mecanismos ajudam na construção do sentimento de confiança, e, portanto, colaboram na instauração da previsibilidade (Giddens, 1990). Por esta razão somos tão vulneráveis a eles dentro do ambiente moderno.

Enquanto Peter Wagner percebeu que a modernidade (e seus desdobramentos interpretativos teóricos e filosóficos) se caracteriza por sua ruptura com o passado e por sua tentativa de previsibilidade em relação ao futuro, Giddens parece ter percebido como esse mecanismo temporal moderno se desdobra na nossa vida cotidiana, e como o indivíduo – dotado de inúmeras possibilidades de desencaixe e reencaixe – sente necessidade de possuir segurança ontológica, que serviria como um mecanismo de ordenamento e previsibilidade da vida diária (Wagner, 2001; Giddens, 1991).

Contudo, como isso se relaciona à chamada cultura da cesárea no Brasil? Se esse é um fenômeno moderno, e se a modernidade nasceu, sobretudo, na Europa, por que o Brasil é um dos líderes no ranking internacional de número de cesáreas? Como relacionar previsibilidade e temporalidade – via segurança ontológica – às altas taxas de cesárea no Brasil e suas causas? São sobre essas questões que nos debruçamos nas próximas seções.

## Cesáreas no Brasil

A cirurgia cesariana como via de parto possui valor reconhecido no Brasil e no mundo diante de situações de risco para a saúde da mãe e do recém-nascido. No entanto, sua crescente utilização nos últimos anos tem sido associada à ausência de real indicação médica, e este excesso do seu uso tem sido relacionado ao aumento da morbidade e mortalidade materna e perinatal (Häger *et al.*, 2004; Freitas, PF; Savi, EP., 2011).

---

<sup>4</sup> Aqui é importante notar que essa confiança não tem o mesmo princípio da fé. Antes, é movida pela racionalidade.

Nas duas últimas décadas houve aumento progressivo de cesarianas no Brasil<sup>5</sup>. No ano 2000, por exemplo, havia uma taxa de 37,9% de cesáreas no país, enquanto 2011 tiveram taxa de 53,9%, 2015 de 57%, e 2018 de 55%. Essas taxas são ainda maiores de acordo com as diferentes regiões do Brasil (em 2011, 60% nas regiões Sul e Sudeste) e de acordo com a natureza do serviço médico (a rede privada atingiu 88% em 2018) (Fonte: DATASUS).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma taxa de 15% de cesáreas, o que indicaria uma preferência pelo parto natural, e um uso da cesárea apenas em indicações médicas com fins de indiscutível necessidade, tais como eclâmpsia, ou nos casos de mães sensibilizadas pelo tipo sanguíneo (fator RH) do bebê. Isso porque elevadas taxas de cesarianas sem indicação médica são fatores determinantes de mortalidade materna e perinatal, além de ser associada a condições indesejáveis, tais como o retardo na recuperação puerperal, tempo aumentado de internação, início tardio da amamentação, e elevação de gastos para o sistema de saúde.

Alguns esforços foram feitos com vistas a diminuir as taxas de cesárea no Brasil, tais como políticas públicas lançadas pelo Ministério da Saúde, resoluções feitas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e movimentos de mulheres – tanto nas redes sociais quanto em coletivos – com vistas a promover a ideia do parto natural, bem como denunciar o quanto tem sido negado este poder de escolha e protagonismo feminino na escolha do próprio parto.

Apesar disso, as taxas de cesarianas no Brasil são muito altas. Pesquisadores têm tentado compreender esse fenômeno, que – longe de ser simples – envolve múltiplos fatores socioeconômicos, médicos, culturais, demográficos, de risco gestacional, acesso e uso do pré-natal tipo de acompanhamento (público ou privado), planos de saúde, saída da figura da enfermeira obstetra, protagonismo médico, medicalização da saúde, excesso de tecnologia e intervenção, controle do corpo da mulher, entre outros. Isso tudo dificulta a identificação da motivação de cada ator e

---

<sup>5</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf).

seu efeito no desfecho (Patah; Malik, 2011). O objetivo deste artigo não é esgotar todos eles, antes, é apenas explorar um de seus aspectos na tentativa de colaborar para o fim de um problema que tem colocado “em xeque” os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres no Brasil.

Falamos em privação dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher porque é sabido que a maioria das gestantes não participa da discussão acerca do seu próprio parto, e não recebe informação o suficiente para decidir e pautar suas escolhas, sendo simplesmente informadas sobre a decisão médica final que, via de regra, é pela cesárea (Meller; Schafer, 2011).

Além desse quadro narrado acima, também é possível encontrar mulheres que não chegaram ainda ao terceiro trimestre de gestação e já negociam a data do parto com seus médicos, combinando previamente uma cesárea eletiva (que é muito pouco indicada, exceto em casos bastante específicos). Os médicos, por sua vez, sabendo dos riscos envolvidos em cesáreas desnecessárias, oferecem esse tipo de parto à gestante com uma predisposição intervencionista, conivente (com os planos de saúde e hospitais), e conveniente, realizando cirurgias com mais frequência em horário diurno em dias úteis, e longe, claro, de festas e feriados (Nagahama; Santiago, 2011).

Também falamos da privação dos direitos reprodutivos e sexuais porque já fora apontado largamente que o tipo de parto se relaciona com o perfil sociodemográfico da mulher. Cesáreas, portanto, são mais comuns entre mulheres brancas, com mais de 12 anos de escolaridade, moradoras da região sudeste e com modelo de assistência privado (Patah; Malik, 2011; Silveira; Santos, 2004; Freitas; Behague, 1995; Freitas *et al.*, 2005; Althabe *et al.*, 2006). Ultimamente, com o crescimento e propagação de grupos de apoio ao parto natural, são essas mesmas mulheres (brancas, escolarizadas, e com alta renda) que têm acesso a negociação e escolha do parto. As mulheres que não interferem nas decisões são, geralmente, oriundas de classe social baixa, pardas e negras, e com menor nível de escolaridade.

Isso aponta para a desigualdade social no cuidado da saúde e no acesso aos direitos reprodutivos da mulher, uma vez que as mulheres com piores condições socioeconômicas, e, logo, com maiores riscos de complicações no pré-natal e parto possuem menor probabilidade de cesariana do que as mulheres com baixo risco

obstétrico, porém com renda superior (Freitas; Behague, 1995). A bibliografia apontou esse fenômeno como a lei do cuidado inverso (Lamarca, Vettore, 2013).

Por mais que essas questões médicas e causas socioeconômicas chamem atenção (até por sua empiria e relativa obviedade), elas já foram largamente abordadas em bibliografias anteriores. Há inúmeros estudos, por exemplo, acerca do papel do médico como fundamental no estabelecimento de uma cultura obstétrica intervencionista (Hopkins, 2000; Gentile, Filho, Cunha, 1997; Barros *et al.*, 2015). Há também estudos demonstrando que a razão socioeconômica – ou seja, aquela que vincula a decisão médica à forma de remuneração dos partos – não é um fator determinante em si (Gentile *et al.*, 1997).

Nosso foco aqui é pensar no que ficou conhecido na bibliografia como fatores socioculturais, ou cultura da cesárea. Esses fatores permanecem pouco discutidos e explorados, e podem dar pistas importantes acerca do fenômeno em questão. Para isso, partimos de uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro em que as mulheres foram perguntadas qual o tipo de parto que preferiam no início da gestação e no final da gestação. No início da gestação, 70% afirmavam preferir parto natural. No entanto, apenas 30% continuavam com sua opinião original até o final, e apenas 10% tinham, de fato, o parto natural (Dias *et al.*, 2008).

Um survey conduzido alguns anos depois a nível nacional confirmou essa tendência, mostrando que 72% das entrevistadas expressaram preferência pelo parto natural durante o início da gravidez, mas apenas 45% terminavam com a mesma opinião (Domingues *et al.*, 2014). Por que as mulheres mudam de ideia durante a gestação? Apenas coerção médica? Estudos apontam para uma cultura da cesárea.

Isso poderia parecer suficiente para que determinássemos que, portanto, o alto nível de cesáreas no Brasil deve-se à vontade das mulheres que, na sua maioria, veem as cesáreas como opção melhor. Mas isso não é tão simples, pois as cesáreas são cirurgias que oferecem mais riscos, e, portanto, não são mais seguras, nem mais práticas, nem menos doloridas, e discutivelmente mais convenientes.

Argumentamos neste artigo que as mulheres não encontram segurança ontológica na possibilidade de realizar o parto natural, não encontram previsibilidade neste tipo de parto, e nem encontram segurança de que isso vai levá-las a boas

experiências pessoais. Mas, por que isso acontece? Por que esse fenômeno ocorre especificamente no Brasil? Se o problema é a via de parto e a imprevisibilidade moderna, por que outros países igualmente “modernos” não passam pelo mesmo processo? Por que as mulheres em tais locais se sentem seguras para realizar o procedimento de forma fisiológica e não cirúrgica?

O principal argumento deste artigo, a ser desenvolvido na próxima seção, é que a cultura da cesárea no Brasil se deve, entre outras coisas, a um fator específico na realidade brasileira que ameaça a segurança ontológica das mulheres, gerando imprevisibilidade e insegurança, e levando a uma privação de direitos sexuais e reprodutivos, a saber, a violência obstétrica.

### **Violência Obstétrica e segurança ontológica**

“Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (Tesser *et al.*, 2015, p. 30).

O modelo obstétrico brasileiro é questionado desde os anos 80 tanto por pesquisadores e especialistas quanto por movimentos sociais (Tornquist, 2002). De inúmeras formas diferentes, tem-se feito questionamentos e se problematizado os modos de intervenção obstétricos praticados no país (Davis-Floyd, 1992). Os questionamentos, via de regra, destinam-se a perda de protagonismo da mulher durante o parto, o abuso de procedimentos e intervenções desnecessárias e desautorizadas, e a violação dos direitos humanos e sexuais e reprodutivos das mulheres (Diniz, 2009; Diniz, Chacham, 2006).

Com base nas intervenções obstétricas no parto e com base na forma como o parto tem sido conduzido no país, tem-se cultivado uma relação entre parto natural e patologia, dor e sofrimento. Neste contexto, as cesáreas são vistas, por sua vez, como “o padrão ouro da assistência obstétrica brasileira” (Ferreira JR, Barros, 2012: 1592). Os abusos sofridos no parto – longe de serem exceção – são práticas rotineiras no país, e questionados pela Organização Mundial da Saúde nos últimos anos.

Diniz (2009) argumenta que há dois fenômenos em curso quando o assunto é intervenção no parto. Por um lado, há uma superestimação dos benefícios trazidos pela tecnologia e pela intervenção; por outro lado, há uma constante negação dos desconfortos e dos efeitos adversos das intervenções. A junção desses dois fenômenos ajudaria na construção de uma “pessimização do parto”, responsável – de alguma forma que a autora não explicita – por favorecer uma cesariana de rotina.

Aqui, é importante trazeremos o conceito de sistemas peritos desenvolvido na primeira parte do artigo a partir de Giddens (1990). A superestimação dos benefícios trazidos pela tecnologia e pela intervenção do técnico especializado (no caso, o médico) indica para o mecanismo racional do uso dos sistemas peritos e da confiança nesses atores e protocolos, com vistas a evitar o imprevisível e colaborar na construção da segurança ontológica.

O que se torna curioso é que quando falamos em superestimação dos benefícios trazidos pela tecnologia e pela intervenção via cesárea com vistas a evitar a violência obstétrica, incorremos ao risco de cairmos numa contradição em termos, pois a própria cesárea – quando feita de maneira desnecessária e compulsória – é um tipo de violência obstétrica da forma como é realizado no Brasil. No entanto, aqui é importante destacar que algumas violências são mais vistas, percebidas e evitadas do que outras. E as violências claras, como verbais, físicas ou sexuais, são, claramente, mais traumáticas e evitadas pelas mulheres. Neste processo, parece “valer a pena” sofrer outros tipos de violência (tais como cesáreas desnecessárias) menos óbvias para se evitar uma violência mais dolorosa, dentro de um contexto em que se parecem ter tão poucas opções.

Os movimentos feministas também denunciam (desde os anos 80) as violências sofridas pelas mulheres tanto na gestação, quanto no parto e no pós-parto. Entretanto, foi a partir do ano 2000 que o debate atingiu um alcance mais público, visível no meio acadêmico, nos órgãos governamentais e nas redes sociais (Sena; Tesser, 2017). Apesar da maior proeminência, o tema continua desconhecido para a grande maioria das mulheres no Brasil, e cercado de imprecisões.

A Venezuela foi o país pioneiro na América Latina (2007) em tipificar essas formas de violência como violência obstétrica, e foi também pioneiro em pensar como

essa violência impacta a saúde materna. A violência obstétrica parece rotina não apenas na Venezuela (onde o termo foi cunhado), mas no Brasil, e em diversos países, especialmente os países ditos em desenvolvimento, e pode afetar não só o acesso e a qualidade dos serviços, mas afeta as taxas de mortalidade materno-infantil (D'Oliveira; Diniz; Schraiber, 2002).

No Brasil, especificamente, foi realizada uma pesquisa em 2010 cujo título é “Na hora de fazer não gritou”, cujo objetivo era mostrar essa situação preocupante, a saber, a incidência, os tipos, e as consequências da violência obstétrica no país. A pesquisa é parte de uma investigação mais ampla coordenada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC).

Nesta pesquisa, foi constatado que uma a cada quatro mulheres brasileiras já sofreram violência no parto. Os tipos de violência identificados variam desde violência verbal à violência física e sexual. Muitas alegam ainda ter sofrido procedimentos e intervenções desnecessários não recomendados pela OMS (WHO, 1985). Aqui, é importante pontuarmos que esse número alarmante pode ainda estar subnotificado, uma vez que nem todas as mulheres relacionam suas experiências ao termo “violência”.

Tais violências foram ressaltadas na bibliografia recente, e imputadas não a comportamentos individuais desviantes ou despreparados, mas ao protocolo comum de assistência obstétrica no país (Hotimsky, Aguiar, Venturini, 2013; Aguiar, 2010; Santos, Shimo, 2008). Em virtude do reconhecimento da violência obstétrica como regra de atendimento no Brasil, ela é identificada como violência institucional e violência de gênero, parte da cultura médica brasileira.

Essa cultura médica foi exposta nas pesquisas recentes, e sua gravidade foi confirmada recentemente pela OMS (WHO, 2014), que a reconheceu como problema de saúde pública, e cobrou dos governos ações mais contundentes no seu enfrentamento e prevenção. Além disso, em 2012 foi elaborado um dossiê pela Rede Parto do Princípio acerca da violência obstétrica no Brasil, e foi aberta uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre violência contra a mulher.

Um dos objetivos era compor uma cartilha de divulgação para as brasileiras, pois isso ajudaria a dar visibilidade ao tema, além de encorajar denúncias, e,



posteriormente, possíveis enfrentamentos mais incisivos. Os resultados são visíveis, uma vez que nos últimos anos a violência obstétrica contra a mulher passou a ser mais denunciada por diversas mulheres aos Ministérios Público Federal e estaduais.

Além dessas iniciativas formais, muitas iniciativas informais têm sido realizadas, como a gravação de documentários, entrevistas em blogs, grupos em redes sociais, entre outras. Isso tem gerado efervescência acerca do tema e gerado também conflitos na cena do parto, que antes protagonizado pelo médico, agora entra em disputa e questionamento.

Por outro lado, no entanto, parece haver um descolamento e uma falta de associação direta (na bibliografia e nas ações políticas) entre a violência obstétrica e as altas taxas de cesárea no Brasil. Falta pensar de maneira relacional a mudança de ideia das mulheres durante a gravidez como demanda por dignidade, uma vez que o modelo de parto “natural” encontrado na experiência das mulheres de várias gerações tem sido marcado por intervenções traumáticas.

Não é incomum, e aqui aciono minha experiência pessoal enquanto mulher e gestante no Brasil, ser questionada por outras mulheres acerca do tipo de parto “escolhido”. Ao responder positivamente sobre a escolha e realização futura do parto natural, é regra ouvir relatos graves de violência obstétrica, tratados por essas mulheres como protocolos comuns de atendimento, e normalizados como procedimentos padrão do parto natural. As mulheres – por desconhecimento da não relação necessária entre parto natural e violência, e por empatia com a gestante – aconselham persuasivamente a que se mude de ideia, e se busque uma cesárea.

É importante voltar aos dados para se notar o quanto a violência obstétrica é um fenômeno antigo no Brasil. Logo, temos gerações de mulheres marcadas por violências no atendimento que empaticamente tentam convencer a gestante de que aquela experiência que elas vivenciaram não deve ser repetida, compartilhada, revivida. No entanto, por não se darem conta de que houve violência, associam parto à sofrimento, desrespeito, indignidade, trauma, e insegurança ontológica.

Além disso, tendo em vista os números de cesáreas no Brasil nos últimos anos, temos também uma geração de mulheres que não pariram, e reproduzem suas “boas experiências” de cirurgias cesarianas com as gestantes, convencendo-as de que as

cesáreas são práticas, indolores, convenientes e seguras. Essas mulheres, pouco ou nada informadas acerca das práticas médicas, e arrancadas do seu papel de protagonismo da gestação e parto, são convencidas, também pelos profissionais de saúde, que quaisquer eventuais erros e problemas cometidos no processo do nascimento são responsabilidade da naturalidade dos processos, e, portanto, precisam ser combatidos com mais medicalização e intervenção.

Como foi falado anteriormente, essas mulheres elaboram também uma espécie de escala de violência aceitável, e sem se dar conta que a cesárea – quando compulsoriamente indicada de forma desnecessária – também é uma violência obstétrica, indicam a experiência “menos dolorosa e traumática” de violência para que se evite a experiência mais evidente de violência obstétrica.

Embora os pesquisadores não tenham estabelecido relação clara entre a violência obstétrica e a chamada cultura da cesárea, é interessante perceber que isso já ocorre na prática empírica. Em um grupo nas redes sociais onde se incentiva e se informa acerca do parto natural, muitas mulheres utilizam o termo loteria para caracterizar a possibilidade de não sofrer violência obstétrica no parto, ter seus direitos reprodutivos respeitados, e parir de maneira segura e desejada.

Neste grupo, mulheres tentam ajudar-se – através de informação médica, jurídica, e via experiências de vida com serviços e profissionais da área de saúde – a enfrentar a loteria, inserindo algum grau de previsibilidade ao processo: escolha de maternidade, planos de parto, contratação de doulas, taxas de cesáreas de determinados profissionais, presença de acompanhante bem informado, contratação de enfermeira obstétrica para se chegar ao hospital “o mais tarde possível” e, assim, evitar violência recorrente, entre outras estratégias utilizadas por elas para evitar o imprevisível e garantir um parto em que elas tenham protagonismo, que respeite seus direitos sexuais e reprodutivos previstos na constituição, e que tragam experiências positivas e sensação de segurança ontológica.

O argumento articulado durante este artigo é, portanto, de que há três fenômenos ocorrendo juntos e que podem ser pensados de maneira contextual e relacional para trazer riqueza interpretativa e teórica aos eventos empíricos observados no país: 1) Há uma temporalidade típica da modernidade que se desdobra

na vida cotidiana como um anseio por segurança ontológica, demandando segurança, previsibilidade, e certeza de experiências positivas que ajudem a lidar com o medo e a ansiedade; 2) Há altas taxas de cesáreas no Brasil ainda não integralmente explicadas e que demandam interpretação e ação; 3) Há um quadro latente e estrutural de violência obstétrica no Brasil.

Nosso objetivo durante este artigo foi estabelecer uma relação entre esses três fenômenos, argumentando que a temporalidade típica da modernidade nos empurra a um desejo de segurança ontológica, que demanda – com vistas a conter o medo e a ansiedade – previsibilidade e segurança dentro das possibilidades das nossas experiências.

Tendo em vista que as experiências de parto no Brasil, principalmente de partos naturais e não cirúrgicos são dolorosas, traumáticas, e marcadas por violência obstétrica, insegurança e imprevisibilidade, o desejo por segurança ontológica do indivíduo o leva a ouvir as experiências negativas compartilhadas por outras mulheres de sua rede, refletir sobre suas próprias experiências anteriores de parto, e evitar o imprevisível, optando, se possível, por uma cesárea como possível alternativa segura, a despeito de ser também um tipo de violência e a despeito de todos os riscos e inseguranças também implicados no procedimento cirúrgico. Em outras palavras, a demanda por segurança ontológica combinada com a violência obstétrica no Brasil forja a cultura da cesárea e favorece as altas taxas deste procedimento no país.

### **Considerações finais**

Nosso objetivo com este artigo foi contribuir com a discussão acerca do crescimento das taxas de cesáreas nas últimas duas décadas no Brasil. Mais especificamente, nosso foco era contribuir para a explicação dos fatores “socioculturais” envolvidos nessas taxas. Para isso, relacionamos intencionalmente três aspectos tratados de forma separada na bibliografia, a saber: 1) A concepção moderna acerca do tempo e da previsibilidade; 2) As altas taxas de cesáreas no Brasil; 3) A latente violência obstétrica no Brasil que, de acordo com pesquisas, atinge – pelo menos – uma a cada quatro mulheres no país.

Argumentamos, a partir do primeiro aspecto, que no contexto da modernidade há uma modificação na forma de conceber o tempo. No nível macro-histórico isso se revela a partir da ideia de ruptura com o passado e de previsibilidade e expectativa em relação ao futuro de cada sociedade. Já no nível cotidiano, isso se apresenta também como um desejo por previsibilidade, mas com vistas a manter sua experiência social e individual segura, e sem “surpresas” dolorosas e traumáticas que possam marcar negativamente suas vivências. Exploramos esse aspecto através do conceito de segurança ontológica (Giddens, 1990).

Concernente ao segundo aspecto, percebemos que as altas taxas de cesáreas no Brasil não são fruto de reais indicações médicas, antes consistem em cirurgias marcadas de maneira eletiva alegando segurança, conforto e conveniência. Percebemos que há uma diversidade de elementos que compõem esse cenário no país. Focamos em um desses elementos que aparece na bibliografia frequentemente sem receber análise ou definição precisa: os fatores socioculturais, ou cultura da cesárea.

Por fim, analisamos o tema da violência obstétrica no Brasil, chamando atenção para dados acerca desta realidade comum, e relacionando os três temas de maneira explicativa e propositiva. Afinal, dada a realidade da violência obstétrica do país, e dado o desejo de previsibilidade, controle e segurança (próprios do período moderno), pensamos na cultura da cesárea como mecanismo – ainda que violento – de evitar o que poderiam ser violências ainda mais evidentes, dolorosas, traumáticas e imprevisíveis.

A contribuição teórico-analítica do artigo é bastante clara ao longo da leitura, uma vez que enunciamos um problema empírico necessário e pouco explorado, acionamos algumas bibliografias da teoria sociológica contemporânea necessária para a compreensão do problema, e acionamos também alguns fatores empíricos, bem como dados e pesquisas já realizados e coletados. Relacionamos como já dito, três fatores que consideramos essenciais e construímos um argumento de que um dos fatores que contribuem para as altas taxas de cesáreas no país são os fatores socioculturais, traduzidos, em nosso artigo, por um desejo de segurança ontológica e previsibilidade, típicos da modernidade. Para alcançar esse desejo, dentro de um contexto de violência e pouca “segurança”, as mulheres perdem seu protagonismo e

submetem-se, quando podem, a cirurgias eletivas convenientemente marcadas pelos profissionais de saúde, e lucrativamente orquestradas pelos planos de saúde.

A contribuição sócio-política propositiva também precisa tornar-se clara: as taxas de cesáreas realizadas de forma desnecessária são muito altas no país e são contraindicadas pela OMS por representarem maior risco à parturiente e ao bebê; grande parte das mulheres declara sua preferência pelo parto natural no início da gestação, mas mudam de ideia durante as 38 semanas que se seguem até o momento do nascimento; embora haja muitas iniciativas e políticas públicas nas últimas duas décadas, as taxas de cesáreas não param de crescer no país; e não há garantia de direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres. No que nosso artigo colabora para pensar essa questão de forma prática?

Se quisermos diminuir as taxas de cesáreas no país, melhorar a saúde materno-infantil, resgatar o protagonismo da mulher, e garantir seus direitos sexuais e reprodutivos, seguindo a recomendação das organizações internacionais de saúde, precisamos trazer para o centro da discussão o tema da violência obstétrica no país. Pois só diminuindo sua incidência, e reduzindo os riscos e imprevisibilidades que o parto natural representa para a mulher, conseguiremos combater a cultura da cesárea, e garantir à mulher seus direitos de forma integral.

Nesse sentido, há motivos para comemorar, visto que houve grandes avanços em relação à discussão do tema no país, tais como o reconhecimento deste termo, a possibilidade de denúncia nos MP federal e estadual, a publicação de livros, materiais, e documentários sobre o tema, e um dossiê apresentado dentro de uma CPMI sobre violência contra a mulher.

No entanto, nos últimos quatro anos tem havido também resistências às mudanças e retrocessos que indicam – segundo o argumento desenvolvido neste artigo – para a possibilidade de aumento das taxas de cesáreas no país. Destacamos o recente veto por parte do Ministério da Saúde do uso do termo “violência obstétrica”<sup>6</sup>. A decisão foi justificada em virtude da “inadequação” do termo, uma vez que, segundo o ministério, “tanto o profissional de saúde quanto os de outras

---

<sup>6</sup> Domingues, Filipe, 07/05/2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>

áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”. Segundo o Ministério da Saúde, o veto acompanha o Conselho Federal de Medicina (CFM), que no parecer 32/2018 afirmou: “a expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética”.

Destacamos também a iniciativa por parte de alguns conselhos estaduais de medicina de tentar proibir os médicos de aceitarem os planos de parto<sup>7</sup>. Planos de parto são documentos escritos pela gestante e indicados pela OMS que definem com antecedência as preferências da gestante referentes ao nascimento do seu filho (pré-parto, parto e pós-parto). Proibir o documento representa um retrocesso, na medida em que impede a gestante de acionar mecanismos que assegurem, em sua concepção, previsibilidade e segurança ontológica.

Por fim, destacamos o projeto de lei 435/2019 de autoria da deputada estadual Janaina Paschoal (PSL/SP) aprovada em São Paulo, e sancionada pelo atual governador, que garantiria a gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano no sistema público de saúde. Esse projeto está sendo replicado a nível federal por uma deputada também do PSL, e tem recebido críticas, tanto dos movimentos de mulheres, quanto dos profissionais da área de saúde, pois além de carecer de evidências científicas que o sustentem, indica crescimento ainda mais indiscriminado das cesáreas no país.

Não acreditamos baseados no argumento desenvolvido no presente artigo, que a opção por cesáreas resolva os problemas, e nem acreditamos que é o desejo das mulheres (uma vez que pesquisas mostram, como apontamos, para um desejo inicial do parto natural). Antes, argumentamos que “deixá-las optar por cesáreas” no contexto que nos encontramos é, na verdade, uma falsa escolha, pois diante da temporalidade moderna, diante do desejo por previsibilidade e segurança, e diante do quadro de violência sofrido pelas mulheres, não lhes resta possibilidade real de escolha.

---

<sup>7</sup> Dini, Aline, 08/02/2019. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Parto/noticia/2019/02/medicos-sao-proibidos-de-aceitarem-plano-de-parto-no-rio-de-janeiro.html>

Apontamos que, com base no que ficou conhecido na bibliografia como fatores socioculturais, trazer à luz o tema da violência obstétrica sofrida por mulheres ajuda no debate e ajuda na prática política, social e médica, pois se a mulher não se sente ameaçada com a possibilidade real de sofrer uma violência obstétrica dolorosa, traumática e tão comum no país, ela de fato tem possibilidades de escolha, resgatando seu protagonismo, garantindo seus direitos sexuais e reprodutivos, e deixando de ameaçar sua segurança ontológica.

## Referências

- AGUIAR, Janaina Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ALTHABE, Fernando; SOSA, Claudio; BELIZAN, José M.; GIBBONS, Luz; JACQUERIOZ, Frederique; BERGEL, Eduardo. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*, v. 33, n. 4, p. 270-277, 2006.
- BARROS, Fernando C.; MATIJASEVICH, Alicia; MARANHÃO, Ana G. K.; ESCALANTE, Juan J.; NETO, Dacio L. R.; FERNANDES, Roberto M.; VILELLA, Maria E. A.; MATOS, Ana C.; ALBUQUERQUE, Cristina; LEÓN, Roldofo G. P.; VICTORA, Cesar G. Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing?. *Rev Panam Salud Publica*, v. 38, p. 217-225, 2015.
- BAUMAN, Zygmunt. A Sociological Theory of Postmodernity. *Thesis Eleven*, v. 29, n. 1, p. 33-46, 1991.
- BERMAN, Marshall. **All that is solid melts into air: The experience of modernity**. Verso, 1983.
- CECATTI, José G.; ANDREUCCI, Carla B.; CACHEIRA, Pilar S.; PIRES, Helaine M. B.; PINTO E SILVA, João L.; AQUINO, Márcia M. A. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 22, p. 175-179, 2000.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. **Birth as an American rite of passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L.; DINIZ, Simone G.; SCHRAIBER, Lilia B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002.
- DIAS, Marcos Augusto; DOMINGUES, Rosa Maria; PEREIRA, Ana Paula; FONSECA Sandra Costa; DA GAMA, Silvana Granado; THEME FILHA, Mariza Miranda; BITTENCOURT, Sonia Duarte; DA ROCHA, Penha Maria; SCHILITZ, Arthur Orlando; LEAL, Maria do Carmo.

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 e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, 2008.

DINIZ, Simone G.. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DOMINGUES, Rosa M. S. M.; DIAS, Marcos A. B. D.; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; TORRES, Jacqueline A.; D’ORSI, Eleonora; PEREIRA, Ana Paula E.; SCHILITZ, Arthur O. C.; LEAL, Maria do Carmo L. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.

ELIAS, Norbert. **Sobre o tempo**. Rio de Janeiro: J. 1985.

ESTEVES-PEREIRA ET AL., (2016). **Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil**. PLoS ONE 11(4): e0153396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153396>.

FERREIRA JÚNIOR, Antonio R.; DE BARROS, Nelson F. A humanização do parto no cenário de disputas da obstetrícia. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1591-1593, 2012.

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

FREITAS, P. F.; BEHAGUE, D. Brazil’s culture of caesarean births. **Health Exch**, v. 10, p. 8-9, 1995.

FREITAS, Paulo Fontoura et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 761-767, 2005.

FREITAS, Paulo Fontoura; SAKAE, Thiago Mamôru; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, 2008.

GENTILE, Francisco de P.; FILHO, Gerson N.; CUNHA, Alfredo 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**, v. 13, p. 221-226, 1997.

GIDDENS, Anthony. [1990] (1991). **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP.

GIDDENS, Anthony. **The constitution of society: outline of the theory of structuration**. Berkeley, CA, and Los Angeles, CA: University of California Press. 1984.

GUEDES, Aline (2018). “Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil”. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>.

HABERMAS, Jürgen. **O Discurso Filosófico da Modernidade** Lisboa: Dom Quixote. 1985.

HÄGER, Renate M. E.; DALTVET, Anne K.; HOFLOSS, Dag; NILSEN, Stein T. KOLAAS, Toril; ØIAN, Pål; HENRIKSEN, Tore. Complications of caesarean deliveries: rates and risk



- factors. *American journal of obstetrics and gynecology*, v. 190, n. 2, p. 428-434, 2004.
- HOPKINS, K. (2000) “Are brazilian women really choosing to deliver by caesarean?” In: *Social Science & Medicine*, 51(110), 725-740.
- HOTIMSKY, Sonia N.; AGUIAR, Janaina M.; VENTURI JUNIOR, Gustavo. *A violência institucional no parto em maternidades brasileiras*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.
- LAMARCA, G; VETTORE, M. (2013). *Lei de prevenção inversa: é possível que as intervenções em saúde pública aumentem as desigualdades sociais?* Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/lei-de-prevencao-inversa-e-possivel-que-as-intervencoes-em-saude-publica-aumentem-as-desigualdades-sociais/>
- MELLER, Fernanda de O.; SCHÄFER, Antônio A. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 3829-3835, 2011.
- NAGAHAMA, Elizabeth E. I.; SANTIAGO, Silvia M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 11, p. 415-425, 2011.
- PERKINS, Maureen. *The reform of time: magic and modernity*. London: Pluto Press, 2001.
- PATAH, Luciano E. M.; MALIK, Ana M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.
- POTTER, Joseph E.; BERQUÓ, Elza; PERPÉTUO, Ignez H. O.; LEAL, Ondina F.; HOPKINS, Kristine; SOUZA, Marta R.; FORMIGA, Maria C. de C. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*, v. 323, n. 7322, p. 1155-1158, 2001.
- JESUS, Guilherme R. R.; DE JESUS, Nilson; PEIXOTO-FILHO, Fernando M.; LOBATO, G. Caesarean rates in Brazil: what is involved? *BJOG*. 2015 Apr;122(5):606-9.
- SAKAE, Thiago M.; FREITAS, Paulo F.; D'ORSI, Eleonora. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 472-480, 2009.
- SANTOS, Jaqueline de O.; SHIMO, Antonieta K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery*, v. 12, p. 645-650, 2008.
- SENA, Ligia M.; TESSER, Charles D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 60, p. 209-220, 2017.
- SILVEIRA, Denise S.; SANTOS, Iná S. dos. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. S231-S241, 2004.
- TESSER, Charles D.; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana F. de A.; DINIZ, Simone G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.
- TORNQUIST, Carmen S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, p. 483-492, 2002.
- TOULMIN, Stephen. *Cosmopolis: the hidden agenda of modernity*. The University of Chicago Press. 1992.
- WAGNER, Peter. *Theorizing Modernity: Inescapability and Attainability in Social*

Theory. SAGE, 2001.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement.** World Health Organization, 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Appropriate Technology for birth.** Geneva: Lancet, 1985.

WILLIAMS, Simon J.; CALNAN, Michael. **The ‘limits’ of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in “late” modernity.** Soc Sci Med. 1996 Jun; 42(12): 1609-20.

Recebido: 25 mai 2023

Aceito: 21 dez 2023