Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Dando um Google na qualidade das informações sobre
cesárea, para leigos, no Brasil em 2018**

Beatriz Fioretti Foschi

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Saúde Pública**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
Sociedade.**

**Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone
Grilo Diniz**

São Paulo

2019

Dando um Google na qualidade das informações sobre cesárea, para leigos, no Brasil em 2018

Beatriz Fioretti Foschi

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Saúde Pública**

Área de concentração:

Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora:

Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

Versão revisada

**São Paulo
2019**

É expressamente proibida a comercialização desse documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Fioretti-Foschi, Beatriz

Dando um Google na qualidade das informações sobre cesárea, para leigos, no Brasil em 2018 / Beatriz Fioretti Foschi; orientadora Carmen Simone Grilo Diniz. -- São Paulo, 2019.

209 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

1. Informática em Saúde Pública. 2. Internet. 3. Cesárea. 4. Alfabetização em Saúde. 5. Ciência, Tecnologia e Sociedade. I. Diniz, Carmen Simone Grilo, orient. II. Título.

Dedico este trabalho ao direito de as mulheres terem acesso às informações sobre as opções de parto e nascimento baseadas nas melhores evidências científicas, que inclua todos os riscos e benefícios, para uma tomada de decisão informada. Dedico também à transformação que a experiência do parto dos meus filhos causou em minha vida.

“Deixe o mundo mudar você e você poderá mudar o mundo”

(Atribuída a Che Guevara)

AGRADECIMENTO

Desde janeiro de 2015, passei a viver como se estivesse dentro de uma ampulheta chamada Janus (sistema administrativo da USP). Eu olhava para “Data limite para o Defesa: 27/03/2019” e imaginava o tamanho do percurso que teria de percorrer. Terei percorrido 1.517 dias ou 216 semanas ou 49 meses. No trajeto todo do meu doutoramento recebi muito apoio e suporte e chegou o momento de agradecer a todos.

A minha querida orientadora Simone Diniz, o mais profundo obrigada, pela inspiração, incentivo, amizade, apoio. Desde que eu a conheci (na conferência da Rehuna 2006), fiquei fascinada por sua agilidade de raciocínio, articulação e capacidade de mobilização e desejei muito ser sua aluna. Agora é momento de agradecer por você ter me aceito com pouca experiência acadêmica; sua experiência, conhecimento e parceria foram fundamentais para que eu adquirisse autoconfiança. Sua alegria, generosidade, dedicação, ética e profissionalismo são exemplos e referências pra levar para fora dos muros da faculdade. Quantas coisas compartilhamos dentro do movimento de humanização do parto e nascimento nestes últimos anos? “A luta continua!”

À Profa. Daphne Rattner, que me apoiou em sair do mercado formal de trabalho e iniciar uma carreira acadêmica aos 49 anos. Ao Prof. André Pereira Neto, que me mostrou que a comunicação em saúde pública e internet é possível neste país, e tanto me inspirou com sua determinação e trabalho hercúleo. Obrigada pelas aulas e pelo apoio de uma co-orientação, mesmo que extra-oficial. Pena que nosso primeiro contato tenha sido depois de encerrado o prazo de solicitação de co-orientação. À Denise H. Niy, sua trajetória é uma grande referência, obrigada por me mostrar que a transdisciplinaridade é possível. À Patrícia Gil por suas contribuições tão valiosas. Prof^a Cristiane Cabral que me perguntou se eu estaria disposta a uma dedicação exclusiva logo na entrevista de admissão e continuou me desafiando a fundamentar este trabalho por todos estes anos. Ao Prof. Eugene Declerq, da Boston University, que ampliou os horizontes da pesquisa acadêmica e me auxiliou a escolher temas relevantes para os artigos.

Aos membros e suplentes da banca, Paulo R. Gallo e Critianne Famer Rocha por aceitarem contribuir com este trabalho e às queridas parceiras: Bruna Alonso, Bruna

Moreno, Julia Baggio, Marianne e Veridiana, mulheres incríveis que colaboraram com obtenção dos dados para os artigos, superando todos problemas pessoais. Obrigada! À Profa. Maria Regina Torloni que me abriu as portas da academia, me guiou por um novo caminho à Profa Heloiza Mattos que me recebeu na ECA-USP e em seu grupo de pesquisa com os braços abertos.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, vocês fazem parte desta história. Um agradecimento especial para Carmen Castelani do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade e à Vania Santos Silva, da Pós-Graduação, por toda atenção, paciência, gentileza, ajudando muito a resolver todos problemas. À Profa. Cleide Lavieri Martins e ao Prof. Ivan França Junior, e Prof. Claudio Leone, Prof. Paulo Nassar, Prof. Luiz Alberto de Farias, Prof. Massimo Di Felice e Profa Maria Cristina Castilho Costa, sempre atenciosos e solícitos para ajudar com algo a mais.

Aos amigos queridos do Grupo de Pesquisa Gênero e Evidências em Maternidade e Saúde (Gemas), pelas dicas, conversas de corredor, organização de eventos, participação de congressos e parceria: Ana Carolina Franzon, Bianca, Deborah, Halana, Heloisa, Jamile, Jaqueline, Jéssica, Lívia, Luma, Marcel, Marina, Paula, Priscila, Suelen e Valéria, continuaremos compartilhando e defendendo os mesmos sonhos.

Aos meus três amores Lívia, Pedro e Mario, obrigada pelo apoio incondicional e por nunca questionarem as minhas escolhas e transformações. Agradeço todo o suporte, paciência, compreensão, carinho e inspiração, eu também me espelho nos desafios e conquistas de vocês para realizar os meus sonhos, vocês foram fundamentais para esta conquista. Ao meu pai Altino que me ensinou o amor pela saúde e pela academia e suas diferentes formas de colaborar, e à minha mãe Vera, com quem aprendi a resistir e não desistir.

Por fim, quero fazer um agradecimento especial ao CNPq e à CAPES pela oportunidade de desenvolvimento da pesquisa no Brasil, ao me conceder a bolsa de doutorado, e pelo apoio financeiro para fazer uma visita técnica à Boston University, School of Public Health, fato que colaborou para os resultados obtidos.

FIORETTI-FOSCHI, Beatriz. **Dando um Google na qualidade da informação sobre cesárea, para leigos, no Brasil em 2018**. 2019. Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2019.

RESUMO

Introdução: No Brasil, a maioria dos nascimentos é por cirurgia cesárea (CC), sendo amplamente utilizada no setor privado, mesmo com pesquisas indicando que quando as taxas de CC ultrapassam 10-15%, os riscos adicionais superam os benefícios. A informação sobre benefícios e riscos das intervenções é fundamental para uma assistência segura e efetiva. É considerável o aumento de busca na web durante a gestação, no entanto, a qualidade das informações é questionável. **Objetivo:** avaliar a qualidade e abrangência das informações disponíveis sobre cesariana para leigos, em português, após um conjunto de políticas públicas para regular esta prática (2014/2015), na internet em geral e no site da Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Métodos:** Trata-se de estudo documental observacional, transversal e analítico. A palavra “cesárea” e 25 sinônimos foram submetidos no campo de procura do site da FEBRASGO e em cinco motores de pesquisa para avaliar a preferência dos termos de busca. Os links catalogados foram analisados por dois pesquisadores independentes utilizando dois *checklists*: o *DISCERN* e um *checklist* específico para conteúdo. Adicionalmente, apresentou-se um debate sobre o sentido do nascimento, o ciberativismo e as políticas públicas no Brasil. Optou-se pela apresentação da tese no formato de três publicações, sendo duas já submetidas. **Resultados:** A palavra “cesaria” é a forma mais frequente, seguida de “cesarea”. Na análise do conteúdo geral da internet, a produção de dado proveniente do *Google.com.br* representou apenas 45,5% (n = 235, 2018), sendo que este buscador tem a preferência de 94,5% dos brasileiros. Um terço do conteúdo esteve associado com informações relativas à recuperação da CC, resultado similar ao apontado pelo *Google Trends* com termos preferencias de busca na internet. As páginas Web foram melhor avaliadas em 2018 que em 2013, principalmente no critério de confiabilidade. O número páginas Web obtidos em 2018 foi 33% maior que em 2013, sendo que 93% eram inéditas. No site da FEBRASGO, foram observadas três fases distintas: 1) sem informação para leigos

sobre CC, até 2014; 2) momento defensivo, onde os conteúdos estavam associados às medidas de redução de CC; 3) informativo, melhor redigido e autoral em 2018, porém, sem debater indicações, riscos e seu uso abusivo, no qual a CC é apenas citada dentro de outros temas. O debate sobre os ritos, mitos e as narrativas utilizadas no nascimento institucionalizado do Brasil traçou um paralelo teórico dos estudos entre o interacionismo simbólico de Mead e Blumer, com Davis Floyd e Diniz. **Conclusões:** Comparando os períodos de 2013 e 2018, nota-se melhora na confiabilidade da informação, porém, com uma queda do número de indicações e danos potenciais, e mais informação sobre recuperação. A cesárea é tratada frequentemente como fato consumado, tema que as gestantes estão mais interessadas. As associações médicas profissionais não tem promovido a devida informação sobre gravidez e parto, em linguagem apropriada para leigos, a Febrasgo poderia ocupar um lugar de referência na apomediação da relação médico-paciente, através de uma área dedicada a pacientes. O questionamento à epidemia de cesáreas se beneficiou da participação de iniciativas coletivas que representam narrativas independentes, como de grupos organizados de usuárias. Para a oferta de informações úteis à promoção de melhores resultados maternos e infantis, é necessária a mobilização em todas esferas sociais, públicas e privadas, e entre movimentos sociais, para a produção de conteúdo sobre CS com bases científicas, e uma orientação aos profissionais de saúde em recomendar páginas Web de qualidade às gestantes

Descritores: Informática em Saúde Pública; Internet; Cesárea; Comunicação em Saúde; Alfabetização em Saúde; Relações médico-paciente; Ciência, Tecnologia e Sociedade.

FIORETTI-FOSCHI, B. **Googling the quality of information for lay people on caesarean sections in Brazil, 2018.** 2019. Thesis – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2019.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, the majority of births are due to cesarean surgery (CC), being widely used in the private sector, even with research indicating that when CC rates exceed 10-15%, the additional risks outweigh the benefits. Information on benefits and risks of interventions is critical to safe and effective care. There is a growing trend for web research during pregnancy; however, the quality of information found is questionable. **Objectives:** This research aims to evaluate the quality and comprehensiveness of available information on CC for laypeople in Portuguese, following implementation of a set of public policies aimed at regulating this practice (2014/2015), on the internet in general and on the website of the Brazilian Federation of Associations of Gynecology and Obstetrics (FEBRASGO). **Methods:** An observational, transversal, analytical documentary research. The word "cesarean" and 25 synonyms were submitted in the search field of the FEBRASGO website and in five search engines to evaluate the preference of search terms. Two independent researchers using checklists to analyze the cataloged links: the DISCERN and a specific checklist for content. In addition, a debate was presented on the meaning of birth, cyber-politics and public policies in Brazil. The thesis is presented in the article format, of the three publications, two already submitted. **Results:** The preliminary results on Internet search shows that the word "cesaria" is the most frequent form of the internet, followed by "cesarea". In the analysis of the general content of the internet, the production of data from Google.com.br represented only 45.5% (n = 235, 2018), and this search engine has the preference of 94.5% of Brazilians. One-third of the content was associated with CC recovery, a similar result to the one pointed out by Google Trends as preferences for internet search terms. The webpage (WP) number collected in 2018 was 33% higher than in 2013, and 93% of the previous were unpublished before. In 2018, WP were better endorsed than 2013 ones,

particularly concerning the reliability criterion. On the FEBRASGO's website, analysis went through three phases: 1) no information for lay people about CC in 2014; 2) defensive texts associated with the CC reduction measures, in 2016; 3) a more informative, better written and authorial content in 2018, but with no debate on indications and abusive use of CC, only mentioned in other topic CC. The debate about the rites, myths and narratives used in the institutionalized birth of Brazil drew a theoretical parallel between the symbolic interactionism by Mead and Blumer and those by Davis Floyd and Diniz. **Conclusions:** When comparing the two periods, there is an improvement in the quality of information on CS, but with a decrease in the number of texts on indications and potential damages, as well as a rise on information about recovery from the surgery – often treated as a *fait accompli* – which is also a theme of great interest to pregnant women. Medical corporations have not promoted adequate information on pregnancy and childbirth in language appropriate for laypeople and need to be a reference in apomediation the physician-patient relationship through an area dedicated to patients. The questioning of the CS epidemic has benefited from the participation of collective initiatives that represent independent narratives, such as organized groups of healthcare consumers. To provide useful information that will improve the lives of mothers and infants, it's necessary to act in all social spheres, such as the public and the private, and across different social movements, producing CS related content based on scientific evidence, and guide healthcare professionals to recommending quality PW to pregnant women.

Descriptors: Public Health Informatics. Internet; Caesarean Section; Health Communication; Health Literacy; Physician-patient Relations; Science, Technology and Society.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	24
1.1 CESÁREA NO MUNDO E NO BRASIL	24
1.2 BASES DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO	30
1.3 QUESTÕES DE GÊNERO E REFLEXÕES SOBRE A EPIDEMIA DE CC	34
1.4 A TEORIA DO ATOR-REDE E A GOOGOLIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO	42
EM SAÚDE	42
1.4.1 Interação humana e internet: a Googelização do mundo	45
1.4.2 Google e a busca por informação em saúde	48
1.5 COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA WEB	50
1.6 RELAÇÃO DA INFORMAÇÃO COM O MÉDICO E O PACIENTE	55
1.7 IMPACTO DO ATIVISMO EM MUDANÇAS DE POLÍTICA PÚBLICA	59
2 OBJETIVOS	63
2.1 OBJETIVO GERAL	63
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
3 MÉTODOS	64
3.1 TIPO DE ESTUDO	64
3.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DAS PÁGINAS WEB (PW)	64
3.2.1 Critérios de inclusão de PW	64
3.2.2 Critérios de exclusão	64
3.3 ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAR E SELECIONAR AS PW	65
3.4 LISTA DE PALAVRAS-CHAVE	67
3.4.1 Processo de organização, seleção e categorização das páginas Web	69
3.5 EXTRAÇÃO DOS DADOS DAS PÁGINAS WEB	72
3.5.1 Avaliação da qualidade geral das informações – DISCERN	72
3.5.2 Avaliação da abrangência das informações – Checklist	74
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	75
3.6 Considerações éticas	81
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
4.1 RESULTADOS GERAIS	81
4.2 MANUSCRITO I	85
4.3 MANUSCRITO II	85
4.4 MANUSCRITO III	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118

REFERÊNCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	184
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DISCERN USADO NESTE ESTUDO	139
APÊNDICE II – CHECKLIST PARA AVALIAR A ABRANGÊNCIA DAS	
INFORMAÇÕES SOBRE CC	140
ANEXO 1– CURRÍCULO LATTES DA AUTORA	145
ANEXO 2 – CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA	146
ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	147
ANEXO 4 – ACEITE DO MANUSCRITO III	149
ANEXO 5 – SUBMISSÃO DO MANUSCRITO I	150

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Diretriz para um mapa conceitual do papel da comunicação sobre cesárea, que será analisado neste estudo

Figura 2 – Esquema da Classificação de Robson - Padrão global de dados para avaliação e monitoramento de taxas de CC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017)

Figura 3 – Esquema gráficos entre da psicologia social, sociologia e psicologia

Figura 4 – Infográfico que representa 2,7 milhões de nascimentos em 2017, cada grávida representa 100 mil mulheres. As mulheres azuis representam as cesarianas com indicação clínica, segundo a OMS, 15%, as mulheres roxas – parto normal e as mulheres vermelhas – um milhão de cesáreas sem indicação clínica.

Figura 5 – Esquema representativo da relação da informação entre médico e paciente

Figura 6 – Esquema gráfico para representar o processo de desintermediação da informação entre ciência e sociedade.

Figura 7 – Esquema gráfico para representar o processo de desintermediação e apomediação da informação entre ciência e sociedade.

Figura 8 – Prevalência das palavras cesárea (azul), cesárea (vermelho), cesaria (amarelo), cesária (verde), cesariana (roxo), conforme região geográfica do Brasil.

Figura 9 – Prevalência das palavras: parto cesárea (azul), parto cesárea (vermelho), parto cesaria (amarelo), parto cesária (verde), parto cesariana (roxo), conforme região geográfica do Brasil; em 27 de maio de 2018.

Figura 10 – Exemplo de planilha Excel. Nas colunas “V e W” (S-sim ou N-não) de “Y até AM”- DISCERN, escala numérica de 1 a 5 com média e desvio padrão na sequência.

Figura 11 – Exemplo da Tabela Excel com o bloco 4 – Checklist, indicações (azul); taxas e dados (azul mais escuro); benefícios (rosa); riscos maternos em curto prazo (verde); riscos maternos em longo prazo (cinza); riscos perinatais (amarelo) - Sim (S). A abrangência das páginas Web foi avaliada, no checklist, de forma descritiva através da apresentação da porcentagem de PW.

Figura 12 – Exemplo dos dados consolidados do Checklist (Manuscrito I) das indicações de CC, dispostos de forma hierárquica do ano de 2018 e 2013 para facilitar a comparação dos dados.

Figura 13 – Proporção de preferência de busca entre cinco palavras-chave por região.

Figura 14 – Ranking de termos de busca para “cesaria”

Figura 15 – Mapa conceitual do papel da comunicação sobre cesárea, avaliado nesta pesquisa.

Quadro 1 – Ranking da preferência dos buscadores

Quadro 2 – Combinação de palavras-chave para obtenção de termos usados por leigos em buscas sobre CC.

Quadro 3 – Categorização da qualidade das páginas Web, conforme escores finais do DISCERN Fonte: Charnock *et al.*, 1999.

SIGLAS UTILIZADAS

ANS – Agência Nacional de Saúde

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CC – Cirurgia Cesárea ou cesáreas

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Cremesp – Conselho Regional de Medicina de São Paulo

DP – Desvio padrão

ECA – Escola de Comunicação e Artes da USP

EACH-USP – Escola de Ciências e Humanidades da USP

EENF – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

FSP – Faculdade de Saúde Pública da USP

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

INFO – Informação

ISTs – Infecções Sexualmente Transmitidas

LaISS – Laboratório internet, Saúde e Sociedade

MPF – Ministério Público Federal

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PP – ONG Parto do Princípio

PW– Páginas Web

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TAR – Teoria Ator-Rede

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC – Tecnologias da Informação e da Comunicação

LISTA DE SIGLAS EM INGLÊS

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists

CFM – Federal Council of Medicine

CC – Caesarean Section

FSP – Faculty of Public Health

FIGO – International Federation of Gynecology and ObstetriCC

HON – Health on the Net

IHI – Institute for Health Improvement

NHS– National Health Service

OMNI – Organizing Medical Networked Information).

SOGC – The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada

SUS – Brazil's Unified Health System

USP – University of São Paulo

WEB – World Wide Web (WWW) - Rede mundial que conecta computadores em um sistema de informações ligadas através de hipermídia (hiperligações em forma de texto, vídeo, som e outras animações digitais

WEB 2.0 – Segunda geração de comunidades e serviços na internet, possibilita que os usuários produzam conteúdo, comentem e interajam entre si, por exemplo os aplicativos de mídias sociais e blogs

WHO – World Health Organization

APRESENTAÇÃO

Há sete anos me desafio todos os dias a trocar meu lugar de fala e me tornar uma especialista em uma área em que não sou nativa. Nesta breve apresentação pretendo relatar a trajetória motivacional que levou uma publicitária de carreira exitosa a trocar o ambiente corporativo pela academia, aos 49 anos de idade.

Sou filha de um arquiteto/urbanista especializado em hospitais e universidades e quando eu era criança, para passar mais tempo com meu pai, eu o acompanhava visitando os canteiros das obras de seus projetos nos finais de semana. Estar na terraplanagem da Unicamp e na PUC Campinas estimulava minha imaginação e me fazia abstrair para tentar decifrar a magnitude de um campus universitário, nas obras de hospitais como São Luiz e Cruz Azul ele me explicava sobre ambiência nos cuidados em saúde. Para uma criança entender tudo aquilo era um pouco complicado, mas eu me esforçava para ver além do brilho nos olhos dele.

Em 1980, quando tive que me decidir por uma profissão prestei vestibular para Design, Administração de Empresas e Medicina, tendo sido aprovada nos três cursos, mas na hora de fazer a matrícula eu desisti da medicina; na realidade meu sonho era assistir partos e não ser médica. A família não entendeu nada, mas na minha intuição seriam coisas diferentes e cursei as outras duas faculdades.

Por 25 anos trabalhei como publicitária, tive uma carreira de sucesso dirigindo a criação de grandes agências internacionais, uma profissão cercada de glamour e vieses que seduzem e oferecem os melhores talentos e a criatividade para produtos, sem que você os questione. Como mulher cheguei a uma posição que poucas mulheres chegam, tendo conquistado, inclusive, equidade salarial com meus pares. Mas também como mulher branca eu vivia dentro de uma bolha, em uma zona de conforto, sem vivenciar a realidade social. Se eu era privilegiada por um lado, era vulnerável por outro, como por exemplo, uma assistência ao parto intervencionista. No nascimento dos meus filhos experimentei uma gama de impotências e frustrações que não conseguia definir, foi ao longo de muitos anos que pude nominá-las como violência obstétrica.

Em 2003, fui chamada para ajudar uma ONG de valorização de parteiras tradicionais. Conhecer aquelas mulheres ressignificou minhas experiências e passei a acreditar que bons partos eram possíveis. Durante muitos anos eu conciliei a carreira de publicidade com as

viagens em busca de parteiras, *midwives*, obstetrizas, enfermeiras obstétricas, nos mais variados lugares: em congressos, conferências, seminários, hospitais, casas de parto e aldeias. Criei o projeto Mães da Pátria que contabiliza mais de mil mulheres que fotografei e entrevistei pelo mundo. Este projeto me levou a transitar por distintas culturas, raças, credos, classes sociais e ampliou meus horizontes.

Com o passar dos anos passei a conhecer os grupos de parto humanizado; com frequência era chamada para fotografar, fazer uma logo, um cartaz de evento e também passei a ser convidada para dar palestras sobre as parteiras no mundo, incluindo os desafios da minha jornada pessoal. Em 2010, fui convidada a conhecer todos os hospitais de saúde da mulher da África do Sul e fazer três palestras. Naquele momento, ocorreu a pressão para escolher entre a carreira ou dito hobby (na realidade foi uma questão de gênero dentro do ambiente profissional, eu era aceita como criativa, mas não como ativista); a escolha foi feita e não apenas saí do emprego como deixei o mercado de trabalho.

Comecei a refletir sobre a dimensão da comunicação em saúde, como as mulheres recebiam informações para os partos, como buscavam e o que estava disponibilizado com base científica. Percebi que ou era um publicitário que criava para saúde ou era um cientista que produzia conteúdos de comunicação. A linguagem que chegava ao usuário de saúde era subestimada, enviesada ou infantilizada. Eu era uma comunicadora e para poder falar e criar pela saúde eu precisava mudar de lugar, eu precisaria entender e ser reconhecida como uma profissional da saúde. Esta reflexão foi o que me motivou a entrar na academia. Em 2012, aos 49 anos, fui aceita para o mestrado na Unifesp – Universidade Federal de São Paulo, no curso de Medicina Interna e Terapêutica, coordenado pelo Centro Cochrane do Brasil.

Por ser uma profissional de comunicação e estar na academia estudando saúde fui convidada a viajar pelo país para produzir documentários vinculados ao Inquérito Epidemiológico Nacer no Brasil e Nacer nas Prisões, experiência que ampliou minha visão e trouxe uma dimensão nacional da realidade obstétrica materno-infantil das cinco regiões do país. Estive desde o interior da Amazônia, Vale do São Francisco até as fronteiras de Santa Catarina. Na mesma época recebi outro convite para ser colaboradora da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde (MS) desenvolvendo a Caderneta da Gestante e o Manual do SUS para o Pré-natal (8 milhões de unidades distribuídas gratuitamente), onde permaneci por três anos. A Caderneta da Gestante é dirigida à mulher, acompanhante e profissional de saúde, é um produto que fala de boas práticas humanizadas, traz informação baseada em evidência para mulheres, direitos civis e trabalhistas, amplia as

questões de gênero, apoia o profissional de saúde a identificar situações de riscos, entre outros aspectos.

Ao entrar no doutorado, na Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo, descobri a perspectiva da saúde coletiva que me estimulou a ampliar os horizontes, seja cursando disciplinas sobre sexualidade, relações de gênero e epidemiologia, seja nas apresentações orais em conferências de Gênero e de Saúde Coletiva. Foi nos congressos da ABRASCO que comecei a integrar os grupos de pesquisa que estudam internet e saúde e educação à distância, participei de um curso de internet e saúde na Fiocruz, no Rio de Janeiro e dei uma aula sobre comunicação em saúde na Faculdade de Enfermagem (EENF), Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Estudar na USP me trouxe a dimensão de um campus universitário, como meu objetivo era me especializar em comunicação em saúde, tive a oportunidade de estudar também fundamentos da comunicação, já que como designer eu não os tinha. Durante os segundo e terceiro anos do doutorado me desdobrei entre a FSP e a ECA-USP (Escola de Comunicação e Artes) complementando minha formação com disciplinas, como comunicação pública, internet e netativismo e teorias da comunicação. Nessa época me lembrei da experiência vivida na infância com meu pai, o arquiteto de hospitais e universidades, apesar dele não estar mais por perto, eu compartilhava silenciosamente com ele minhas experiências, acreditando finalmente entender o que ele tanto procurava me explicar, e percebi o quanto tudo aquilo fazia parte de mim. No final do terceiro fui selecionada pela FSP para fazer uma visita técnica na School of Public Health, da Boston University, com o Prof. Dr. Eugene Declercq, uma experiência que me ajudou muito a ampliar o escopo do trabalho acadêmico e definir a estratégia e os temas para os artigos.

Enquanto estive no Ministério da Saúde e na Fiocruz, pude acompanhar de perto os esforços públicos para redução do excesso de cesárea, violência obstétrica e incentivo das boas práticas. Nesse período, o desenvolvimento de tecnologia de acesso à internet favoreceu a disseminação das informações e a popularização das mídias sociais. Além da disseminação de conteúdo, a Web 2.0 ofereceu uma inédita oportunidade de integração entre as pessoas; os movimentos sociais foram diretamente favorecidos e se tornaram cada vez mais ativos e participativos até influenciar mudanças de políticas públicas. A ONG Parto do Princípio, por exemplo, moveu uma ação no Ministério Público que condenou a ANS a implantar medidas de redução de cesárea (2015), e estas medidas favoreceram o surgimento do projeto Parto Adequado (2017) no sistema privado e o Parto Cuidadoso (2018) no sistema público. Entre

2017 e 2018, também foram publicadas novas diretrizes de redução de cesárea, pelo Ministério da Saúde e pela OMS, tema também presente no Congresso da FIGO, com muitas publicações relevantes.

Diante dos esforços público, privado e social para redução de taxa de cesárea, desenvolvimento tecnológico e usabilidade da internet nos últimos quatro anos, achamos relevante dar continuidade ao estudo do mestrado e avaliar se essas medidas sensibilizaram as informações de livre acesso sobre cesariana na internet. A opção para produzir os dados deste estudo em 2018 foi intencional, para que as informações fossem as mais recentes dentro do possível. A decisão de escrever esta tese em formato de artigo é uma forma de procurar sensibilizar a ciência e a academia sobre a importância da produção de conteúdo sobre CC para Web, com base em evidência científica, já que o meio eletrônico é uma fonte de informação sem controle editorial e uma fonte de fácil acesso para as usuárias de saúde.

Na Introdução deste trabalho são apresentados: a realidade da cesárea no Brasil; os riscos da cirurgia sem indicação; o traçado de um paralelo com teorias de comunicação sobre interação social, significado e mitos; as relevâncias da web na sociedade; estudos sobre informações de saúde e participação do usuário nas tomadas de decisão; iniciativas sociais nas mudanças de políticas públicas.

Figura 1 – Diretriz para um mapa conceitual do papel da comunicação sobre cesárea, que será analisado neste estudo

Nos Objetivos serão apresentados o objetivo geral e específico, a partir da pergunta de partida. Na Metodologia encontram-se os aspectos metodológicos que incluem as estratégias de investigação, sendo que cada artigo possui um banco de dados específico, mas as estratégias metodológicas e os instrumentos aplicados são comuns a todos. No capítulo Resultados e Discussão encontram-se os três manuscritos originais: 1) “WHAT CHANGED IN THE QUALITY OF ONLINE INFORMATION ABOUT CAESAREAN SECTION IN PORTUGUESE? A CROSS SECTIONAL STUDY” – submetido ao *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. O objetivo desse artigo foi avaliar se as iniciativas de redução de cesárea implantadas pela ANS, Parto Adequado, OMS e MS tiveram impacto no conteúdo disponível para leigos, em 2018, e compará-los com os de 2013; 2) “QUALIDADE DA INFORMAÇÃO SOBRE CESÁREA NO SITE DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, EM UMA ERA DE APOMEDIAÇÃO”. Preparado para submissão na revista Interface. O objetivo desse trabalho foi examinar o conteúdo acessível para leigos (sem necessidade de senha) nas páginas Web do site da FEBRASGO durante o período de cinco anos (2014/2018); 3) O terceiro manuscrito é um capítulo de livro sobre Comunicação Pública e Políticas Públicas, com o título – “A DISPUTA SOBRE O SENTIDO DO NASCIMENTO NO BRASIL: INTERACIONISMO SIMBÓLICO, CIBERATIVISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE A EPIDEMIA DE CESÁREAS”. O capítulo promove um debate entre a pesquisa empírica desenvolvida nesta tese e a epidemia de cesárea. O material foi aceito para ser publicado pelo Grupo de Pesquisa em Comunicação Política, ancorado no Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo ECA-USP.

Nas Considerações Finais são apresentadas algumas possibilidades para melhorar a comunicação sobre CC e aponta para alguns achados importantes, encerram a parte textual da tese, seguindo-se de referências bibliográficas e anexos. De acordo com "Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP, a tese foi estruturada no formato de apresentação de artigos (texto, apresentação do conteúdo das tabelas e referências bibliográficas) estão de acordo com os padrões editoriais das respectivas revistas científicas.

Eu concluo este desafio aos 56 anos de idade. Acredito que faço parte do grupo de pessoas mais velhas a se doutorarem nesta instituição. Tive que superar muitas dificuldades, entre elas a de “escrever”, pois minhas habilidades profissionais sempre foram direcionadas aos conteúdos de imagem. Para chegar até aqui precisei me desconstruir profissionalmente,

deixar a zona de conforto, salário e prestígio, abrir mão de qualquer trabalho remunerado para me dedicar exclusivamente a esta pesquisa. Apesar de todas as dificuldades desenvolvi uma paixão pela ciência e tecnologia, área na qual pretendo continuar a estudar e trabalhar. Sou motivada a me tornar uma das pontes entre informação científica de saúde e a sociedade; acredito que poderei auxiliar no desenvolvimento de apomediadores que promovam alfabetização em saúde, usando tecnologia da informação e comunicação para o empoderamento do cidadão quanto às próprias escolhas de tratamento. O propósito é dar continuidade a esta trajetória e buscar novas oportunidades para contribuir socialmente na posição de acadêmica em saúde, com *expertise* em comunicação em saúde e publicidade, já com vários projetos de comunicação em saúde executados.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CESÁREA NO MUNDO E NO BRASIL

A cirurgia cesariana (CC) é um procedimento cirúrgico de grande porte que, quando bem indicado e executado, pode evitar danos para a saúde da gestante e do seu bebê e inclusive salvar vidas (RONSMANS *et al.*, 2006; LOW, 2009). Do ponto de vista clínico, a literatura recomenda a CC em situações como: placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, vasa prévia, placenta acreta, infecção por HIV, herpes genital, hepatite, HPV, condiloma genital, gestação múltipla, prolapso do cordão umbilical, distensão segmentar e ruptura uterina (SOUZA *et al.*, 2010a).

Mesmo com todos os esforços das iniciativas de implementação de uma medicina baseada em evidência, as taxas de CC estão aumentando em todo o mundo, porém, muitos fatores determinantes deste aumento são controversos (VOGEL *et al.*, 2015). A CC é a cirurgia mais praticada no mundo (BETRÁN *et al.*, 2007), estima-se que foram realizadas 29,7 milhões de CC, em 2015, quase o dobro (de 12% para 21%) do número de nascimentos desde o início deste século (BOERMA *et al.*, 2018), sendo que 6,2 milhões de CC foram desnecessárias (THE LANCET, 2018). O uso indiscriminado da CC, a habilidade prática dos médicos banalizam a complexidade da intervenção, mas como toda cirurgia, apresenta riscos a curto e longo prazos que deveriam ser considerados por contraste com os possíveis benefícios (BETRÁN *et al.*, 2007; SOUZA, 2015), além de representar maiores custos para o sistema de saúde (ALOK, 1997). Estudos internacionais recomendam que a taxa de CC permaneça entre 10 e 15%, já que não foram observadas melhorias populacionais com valores acima de 20% e taxas mais altas podem estar associadas ao aumento dos riscos materno neonatal (VILLAR *et al.*, 2006; YE *et al.*, 2014; BETRAN *et al.*, 2015).

O Brasil se destaca no cenário mundial como um dos países recordistas de CC (55,6%), abaixo da República Dominicana (59,3%) (BOERMA *et al.*, 2018). Evidências indicam que o país vive uma epidemia de CC, tanto no sistema público de saúde quanto no privado (LEÃO *et al.*, 2013), onde a maioria das CC é realizada em gestantes de baixo risco (MEDSCAPE, 2018). Há mais de vinte anos, artigos são publicados alertando para a preocupação com o crescimento da taxa de CC. Em um estudo com banco de dados de 1987, 1992 e 1993 como recomendou RATTNER (1996):

É necessária uma reorientação da assistência ao nascimento, uma vez que a cesárea, além de seu caráter de procedimento médico, adquiriu o de bem de consumo, um sintoma da perversa lógica que vem se instalando no sistema de saúde (RATTNER, 1996, p.19).

Desde 1998, o governo brasileiro tem proposto medidas para redução do número de CC desnecessária, na época, condicionando o reembolso dos nascimentos com os índices de CC nos hospitais do SUS (DINIZ, 2006). Mesmo assim as taxas de CC tiveram curva ascendente até 2015: 32% (1994), 38% (2002), 44% (2006), 45,9% (2008), 52% (2010), 54% (2012), chegando ao ápice de 57% (2014) (AGÊNCIA BRASIL, 2017). Em apenas 10 anos aumentou cerca de 40% (2000-2010) (RATTNER; MOURA, 2016). Em 2010, o Ministério da Saúde implantou novas medidas para redução de cesáreas desnecessárias e seus efeitos adversos, com estímulo do parto humanizado/fisiológico na rede pública, obtendo resultado favorável para redução do número de CC. A média nacional reduziu de 57%, em 2014 (OLIVEIRA, 2015), para 55,4%, em 2016 (BRASIL, 2016); na rede pública a CC chega a 40% dos nascimentos e na saúde suplementar, a taxa de CC está em torno de 88% (LEAL; GAMA, 2014), chegando a 100% em alguns hospitais (BRASIL, 2015a).

Há um consenso quase universal de que a excessiva prática de CC sem indicação clínica não deve permanecer nos patamares em que se encontra (BETRÁN *et al.*, 2016; BOERMA *et al.*, 2018). No Brasil, assim como na China, a maior parte das CC desnecessárias ocorre em instituições privadas, entre mulheres de baixo risco obstétrico, mais instruídas, com maior poder aquisitivo (BOERMA *et al.*, 2018). No Brasil, ainda podemos incluir mulheres brancas, de idade mais avançada, com cesárea prévia, admitidas precocemente em hospital privado (ALONSO *et al.*, 2017). A frequência de CC dentro dos serviços de saúde é um indicador com muitas disparidades e sensível às diferenças de classes sociais. As mulheres submetidas a CC geralmente precisaram de uma internação hospitalar mais prolongada (GELLER *et al.*, 2010) com impacto financeiro mais elevado do que o parto normal (ALOK, 1997).

A CC desnecessária expõe a mulher a riscos, como histerectomia e trombose venosa (BRASIL, 2015b); complicações associadas à anestesia; choque obstétrico; lesão renal aguda; parada cardíaca; necessidade de ventilação ou intubação; hemorragias que necessitam de transfusão; tromboembolismo venoso puerperal e infecções (MEDSCAPE, 2018). Há também risco aumentado em futuras gestações de ruptura uterina, aderência pélvica,

placentação anormal, gravidez ectópica, dano cirúrgico intraoperatório, histerectomia, natimortalidade e parto prematuro. A prevalência de mortalidade materna e morbidade materna são maiores após uma CC do que após um parto vaginal (SANDALL *et al.*, 2018).

A chance de necessitar de reinternação nos primeiros 30 dias após o parto é muito maior na CC planejada do que nos partos vaginais planejados, devido a complicações de corte cirúrgico ou infecção (DECLERCQ *et al.*, 2007). O risco de morte materna após CC em comparação com parto vaginal no Brasil é quase três vezes maior, em consequência de hemorragia pós-parto e complicações da anestesia (ESTEVES-PEREIRA *et al.*, 2016).

Para o bebê a CC desnecessária aumenta os riscos de prematuridade iatrogênica, internação em UTI, problemas respiratórios (120% maior) como, por exemplo, asma (HORTA *et al.*, 2013), obesidade, diabetes tipo 1, entre outros (THAVAGNANAM *et al.*, 2008; CARDWELL *et al.*, 2008). No Brasil, aproximadamente 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis estão relacionados à prematuridade (BRASIL, 2015a). Uma das vantagens do parto vaginal para a criança é a oportunidade de ela estar em contato com bactérias presentes na vagina, intestinais e na pele da mãe, para que seu intestino seja colonizado com uma flora saudável (microbioma), o que contribuirá para o fortalecimento do seu sistema imunológico (CHO; NORMAN, 2013). As crianças nascidas por CC têm mais riscos de desenvolverem alergias e problemas de imunidade.

Em uma revisão da literatura sobre indicações de CC baseadas em evidência científica, AMORIM (2010) relata que várias situações que normalmente sugerem indicações de CC não têm recomendações absolutas e precisam ser avaliadas caso a caso. Entre elas estão:

“Distocia ou falha na progressão do parto, desproporção cefalopélvica, má posição fetal nas variedades de posição posteriores e transversas persistentes, apresentação pélvica, de face e córmica, cesárea anterior, frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora, presença de mecônio e centralização fetal. Em nenhuma dessas situações existe indicação absoluta de cesariana, uma vez que mesmo na apresentação córmica o parto normal pode ser tentado, mediante versão cefálica externa (VCE). Nas distocias de progressão, o parto normal pode ser alcançado mediante correção da contratilidade uterina, porém a cesariana encontra-se indicada quando a desproporção cefalopélvica é diagnosticada pelo uso judicioso do partograma. A apresentação pélvica também pode ser corrigida com VCE a termo, mas a via de parto deve ser discutida com a gestante quando a VCE falha ou não é realizada. Embora os riscos relativos neonatais sejam maiores para o parto vaginal, os riscos absolutos são baixos, e a opinião da gestante deve ser considerada” (AMORIM *et al.*, 2010, p. 415).

As indicações a seguir não têm respaldo científico exceto em condições especiais:

“doença cardiovascular, diabetes, pré-eclâmpsia, câncer ovariano e cervical, gestação após transplante hepático, oligo-hidrânio, rotura prematura das membranas, circular de cordão, gestação prolongada, malformações congênitas, macrosomia fetal, fetos prematuros em apresentação cefálica ou pélvica, pequenos para idade gestacional, baixo peso ao nascer e envelhecimento placentário precoce (SOUZA *et al.*, 2010b, p.506)”.

Em 2015, a OMS propôs o uso da classificação de Robson ou classificação de 10 grupos, que categoriza informações clínicas e obstétricas das gestantes a partir de diferentes grupos de risco indicações de CC (ROBSON, 2001)¹. Entre suas vantagens está a possibilidade de se obter um padrão global de dados para avaliação e monitoramento de taxas de CC. Estes dados podem ser aplicados para inúmeras situações: dentro de unidades de saúde ou entre unidades de saúde e diferentes grupos de mulheres, por um período determinado ou ao longo do tempo e entre países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O sistema de classificação de Robson abrange todas as gestantes e as classifica em apenas uma das 10 categorias, fundamentadas em características obstétricas que são rotineiramente obtidas em todas as maternidades:

- (i) Antecedentes obstétricos – nulípara (primeira gestação), multípara sem CC anterior ou multípara com CC anterior;
- (ii) Número de fetos – podem ser um, dois ou mais;
- (iii) Apresentação fetal – cefálica, pélvica ou córmica;
- (iv) Idade gestacional – termo (≥ 37 semanas), pré-termo (< 37 semanas);
- (v) Início do trabalho de parto – espontâneo, induzido por qualquer método ou CC antes do início do trabalho de parto.

¹ Agradeço à Profa. Dra. Daphne Rattner pela observação da distinção de que a classificação de Robson é um instrumento epidemiológico de avaliação de indicações, já que não trata de indicações clínico-obstétricas-fetais para a realização do procedimento cirúrgico, mas sim de uma avaliação a partir de diferentes grupos de risco para o procedimento.

Figura 2 – Esquema da Classificação de Robson - Padrão global de dados para avaliação e monitoramento de taxas de CC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017)

A classificação de Robson (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017) categoriza as mulheres como:

- 1- Nulíparas, com fetos únicos e cefálicos, que iniciam o trabalho de parto após 37 semanas com trabalho de parto espontâneo;
- 2- Nulíparas, com fetos únicos e cefálicos, que iniciam o trabalho de parto após 37 semanas com trabalho de parto induzido ou CC antes de entrar em trabalho de parto (TP);
- 3- Multíparas sem CC anterior, com fetos únicos e cefálicos, que iniciam o trabalho de parto após 37 semanas com trabalho de parto espontâneo;

- 4- Multíparas sem CC anterior, com fetos únicos e cefálicos, que iniciam o trabalho de parto após 37 semanas com indução ou CC antes do TP;
- 5- Multíparas com cicatriz uterina, com uma ou mais CC anterior, feto único cefálico, com mais de 37 semanas de gestação;
- 6- Nulíparas com feto único com apresentação pélvica;
- 7- Todas multíparas inclusive com cicatriz uterina (CC anterior) com apresentação pélvica;
- 8- Todas as gestações múltiplas, incluindo mulheres com uma cicatriz uterina (CC anterior);
- 9- Todas as mulheres com gestação córmica, incluindo mulheres com cicatriz uterina (CC);
- 10- Todas as mulheres com feto único cefálico, que iniciam o trabalho de parto antes de 36 semanas (nascimentos prematuros), incluindo aquelas com uma cicatriz uterina (CC anterior).

Um dos determinantes cada vez mais relevantes dentro dos grupos de Robson é a possibilidade de identificar subgrupos e observar eixos de mudanças nas taxas de cesárea; desta forma é possível desenvolver estratégias para reduzir esta cirurgia ao longo do tempo (VOGELet *al.*, 2015). Estatísticas resultantes de milhares de hospitais no mundo identificaram que 80 a 90 % da população estaria entre as categorias de 1 a 5 de Robson e, como um dado epidemiológico, menos de 15% da população estaria no grupo 5 (VOGEL *et al.*, 2015)

O número de CC desnecessárias no Brasil contribui de forma significativa para as taxas globais. Os grupos de Robson mais prevalentes no Brasil, em 2015, foram: os grupos 1 e 2 com 35,4% (partos únicos cefálicos para mulheres nulíparas com um período gestacional de pelo menos 37 semanas) e do grupo 5 com 32,7% (nascimentos únicos cefálicos com período gestacional de pelo menos 37 semanas para mulheres com cicatriz uterina). Entre as multíparas dos grupos de Robson 3 e 4 (2015), 19,4% das mulheres tinham menos de 8 anos de escolaridade comparadas a 54,4% das com maior grau de escolaridade (BOERMA *et al.*, 2018).

O aprimoramento dos critérios de seleção dos casos para indicação de CC também poderia reduzir as taxas, principalmente nos casos oriundos de indução no pré-parto

(VOGEL *et al.*, 2015), evitar a cesariana desnecessária em nulípara e dedicar mais atenção ao monitoramento de mulheres que já tiveram uma CC, para repeti-la somente em caso justificado clinicamente (BOERMA *et al.*, 2018). A classificação de Robson não identifica os motivos que levaram à CC, sejam eles por fatores clínicos ou complicações obstétricas (SANDALL *et al.*, 2018).

A partir desse cenário fica a pergunta: se os riscos não justificam os benefícios, por que vivemos uma epidemia de CC?

Para melhor compreender o contexto do excesso de CC em gestações de baixo risco no Brasil, foram utilizados dois recursos conceituais: o interacionismo simbólico e os conceitos de relações de gênero. O modelo interpretativo do interacionismo simbólico ofereceu algumas reflexões sobre significados das interações sociais e os porquês de o Brasil viver o excesso de CC, apesar das comprovações científicas em contrário. A compreensão das relações de gênero nos ajuda a entender como os sentidos dados ao corpo feminino, à sexualidade e à reprodução são socialmente construídos e de que maneira essas construções sociais, e não uma biologia supostamente neutra, orientam o modo como as instituições de saúde organizam suas práticas.

1.2 BASES DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO

O interacionismo simbólico é uma área oriunda da sociologia que tem sido utilizada em várias áreas do conhecimento como: Psicologia Social, Linguística na própria Sociologia; na Comunicação é amplamente aplicada como ponto de partida para outras teorias de interação social, sobre o papel da comunicação na sociedade (BUENO *et al.*, 2017).

Figura 3 – Esquema gráficos entre da psicologia social, sociologia e psicologia

Na Saúde, também é referência como uma teoria que enfatiza o significado das ações individuais e coletivas construídas a partir da interação entre pessoas, conforme o contexto social (LOPES *et al.*, 2005; NICO *et al.*, 2007). Na tese ora apresentada, o Interacionismo Simbólico é utilizado na perspectiva da Saúde e da Comunicação.

Muitos autores tiveram papel relevante nessa construção teórica: Charles Horton Cooley, Florian Znaniecki, James Mark Baldwin, John Dewey, Louis Wirth, Robert E. Park, Robert Redfield, W. I. Thomas e William James. Quem trouxe os principais fundamentos dessa teoria, que descreve o comportamento humano, foi George H. Mead, da Escola de Chicago², entre 1896 e 1909, através de aulas e artigos publicados. Mas foi Herbert Blumer, em 1937, quem trouxe a abordagem teórico-metodológica e nomeou-a como “interacionismo simbólico”, compilando e organizando os textos de Mead (COULON, 1995).

Mead é considerado o pai da psicologia social. Sua premissa principal é que a história social do indivíduo é prévia a toda e qualquer interação. Surgiu em um tempo onde a discussão ocorria entre psicologismo (para o qual o desenvolvimento individual ocorre antes e a despeito de qualquer contexto social) e sociologismo (que considera a estrutura social como determinante para a identidade humana). MEAD (1972) sugeriu um terceiro caminho: a individualidade de um sujeito, que tem a percepção de si mesmo, se origina a partir da

²A escola de Chicago traz contribuições relevantes na análise da relação do indivíduo e das comunidades por meio da interpretação e da explicação do estudo da linguagem, como fator que intervém na comunicação. A forma híbrida de busca de informação no campo, que considerava desde dados estatísticos, históricos e entrevistas, foi considerada uma inovação metodológica para a época (BECKER, 1996). A Escola de Chicago contribui para: Sociologia, Sociologia do Trabalho, Psicologia Social, Ciências da Comunicação e Epidemiologia Social.

interiorização dos diferentes papéis sociais desempenhados pelos outros com quem ele interage. Ou seja, a compreensão de si mesmo e do seu entorno ocorre através da participação do sujeito como um ser social vinculado a uma coletividade. Desta forma, a teoria implica ou constitui a pessoa em seu caráter social e não a pessoa externa ao social ou independente a ele.

Nesse processo, é “a linguagem que organiza o conteúdo e o significado da experiência humana” (MEAD *et al.*, 1972, p. 60). Por meio da mediação e da interação desenvolve-se a capacidade de reconhecimento da ação e da linguagem do outro como, por exemplo, o surgimento das comunidades de significado, tal e qual as envolvidas em todo processo de assistência ao parto e nascimento. É o processo de comunicação nessas comunidades que permite o compartilhamento de sentido.

Herbert BLUMER (1989), ex-aluno de Mead, sistematizou a proposta de um modelo de pesquisa que refletisse os princípios do interacionismo simbólico. Para tanto, o autor sugeriu três premissas: 1) o ser humano direciona suas ações em relação a objetos ou ação/situação de acordo com o significado que estes tenham para sua vida cotidiana; 2) os significados destes objetos derivam da interação social vivenciada pela pessoa; mas, 3) podem ser manipulados e modificados através de um processo interpretativo.

A origem do “significado” pode ser descrita como uma parte intrínseca das coisas, assim como uma casa é uma casa, um contrato é um contrato; mas o “significado das coisas” também pode incluir sensações, sentimentos, ideias, memórias e atitudes que expressem a organização psicológica e social de cada um. Os atos dos seres humanos, além de serem manifestações de significados já estabelecidos, são também processos sujeitos a reinterpretações. Cada um dos agentes de uma ação seleciona, verifica, exclui, reagrupa e transforma os significados de acordo com novas situações enfrentadas (BLUMER, 1989).

Mead propõe dois níveis em que os processos sociais se tornam significantes: o primeiro ocorre por meio de uma “conversação de gestos”, em que a pessoa responde à ação de outra sem interpretar o significado do ato; no segundo nível, chamado de “uso de símbolos significativos”, o ato e seu significado são interpretados. O gesto possui, portanto, um símbolo significativo que é partilhado pelos indivíduos que estão em interação. Quando há um “encontro” de entendimentos ou traduções desses gestos surge a linguagem. Na visão de MEAD (1972), o processo social em que se dá a identificação recíproca de símbolos e gestos é a comunicação. As ordens, sugestões, afirmações e súplicas são gestos vocais que oferecem à pessoa uma ideia de intenção, produzindo no interlocutor uma reação à palavra (MEAD *et*

al., 1972). O autor ressalta o papel de cada indivíduo envolvido na conversação para estabelecer seu “lugar”. A interação social será exercida na sociedade através de um conjunto de forças constituídas por definir o que o próximo irá fazer, ao mesmo tempo em que interpreta as definições formuladas pelos demais e se posiciona a respeito (LITTLEJOHN, 1988).

Mead concede à sociedade humana uma posição de vital importância a partir dos pontos cardeais da filosofia, segundo BLUMER (1989):

- 1) O ‘si mesmo’ – o ser humano é considerado um agente com índole social, capaz de formular respostas, fazer indicações e interpretar questões em um nível simbólico. O indivíduo possui um ‘si mesmo’ e neste processo reflexivo é capaz de criar, perceber-se, conceituar, interagir consigo, se perguntar e se responder, reformular-se e por sua autointeração se considerar objeto de seus próprios atos. Nesta perspectiva ele deixa de ser um organismo que apenas responde e passa a ser um influenciador capaz de afrontar o mundo e orientar sua própria conduta;
- 2) O ato – ao formular e interpelar a si mesmo, o indivíduo tem que criar uma linha de ação no enfrentamento com o mundo. Isso não garante que ações não possam ser mal-interpretadas, que se faça um julgamento banal, que erros sejam cometidos e que sejam tomadas atitudes obstinadas, mas essas características também são respostas de uma elaboração reflexiva. Para Mead, o ser humano é um organismo ativo por direito próprio, que afronta, assume e atua com respeito aos objetos que sinaliza. Cada ação é uma conduta elaborada pelo ator em interação com o outro, e não uma resposta prefigurada de sua organização pessoal;
- 3) A interação social – é a resposta interpretativa das ações por meio da qual ocorre o processo de formação de si mesmo;
- 4) O objeto – é tudo aquilo que pode ser sinalizado ou referenciado. Pode ser físico, imaginário, abstrato, inanimado, inclusivo, restrito. Os ‘mundos’ que existem para seres humanos e grupos sociais são compostos por objetos decorrentes de produtos de uma interação simbólica. Na definição do objeto está todo aquele que pode ser indicado, tudo que pode ser sinalizado ou o que pode ser referido, como o céu, um livro, um texto, um corpo legislativo, uma doutrina religiosa. Os objetos podem ser classificados em três categorias: a) físicos, como computador, livro, casa, fruta; b) sociais: estudantes, sacerdotes, presidente, mãe, médico; c) abstratos: princípios morais, doutrinas, ideais, de justiça e compaixão. A natureza de um objeto consiste

no significado e no modo como uma pessoa o vê, como ela está disposta a interagir, como ela o refere e o modo como os objetos foram definidos pelos interagentes. A ambiência é dada pelo significado onde os objetos estão inseridos e o que eles representam para os grupos de pessoas. Indivíduos ou grupos que ocupam os mesmos espaços geográficos podem viver mundos com significados diferentes;

- 5) A ação conjunta – esta expressão substitui a de ‘ação social’. Para Mead, é uma forma de ação coletiva mais ampliada, constituída por uma somatória de linhas de condutas e articulações de vários participantes, onde cada um ocupa uma participação distinta. Para o interacionismo simbólico, a sociedade humana tem um processo diversificado em que pessoas se veem obrigadas a criar ações conjuntas para resolver situações com as quais se defrontam. Esta descrição de sociedade contrasta de modo significativo com os pontos de vista predominantes da sociologia e da psicologia.

Para melhor compreender os ‘significados’ da CC, nesta pesquisa, torna-se necessário recorrer ao gênero como uma categoria de análise.

1.3 QUESTÕES DE GÊNERO E REFLEXÕES SOBRE A EPIDEMIA DE CC

As questões de gênero vão além das características fisiológicas definidas pelas ciências biológicas. As questões da reprodução são influenciadas pelas relações históricas e culturais que transformam as questões da sexualidade e da reprodução em produtos da atividade humana, incluindo relações de poder (RUBIN, 1993; DINIZ, 2009). Elas são perceptíveis tanto na organização da vida social quanto na assistência à saúde da mulher,

"...não é a sexualidade que assombra a sociedade, mas a sociedade que assombra a sexualidade do corpo. As diferenças entre os corpos, relacionadas ao sexo, são constantemente solicitadas a testemunhar as relações sociais e as realidades que não têm nada a ver com a sexualidade. Não somente testemunhar, mas testemunhar a favor, legitimar" (SCOTT, 1995, p.89).

As questões de gênero estão associadas ao “sexo socialmente construído” (SCOTT, 1989; BARBIERI, 1993). Para SCOTT, o "gênero é um elemento constitutivo das relações sociais humanas baseado nas diferenças percebidas entre os sexos" (SCOTT, 1995, p. 86), que traz quatro elementos engajados entre si:

1- "Símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações, frequentemente, contraditórias" (SCOTT, 1995, p. 86) muitas vezes associadas às interpretações binárias, por exemplo, Eva e Maria – sujeira/pecado X pureza/limpeza, que pode propiciar múltiplas interpretações.

2- "Conceitos normativos que expressam interpretações dos significados dos símbolos, que tentam limitar e conter as suas possibilidades metafóricas. Esses conceitos estão expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tomam a forma típica de uma oposição binária fixa que afirma de maneira categórica e inequívoca o significado do homem e da mulher, do masculino e do feminino"(SCOTT, 1995, p. 86), por exemplo, a virilidade é associada ao Masculino e a fragilidade ao Feminino.

3- "A noção de imutabilidade que leva à aparência de uma permanência intemporal na representação binária dos gêneros" (SCOTT, 1995, p.87). A ausência, a noção de resistência ou coerção a que foram sujeitas as mulheres, no sentido político. Deveria ser necessário incluir questões históricas e perspectivas políticas nas análises das relações e organizações.

4- A noção de Identidade Subjetiva constrói simbolicamente as identidades dos gêneros associados a conceitos/preconceitos imaginários e atrelados a papéis sexuais, como: normal e anormal, de limpeza e sujeira, de masculino e feminino (GUEDES, 1995).

A maioria dos nascimentos reproduzidos na mídia que traz nas suas narrativas o parto fisiológico normalmente está cercada de histeria, dor, sujeira, gritos e, não é raro, a morte da mãe e do bebê. A mídia tem contribuído para manutenção do mito do parto assassino (MELCHIORI *et al.*, 2009). O papel desempenhado pela mídia tradicional (impressa e televisiva) traz no seu discurso, tendências à reiteração de ordem social. A mídia é um lugar de disputas desiguais de poderes simbólicos e econômicos, tanto em termos institucionais quanto nas relações de conflitos de classe, gênero ou raça. Toda forma de publicidade paga é mediada por comunidades discursivas do mercado que se multiplicam em milhares de vozes publicitárias em um sistema que a mídia irá reproduzir como um discurso social. Um exemplo de alinhamento midiático de controle social é a construção e manutenção da imagem do corpo idealizado na mídia, que é evidenciado e legitimado por milhares de peças publicitárias, filmes e programas de televisão (BRITTOS; GASTALDO, 2006).

A superexposição do corpo feminino idealizado e padronizado, sujeito a mecanismos de controle social, é descrito por Bourdieu como um “corpo-para-o-outro”, sujeito a um julgamento da “adequação” do corpo dentro de normas. É recorrente as mulheres negarem seu valor por se sentirem vulneráveis a julgamentos implacáveis sobre aspectos da sua corporalidade (BOURDIEU, 2012). Outra análise de idealização do corpo feminino é a concepção foucaultiana de controle através da “docilização” dos corpos como uma subordinação de poder e disciplinização do campo social (FOUCAULT, 1978).

HARDING (1991) propõe o termo “viés de gênero” ou “cegueira de gênero” para especificar uma área do conhecimento onde pesquisa e prática tendem a invisibilizar aspectos relevantes do seu objeto de estudo, enxergando apenas seus padrões (HARDING, 1991; DINIZ, 2009). Na Epidemiologia, o termo refere-se a erros sistemáticos relacionados às construções sociais de gênero que podem levar tanto pesquisadores quanto profissionais de saúde a acreditar nos mitos sobre o corpo feminino, relacionados a esse “sexo socialmente construído” como justificativa científica e objetiva sobre o corpo e a sexualidade (BARBIERI, 1993; DINIZ, 2009).

Manter o parto vaginal mais doloroso e danoso, com a utilização de práticas intervencionistas ineficientes (ultrapassadas por evidências científicas), favorece o mito e a construção simbólica e coletiva do corpo feminino defeituoso, potencialmente perigoso e imprevisível (DAVIS-FLOYD; SARGENT, 1997). Estas questões ampliam as crenças do sexo “socialmente construído”, que necessita de intervenção e correção de profissionais de saúde (e dos protocolos das instituições) para corrigir a fisiologia feminina (WEAVER *et al.*, 2007; DINIZ, 2009). O parto vaginal muitas vezes é reconhecido como um evento no qual a mulher fica “descompensada”, em uma posição de total exposição e com muita sujeira, além dos riscos para o bebê e a mãe. Essas percepções fomentam o excesso de tecnologias, como a CC, que tem seus riscos a curto e longo prazo invisibilizados, ocasionando uma “cegueira de gênero” (DINIZ, 2009).

Nesse sentido, a demanda pela cesárea no Brasil seria, sobretudo, uma demanda por dignidade, pois o modelo de parto dito ‘normal’ é intervencionista e traumático, cercado de crenças sobre danos (MELCHIORI *et al.*, 2009). Trata-se de “uma escolha entre o ruim e o pior” (DINIZ, 2009), entre duas formas de vitimização. Nas palavras de uma usuária, “se tiver que cortar, é melhor cortar por cima, porque em baixo é uma área mais nobre” (DINIZ, 2009, p. 321). Independentemente de as narrativas serem verídicas ou não, esses mitos reforçam as crenças sobre os danos que podem surgir durante o parto vaginal e legitimam

uma cascata de intervenções obstétricas, que por sua vez são as principais responsáveis pela maioria dos danos. Essas intervenções bloqueiam a autonomia e a autoridade da gestante e favorecem a transferência das decisões das preferências da mulher para o profissional de saúde e, assim, surge um ciclo vicioso que fomenta as tecnologias que ‘auxiliam a mulher’ (DINIZ, 2009).

Os objetos que compõem os mundos dos indivíduos e grupos sociais são compostos por produtos resultantes de uma interação simbólica e da construção de estereótipos, opiniões e costumes; as ideologias nascem a partir destes estereótipos (ELIADE, 2000), inclusive aqueles orientados por questões de gênero. Essas ferramentas conceituais podem nos ajudar a compreender porque a antropóloga norte-americana Robbie DAVIS-FLOYD (2016) recorre ao conceito de mito oriundo da antropologia para auxiliar na compreensão do parto como fenômeno social dos excessos da CC no Brasil.

Em 2017, ocorreram 2,7 milhões de nascimentos no Brasil. Se relacionarmos a taxa de CC praticada no país com as recomendações da OMS (VILLAR *et al.*, 2006; YE *et al.*, 2014; BETRAN *et al.*, 2015), concluiremos que a maioria das CC praticadas no país, cerca de 1 milhão (2017), foi praticada desnecessariamente.

Figura 4 – Infográfico que representa 2,7 milhões de nascimentos em 2017, cada grávida representa 100 mil mulheres. As mulheres roxas representam o número de partos normais; azuis claro representam o número de cesarianas com indicação clínica, segundo as recomendações da OMS até 15%; as as vermelhas – cesáreas sem indicação clínica, um milhão

Algumas hipóteses podem ser levantadas e comparadas ao conceito de mito de Von Gannep que relaciona a existência de determinados padrões de convenção como parte de uma realidade que reforça o mito (ELIADE, 2000).

- Os mitos de que a mulher, durante o processo evolutivo humano, perdeu a capacidade de parir e que a dor do parto vaginal seria insuportável (DAVIS-FLOYD, 2016). Para os sociólogos da saúde Fred Davis e Julius Roth, historicamente fingir a incerteza é uma estratégia recorrente dos médicos como forma de adesão do paciente (BOSK, 2006).
- Os rituais do parto vaginal hospitalar representam profundas expressões simbólicas e metafóricas da vida tecnocrática. Eles podem ser observados desde o momento que a gestante é internada no hospital e submetida a procedimentos, que funcionam como rituais que reforçam a autonomia do profissional de saúde. Colocá-la em uma cadeira de rodas é a mesma coisa que dizer, de forma simbólica, que o corpo dela é deficiente e não será capaz de parir; deixá-la nua com um jaleco hospitalar e deitada em uma cama traz a sensação de que ela está vulnerável e doente. Davis-Floyd relata o depoimento de uma gestante que durante o trabalho de parto se sentia no controle, com sua respiração ritmada até a colocarem em uma cadeira de rodas. Ele afirma que no momento que sentou na cadeira, sentiu que não estava mais no controle de si mesma (DAVIS-FLOYD, 2003).
- O excesso de tecnologia pode invisibilizar o ser humano, o ápice do parto tecnocrático é quando a equipe de saúde passa a monitorar a tecnologia, controlando apenas o funcionamento das máquinas. Uma mulher declarou que a partir do momento que foi conectada ao monitor de batimentos fetais, os olhares dos profissionais de saúde direcionaram-se para a tela do aparelho e ela passou a sentir que era a máquina quem teria o bebê, e não ela própria (DAVIS-FLOYD, 2016).
- Preferências médicas – o profissional de saúde quer otimizar o seu tempo de permanência no hospital e alinhar sua agenda de consultas, cirurgias e vida pessoal, já que o parto normal é um evento imprevisível quanto à data e duração (TORLONI *et al.*, 2011).

- Para executar uma cirurgia de CC é necessária uma equipe médica especializada, numerosa e custosa; medicação específica e maior tempo de internação. Os efeitos e riscos da cirurgia exigem cuidados especiais a curto e longo prazo, tanto para mãe como para criança, portanto, representam uma estrutura e um custo mais elevado do que o parto normal (ALOK, 1997). Porém, dentro do sistema de produção de serviços hospitalares, a CC representa uma economia de escala, sendo mais rentável para a unidade de saúde do que o parto normal, porque há previsibilidade de ocupação na rotatividade dos leitos cirúrgicos, além de mais rápida o tempo de permanência das equipes é menor (DINIZ, 2009).

A crença de que muitas mulheres desejam uma CC sem que haja indicações clínicas parece estar difundida, muitos estudos debatem a CC a pedido da mulher, do ponto de vista da mulher de diferentes maneiras (BETTES *et al.*, 2007; WEAVER *et al.*, 2007; ROBSON *et al.*, 2009). Alguns autores justificam o aumento da demanda da CC devido a fatores psicológicos, associando o medo da dor do parto vaginal, principalmente, quando a analgesia não está acessível (FUGLENES *et al.*, 2009); a crença de que a cesárea seria mais segura para o bebê (WEAVER *et al.*, 2007; MAZZONI *et al.*, 2011); aos mitos culturais da consequência do trabalho de parto vaginal, como danos no assoalho pélvico, incontinência urinária ou redução da qualidade do funcionamento sexual; e a experiências negativas anteriores provenientes de outros ‘cuidados’ obstétricos e de outro parto vaginal (BETRÁN *et al.*, 2018).

No inquérito epidemiológico NASCER NO BRASIL (2014), da Fiocruz, foi identificado que em média 27,6% das mulheres iniciaram a gestação desejando uma CC. Crenças sociais vão se incorporando no decorrer da gestação e ao final a proporção se inverte, apenas poucas mulheres desejarão um parto normal (LEAL; GAMA, 2014). Os resultados também apontam que a variação é sensível pelo perfil do serviço e número de gestações da mulher: a variação pode ser de 15,4% (primíparas no setor público) a 73,2% (multíparas com cesariana anterior no setor privado). Uma coisa todos os serviços de saúde tiveram em comum, o volume de CC realizada foi muito maior do que o desejado pelas mulheres (DOMINGUES *et al.*, 2014) De forma geral, os estudos confirmam que a maioria das mulheres saudáveis, sem histórico de complicação, prefere dar à luz fisiologicamente (MCCOURT *et al.*, 2007; MAZZONI *et al.*, 2011). Uma recente revisão sistemática também concluiu que apenas 27,2% das mulheres preferem CC (REITER *et al.*, 2018).

No inquérito *LISTENING TO MOTHERS SM III PREGNANCY AND BIRTH* (2013), da ONG *Childbirth Connection*, mais da metade (57%) das mulheres declararam que o motivo delas terem feito uma CC foi terem tido CC prévia e que esta decisão (63%) veio de seu obstetra. Pouco mais de 1% das mães com CC primária relataram que elas próprias haviam tomado a decisão de fazer uma CC sem indicação clínica (DECLERCQ *et al.*, 2013). Weaver também pesquisou gestantes, puérperas, profissionais de saúde e hospitais no Reino Unido e na Irlanda e concluiu que do ponto de vista das mulheres é fraca a evidência de que seja grande o número de mulheres que solicitam CC sem indicações (WEAVER *et al.*, 2007).

Nos estudos citados acima, as evidências sugerem que, pelo ponto de vista das mulheres, são os médicos os grandes influenciadores; enquanto que os médicos dizem que a solicitação de CC sem indicação clínica provém da gestante e é por conta do desejo delas que as taxas de CC crescem no mundo (BETTES *et al.*, 2007; WEAVER *et al.*, 2007; ROBSON *et al.*, 2009). Os médicos declaram reconhecer a importância de dedicar um tempo da consulta para conversar com as mulheres sobre seus medos (WEAVER *et al.*, 2007). Obstetras e ginecologistas do *American College of Obstetricians and Gynecologists* relacionam a demanda da CC por solicitação materna com o aumento do número de consultas, aumento de informações na mídia e a conveniência; metade deles acredita que as mulheres têm direito de pedir uma CC e, de forma geral, as comunidades médicas internacionais afirmam que os riscos desse procedimento superam os benefícios (BETTES *et al.*, 2007). Na opinião de obstetras e estagiários australianos, o pedido materno contribuiu para o aumento das taxas de CC no país (ROBSON *et al.*, 2009).

No Brasil, ser assistida por um mesmo profissional durante o pré-natal, parto e pós-parto está relacionado ao aumento da prevalência de CC (FREITAS *et al.*, 2015). A prática de CC no Brasil se concentra nos dias úteis e nos períodos diurnos, sendo menos frequente nos finais de semana e de madrugada (RATTNER; MOURA, 2016). Declarar que o excesso de CC é uma cultura intervencionista associada à profissão médica pode ser comprovado mediante dados que apontam que 3 entre 4 mulheres grávidas do primeiro filho no setor privado e 8 entre 10 no sistema público preferiam ter tido parto normal ao invés CC (DOMINGUES *et al.*, 2014).

A autonomia da profissão médica é validada e favorecida pela Academia, pelas associações médicas e pelo Estado (FREIDSON, 2009). O papel das associações médicas profissionais é organizar e facilitar a intermediação das articulações para autorregulação da profissão, sua autonomia técnica e econômica, além de representar os interesses dos médicos

em negociações com o Estado. Por sua vez, o Estado outorga ou intervém de forma reguladora nas condições de trabalho da classe médica (FREIDSON, 2009).

Figura 5 - Esquema representativo da informação na relação entre o médico e o paciente

O médico é o intermediador das informações em saúde baseadas nas habilidades, competências e adesão à ética profissional (PEREIRA-NETO, 2001).

Tradicionalmente, o médico sempre foi reconhecido como uma autoridade profissional, a referência mais segura para seu grupo social capaz de determinar o que é saúde ou doença e suas formas de intervenção.

A medicalização, mesmo tendo motivações humanitárias, tem como consequência o controle do médico sobre o usuário de saúde e a sociedade (FREIDSON, 2009).

Pesquisas revelam que o perfil universal dos profissionais de saúde que declararam estar de acordo em fazer uma CC a pedido da gestante (sem base científica) é do sexo masculino, trabalham em hospital universitário, podem estar motivados por incentivos logísticos ou financeiros, e/ou querem se proteger contra possíveis problemas legais (BETRÁN *et al.*, 2018). Eles acreditam que é mais comum os médicos sofrerem processos jurídicos devido a problemas ocorridos no parto vaginal, mesmo não sendo um erro médico, do que por uma CC sem indicação clínica (SILVER *et al.*, 2006).

Jovens médicos concluem a academia com pouca prática de partos vaginais. A falta de suporte no desenvolvimento das habilidades para resolver complicações de emergência no parto vaginal pode ser outro fator que contribui para prática da CC sem indicações clínicas (LITORP *et al.*, 2015). A prática da CC exige apenas controle da técnica cirúrgica (MEDSCAPE, 2018).

É preciso considerar que as narrativas intervencionistas são consensuadas por um grande número de obstetras, educados academicamente em um modelo ultrapassado; mudar a prática seria negar a própria trajetória profissional. As mudanças para um parto humanizado sem intervenção desnecessária não é, apenas, um problema ético, têm impacto

financeiro na sua produtividade, já que o parto vaginal exige maior disponibilidade de tempo ao assistir uma única gestante (DINIZ, 2009).

Não há estudos que tenham avaliado como é o sistema de comunicação entre obstetras e gestantes, não se sabe quais informações sobre CC as mulheres recebem dos médicos para tomada de decisão quanto a via de parto (GAMBLE *et al.*, 2008).

1.4 A TEORIA DO ATOR-REDE E A GOOGOLIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A informação é parte integrante de toda atividade humana, individual ou coletiva (CASTELLS, 2005), sua disseminação sempre esteve relacionada ao desenvolvimento tecnológico que influencia processos e altera padrões sociais. A primeira revolução da comunicação foi a prensa de Gutemberg, que propiciou a reprodução de livros, prerrogativa do clero e dos filósofos; a eletricidade ampliou o alcance da comunicação através das mídias de massa (rádio, cinema e televisão); já a internet, com suas conexões de redes de informação, é considerada a grande revolução na comunicação, que possibilitou amplo acesso na produção, disseminação de conteúdo e interatividade com o usuário (DI-FELICE, 2009).

Desde os últimos anos do séc. XX, os conceitos das ciências sociais sobre a sociedade pós-industrial passaram de uma base de insumos de energia para insumos de informação (INFO), assim surgiu o termo Sociedade da Informação. O volume e o fluxo de INFO que circulam na internet, somados à potencialidade das conexões, geram um “dilúvio” informacional que passa a configurar o ciberespaço (LÉVY, 2001, p. 10).

A internet oferece novas oportunidades tanto para difusão quanto para produção de informação (INFOS). As novas formas de interação em rede geraram a cultura da conectividade entre os seres humanos, ambiente e tecnologia. Passamos a co-habitar ecossistemas digitais reticulares. A ideia de arquiteturas digitais de interação substitui a ideia de mídia, elas são, ao mesmo tempo, produtora e produto de novas INFOS, estabelecem outras formas comunicativas desse novo habitar transformando nosso território em um espaço físico e informativo. Não existe mais real ou virtual, pertencemos e habitamos redes de pessoas, dados e circuitos físicos e virtuais; ecologias e superfícies que tornam possíveis nos deslocarmos pela conectividade; fornecemos, produzimos e interagimos com a INFO (DI-FELICE, 2009). Se o Ser humano é representado por pessoas e seus pensamentos, ideias

e representações culturais e por matérias (SANTAELLA; CARDOSO, 2015), nós passamos a viver em um era em que a partir de uma nova configuração técnica temos um novo relacionamento com o cosmos, em um novo estilo de humanidade, co-interagimos com os dados (LÉVY, 2001).

A interação entre o humano e o não-humano inclui objetos físicos e tecnológicos, instituições, código de conduta, entre outros aspectos, todos atuando com reciprocidade entre o pensamento e as ferramentas com capacidades modificações mútuas que resultaram é um padrão de ator social, ao que Latour (LATOUR, 1994) chamou de actante híbrido. As associações e interações entre todas essas partes têm influência mútua e é considerada como mediação. Para exercer uma ação social é necessária uma associação entre todos os actantes, capaz de agenciar recursos e compartilhar responsabilidades para um determinado fim, podendo alterar parcialmente um conjunto de interesses. Estes conceitos reconhecem a dinamicidade do coletivo, quando se atenta ao momento em que ocorre uma mudança na ordem.

A teoria do ator-rede (TAR) ou Sociologia da Translação, Sociologia da Tradução ou Sociologia da Mobilidade, é originária da sociologia crítica, com influência da filosofia, antropologia e semiótica. Faz parte do movimento pós-estruturalista, originado no século XX. O próprio hífen da palavra ator-rede sugere que o ator não pode ser isolado da rede, seu significado é indissociável, agregando símbolos, identidades, expectativas e narrativas (FUHSE; MÜTZEL, 2011). Como a técnica nunca foi estranha ao homem, ela é uma parte material de um híbrido, pode ser chamado de sociotécnico, a TAR está relacionada a uma rede Sociotécnica de múltiplos agentes, difícil de ser representadas graficamente, sem definição dos seus limites porque é rizomática. Esta rede movimenta dados coletivos que se estendem por “deslocamentos, deslizos, invenções, mediações, para criar conexões que não existiam antes, conexões que vão modificar seu tecido social, seus elementos ou agentes” (LATOUR, 1994, p. 32). Esta rede age da seguinte forma:

- Primeiro, há uma tradução, que é inscrita através de recursos em um material diferente de própria ordem social; por exemplo, digitar no computador
- uma transição ou passagem, uma troca de caracteres que são propriedades entre os não humanos;
- a inscrição através da qual um não humano é seduzido, manipulado, ou induzido no coletivo;

- a mobilização dos não humanos dentro do coletivo, que adiciona recursos inesperados, resultando novos híbridos;
- deslocamento, a direção que o coletivo toma quando [sua] forma, extensão e composição tenham sido alteradas (LATOUR, 1994, p. 46).

De uma forma resumida esse movimento do humano com o não-humano tem como característica principal não considerar que a realidade dos actantes é constituída apenas de elementos binários. Para TAR qualquer análise deve ir além do objeto de estudo, porque considera também o sistema de informações que o produziu. Nessa perspectiva, a cultura humana só poderia ser compreendida através de uma intermediação híbrida entre a realidade-concreta com as ideias-abstratas (CUDDON *et al.*, 2015). “Os atores não se comportam nem tomam decisões como átomos fora de um contexto social, e nem aderem de maneira servil a um roteiro escrito para eles pela intersecção particular de categorias sociais que eles possam ocupar” (GRANOVETTER, 1985, p. 487).

No aspecto social, a TAR esta associada com uma rede dinâmica, gerada pelas associações, resultantes das interações, que da mesma forma que são facilmente construídas, podem se desfazer rapidamente. As instituições e organizações são iniciativas dos actantes em busca de estabilizar essas redes, assim como as normas e hábitos também são resultados de estabilizações temporárias (LE MOS, 2013). O ator é uma rede, assim como a rede também é o ator. A TAR tem seu foco, na mudança provocada pelas suas translações e traduções, na intermediação dos atores, e nunca é classificada como uma estrutura estática comum (LATOUR, 2005).

Para LATOUR (2005), o conceito de "órgão social se aproxima da ideia de mediação, consequência da criação de uma conexão que não existia antes e que, em algum grau, modifica os dois elementos ou agentes” (LATOUR, 2005). O coletivo seria o intercâmbio de propriedades humanas e não humanas dentro do órgão social (LATOUR, 1994) apenas estes órgãos sociais estão aptos a absorver a proliferação de mediadores. A tecnologia favoreceu um novo agenciamento, o “organismo social que não funciona autonomamente, em que os objetos técnicos alteram a cognição humana, em algum grau, agenciando constructos sociotécnicos” que só se efetiva na interação com o humano (SANTAELLA; CARDOSO, 2015, p. 183). A interação humana com a tecnologia e impulsionamento de dados pessoais na Web favorecem a geração de dados, chamado de *Big Data* humanizado. Ou seja, todas as informações que cada pessoa tem na Web, desde dados de documentos, dados cadastrais, interesses de busca entre outros alimentam a internet com valor comercial,

pois fornece caminhos para as empresas terem a oportunidade de comércio (BAYARD, 2017).

1.4.1 Interação humana e internet: a Googlelização do mundo

Para entender melhor a interação humana com os dados é necessário distinguir o padrão entre os dados, o *Small Data* e o *Big Data*. As análises do *Small Data*³ são guiadas por hipóteses que precisam ser validadas por amostragens aleatórias, referem-se a uma quantidade mínima de dados que pode ser apreendida, com capacidade de conectar pessoas e oportunidades. São dados que estão livres para análises, estão armazenados em espaços físicos computador (ou em papel) e podem ser acessados por qualquer pessoa, portanto é considerado um dado humanizado. Os *Big Data* são dados não estruturados de origens distintas, são as informações globais, referem-se ao “N = all”, em tempo real, são dados que ficam na nuvem. Os *Big Data* são capazes de analisar enormes quantidades de informações e tirar conclusões valiosas que não poderiam ser reveladas usando dados menores e métodos tradicionais. Um princípio fundamental do *Big Data* é que, à medida que mais dados são analisados, o desempenho preditivo melhora; outra característica é uma associação de informação por correlação em vez de causalidade (MAYER-SCHÖNBERGER; CUKIER, 2013).

Importa salientar entre ambos que tanto o *Small Data* como o *Big Data* são soluções complementares, não há um pior ou melhor, podem ser utilizados em conjunto. Uma série de fatores contribuíram para a rápida penetração da internet na vida das pessoas: amplitude da capacidade de rede de telefonia, banda larga, barateamento do equipamento de acesso, organização das informações, entre outros. Até o surgimento do Google, em 1998, a worldwide web (WEB) era uma coletânea intimidadora, interligada e não indexada. O Google integrou o melhor aproveitamento da tecnologia com a ciência, organizou a informação para torná-la universalmente acessível; atualmente é o maior sistema de busca (buscador) do mundo e é sinônimo de internet (VAIDHYANATHAN, 2012).

Enquanto os antigos buscadores catalogavam as informações por frases, o Google inovou a catalogação e introduziu os links. A linguagem sempre foi tema de análise para os

³Disponível em: <<http://www.bigdatabusiness.com.br/big-data-e-small-data-voce-sabe-qual-a-diferenca-entre-eles/>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

cientistas sociais através de gigantescas listas de palavras, oriundas da leitura minuciosa de textos para que fossem transformadas em dados a serem analisados. A relação de produção de dados do Google não está no volume de textos apreendidos e sim na sua capacidade de encontrar e associar os dados certos, segundo seus critérios (STEPHENS-DAVIDOWITZ, 2018).

O ato de buscar informações é por si só uma informação, milhões de pessoas digitando palavras ou frases no Google geram trilhões de sequências de dados e caracteres que torna possível identificar pensamentos, desejos e intenções do usuário da internet. Toda essa vastidão combinatória também deixa rastros informativos reveladores ao serem estudados, demonstrando realidades e tendências. O Google detém muitas informações que normalmente eram ignoradas pelas pesquisas formais, é uma gama de dados únicos que pode nos oferecer perspectivas sobre determinadas áreas que anteriormente só se podia supor (STEPHENS-DAVIDOWITZ, 2018). “O Google e as mídias sociais transformam informação em *Big Data*, que revolucionará o modo como vemos a nós mesmos” (STEPHENS-DAVIDOWITZ, 2018, p. 53). Os *Big Data* são caracterizados por quatro poderes:

1º) Qualidade do dado – o mais relevante não é o tamanho da amostra e sim sua capacidade de oferecer novos tipos de informações que nunca tenham sido produzidos;

2º) Oferecer dados honestos – as pessoas confessam ao Google intimidades que não revelam em pesquisa alguma. O anonimato e a capacidade de se obter qualquer tipo de informação dentro de um retângulo em uma tela em branco trazem a sensação de garantia de anonimato;

3º) A possibilidade de análises de dados de pequenos subconjuntos de pessoas com arranjos e combinações inusitadas. A grande vantagem do *Big Data* é a capacidade de utilização de arranjos totalmente diferentes daqueles usados na pesquisa comum;

4º) Permite a realização de experimentos casuais, randomizados e controlados com muita rapidez (STEPHENS-DAVIDOWITZ, 2018).

A web, porém, deixou de ser uma conexão orgânica entre quaisquer pessoas com qualquer informação. Os mecanismos de acesso na web, nos buscadores e nas redes sociais classificam e estruturam o conhecimento com a finalidade de adquirir uma visão universal para si mesmo e para suas atividades. Os filtros e algoritmos têm efeito de uma bolha, criam um universo personificado de informação on-line. Há filtros para cada interface e para cada usuário, que vão considerar quem é o usuário, o lugar onde está e o que ele faz (VAIDHYANATHAN, 2012).

O Google é uma das instituições mais onipresente do mundo, sua missão é organizar a informação mundial, torná-la universalmente útil e criar o mecanismo de busca perfeito. A simplicidade da sua plataforma oferece ao usuário a sensação da sua própria capacidade de navegar, a competência do seu *Big Data* classifica e cria links com rapidez e precisão. É uma forma de navegar⁴ na web clara, fácil e confortável para o usuário. Seu processo de identificação classifica, cria links e apresenta um conhecimento que vai determinar aquilo que é considerado bom, verdadeiro, valioso e relevante, criando a ilusão de que o resultado da pesquisa é decorrente do esforço e da competência do usuário (VAIDHYANATHAN, 2012).

A web mostra apenas o que ela entende que queremos ver, mas não necessariamente o que precisamos ver. Ela se baseia na premissa de que as pessoas só consomem o que lhes faz sentido, o *Big Data* procura evitar que o usuário de internet sinta conflito, favorecendo a zona de conforto (PARISER, 2012). A estratégia central de negócio do Google é conhecer o perfil do seu consumidor através do armazenamento de “cookies”⁵ no navegador, a fim de rastrear cliques e, classificando e estruturando o conhecimento, adquirir uma visão universal para si mesmo e para suas atividades. O Google é acima de tudo uma empresa de publicidade (VAIDHYANATHAN, 2012).

O usuário da web tem a ilusão de estar acessando informações sem encargo monetário, mas a inteligência do *Big Data* do Google cruza as informações de preferências dos usuários com pequenos anúncios de produtos e serviços (baseados nos históricos das navegações capturados pelos cookies em cada computador), estes anúncios tiveram um pequeno custo que será multiplicado por bilhões de vezes por dia. (VAIDHYANATHAN, 2012). Dados publicados pelo *GLOBAL DIGITAL INTERNET WORLD STATS* (2017) revelam que 54% da população mundial tem acesso à internet, o que representa mais de 4 bilhões de usuários no mundo⁶. Segundo estatísticas publicadas em janeiro de 2018, a população brasileira era de 210,1 milhões de habitantes, sendo que 50,9% mulheres e destas 93% delas alfabetizadas. A internet fazia parte da vida de 66% dos brasileiros, a maioria (85%) acessava a web todo dia, a maior parte (67%) só pelos smartphones (aparelhos de

⁴ Verbo utilizado no Brasil “quando nos referimos a acessar a Internet e procurar por algo ou tentar nos comunicar com alguém” (PEREIRA NETO, 2019, p.37).

⁵ Cookies são arquivos de internet que armazenam temporariamente o que o usuário de web está visitando na rede. Eles não ocupam espaço no disco rígido do computador e não há limite para quais informações podem armazenar. Sua capacidade de registro é o que o torna perigoso: registra os sites que o usuário visitou, é acumulativo e pode ter a capacidade de guardar senhas. Disponível em: <<https://seguranca.uol.com.br/antivirus/dicas/curiosidades/o-que-sao-cookies-e-como-eles-podem-me-prejudicar.html#rmcl>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

⁶ Disponível em: <<https://wearesocial.com/blog/2018/01/global-digital-report-2018>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

telefonia móvel multifuncional), com média diária de 9h14m conectados à rede. O maior fluxo de brasileiros na internet (62%) estava nas redes sociais e nos canais de vídeo (com 3h39m) através dos smartphones e na procura de informação em motores de busca pelo smartphone (38%) e computador (21%). Mais da metade dos brasileiros (58%) acredita que a tecnologia oferece mais oportunidades que riscos e prefere atividades digitais (62%) sempre que possível; acreditam que privacidade e proteção dos dados (84%) são muito importantes⁷.

Nas economias emergentes, as tecnologias móveis, como os smartphones, oferecem acessibilidade às INFOS de saúde on-line e alguns países em desenvolvimento já contam com iniciativas chamadas de m-Health, suporte de aplicativos em saúde para smartphones (MAZZONI *et al.*, 2011). Dados do Research2Guidance, em 2017, contabilizaram cerca de 325.000 novos aplicativos de saúde, 7% dos aplicativos m-Health têm mais de 50 mil usuários ativos mensais (RESEARCH 2 GUIDANCE, 2017).

1.4.2 Google e a busca por informação em saúde

O Google detectou que as buscas provenientes de smartphones estavam relacionadas à saúde sexual e reprodutiva: gravidez, herpes e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (STEPHENS-DAVIDOWITZ, 2018). O volume das informações pode contribuir para uma mudança de reconfiguração das práticas médicas (SILVA, 2017). O sistema público de saúde do Reino Unido, por exemplo, o National Health Service (NHS), possui na internet uma plataforma eletrônica de saúde que gerou mais de 100 milhões de visitas (2010) e, recentemente, implantou serviços on-line específicos sobre contracepção de emergência e saúde sexual masculina (MCCOURT *et al.*, 2007).

Com a crescente popularidade da internet, as mulheres passaram a ter uma fonte de consulta aberta com numerosas informações sobre parto. O perfil de usuários em uma plataforma de saúde popular no Brasil concluiu que a maioria dos acessos eram provenientes do sexo feminino, 62% passavam de 5 a 35 horas por semana navegando na web e 90% das vezes realizavam buscas para responder dúvidas relacionadas à própria saúde. A grande

⁷Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/wearesocial/digital-in-2018-in-southern-america-part-1-north-86863727>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

maioria (86%) considerava a internet uma de suas principais fontes de informação em saúde (MORETTI *et al.*, 2012).

Em um ambiente cada vez mais saturado de mídia e digital, uma grande proporção de mensagens e informações relacionadas à saúde circula na web, acessada através das mídias e fontes digitais. A web é uma rede universal não regulamentada, qualquer pessoa pode fazer uma publicação; em uma sociedade democrática isto é positivo, mas questões de saúde podem ser um problema por conta de interesses pessoais e financeiros (CURRÒ *et al.*, 2004). A crença na tecnologia gera confiança acrítica e dependência na busca cega de informações na web (VAIDHYANATHAN, 2012). A falta de governança e a ausência de controle editorial humano podem trazer problemas de qualidade, pois é o algoritmo que decide o que podemos ver ou não, porém os algoritmos não possuem a ética que os editores desenvolvem (PARISER, 2012).

No universo virtual da web há pouco conteúdo confiável, sobram publicações imprecisas, incompletas e enganosas; portanto, as pessoas que buscam informações de saúde podem ficar confusas devido a relatos conflitantes, opiniões variadas e recomendações contraditórias (VAIDHYANATHAN, 2012). Em contrapartida, o acesso à informação de alta qualidade permite que consumidores participem de suas decisões de saúde e sintam-se mais satisfeitos em poder aumentar seu conhecimento em saúde, reduzir o número de consultas clínicas e ampliar a compreensão dos riscos e benefícios do tratamento para pacientes individuais. Portanto, o acesso à informação de alta qualidade seria um importante elemento para o empoderamento do usuário de saúde (CORTNER, 2005).

Desde o surgimento da Web 2.0 as configurações da internet impactam diversos campos sociais e estão transformando as relações de poder, entre elas, as relações de saúde, especificamente, a relação médico/paciente (SHAW; BAKER, 2004). A procura de informação, a interação e o compartilhamento de forma autônoma, independente do médico, transformaram a relação unilateral entre médico e paciente e têm transformado e descentralizado a estrutura do poder biomédico. Este empoderamento do usuário de saúde incrementou o debate sobre preservação da autoridade e status da profissão médica (KOPELSON, 2009).

1.5 COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA WEB

As Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) têm como papel fundamental complementar, e não substituir, a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, podendo melhorar os insumos de informação de pacientes para uma tomada de decisão em questões da sua própria saúde (CHANDWANI; KULKARNI, 2016).

A aplicação e o uso das TICs, segundo CASTELLS (2005)

“O que caracteriza a atual revolução tecnológica não é a centralidade de conhecimentos e informação, mas a aplicação desses conhecimentos e dessa informação para geração de conhecimentos e de dispositivos de processamento/comunicação da informação, em um ciclo de realimentação acumulativo entre as inovações e seu uso (CASTELLS, 2005, p. 50-51).

O conceito de alfabetização em saúde (literacy) foi desenvolvido para representar um conjunto de habilidades necessárias para o gerenciamento pessoal de informações básicas, desde a atenção à saúde e o acesso a serviços até a prevenção de doenças. O êxito das pesquisas nas páginas Web dependerá das habilidades e competências em: buscar, encontrar, acessar, interpretar conteúdos escritos e numéricos, avaliar a capacidade de aplicar as informações de saúde obtidas em benefício próprio e das pessoas presentes em seus ambientes sociais. Esse conceito é denominado de Alfabetização em e-Saúde ou e-Health Literacy (e-HEALS) (NORMAN; SKINNER, 2006).

Há quase vinte anos EYSENBACH (2001) trouxe o conceito e-health expandindo a relação da Internet-Saúde apenas do campo tecnológico para uma interação entre as práticas e os conhecimentos médicos com a saúde pública e aspectos financeiros de negócios. O autor também destaca a necessidade de informações de qualidade com abrangência dos cuidados de saúde, fundamentadas em evidências científicas, bem como a eficiência na relação custos/benefícios das intervenções de saúde. A Alfabetização em e-health ou e-Saúde trouxe para a alfabetização em saúde (literacy) convencional um nível diferente de significados: (i) do ponto de vista ético, a equidade, que enfatiza a importância de ambientes de mídia acessíveis para todos; (ii) interatividade com o conteúdo e com outros usuários; (iii) oportunidades para perguntas e respostas; (iv) participação ativa, compartilhando e comentando mensagens e informações sobre saúde (LEVIN-ZAMIR; BERTSCHI, 2018).

A internet deveria ser clara e justa tanto para o provedor das informações em saúde como para os usuários (CARRILLO-LARCO *et al.*, 2012). Diante dessa necessidade foram

desenvolvidos códigos de conduta (1996) para apresentação de informações sobre tratamentos médicos através da internet. Uma comissão constituída por representantes de provedores de informação de sites públicos e privados de saúde (e-Saúde), representantes da indústria, funcionários públicos, representantes de departamentos governamentais, organizações internacionais e organizações não-governamentais da União Europeia foi criada, em 2002, para discutir uma política de certificação (KHAZAAL *et al.*, 2012) e um padrão de avaliação de qualidade para as páginas Web (PW), com informações em saúde com critérios de idoneidade das boas práticas do conteúdo de página web. Os principais critérios são:

- Transparência e honestidade na identificação do promotor da página web, contendo nome, endereços físico e eletrônico da pessoa ou organização responsável pelo site (HEALTH ON THE NET FOUNDATION, 2002);
- Transparência quanto à finalidade e ao objetivo do site, com clara definição do público-alvo;
- Transparência de todas as fontes de financiamento do site (subvenções, patrocinadores, anunciantes, com ou sem fins lucrativos);
- Identificação clara das autoridades responsáveis pelas informações apresentadas (referências completas: data de publicação da fonte, nomes e credenciais de todos fornecedores pessoais/institucionais das informações colocadas no site, incluindo datas em que as credenciais foram recebidas);
- Privacidade e proteção de dados: política de proteção e sistema de privacidade para o processamento de dados pessoais, incluindo tratamento invisível aos usuários, de acordo com a legislação vigente na época (HEALTH ON THE NET FOUNDATION, 2002);
- Atualização periódica da informação;
- Manutenção e atualização regulares do site;
- Data da atualização claramente visível em cada página e/ou item relevante;
- Verificação regular da pertinência das informações;
- Responsabilidade e realimentação da página;

- Parcerias – garantir que a parceria ou links para outros sites sejam apenas com pessoas e organizações confiáveis e signatárias dos códigos de boas práticas;
- Política clara: declaração descrevendo o procedimento utilizado para seleção do conteúdo;
- Acessibilidade e facilidade geral de busca, legibilidade e usabilidade.

A Health On the Net Foundation promoveu o HON (Health On the Net), o instrumento mais antigo e talvez mais conhecido, que oferece um selo de qualidade para conteúdo da internet e um selo de certificação para uma página específica de saúde. Sua missão é indicar aos usuários comuns, não-médicos e médicos, os sites que apresentam informações confiáveis de saúde on-line (HEALTH ON THE NET FOUNDATION, 2013). Os principais patrocinadores do HON são: governo de Genebra, Hospital da Universidade de Genebra, Instituto Suíço de Bioinformática e Sun Microsystems. O HON é um selo que qualifica as páginas Web segundo uma avaliação de qualidade em oito domínios:

- Autoridade da informação apresentada;
- Complementaridade;
- Confidencialidade;
- Privacidade;
- Justificativa;
- Transparência da autoria;
- Transparência de patrocínios financeiros;
- Honestidade em publicidade;
- Honestidade da política editorial.

Para ter direito ao selo, que já foi concedido a mais de 8 mil sites em todo o mundo, o promotor do site tem que formalizar e encaminhar um pedido para o site da HON; ao ser aprovado, o site recebe o selo com o compromisso de observar rigorosamente todos princípios. As páginas Web que cumprem os critérios de qualidade ganham o direito de se identificar pelo hyperlink do selo HON, exibido em local de destaque na página Web; é um selo ativo que permite ao usuário, ao “clique” sobre ele, acessar o próprio site HON pedindo para deixar seus comentários e críticas sobre o texto. O selo é válido por um período

determinado e a re-certificação é emitida se os critérios de qualidade estiverem sendo mantidos. A fundação HON analisa, certifica e controla todo processo.

As principais categorias que deveriam ser avaliadas na busca por qualidade seriam conteúdos, autoria, declaração de conflitos de interesse (patrocinadores comerciais ou sem fins lucrativos), estética e usabilidade do site.

No Brasil, duas iniciativas nacionais se propuseram a avaliar a qualidade das informações em saúde na Web, sendo que uma delas lançou um selo de certificação para sites em saúde:

- Resolução 97, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) – é uma autarquia federal fundada e há mais de sessenta anos que se posiciona como entidade de supervisão da ética médica no Estado de São Paulo⁸. Ela criou um manual de orientações chamado de “Manual de Princípios Éticos para Sites Médicos e de Saúde” que sugere critérios a serem seguidos pelos médicos e pelas instituições de saúde registradas no Cremesp para criação, manutenção e ação profissional em domínios, sites, páginas ou portais sobre medicina e saúde na internet, “a divulgação de informações, a prestação de serviços e a venda de produtos médicos na Internet têm o potencial de promover a saúde, mas também podem prejudicar usuários e consumidores da Internet (CREMESP, 2001). A resolução defende conteúdos confiáveis e de alta qualidade, é iniciativa nacional para suprir a falta de regulamentação do uso da internet na área da saúde no Brasil, o que levou à necessidade de autorregulação do setor para assegurar padrões mínimos de qualidade, segurança e confiabilidade dos sites de medicina e saúde no meio médico. A iniciativa visa proteger o usuário de saúde que busca informações, através do incentivo dos princípios de transparência, honestidade e qualidade, além do uso de mecanismos capazes de avaliar a confiabilidade de sites médicos e das informações de saúde veiculadas na rede (CREMESP, 2001).
- LaISS (Laboratório Internet, Saúde e Sociedade) – criado em 2009, na FIOCRUZ, é um laboratório para estimular o empoderamento do cidadão a partir da alfabetização digital e da avaliação da qualidade da informação sobre saúde na internet. A inclusão social para o exercício da cidadania e a promoção da saúde são pontos a serem destacados neste trabalho. O LaISS lançou o Selo Sérgio Arouca, em 2016, para

⁸ <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia>

certificar sites de saúde através da análise executada pelos usuários de saúde previamente capacitados e por profissionais de saúde. A equipe do LaISS é treinada para avaliar indicadores de qualidade sugeridos por EYSENBACH *et al.* (2002), que se baseia no grau de concordância que a informação oferece comparando a melhor evidência científica em cinco critérios: (i) técnico; (ii) interatividade; (iii) abrangência; (iv) legibilidade e (v) acurácia (PAOLUCCI *et al.*, 2017). No processo de desenvolvimento do selo de certificação avaliou sites de tuberculose, dengue e amamentação entre os anos de 2012 e 2015.

As iniciativas internacionais de métodos de avaliação da qualidade em páginas Web com informações médicas possuem três critérios: conteúdo médico, responsabilidade do autor e usabilidade do site (CURRÒ *et al.*, 2004). Essas características são encontradas em vários instrumentos:

- OMNI (Organizing Medical Networked Information). Instrumento específico para especialistas. Avalia informações médicas on-line através do uso de uma lista de critérios conhecidos como "Guias de avaliação" (KIRRIEMUIR, 1997).
- Silberg. Instrumento que utiliza quatro critérios essenciais para medir a qualidade de sites médicos: a) autoria; b) atribuição (referências a fontes de evidências científicas apresentadas); c) divulgador (proprietário do site e qualquer patrocínio ou ofertas publicitárias que possam constituir um potencial conflito de interesses) e d) atualização (data da criação e atualização da página) (SILBERG *et al.*, 1997).
- NETSCORING. Desenvolvido no Centro Hospitalar Universitário de Rouen, na França, o instrumento utiliza um conjunto de 49 critérios agrupados em oito categorias: credibilidade, conteúdo, links, design, interatividade, aspectos quantitativos, ética e acessibilidade (CENTRALE-SANTÉ, 2001).
- QUICK. Instrumento projetado para ser utilizado como ferramenta de ensino em ambiente educacional, como salas de aula ou bibliotecas, podendo integrar o currículo médico no desenvolvimento de habilidades e competências na busca por informações científicas e na avaliação crítica da literatura (QUICK.ORG.UK).
- DISCERN. Uma das iniciativas de maior autoridade desenvolvida especificamente com foco nos usuários de saúde e autores. É uma ferramenta na perspectiva do usuário, de fácil manuseio. Auxilia a análise do mérito de uma publicação como fonte de

informação na hora de escolher um tratamento específico para uma pessoa leiga em termos médicos.

A maioria dos instrumentos supracitados que avaliam qualidade é mais útil para proprietários de página Web de saúde e para programadores e designers que irão construí-la. Para um leigo, usuário de saúde aprimorar seus conhecimentos em literacia (alfabetização em saúde) é mais recomendado o uso do selo HON e do instrumento DISCERN (CURRÒ *et al.*, 2004).

1.6 RELAÇÃO DA INFORMAÇÃO COM O MÉDICO E O PACIENTE

Os usuários de saúde precisam assumir a responsabilidade por adquirir novas competências para avaliar a credibilidade das informações (EYSENBACH, 2001). O volume de informação, a facilidade de acesso, as habilidades em Alfabetização em e-Saúde e o compartilhamento na Web, podem favorecer o conhecimento e o desenvolvimento de um novo ator, o “paciente informado”, uma pessoa que desenvolveu os conhecimentos necessários através das suas habilidades de busca de informação e que participa ativamente do processo decisório das questões que envolve sua saúde (ou de uma pessoa próxima), além de gerenciar suas condições de vida (DONALDSON, 2003).

O acesso direto às informações não filtradas e o volume de informação sobre saúde na internet favorecem que os usuários de saúde ignorem o intermediário especialista em um primeiro momento (EYSENBACH, 2007). Da mesma forma, provedores de informação deveriam ser encorajados a seguirem códigos de conduta ou de ética na produção de conteúdo de saúde, evitando possíveis danos graves ao usuário, decorrentes do uso de informações incorretas (TERRY, 2000).

Tanto o empoderamento individual quanto o coletivo, aprimorados através dos conteúdos produzidos e disponibilizados na web, bem como o domínio dos saberes médicos são características de uma mesma realidade (GARBIN *et al.*, 2008). A busca de conteúdo sobre saúde na internet pode contribuir para autoestima do paciente no que diz respeito a este se sentir no controle da situação e da busca por apoio. Pode influenciar a mobilização e organização social e ajudar a lidar com as adversidades decorrentes do seu estado de saúde (PAOLUCCI *et al.*, 2017). Uma característica dos “pacientes informados” é tornarem-se ativistas de determinadas práticas, usando argumentos de qualidade (EYSENBACH, 2007).

Porém, deve ser considerado que de modo geral os usuários da web estavam satisfeitos com as informações sobre saúde encontradas (DIAZ *et al.*, 2002), sem perceberem

que a maioria das publicações é pobre (EYSENBACH *et al.*, 2002), inclusive as páginas sobre cesariana em português (FIORETTI *et al.*, 2015).

Os profissionais de saúde e obstetras são tradicionalmente considerados os principais provedores de informação sobre cuidados na gestação, no parto e no pós-parto, mas as mulheres também obtêm informações de familiares, amigas, livros e meios de comunicação (CARRILLO-LARCO *et al.*, 2012) que podem influenciá-la quanto a preferência na tomada de decisão quanto à via de parto (USHA KIRAN, 2002; HANDFIELD *et al.*, 2006). A mídia tradicional tradicionalmente exerce influências sobre a decisão das mulheres em pedir CC (TORLONI *et al.*, 2011, 2013).

Durante a gestação há muita propensão das mulheres procurarem informações relacionadas a fases da gravidez, estágios de parto, desenvolvimento fetal e nutrição; o grau de confiança com as informações encontradas é alto e elas não são discutidas com os profissionais da saúde (LAGAN, 2010); o estudo concluiu que informações de baixa qualidade podem causar ansiedade desnecessária sobre os problemas na gravidez (SAYAKHOT; CAROLAN-OLAH, 2016).

STEPHENS-DAVIDOWITZ (2018) fez uma análise de *Big Data* a respeito das similaridades de queixas quanto a sintomas na gestação ao redor do mundo e encontrou termos referentes a náusea, dor nas costas e constipação como os mais procurados. O autor também pesquisou as perguntas mais frequentes feitas pelas gestantes e não obteve a mesma uniformidade de respostas entre distintas partes do mundo. Ele atribuiu esta heterogeneidade como causa provável do volume de informações oriundas de fontes discrepantes de cada país (por exemplo: estudos científicos, estudos medíocres, superstições e conversas de vizinhos, todos em um mesmo ambiente na internet). A referida pesquisa relata a dificuldade das mulheres em discernirem e orientarem o foco para o que pesquisar no Google (STEPHENS-DAVIDOWITZ, 2018).

As informações on-line podem trazer benefícios econômicos, ajudando a reduzir consultas desnecessárias com profissionais de saúde ou diminuir os custos da comunicação em campanhas promovidas por instituições governamentais (MCDAID; PARK, 2011).

O primeiro estudo que examinou a qualidade e a integridade das informações sobre CC em páginas da Web para leigos foi realizado em 2013, por FIORETTI *et al.* (2015) e avaliou o conteúdo sobre CC em 176 páginas Web, em português, para leigos. Verificou-se que a qualidade das informações variava de regular a ruim. A maioria das páginas de internet obteve notas baixas nas perguntas relacionadas à confiabilidade da publicação e abrangência

das informações sobre CC. As dez indicações mais frequentes de CC foram sofrimento fetal, mencionado por 41% de todas as páginas, apresentação fetal anormal (40%), placenta prévia/acreta (38%), hipertensão em gravidez (35%), e desproporção céfalo-pélvica (34%), falta de progresso ou conveniência materna (31% cada), doenças maternas preexistentes (27%), CS anterior ou macrosomia fetal (26% cada), conveniência médica (25%) e dor materna (21%).

Aproximadamente um terço das páginas web forneceram informações sobre as taxas nacionais / locais de CS ou as taxas ideais recomendadas pela OMS apenas 10% (n = 19) apresentaram dados sobre os custos de CS. Os benefícios ou vantagens do CC foram relatados por 56% dos sites em 2013, como: conveniência materna (24%), evita as dores do parto / parto, parto mais rápido e conveniência para os médicos / hospitais também por 20% (n = 35), 16% (n = 28) e 14% (n = 24) dos sites, respectivamente. Os riscos maternos de curto prazo ou inconveniências de CC foram relatados por aproximadamente 80% dos sites. Infecções ou febre foram mencionadas por 51% dos sites, mais tempo para recuperação em 49% ferida local / infecção da pele em 47%, aumento da perda sanguínea / hemorragia por 36% e mais dor pós-parto em 34%. Menos de um terço das PW mencionaram que a CC poderia levar a riscos maternos de longo prazo, como ruptura uterina em gestações futuras, mencionada por apenas 17% de todas as páginas, maior probabilidade de necessitar de outro SC em 14% e aumento do risco de placenta prévia / acreta em apenas 12%. Os riscos perinatais relacionados à CC foram mencionados por menos de 50 % dos sites. Aumento do risco de problemas respiratórios em recém-nascidos por CC foram relatados por 40%, prematuridade iatrogênica em 18% e aumento da probabilidade de internação em unidade de terapia intensiva neonatal em 15%.

Vários motivos não clínicos para realizar um CC, incluindo a conveniência materna ou médica e a dor materna, figuravam entre as indicações mais citadas. Embora a maioria dos sites fornecessem algumas informações sobre os riscos maternos de curto prazo associados à CC, a infecção e o aumento do sangramento foram mencionados por apenas 40 a 50% das páginas da web. Mais preocupante foi o fato de que mais de dois terços das páginas da Web forneceram absolutamente nenhuma informação sobre potenciais riscos maternos de longo prazo associados à CC, como placenta prévia/acreta e menos da metade mencionou riscos perinatais, como maior probabilidade de doença neonatal. Problemas respiratórios.

Os resultados das PW em 2013, revelaram uma mistura de falta de informação, informações distorcidas e / ou erradas sobre CC, além do fato que os passo e processos da CC são pouco descrito na Web; 80% do conteúdo estava relacionado à indicação de CC

sendo que apenas 30% destas indicações eram clínicas; menos da metade das páginas Web mencionaram riscos maternos a longo prazo ou riscos perinatais. O estudo concluiu que a qualidade e a completude dos recursos baseados na web em português sobre CC foram pobres a regulares (FIORETTI *et al.*, 2015).

A disponibilidade e o acesso de informações científicas de saúde, para leigos é, historicamente, recente. As mídias de massa colaboraram para estimular este interesse, mas foi com o crescimento da internet que volume, oferta, demanda e consumo de conteúdos associados à ciência e à tecnologia foram popularizados para fora da comunidade científica (VALERIO; PINHEIRO, 2008).

Considera-se conhecimento científico todo sistema de produção e disseminação de resultados direcionados para seus pares, e como comunicação científica todo fluxo informativo que perpassa desde a pesquisa até os resultados, além das formas de diálogos entre cientistas e canais de comunicação, formais ou informais, orais ou escritos (VALERIO; PINHEIRO, 2008). Mesmo a produção científica sendo desenvolvida na esfera privada, a validação se dá na esfera pública, pois os critérios de prova em ciência não podem ser privados. Os resultados científicos necessitam ser publicados, mas só serão legitimados através de consenso pela comunidade científica, o que os torna ciência pública (VALERIO; PINHEIRO, 2008).

Se a comunicação científica é o fluxo informativo de validação acadêmica, a divulgação científica ou vulgarização científica ou popularização da ciência são todos os recursos e processos que tornam essas informações acessíveis para um público não-especializado, visando o entendimento comum (BUENO, 2009).

Favorecer a educação científica da população é um vetor para inclusão social, econômica e política, e um promotor à cidadania, assim como promover a divulgação da ciência é um estímulo à visão crítica através da reflexão sobre benefícios, possíveis danos e valores éticos dos seus conteúdos (CALDAS, 2008; PINHEIRO, 2003; CETTO, 1996). A facilidade de acesso e a usabilidade da internet criaram oportunidades para novos empreendedores difundirem e expandirem conteúdos científicos (CETTO, 1996). Este processo de desintermediação da informação entre ciência e sociedade alterou significados, influenciou dinâmicas de poder, normas sociais e convergiu em um novo interlocutor social (VALERIO; PINHEIRO, 2008).

Figura 6 - Esquema gráfico para representar o processo de desintermediação da informação entre ciência e sociedade.

(EYSENBACH, 2007). A diferença entre estes conceitos é que o intermediário fica “entre” a informação e o paciente e o apomediador fica ao lado, aguardando ser demandado (em latim apo significa separado).

Apomediadores podem ser pessoas, instrumentos ou tecnologia que auxiliam a mediação entre os usuários de serviços e as informações, fornecendo valor agregado do lado de fora, orientando os consumidores para informações relevantes e de alta qualidade. Um apomediador não é requisito necessário para obtenção de informações ou serviços (EYSENBACH, 2008). A apomediação está relacionada tanto à ferramentas como pares influentes ou formadores de opinião, prontos para auxiliar os consumidores a encontrarem informações confiáveis ou para adicionar credibilidade a elas. Para que a apomediação se concretize, o agente precisa ter autonomia (que está diretamente relacionada à sua motivação) e capacidade e maturidade. O debate sobre credibilidade e qualidade da informação digital é resultado de um processo social de desintermediação da informação por meio de tecnologias digitais (EYSENBACH, 2007).

Não está implícito que o modelo desintermediado/apomediado é sempre melhor que o intermediado; a usabilidade dele é a possibilidade de analisar e discutir as implicações do processo de desintermediação a nível social, como no caso do e-Saúde, por exemplo, que permite desenhar analogias com o que está acontecendo no indivíduo. A credibilidade da desintermediação da informação, como acesso de informação na web, tende a aumentar em um sistema onde os profissionais de saúde são pagos por serviço, incentivados a oferecer, ao invés de terapias naturais, terapias dispendiosas para as quais são diretamente reembolsados; instituições de saúde se utilizam de instrumentos para pressionar o lucro. Essa incerteza e desconfiança criam o desejo de certificar a informação e também de contornar o intermediário (EYSENBACH, 2007).

Em face dessas questões, pessoas se veem obrigadas a criar ações conjuntas para resolver situações com as quais se defrontam, o que é um estímulo para o surgimento de movimentos sociais, como, por exemplo: *Internet Activism*, *Eletronic Advocacy* ou Ciberativismo (DI-FELICE, 2012).

O termo ciberativismo surgiu no final do século XX e refere-se aos movimentos globais e às causas locais que usaram arquiteturas de informação em rede para difundir e promover discussões na Web. O ciberativismo não se resume apenas à incorporação da Internet aos processos de comunicação do ativismo, ele representa a forma como a web transformou radicalmente os processos de ativismo: tanto o espaço democrático, a identidade

coletiva, as estratégias políticas quanto os conceitos de participação e as estratégias de ação (MCCAUGHEY; AYERS, 2003).

Dentro desse conceito de ciberativismo podemos considerar o trabalho da ONG Parto do Princípio (PP), Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, unidas pelo Brasil através da luta pela promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher; em comum, todas participantes são usuárias do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). A PP também atuava como apomediador a medida que fornecia informações na internet com base em evidências científicas. A PP é uma rede suprapartidária que estimula o debate de modo horizontal e aberto, apoia a auto-organização e a articulação com outros movimentos sociais e se fortalece com a participação política das mulheres e sua atuação como cidadãs (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

Figura 7- Esquema gráfico para representar o processo de desintermediação e apomediação da informação entre ciência e sociedade.

No ano de 2006, a ONG Parto do Princípio (PP), fez uma denúncia ao Ministério Público quanto ao abuso de CC praticadas no Brasil. O Ministério Público Federal (MPF) recebeu a denúncia, reconheceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e a necessidade de implantação de medidas efetivas para incentivo do parto normal e a redução de CC desnecessárias; fez uma representação contra a Agência Nacional de Saúde (ANS). A audiência pública aconteceu em 2007 e contou com representantes do Ministério da Saúde,

ANS, Conselho Federal de Medicina, Associação dos Hospitais Privados, Conselho Federal de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina e representantes de planos de saúde (DINIZ *et al.*, 2018).

A denúncia apresentada pela PP teve como objetivo promover o direito à informação e prestação de serviços médicos obstétricos adequados a fim de garantir melhores condições para o nascimento. O processo 0017488-0.2010.4.03.6100. 24ª Vara Federal evidenciava que:

i) as taxas de CC no setor de saúde suplementar estavam muito acima das recomendações médias; ii) a realização da CC sem indicação médica implicaria em aumento de risco de morte, dentre outros riscos, para a mãe e bebê; iii) todos os atores envolvidos no assunto reconhecem a existência e a importância do problema; iv) avaliação da eficácia das políticas adotadas; v) a maioria dos obstetras dos planos de saúde não realizam partos normais (Parto do Princípio, 2015, s/p - *online*).

O MPF acolheu a denúncia e no ano de 2010 propôs uma Ação Civil Pública contra a ANS. A primeira audiência da ação entre o MPF e a ANS aconteceu só quatro anos depois, em 6 de agosto de 2014. Em 6 de janeiro de 2015, a ANS apresentou como proposta uma Consulta Pública que foi realizada entre 24 de abril e 13 de maio de 2015 (PARTO DO PRINCIPIO, 2015). Em 30 de novembro do mesmo ano, foi deferida a ação pelo Juiz Victorio Giuzio Neto, dando à ANS um prazo de 60 dias para implantar as seguintes medidas para redução de CC: a) adoção do partograma como documento obrigatório, com o histórico de avaliação para uma possível indicação de CC; b) divulgação dos percentuais de CC e partos normais efetuados pelos obstetras e hospitais que prestam serviço de atenção obstétrica, caso o usuário de saúde solicite; c) utilização do Cartão da Gestante como documento obrigatório; d) credenciamento de enfermeiras obstétricas e obstetras; e) desenvolvimento de indicadores para qualificações dos hospitais que reduzirem CC e humanizarem sua prática; f) remuneração para o parto normal ser significativamente maior do que a CC.

Os esforços para reduzir a epidemia de CC no Brasil também têm sido facilitados por várias iniciativas públicas e privadas. Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, ação de esclarecimento universal sobre a CC e as boas práticas na assistência ao parto e nascimento. Apesar da ANS ter recorrido à Ação Civil Pública, o projeto brasileiro denominado Parto Adequado, proposto pela ANS, pelo Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Health Improvement* (IHI), com apoio do Ministério da Saúde (MS) é uma resposta ao efeito desta condenação. O Parto Adequado foi

implementado em hospitais privados e públicos: é uma iniciativa-piloto baseada nas melhores evidências científicas que aumentem a qualidade e a segurança da atenção ao nascimento, incentivando o parto normal e reduzindo as CC desnecessárias (MARCOLIN, 2014). Em 2015, o Ministério da Saúde lançou um guia com Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana para a rede pública de saúde (BRASIL, 2015b). Com base nos princípios do Parto Adequado (2017), o Ministério da Saúde lançou o Parto Cuidadoso, em 2018, um sistema de monitoramento on-line para acompanhar a quantidade de CC nos serviços do SUS (BRASIL, 2018). No início de 2018, a OMS lançou um manual com 56 novas diretrizes que visam reduzir intervenções desnecessárias durante o parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No entanto, pouco se sabe sobre se tais ações inovadoras para a redução de cesáreas tiveram impacto sobre os conteúdos da página da web, de forma geral, e nas páginas da associação dos profissionais médicos que assistem perto de 90% dos partos no Brasil.

Com base na realidade brasileira das taxas de CC, no interesse e na relação das mulheres na busca de informação sobre parto e nascimento na Web, e no papel que os profissionais de saúde e associações médicas exercem quanto a ser uma fonte segura de informação sobre parto e nascimento, esta tese tem como objetivo analisar e mapear as informações disponíveis na internet sobre CC.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade e a abrangência das informações sobre CC disponíveis em português na internet para leigos e o efeito sobre esta informação das medidas públicas e privadas de redução de CC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar e comparar a qualidade e a abrangência das informações sobre CC disponíveis em português na internet para leigos, em 2018, após as medidas públicas que influenciaram

iniciativas privadas de redução de CC, e compará-las com dados de 2013 (anterior a estas medidas), tendo como hipótese que estas iniciativas, amplamente divulgadas, podem ter melhorado as informações sobre CC disponível em páginas da web em português.

- Avaliar e comparar a qualidade e a abrangência das informações sobre CC disponíveis nas páginas Web da FEBRASGO (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) no período de 2014 a 2018, antes, durante e após as medidas públicas de redução de CC.
- A partir do interacionismo simbólico, analisar o sentido do nascimento no Brasil, o ciberativismo e as políticas públicas voltadas à epidemia de cesáreas desnecessárias.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo documental, transversal e analítico.

3.2 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DAS PÁGINAS WEB (PW)

Este estudo terá como unidades de análise PW, selecionadas na internet e organizadas em dois bancos de dados distintos. Foram produzidos dois bancos de dados distintos específicos para cada um dos manuscritos, que serão descritos como manuscrito I e II. As PW dos dois bancos de dados foram selecionadas, pelo autor deste estudo.

3.2.1 Critérios de inclusão de PW

- PW de livre acesso, escritas em português, em linguagem disponível e acessível para usuários de conteúdo na web, pacientes ou leigos;
- PW com informação sobre CC (pelo menos 2 parágrafos).

3.2.2 Critérios de exclusão

- (i) Escrita em outro idioma que não fosse português;

- (ii) Acesso restrito por senha ou PW indisponível;
- (iii) Conteúdo em linguagem incompreensível ao leigo, como: artigos científicos, manuais técnicos e protocolos médicos (CLINE; HAYNES, 2001);
- (iv) Páginas de veterinários;
- (v) PW de venda de produtos para profissional de saúde ou consumidor, como instrumentos médicos ou comércio de produtos estéticos;
- (vi) PW com depoimentos pessoais sem informações adicionais;
- (vii) PW com informações sobre CC em animais;
- (viii) Páginas Web de anúncios ou propagandas de hospitais, clínicas ou equipes médicas que fazem CC e que não forneciam qualquer informação adicional específica sobre o tema em si;
- (ix) Chat de conversação ou mídia social

3.3 ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAR E SELECIONAR AS PW

O processo de seleção das páginas Web foi realizado através da identificação de uma combinação de termos correlatos da palavra CC sugeridos pelo instrumento Google Trends, como as preferências nas buscas sobre CC na web. Este processo foi feito em português para o estudo das PW na web em geral e para PW das associações médicas em inglês. No estudo do site das associações médicas (manuscrito II) as palavras-chave foram submetidas no campo “de procura” dos sites e coletadas em formato PDF segundo as especificações dos critérios de inclusão.

A fim de se manter o critério comparativo entre as coletas das PW em português no manuscrito II (2018 e 2013), as palavras-chave foram submetidas pelo navegador Google Chrome, que responde por 82,36% (2018) das buscas⁹, aos mesmos cinco buscadores de 2013 e na mesma sequência – Google.com.br, Ask.br, Google.com, Bing.br e Yahoo.br – do estudo de 2013 (FIORETTI *et al.*, 2015), mesmo que a preferência atual dos usuários de

⁹ <<http://gs.statcounter.com/browser-market-share/all/brazil>>.

internet fosse quase exclusivamente pelo Google.com.br (94,3%) e aos demais buscadores fosse insignificante (Quadro 1)¹⁰.

Quadro 1 - Ranking da preferência dos buscadores.

	Preferência de uso % 2013	Preferência de uso % 2018
Google.com.br	79,3	94,3
Bing.com.br	6,6	1,7
Google.com	5,3	2,0
Ask.com.br	5,3	>1
Yahoo.com.br	1,2	1,1

*Informações disponíveis na internet por instituto de pesquisas digitais. Eles foram utilizados para determinar a ordem dos buscadores na coleta das PW para a formação do banco de dados do manuscrito II * Disponível em: <<https://simps.com.br/ranking-dos-bu>>

Pesquisas apontam que 90% dos usuários web exploram até a terceira página de resultados de um buscador, trinta primeiros links (WALLACE *et al.*, 2005; HIRASAWA *et al.*, 2012), e que este volume de PW gera representatividade para se obter uma coleta de informações significativas para a internet (HARGRAVE, DARREN *et al.*, 2003; HIRASAWA *et al.*, 2012; ZAHEDI *et al.*, 2013), portanto, foram selecionados todos os links provenientes das três primeiras páginas, oriundos de cada uma das palavras-chave selecionadas, para cada um dos cinco buscadores. Cada uma das PW resultantes foram

¹⁰ Apesar do Manual de Teses recomendar que quadros sejam apresentados no capítulo resultados optamos por descrever estas tabelas em métodos para facilitar a visualização da preferência de uso dos buscadores.

abertas e analisadas pela autora desta tese (BFF) para possível inclusão no estudo, de acordo com os critérios de seleção previamente descritos.

3.4 LISTA DE PALAVRAS-CHAVE

Para localizar as palavras-chaves, foram utilizados os instrumentos gratuitos do Google chamado *Google Trends* que indica a frequência de palavras por geolocalização. Ele foi lançado em 2009, como uma ferramenta que computa os dados quando muitas pessoas buscam por uma mesma expressão, ele informa aos usuários com que frequência qualquer palavra ou frase foi pesquisada em locais diversos e em diferentes momentos. Este instrumento compara a frequência relativa de diferentes buscas, mas não relata o número absoluto das mesmas (STEPHENS-DAVIDOWITZ, 2018). Ele é utilizado em saúde pública para detecção precoce de doenças através do movimento de consultas on-line, também podendo monitorar a sazonalidade de epidemias de acordo com o interesse de busca da população. GINSBERG *et al.* (2009) que detectou epidemias de gripe nos Estados Unidos rastreando pelo Google Trends as palavras chaves referentes a gripe influenza, utilizadas pelo usuário relacionando a frequência das buscas na internet com o fluxo de visitas aos médicos e desta forma foi feita uma projeção da doença (GINSBERG *et al.*, 2009).

Nesta pesquisa foi utilizado o Google Trends para mapear a palavra cesárea, seus sinônimos e as variações possivelmente utilizadas por usuários da Web, já que foi verificado que o resultado de busca na web é sensível aos erros ortográficos. A ferramenta demonstra a preferência nos últimos 12 meses, permite buscas por palavras geolocalizadas, sugere palavras correlatas e demonstra os termos mais acessados por cada palavra (Figuras 1, 2)¹¹. A primeira combinação de palavras foi feita em novembro de 2012 e a mesma combinação de palavras foi confirmada em 27 de maio de 2018.

Figura 8– Prevalência das palavras “cesárea” (azul), cesárea (vermelho), “cesaria” (amarelo), “cesária” (verde), cesariana (roxo), conforme região geográfica do Brasil.

¹¹ Apesar do Manual de Teses recomendar que figuras sejam apresentados no capítulo resultados optamos por trazer estas nos métodos por representar a estratégia de seleção das palavras chaves e auxiliar o leitor(a) entender a dinâmica do Google Trends. Poderíamos compará-las com a estratégia bibliográfica de seleção de Match em uma Revisão Sistemática.

Fonte: Google Trends, acesso 27/05/2018

Figura 9 – Prevalência das palavras “cesárea” (azul), cesárea (vermelho), “cesaria” (amarelo), “cesária” (verde), parto cesariana (roxo), conforme região geográfica do Brasil; em 27 de maio de 2018.

Fonte: Google Trends, acesso 27/05/2018

Os termos de buscas correlatos associados à CC sugeridos pelo Google Trends foram Parto, Cirurgia, Parto de Operação. A combinação das cinco palavras-chave iniciais com

estes quatro termos adicionais resultou em uma lista final de 26 palavras-chave que poderiam ser usadas por leigos na busca por informações sobre CC, na internet (Quadro 2)¹².

Quadro 2- Combinação de palavras-chave para obtenção de termos usados por leigos em buscas sobre CC.

	Parto	Cirurgia	Parto de	Operação
Cesárea	Parto cesárea	Cirurgia cesárea	Parto de cesárea	Operação cesárea
Cesarea	Parto cesarea	Cirurgia cesárea	Parto de cesarea	
Cesária	Parto cesária	Cirurgia cesária	Parto de cesária	
Cesaria	Parto cesaria	Cirurgia cesaria	Parto de cesaria	
Cesariana	Parto cesariano	Cirurgia cesariana	Parto de cesariana	Operação cesariana
	Parto cesariana	Cirurgia parto cesariano		
	Parto cesáreo			
	Parto cesario			

Fonte: Google Trends, acesso, 13/12/2012 e 27/05/2018.

3.4.1 Processo de organização, seleção e categorização das páginas Web

Todos os links de PW provenientes das três primeiras páginas (30 primeiros links) de cada uma das 26 palavras chaves digitadas em cada um dos cinco buscadores selecionados, na ordem de importância estabelecida do banco de dados, de 2013 (google.com.br, bing.com.br, google.com, br.ask.com.br, yahoo.com.br), usando o navegador Google Chrome. Foram abertos e salvos em formato PDF e cadastrados para posterior avaliação quanto a sua adequação aos critérios de seleção previamente estabelecidos.

O processo de organização dos bancos de dados das PW, foram identificados da seguinte forma:

1. Inicialmente foram criados cinco arquivos identificados com o nome do buscador (Google.br, Bing, Google, Ask, Yahoo), apenas para o manuscrito I

¹²Para facilitar a compreensão do leitor distribuímos as 26 palavras chaves em um quadro, mesmo sabendo que este já é um resultado preliminar optamos por deixar em métodos para facilitar a compreensão da forma como as páginas web foram obtidas para o banco de dados.

2. Dentro de cada um desses arquivos foram criadas 26 pastas identificadas com o nome de cada uma das 26 palavras-chave (1- cesárea, 2- cesarea, 3- cesária, 4- cesaria, 5- cesariana, 6- parto cesárea, 7- parto cesarea, 8- parto cesária, 9- parto cesaria, 10- parto cesariana, 11- parto cesariano, 12- parto cesáreo, 13- parto cesario, 14- cirurgia cesárea, 15- cirurgia cesarea, 16- cirurgia cesária, 17- cirurgia cesaria, 18- cirurgia cesariana, 19- cirurgia parto cesariano, 20- parto de cesárea, 21- parto de cesarea, 22- parto de cesária, 23- parto de cesaria, 24- parto de cesariana, 25- operação cesaria, 26- operação cesariana), critério utilizado para os dois bancos de dados.

3. Dentro de cada uma dessas 26 pastas foram colocados os 30 arquivos em PDF correspondendo a cada uma das PW (unidade de análise), identificadas por um código com a seguinte forma, apenas para o banco de dados do manuscrito I:

- Uma letra indicando seu buscador de origem (gb = Google.br, b = Bing, g = Google, a = Ask, y = Yahoo);
- Um número de 1 a 26, correspondendo à palavra-chave que originou a busca;
- Um número de 1 a 30, correspondendo à ordem em que o link da página Web estava localizado, dentre os resultados.

Por exemplo, uma unidade de análise (PW em PDF) codificada como b.10.21 indicaria que esta página Web foi identificada através do buscador Bing, com a palavra-chave 10 (parto cesariana) e estava localizada na 21ª posição no resultado desta busca.

Todos os “PDFs” das páginas Web foram compilados em uma única lista, as duplicatas foram excluídas, chegando-se a uma lista final contendo todas as unidades de análise únicas obtidas através do processo de busca. As páginas Web repetidas em mais de um buscador foram consideradas como pertencentes ao buscador em que apareceu pela primeira vez. Por exemplo, se a mesma página Web apareceu nas buscas do Bing, Ask e Yahoo, esta página seria classificada como pertencente ao buscador Bing.

Todos os PDFs desta lista única final foram abertos, lidos e avaliados por uma investigadora (BFF) para possível inclusão no estudo baseado nos critérios de seleção previamente estabelecidos.

Além do critério por buscador, as PW também foram categorizadas quanto à sua natureza em Portal, Site ou Blog segundo as definições abaixo, que são formas de comunicação na web que se diferenciam por sua estrutura, volume e finalidade¹³.

- Site – Normalmente dirigido para dar visibilidade a produtos e/ou serviços. Um site pode ser pessoal, institucional, comercial, promocional, informacional ou experimental; a informação é distribuída em sessões bem distintas e se pode pesquisar por interesse sem ter que percorrer um caminho predeterminado. Um site pode conter um blog.

- Blog – É caracterizado pela publicação de textos regulares e/ou frequentes chamados *posts*. O termo *blog* é uma contração de web + log, sendo que log significa registrar de forma cronológica os processos em um sistema. Em geral são mantidos por um autor (ou grupo pequeno), podendo ser pessoal, coletivo ou institucional. Por exemplo: CORDVIDA- www.cordvida.com.br/blog/parto-cesariana-saiba-como-e-feito-e-em-que-situacoes-e-indicado/

- Portal – Uma plataforma, impessoal, com vários temas, que atinge vários públicos. Normalmente traz conteúdo informativo de determinado setor, interesse, organização, pois possui ferramentas de relacionamento com seus públicos, que se beneficiam de navegação privilegiada pelos conteúdos. Por exemplo: UOL- <https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2017/11/07/e-possivel-ter-parto-normal-depois-da-cesarea-especialistas-explicam.htm>

4- Para o banco de dados do manuscrito II, do site da FEBRASGO, as páginas web foram salvas com o número da palavra chaves, conforme foi descrito acima, e o título da página.

Esse processo foi repetido em três momentos, em três anos distintos:

1ª Seleção de dados: todos os dados disponíveis até 10 de junho de 2014¹⁴;

¹³ Disponível em: <<http://tradstar.info/blog/qual-diferenca-entre-site-blog-portal-e-hotspot/>>

¹⁴Em junho de 2014, ao submeter o artigo “*Googling caesarean section: a survey on the quality of the information available on the Internet*” (FIORETTI *et al.*, 2015) para o periódico BJOG, do Royal College of Obstetrician and Gynaecologist, foi solicitado, pelo revisor do artigo, que fossem verificados conteúdos sobre CC em todas associações médicas brasileiras, esta ação gerou a primeira coleta de dados, 2014.

2ª Seleção de dados: foram verificadas todas as PW que continham alguma informação sobre cesárea entre agosto de 2014 e julho de 2017. A produção dos dados foi realizada de 22 de março a 19 de julho de 2016, e de 01 a 20 de julho de 2017.

3ª Seleção de dados: foram verificadas todas as PW publicadas entre dezembro de 2017 a março de 2018. A produção do dado foi realizada de 20 de janeiro a 30 de março de 2018. Entre julho a dezembro de 2017 o site não foi analisado e será justificado em resultados.

Os bancos dados foram analisados nos meses de abril e maio de 2018. Em julho e novembro de 2018, o site foi revisitado para simples conferência.

3.5 EXTRAÇÃO DOS DADOS DAS PÁGINAS WEB

3.5.1 Avaliação da qualidade geral das informações – DISCERN

O DISCERN foi escolhido por ser um instrumento de fácil manuseio, desenvolvido especificamente com foco para os usuários de saúde. Ele cria um padrão de análise e de avaliação do conteúdo de uma publicação como fonte de informação na hora de escolher um tratamento médico específico. O Discern é um questionário com 16 perguntas, sendo 15 específicas e 1 pergunta final sobre a qualidade geral do texto. Cada pergunta recebe uma pontuação que vai de 1 até 5; portanto, o escore final deste instrumento vai de um mínimo de 16 até um máximo de 80 pontos.

Cada pergunta avalia um critério de qualidade independente ou uma característica essencial do texto como fonte de informação. As 16 perguntas do DISCERN (descritas no Anexo I) estão organizadas em três domínios:

- 1º domínio (perguntas 1-8): avalia a confiabilidade da publicação como fonte de informação sobre opções de tratamento (no caso, vias de parto).
- 2º domínio (perguntas 9-15): avalia a qualidade das informações sobre detalhes das opções de tratamento existentes (no caso, CC).
- 3º domínio (pergunta 16): é um julgamento global sobre a qualidade do texto como fonte de informação para o usuário.

Ocasionalmente, uma pergunta pode não ser pertinente ou adequada para uma publicação específica. Por exemplo, a questão 12 avalia se o texto apresenta informações

sobre a opção de o indivíduo decidir não fazer nenhum tratamento ou intervenção. No caso do parto, esta opção não existe; isso justifica sua eliminação na avaliação de textos relacionados a esse tema, conforme recomendado pelos próprios criadores do instrumento (CHARNOCK *et al.*, 1999). Para esta tese, eliminamos exatamente esta pergunta 12 (sobre a opção de “não fazer nenhum tratamento”) e usamos as outras 15 questões. Portanto, os escores mínimos e máximos no nosso estudo foram 15 e 75, respectivamente. A lista de todas perguntas incluídas neste estudo está no Apêndice I.

Cada questão DISCERN recebeu uma pontuação de 1 a 5 (escala Likert), onde a nota 5 significava que aquele aspecto específico de qualidade estava plenamente preenchido no texto em análise, as notas 4, 3 e 2 indicavam que o aspecto específico avaliado estava parcialmente atendido, e a nota 1 significava que aquele aspecto específico de qualidade não era atendido no texto analisado.

Para cada um dos estudos participaram dois avaliadores independentes diferentes, duas estudantes de graduação em obstetrícia da faculdade de Obstetrícia da EACH-USP, no manuscrito I. Duas doutorandas e em Saúde Pública sendo uma delas obstetriz e a outra autora deste trabalho. As planilhas de Excell foram duplicadas e cada uma analisou as perguntas atribuindo notas de um a cinco para as questões do DISCERN para as PW de cada manuscrito. As planilhas duplicadas foram consolidadas, para análise da produção de dados.

As páginas Web foram categorizadas em cinco grupos, de acordo com seus escores médios finais do DISCERN, conforme proposto por Hargrave *et al.* (HARGRAVE, DARREN; *et al.*, 2003) (Quadro 3).

Quadro 3- Categorização da qualidade das páginas Web, conforme escores finais do DISCERN

Categorização	Escore médio final
Excelente	63-75
Bom	51-62
Regular	39-50
Ruim	27-38
Muito ruim	15-26

Fonte: Hargrave et al., 2003

3.5.2 Avaliação da abrangência das informações – Checklist

O DISCERN não foi criado para avaliar qualidade científica, abrangência ou precisão das informações apresentadas no texto (CHARNOCK *et al.*, 1999). Para avaliar esses aspectos, é necessário combinar o DISCERN com outros instrumentos. Nos últimos três anos foram publicados cerca de quinze estudos utilizando este padrão, oriundos de nove países, como: Austrália, Alemanha, Brasil, Canadá, China, Estados Unidos, Japão, Reino Unido e Suécia (FIORETTI *et al.*, 2015; CAJITA *et al.*, 2017; HIRSCH *et al.*, 2017; PERZEL *et al.*, 2017; CORREDERA *et al.*, 2018; DOL *et al.*, 2018; MOZAFARPOUR *et al.*, 2018; TANABE *et al.*, 2018; CLANCY *et al.*, 2018), sendo que cinco deles são relacionados com saúde da mulher (REED; ANDERSON, 2002; FIORETTI *et al.*, 2015; PERZEL *et al.*, 2017; MURRAY *et al.*, 2018, HIRSC, 2016).

Para avaliar a abrangência das informações sobre CC na internet, foi utilizado um *checklist* específico baseado nos mais recentes documentos, diretrizes e consensos produzidos por órgãos internacionalmente reconhecidos (BETHESDA, 2006; NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR; WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH, 2011; AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013). Originalmente este *checklist* foi desenvolvido por uma equipe multidisciplinar de especialistas em saúde pública, saúde reprodutiva e sociologia seguindo o modelo validado proposto por OXMAN *et al.*, 1993, aplicado em três estudos anteriores que avaliaram a qualidade das informações sobre CC em revistas femininas brasileiras e espanholas (TORLONI *et al.*, 2011, 2013) e, também, na avaliação da qualidade da informação sobre CC em português em 2013 (FIORETTI *et al.*, 2015).

O *checklist* consiste de 78 itens divididos em seis grandes temas:

1. Indicações de cesarianas: traz tanto indicações da CC baseada em evidências e indicações sem base em evidências comumente usadas,
2. Taxas e custos de CC,
3. Possíveis benefícios ou vantagens da CC, incluindo a conveniência materna e do médico,
4. Possíveis riscos ou desvantagens maternas imediatos da CC com e sem base científica,
5. Possíveis riscos ou desvantagens maternas tardias da CC – com base científica,

6. Possíveis riscos ou desvantagens perinatais da CC – com base científica,
O Checklist completo está no Apêndice II.

Os mesmos avaliadores que preencheram individualmente o *checklist* do DISCERN participaram deste *checklist* assinalando a presença ou ausência de cada um dos itens e adicionando informações nos campos livres, caso necessário. As respostas dos dois avaliadores de cada estudo foram consolidadas e as divergências foram discutidas por eles até que fossem resolvidas. Os casos de discordância persistente foram resolvidos pela avaliação de um 3º revisor (BFF).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados das avaliações de cada PW usando o DISCERN e o *checklist* foram transpostos em duas planilhas eletrônicas (uma para cada banco de dados) no programa Excell (Microsoft) que centralizou todas as informações para análises. Para análise dos dados para o checklist foram utilizadas a média aritmética e o desvio padrão (DP) em ambos os manuscritos.

Para o *checklist* de conteúdo em profundidade:

Manuscrito I: foi calculada a presença da informação através das percentagens e por se tratar de uma amostra de dados obtidos na internet e não o universo da Web, realizada análise comparativa das medianas, teste de Mann-Whitney e proporções, teste qui-quadrado, adotando 0,05 como nível de significância. As análises foram feitas pelo software MedCalc Version18.11.3.

Manuscrito II: por se tratar do universo das PW analisadas em um período de cinco anos, dentro de um mesmo site obtidas, foi calculado apenas a percentagem de presença e ausência das informações para cada uma das 76 questões.

Para ilustrar como os dados foram transpostos nas planilhas segue um roteiro ilustrativo. A coluna horizontal da planilha Excel foi dedicada a cada uma das PW encontrada e em 123 colunas com os critérios de avaliação dos dois instrumentos e dados complementares.

1º bloco de informações gerais nas colunas: A- nome do revisor; B- data da publicação; C- título da PW; D- palavra-chave oriunda da postagem (podendo ser mais de

uma se houver duplicada); E- nome do autor; F- se o autor é vinculado a um grupo; G- nome do site; H- endereço eletrônico.

2º bloco de informações específicas com perguntas relacionadas às medidas da ANS nas colunas: I- se a informação é direcionada para usuária de saúde; J- se a informação é de interesse do médico; K- serve para ambos; L- cita a ANS; M- plano de parto; N- taxa do seu médico; O- remuneração para os médicos; P- redução de CC; Q- parto acompanhado por enfermeira; R- boas práticas humanizadas; S- cesárea eletiva ou agendada; T- epidemia de CC; U- cesárea mais lucrativa; V- assistência obstétrica ou assistência desumana; W- texto próprio ou tem copia no Google.

3ª bloco DISCERN – perguntas relacionadas à confiabilidade: 1-8 (da coluna Y a AF) perguntas de detalhe específico; 9-15 (da coluna AG a AL), nota do avaliador (coluna AM), média (coluna AN), desvio padrão (coluna AO). A qualidade geral das páginas Web foi avaliada através dos escores totais do DISCERN, apresentados como média e desvio padrão e porcentagem de páginas classificadas em uma das cinco categorias de qualidade (muito ruim, ruim, regular, bom e excelente), conforme Quadro 3 apresentado anteriormente.

Figura 10 - Exemplo de planilha Excel. Nas colunas “V e W” (S-sim ou N-não) de “Y até AM”- DISCERN, escala numérica de 1 a 5 com média e desvio padrão na sequência, o Discern completo está no Apêndice I.

REVISOR	A	B	C	D	E	F	G	H	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP
			página Web título	página Web	Aut	emissão	site	URL	VÍDEO ASSISTENTE DE COMUNICAÇÃO	TEXTO PRELIMINAR DE COMUNICAÇÃO																			
1		23/05/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
2		23/05/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
3		23/05/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
4		07/12/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
5		25/07/20	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
6		13/11/2017	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
7		07/12/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
8		08/01/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
9		01/01/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
10		30/08/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
11		01/12/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
12		12/06/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
13		03/01/17	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
14		04/12/2017	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
15		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
16		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
17		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
18		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
19		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
20		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
21		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
22		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
23		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
24		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
25		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
26		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
27		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
28		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
29		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				
30		16/02/18	Página do site sobre o projeto de lei	emissão, criação	emissão	emissão	emissão	emissão	N																				

Fonte: referência ilustrativa - fotografia da tela do computador com a tabela utilizada nesta pesquisa

4º bloco Checklist:

- A- 26 tipos de indicações – colunas (da coluna AR a BS);
- B- 3 tipos de taxas e dados (da coluna BT a BV);
- C- 14 tipos de benefícios (da coluna BW a CI);
- D- 20 tipos de riscos maternos a curto prazo (da coluna CK a DD);
- E- 7 tipos de riscos maternos a longo prazo (da coluna DE a DK);
- F- 6 tipos de riscos perinatais (da coluna DL a DQ).

Figura 11 - Exemplo da Tabela Excel com o bloco 4 – Checklist, indicações (azul); taxas e dados (azul mais escuro); benefícios (rosa); riscos maternos a curto prazo (verde); riscos maternos a longo prazo (cinza); riscos perinatais (amarelo) - Sim (S). A abrangência das páginas Web foi avaliada, no checklist, de forma descritiva através da apresentação da porcentagem de PW, O Checklist completo está no Apêndice II .

1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31		32		33		34		35		36		37		38		39		40		41		42		43		44		45		46		47		48		49		50		51		52		53		54		55		56		57		58		59		60		61		62		63		64		65		66		67		68		69		70		71		72		73		74		75		76		77		78		79		80		81		82		83		84		85		86		87		88		89		90		91		92		93		94		95		96		97		98		99		100		101		102		103		104		105		106		107		108		109		110		111		112		113		114		115		116		117		118		119		120		121		122		123		124		125		126		127		128		129		130		131		132		133		134		135		136		137		138		139		140		141		142		143		144		145		146		147		148		149		150		151		152		153		154		155		156		157		158		159		160		161		162		163		164		165		166		167		168		169		170		171		172		173		174		175		176		177		178		179		180		181		182		183		184		185		186		187		188		189		190		191		192		193		194		195		196		197		198		199		200		201		202		203		204		205		206		207		208		209		210		211		212		213		214		215		216		217		218		219		220		221		222		223		224		225		226		227		228		229		230		231		232		233		234		235		236		237		238		239		240		241		242		243		244		245		246		247		248		249		250		251		252		253		254		255		256		257		258		259		260		261		262		263		264		265		266		267		268		269		270		271		272		273		274		275		276		277		278		279		280		281		282		283		284		285		286		287		288		289		290		291		292		293		294		295		296		297		298		299		300		301		302		303		304		305		306		307		308		309		310		311		312		313		314		315		316		317		318		319		320		321		322		323		324		325		326		327		328		329		330		331		332		333		334		335		336		337		338		339		340		341		342		343		344		345		346		347		348		349		350		351		352		353		354		355		356		357		358		359		360		361		362		363		364		365		366		367		368		369		370		371		372		373		374		375		376		377		378		379		380		381		382		383		384		385		386		387		388		389		390		391		392		393		394		395		396		397		398		399		400		401		402		403		404		405		406		407		408		409		410		411		412		413		414		415		416		417		418		419		420		421		422		423		424		425		426		427		428		429		430		431		432		433		434		435		436		437		438		439		440		441		442		443		444		445		446		447		448		449		450		451		452		453		454		455		456		457		458		459		460		461		462		463		464		465		466		467		468		469		470		471		472		473		474		475		476		477		478		479		480		481		482		483		484		485		486		487		488		489		490		491		492		493		494		495		496		497		498		499		500	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--

Após calculadas as porcentagens, os dados foram consolidados em outra tabela para facilitar a análise dos dados conforme Figura 5.

Figura 12- Exemplo da tabela com os dados consolidados do Checklist (Manuscrito I) das indicações de CC, dispostos de forma hierárquica do ano de 2018 e 2013 para facilitar a comparação dos dados.

Table S4. Completeness of the information on CS presented in 235 websites

S4.A /2018. Main indications for CS posted in 235 websites/2018				S4.A/2013. Main indications for CS posted in 176 websites/2013			
Websites reporting indications for CS	N	Absolute 2018 %	Relative 2018 %	Websites reporting indications for CS	N	Absolute 2013%	Relative 2013%
Did not report any indication for CS	74	31.5		Did not report any indication for CS	33	18.8	
Reported at least 1 indication:	161	68.5		Reported at least 1 indication:	143	81.2	
• Maternal diseases (cardiopathy, diabetes)	74	31.5	46,0	• Fetal distress	73	41.5	51,0
• Abnormal fetal presentation (breech or other)	73	31.1	45,3	• Abnormal fetal presentation (breech or other)	70	39.8	49,0
• Placental problems (previa or abruption)	60	25.5	37,3	• Placental problems (previa or abruption)	66	34.7	46,2
• Fetal distress	58	24.7	36,0	• Hypertension in pregnancy (or preeclampsia)	61	34.7	42,7
• Hypertension in pregnancy (or preeclampsia)	51	21.7	31,7	• Cephalo-pelvic disproportion	60	34.1	42,0
• Previous CS	48	20.4	29,8	• Failure to progress	54	30.7	37,8
• Cephalo-pelvic disproportion	44	18.7	27,3	• Maternal convenience (scheduling date/time)	54	30,7	37,8
• Failure to progress	43	18.3	26,7	• Maternal diseases (cardiopathy, diabetes, etc...)	48	27,3	33,6
• Medical convenience	43	18.3	26,7	• Previous CS	46	26.1	32,2
• Maternal pain	37	15.7	23,0	• Fetal macrosomia	45	25.6	31,5
• Fetal macrosomia	32	13.2	19,9	• Medical convenience	44	25.0	30,8
• Fetal malformation	31	13.2	19,3	• Maternal pain	36	20.5	25,2
• Maternal convenience (scheduling date/time)	31	13.2	19,3	• Multiple pregnancy	33	18.8	23,1
• Multiple pregnancy	25	10.6	15,5	• Nuchal cord	24	13.6	16,8
• Social pressure/trend	12	5.1	7,5	• Fetal malformation	16	9.1	11,2
• More modern/ elegant/ civilized way to deliver	12	5.1	7,5	• Post-date	16	9.1	11,2
• Prolonged 2nd stage of labor	10	4.3	6,2	• Failed induction	12	6.8	8,4
• Nuchal cord	8	3.4	5,0	• Prolonged 2nd stage of labor	11	6.3	7,7
• Post-date	8	3.4	5,0	• To perform tubal ligation	9	5.1	6,3
• Failed induction	7	3.0	4,3	• Maternal anxiety / fear / tocophobia	6	3.4	4,2
• Preterm baby	7	3.0	4,3	• More modern/ elegant/ civilized way to deliver	6	3.4	4,2
• Maternal anxiety / fear / tocophobia	7	3.0	4,3	• Maternal exhaustion/prolonged labor	5	3.8	3,5
• Maternal exhaustion/prolonged labor	6	2.6	3,7	• Preterm baby	3	1.7	2,1
• To perform tubal ligation	2	0.9	1,2	• Social pressure/trend	3	1.7	2,1

Fonte: fotografia da tela do computador com a tabela utilizada nesta pesquisa

Para o manuscrito I,(avaliação das PW em português), foi realizado uma análise de subgrupos conforme o tipo de buscador (Google.Br, Ask, Bing, Google e Yahoo), a natureza das páginas Web (Portal, Blog ou Site), de palavras que pudessem referenciar a ação da ANS.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa envolveu produção de dados documentais, disponíveis em acesso livre na internet. Mesmo assim este estudo foi submetido em 19/10/2018 ao comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e aprovado com o número CAAE: 01551718.1.0000.5421.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta são apresentados na forma de três manuscritos, dois dos quais já submetidos para publicação, sendo que um deles já aceito, indicados abaixo:

A) MANUSCRITO I: “WHAT CHANGED IN THE QUALITY OF ONLINE INFORMATION ABOUT CAESAREAN SECTION IN PORTUGUESE? A CROSS SECTIONAL STUDY” –submetido ao BJOG An International Journal of Obstetric and Gynaecology e está no padrão do periódico

B) MANUSCRITO II: “QUALIDADE DA INFORMAÇÃO SOBRE CESÁREA NO SITE DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, EM UMA ERA DE “APOMEDIAÇÃO”, será submetido para INTERFACE e já está no padrão do periódico

C) MANUSCRITO III: “A DISPUTA SOBRE O SENTIDO DO NASCIMENTO NO BRASIL: INTERACIONISMO SIMBÓLICO, CIBERATIVISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE A EPIDEMIA DE CESÁREAS” aceito como capítulo de livro, Grupo de Pesquisa em Comunicação Política, ancorado no Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo ECA-USP

4.1 RESULTADOS GERAIS

A palavra “cesaria” predomina nas buscas em português em quase todos os estados brasileiros (nos últimos 12 meses) em uma proporção entre 32% a 44%; apenas no Acre, em Roraima e no Amapá “cesaria” perde para “cesarea” nas preferências de busca no Google, entre as palavras cesárea, cesarea, cesária e cesariana. A palavra com a grafia correta cesárea tem a preferência de cerca de 15%, sendo que na região nordeste chega a 17% (Bahia, Rio Grande do Norte e Ceará).

Figura 13– Proporção de preferência de busca entre cinco palavras-chave por região.

Fonte: Google Trends, acesso 24/11/2018

Em 24 de novembro de 2018, foram verificadas novamente as preferências de busca dessas cinco palavras com os termos de busca mais frequentes nos últimos doze meses; estes resultados são orgânicos e podem apresentar pequenas alterações, este recorte é um exemplo dos temas mais procurados.

As consultas relacionadas à palavra “cesaria” na preferência são: 1- ivete sangalo parto normal ou cesaria; 2- a partir de quantas semanas pode fazer cesaria (o interesse por esse tema foi classificado pelo Google Trends com crescimento de 3.350% de aumento da procura,– esta informação é exatamente como esta descrita no Google Trends oque demonstra o aumento de interesse, mas não oferece o parâmetro); 3- calculadora gestacional; 4- dieta pós partocesaria; 5- cesaria inflamada; 6- com quantos dias posso ter relação depois de cesaria; 7- resguardo de parto cesaria; 8- quanto custa uma cesaria particular; 9- cesaria inflamada dentro; 10- resguardo de cesaria; 11- queloide de cesaria; 12- recuperação pós cesaria; 13- aderência pós cesaria; 14- parto cesaria com laqueadura.

Figura 14 - Ranking de termos de busca para cesaria

Fonte: Google Trends, acesso 24/11/2018

As consultas relacionadas à palavra “cesarea” (média de 25% na preferência) foram sobre: 1- pomada para cicatriz da cesarea; 2- quanto tempo a barriga desinchar depois da cesarea; 3 depilação após cesarea; 4- cid cesarea; 5- seroma na cesarea; 6- quanto tempo a cesárea cicatriza por dentro; 7- queloide cesárea; 8- cesarea colada; 9- cesarea inchada; 10- seroma; 11- sexo após cesarea; 12- cesaria ou cesarea; 13- queloide na cesárea.

As consultas relacionadas à palavra “cesariana” variaram de 9% a 22% na preferência e foram: 1- parto cesariana; 2- cesaria; 3- cirurgia cesariana; 4- cesariana inflamada; 5- cid cesariana.

As consultas relacionadas à palavra “cesárea” variaram de 0% a 15% na preferência e foram sobre: 1- dor de cabeça pós cesárea; 2- cid parto cesárea; 3- pés inchados após cesárea; 4- pés inchados após cesárea o que fazer; 5- inchaço nos pes após cesárea; 6- parto normal X cesárea; 7- parto normal ou cesárea; 8- dor nas costas após cesárea; 9- cesárea eletiva; 10- dieta pós parto cesárea; 11- cuidados pós cesárea; 12- cicatriz de cesárea; 13- inchaço; 14- corte de cesárea.

As consultas relacionadas à palavra “cesária” (variam de 0% a 5% na preferência): 1- parto cesária; 2- cesaria; 3- cesária ou cesárea; 4- recuperação de cesária; 5- cesária é vora.

Ao avaliar a produção de dados entre todos os buscadores de 2018 foi encontrado que 16 PW aparentemente seriam duplicadas, entre o banco de dados de 2013 e de 2018, ao investiga-las constatou-se três situações: mesmo endereço eletrônico mas outro texto (N=8); o título era o mesmo mas o endereço eletrônico era outro, com alterações no texto (migração de site) (N=5) e mesmo nome e endereço mas o texto estava alterado/atualizado (N=3), estas características fizeram destas PW páginas inéditas na avaliação e foram computadas no N total de PW.

Quanto às avaliações do DISCERN entre os buscadores a média se manteve equilibrada Google.com.br 3,5 ($\pm 0,9$); Bing 3,4 ($\pm 0,3$); Google.com 3,1 ($\pm 0,6$); Ask 3,5 ($\pm 0,8$); Yahoo 3,6 ($\pm 0,9$)

A avaliação DISCERN entre blogs, sites e portais resultou que em médias gerais de: entre blogs e portais 3,6 ($\pm 0,6$; $\pm 1,3$; 2018) comparados a 3,0 ($\pm 0,6$, 2013) e 2,9 ($\pm 0,6$, 2013) respectivamente, os sites 3,4 ($\pm 0,7$; 2018) comparados a 2,7 ($\pm 0,53$, 2013). Os portais tiveram a maior variação entre as duas coletas, a confiabilidade aumentou para 3,8 ($\pm 0,8$; 2018) e era 2,7 ($\pm 0,6$; 2013) sendo que a média dos detalhes específicos reduziu para 2,8 ($\pm 0,9$, 2018) e antes era 3,1 ($\pm 0,8$ 2013). A confiabilidade dos blogs se manteve estável 3,5 (± 1 , 2018) e 3,4 ($\pm 0,75$, 2013), os detalhes específicos cresceram para 4 ($\pm 0,7$; 2018) antes era 3,7 ($\pm 0,6$; 2013). Os sites cresceram na confiabilidade 3,3 ($\pm 0,9$; 2018) comparado aos 2,5 ($\pm 0,6$; 2013) e nos detalhes específicos 3,4 ($\pm 0,8$; 2018) e antes era 3,0 ($\pm 0,7$; 2013).

4.2 MANUSCRITO I

WHAT CHANGED IN THE QUALITY OF ONLINE INFORMATION ABOUT CAESAREAN SECTION IN PORTUGUESE? A CROSS SECTIONAL STUDY

Authors: Beatriz Fioretti-Foschi¹, Marianne Estermann², Veridiana Firmino,² Claudio Leone¹, Carmen Simone Grilo Diniz¹

Running title: Quality of information on caesarean section in web pages

Abstract

Objectives: Assess the quality and completeness of information about caesarean section (CS) in Portuguese available in web pages in 2018 compared with 2013.

Design: cross-sectional study. **Setting:** Brazil. **Sample:** 235 web pages in Portuguese freely available on the web in 2018, and 176 web pages available in 2013. **Methods:** 26 search terms for CS were entered into five search engines. All links in the first three pages were screened. Those that fulfilled the selection criteria were analysed by two independent researchers using the DISCERN tool and a content checklist. **Main Outcome Measures:** Quality and completeness of the information on CS in web pages. **Results:** We compared 235 web pages in 2018 with 176 pages from 2013. Mean total quality scores (SD) of the pages in 2018 were significantly higher than in 2013: 52.5 (9.8) versus 43.6 (8.9), $P < 0.001$ (maximum score 75). In 2018, 56.6% of the pages were of good/excellent quality, compared to 23.3% in 2013 $P < 0.001$. However, in 2018 there was a significant decrease in the percentage of pages that reported indications for CS (68.5% versus 81.2%, $P = 0.004$) and maternal short-term risks (69.8% versus 80.1% $P = 0.018$). In 2018 and in 2013, $< 50\%$ of all pages reported any perinatal risks and $< 33\%$ reported any maternal long-term risks associated with CS. **Conclusions:** The quality of online information about CS in Portuguese available in 2018 has improved, but completeness continues poor and has decreased in some instances.

Funding: None.

Keywords: Caesarean section, Health literacy, Internet, Patient education, Health communication

Tweetable Abstract: The quality of online information about caesarean section in Portuguese in 2018 has improved but completeness has decreased

MANUSCRITO II

¹Department of Health, Life Cycle and Society, School of Public Health, University of São Paulo, Avenida Doutor Arnaldo 715 - São Paulo - SP - Brazil - CEP 01246-904

²School of Midwifery, University of São Paulo, Rua Arlindo Béttio 1000- São Paulo - SP - Brazil – CEP 03828-1000

QUALIDADE DA INFORMAÇÃO SOBRE CESÁREA NO SITE DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA/ OBSTETRÍCIA EM UMA ERA DE APOMEDIAÇÃO

Beatriz Fioretti Foschi^{(1)*}

Bruna Dias Alonso⁽¹⁾

André Pereira Neto⁽²⁾

Simone Grilo Diniz⁽¹⁾

RESUMO

A internet é cada vez mais uma fonte de informações para gestantes. Este estudo avaliou a qualidade e abrangência das informações disponíveis sobre cirurgia cesárea (CC) para usuárias, no site da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, FEBRASGO (2014 a 2018), antes e depois das recentes políticas de regulação desta cirurgia no Brasil. Estudo documental observacional, transversal e analítico onde 25 sinônimos de CC foram submetidos ao site. As páginas Web (PW) salvas em PDF foram analisados por pesquisadores independentes utilizando dois checklists: DISCERN e um específico para conteúdo. Verificou-se que as PW passaram por três momentos: sem informação (até 2014), defensivo (2014/2017) e informativo (2018) onde a CC é apenas citada. Associações médicas profissionais precisam promover informação apropriada para leigos, de forma a atuarem como fonte de referência e “apomediadores” nas relações médico-paciente

Palavras-chave: Internet. Cesárea. Ciência tecnologia e sociedade. Relação médico paciente. Alfabetização em saúde. Comunicação em saúde

* Beatriz Fioretti Foschi, recebeu bolsa de doutorado para realizar este estudo do CNPQ

1 Departamento de Saúde Materno-infantil, Saúde e Ciclos de Vida, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

2 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

QUALITY OF INFORMATION ABOUT CESAREAN SECTION ON THE WEBSITES OF THE BRAZILIAN FEDERATION OF ASSOCIATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS IN AN ERA OF APOMEDIATION

ABSTRACT

The internet is increasingly a source of information for pregnant women. This study evaluated the quality and comprehensiveness of available information on cesarean section (CC) for users, on the website of the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations, FEBRASGO (2014 to 2018), before and after the recent policies of regulation of this surgery in Brazil. An observational, transversal and analytical documentary study was developed, in which 25 CC synonyms were submitted to analysis. The web pages (PW) were saved in PDF and then analyzed by independent researchers, who used two different checklists: DISCERN and a specific for content. It was verified that the PWs went through three moments: no information (until 2014), defensive (2014/2017) and informative (2018), where CC is just mentioned. Professional medical associations need to promote appropriate information for lay people in order to act as a source of reference and "apomediaries" and source of reference in the doctor-patient relationships

Key-words: Internet. Cesarean section. Science, technology and society. Physician-patient relation. Health literacy. Health communication.

CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ACERCA DE CESÁREA EM LA WEB DE LA FEDERACIÓN BRASILEÑA DE ASOCIACIONES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRÍCIA EN UNA ERA DE “APOMEDIACIONES”

RESUMEN

El Internet es cada vez más una fuente de información para gestantes. Este estudio evaluó la calidad y alcance de la información disponible sobre cesárea (CC) para usuarias, en el sitio de la Federación Brasileña de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia, FEBRASGO (2014 a 2018), antes y después de las recientes políticas de regulación de esta cirugía en Brasil. Se desarrolló un Estudio documental observacional, transversal y analítico donde 25 sinónimos de CC fueron analizados. Las páginas web (PW) guardadas en PDF fueron analizadas por investigadores independientes utilizando dos listas de verificación: DISCERN y un específico para el contenido. Se verificó que las PW pasaron por tres momentos: sin información (hasta 2014), defensivo (2014/2017) e informativo (2018) donde la CC es apenas citada. Las asociaciones médicas profesionales necesitan promover información apropiada para los laicos para actuar como fuente de referencia y "apomediadores" en las relaciones médico-paciente.

Key-words: Internet. Cesárea. Ciencia, tecnología y sociedade, Relaciones médico-paciente. Alfabetización em salud. Comunicación em salud

4.4 MANUSCRITO III

A DISPUTA SOBRE O SENTIDO DO NASCIMENTO NO BRASIL:
INTERACIONISMO SIMBÓLICO, CIBERATIVISMO E POLÍTICAS PÚBLICAS
SOBRE A EPIDEMIA DE CESÁREAS

Beatriz Fioretti Foschi¹,

Patrícia Gil²,

Simone G. Diniz¹

O presente trabalho visa fazer uma abordagem sobre os ritos, mitos e narrativas utilizadas na cena do nascimento em hospitais públicos e privados do Brasil. Será traçado um paralelo teórico dos estudos sobre o interacionismo simbólico de George H. Mead e Hebert Blumer, com duas autoras que analisam as práticas de assistência ao parto: Robbie Davis Floyd, com os estudos antropológicos sobre a realidade norte-americana, e os estudos das práticas assistenciais do parto e nascimento no Brasil como questão de saúde pública no trabalho de Simone Grilo Diniz. A realidade obstétrica brasileira é motivo de preocupação, com dois problemas identificados (partos vaginais com intervenções desnecessárias e excesso de cesáreas sem indicações clínicas), em contraponto ao parto humanizado, com intervenções usadas seletivamente orientadas, baseadas em evidências científicas e em diretrizes internacionais. Várias medidas surgiram para reverter esta situação, oriundas de iniciativas públicas e de movimentos sociais, com ações judiciais que chegaram a influenciar as políticas públicas e a assistência privada. As dimensões comunicacionais dessas iniciativas foram fundamentais nesse processo, mobilizando o debate público à medida que colocou em circulação um conjunto de narrativas concorrentes para romper com o

1 - Publicitária, mestre em Medicina Interna e Terapêutica pela UNIFESP, doutora em Saúde Pública pela FSP-USP. Desenvolve projetos de comunicação em saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa em Comunicação Pública e Comunicação Política (Compol). E-mail: bfioretti@uol.com.br

2 - Jornalista, mestre e doutora em Ciências da Comunicação pela ECA-USP. Mestre em Políticas Públicas e Governança pela University of New South Wales (Austrália). Professora na ESPM e integrante do Compol da USP. E-mail: pgil1976@gmail.com.

3 - Médica (UFRN), mestre e doutora em Medicina Preventiva (FM-USP). Professora titular da Faculdade

mito mais ou menos cristalizado das cesarianas como padrão-ouro da assistência. O interacionismo simbólico nos permite uma perspectiva de análise sobre como os sentidos são formados. A partir de sua proposta interpretativa, podemos refletir sobre a construção dos significados que reforçam tanto a permanência do uso de intervenções obsoletas e potencialmente danosas na atenção ao nascimento, quanto da epidemia de CC. No centro do debate está a disputa narrativa (e os valores subjacentes) acerca da universalização de intervenções médicas, como norma social para a experiência do parto. Esta norma é desafiada por novos sujeitos sociais que defendem o uso seletivo de intervenções, dando preferência a recursos que consideram mais efetivos, seguros, propiciadores de autonomia da paciente e de uma experiência positiva do parto, para mulheres, bebês e famílias. Trata-se de uma disputa por autoridade para construir e validar narrativas e sentidos da experiência do gestar e do parir.

INTRODUÇÃO

Normalmente as discussões sobre assistência ao nascimento são polarizadas entre as práticas da cirurgia cesárea (CC) e o parto vaginal ou normal. Um terceiro modelo de cuidados está sendo oferecido, em menor escala, conhecido como parto natural fisiológico ou parto humanizado, dentro do ambiente hospitalar, em casas de parto ou no domicílio. Este termo diz respeito à mudança do modelo de assistência, propondo uso seletivo de intervenções, tendo a segurança e o bem-estar da paciente como centro do cuidado. Ao invés do uso acrítico de intervenções agressivas no parto, propõe uma assistência baseada em evidências científicas e nos direitos humanos das pacientes. Para DINIZ (2005, p.628), além da mudança técnica nas intervenções, “O termo humanização expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no ‘que fazer’ diante do sofrimento do outro”(DINIZ, 2005 p.628).

Para melhor compreender o contexto do excesso de CC desnecessárias em gestações de baixo risco no Brasil, recorreremos ao modelo interpretativo do interacionismo simbólico. Encontramos nas explicações sobre construção de significados sociais a possibilidade de compreender melhor por que o País ainda vive uma epidemia de CC, mesmo quando seus riscos já foram explicitados pela ciência e seus benefícios não justificam as escolhas pela cirurgia em detrimento do parto natural.

O trabalho de parto e nascimento vai além dos aspectos fisiológicos. Ele é um fenômeno cultural vinculado à própria realidade (HOTIMSKY, 2008), cercado de narrativas explicativas que se transformam em crenças e mitos (ELIADE, 2000). A própria interpretação do que é normal e natural é uma construção cultural (HOTIMSKY, 2008), que pode ser avaliada a partir da perspectiva teórica do interacionismo simbólico e sua abordagem dos estudos da vida e do comportamento humanos (BLUMER, 1998). Para NOGUEIRA (2013) A humanização do parto e nascimento tem demonstrado que o parto espontâneo “desprovido de filtros e parafernalias” que a mulher poderá ter uma vivência profunda e transcendente”(NOGUEIRA, 2013,p.64). O modelo de parto fisiológico/humanizado resgata raízes ancestrais, assim como o que Eliade chama de mitos de origem (ELIADE, 2000). Entender o nascimento como processo natural e ter acesso às práticas conhecidas como “humanizadas” pode trazer muitos desfechos positivos, abrindo a possibilidade de uma experiência positiva, para a mulher e a criança, além de reduzir custos de saúde, a curto e longo prazos.

Parto humanizado, baixo risco e custo

Um parto humanizado, acolhedor; com manejo e prevenção da dor através de métodos não farmacológicos; com liberdade de movimentos no pré-parto e escolha de posição de parto; acompanhante de escolha da mulher; contato pele a pele entre a mãe e o bebê e corte tardio do cordão umbilical é o modelo ideal para uma gestante de baixo risco (Brasil, 2017). Esta prática exige do profissional de saúde muito treinamento, dedicação e observação para perceber qual método é mais adequado para cada fase durante o pré-parto e parto, além de conhecer todos sintomas e manejo das intercorrências, caso seja necessária uma intervenção (DINIZ, 2005).

No modelo humanizado, a gestante conta com a presença contínua de um acompanhante da sua escolha; procura-se evitar intervenções tecnológicas desnecessárias; a mulher é protagonista nas escolhas da sua posição de parir, sem artifícios obrigatórios para acelerar o parto. Ela também não estará imobilizada em uma cama e se alimentará conforme solicitar (DINIZ, 2004). Entre os benefícios para mãe e bebê, descritos na literatura médica, estão: melhor recuperação fisiológica para a mãe, com menor risco de infecção, morbidade, mortalidade e menor chance de depressão pós-parto. Entre as vantagens do parto vaginal para a

criança estão: melhor maturação pulmonar, acompanhada do menor risco de doenças alérgicas e pulmonares, de anemia e de doenças crônicas na idade adulta (DINIZ, 2004): a colonização de um microbioma (flora) saudável, formado por bactérias presentes na vagina, no intestino e na pele da mãe, o que está diretamente associado ao fortalecimento do seu sistema imunológico, pois as crianças nascidas por CC têm mais riscos de desenvolverem alergias, doenças crônicas e problemas de imunidade (CHO; NORMAN, 2013).

A oportunidade de acesso ao parto humanizado tem impacto tanto na saúde quanto na formação do vínculo mãe/bebê, além de fortalecer o sentido da experiência em termos psicológicos (HODNETT, 2002). No entanto, esta forma de nascer só será consolidada com um modelo de assistência multidisciplinar, incluindo enfermeira obstétrica e obstetritz; o que exige reformar o modelo atual de assistência ao parto e aprimorar a formação de profissionais de saúde (HOTIMSKY, 2008). O parto fisiológico ou humanizado representa uma economia de gastos de saúde, a curto e longo prazos, para o usuário de saúde e o agente financiador, seja público ou privado (HODNETT, 2002)

Diante da necessidade de mudança da prática obstétrica, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido estratégias e políticas públicas para incentivar o parto humanizado. No ano 2000, o órgão dirigiu uma publicação denominada “Assistência ao Parto Normal – Um guia Prático”, voltada a enfermeiras obstetras e obstetrizes e médicos obstetras (DINIZ, 2005), ação que não produziu impacto na assistência. Em 2011, o MS instituiu a portaria da Rede Cegonha, que disponibilizou recursos para infraestrutura hospitalar e ampliação da oferta de exames pré-natal. Esta iniciativa tem como princípio o respeito e a proteção para a realização dos direitos humanos” (BRASIL, 2011) e abrange uma rede de cuidados para o pré-natal, parto, puerpério, além de oferecer apoio para o planejamento reprodutivo. Em 2015 e 2017 o MS lançou novas diretrizes para assistência ao parto e CC com a colaboração da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, ao lado de representantes de universidades, associações médicas, entidades de classe e profissionais de saúde (Brasil, 2015, 2017).

Cesárea: mitos, metas e riscos

A CC é um procedimento cirúrgico de grande porte que quando devidamente indicada pode evitar danos para a saúde da gestante e do seu bebê e salvar vidas

(LOW, 2009). Mas como toda cirurgia pode causar complicações significativas e até mesmo a morte, assim como deixar sequelas permanentes, idealmente, uma CC deveria ser realizada apenas quando realmente necessária, do ponto de vista clínico. A taxa de CC recomendada por estudos internacionais está entre 10 e 15%, não foram observadas melhoras populacionais com taxas superiores a 20%, taxas mais altas podem estar associadas ao aumento dos riscos materno e neonatal (YE et al., 2014; BETRAN et al., 2015).

A CC é a cirurgia mais praticada no mundo (BETRÁN et al., 2007), nos últimos 15 anos estima-se que mundialmente a taxa de CC passou de 12% para 21% (2015) (BOERMA et al., 2018) e seu riscos a curto e longo prazos deveriam ser considerados em favor de possíveis benefícios (SOUZA et al., 2010).

O Brasil se destaca no cenário mundial como um dos países com uma epidemia de CC, tanto no sistema público de saúde quanto no privado (LEÃO et al., 2013), onde a maioria das intervenções são realizadas em gestantes de baixo risco (BOERMA et al., 2018). Desde 2010 o Ministério da Saúde, vem implementando medidas para redução de CC no Brasil, que começaram a ter resultados entre 2014 e 2015 quando a média nacional de CC passou de 57% (OLIVEIRA, 2015) para 55,6%, em 2016. Porém, na saúde suplementar a taxa de CC está em torno de 84% (Brasil, 2016).

Os riscos da CC estão relacionados à mãe e ao bebê durante a cirurgia, a curto prazo e a longo prazo. No curto prazo, a CC aumenta os riscos de: hemorragias, infecção, internações em UTI e reinternação hospitalar. A longo prazo, para a mulher, riscos de trombose, embolia, aderência da placenta e rotura uterina, e aborto na próxima gravidez. Para o bebê que teve uma CC agendada fora do trabalho de parto, há risco de prematuridade, problemas respiratórios, anemia, asma, condições do espectro autismo, maior potencial de problemas crônicos quando adulto (entre eles, diabetes, hipertensão, leucemia, entre outros) (ALKEMA et al., 2016). O risco de morte materna após o nascimento é quase três vezes maior com CC do que com parto vaginal, devido ao risco maior de hemorragia pós-parto e complicações derivadas de anestesia (ESTEVES-PEREIRA et al., 2016).

O excesso de CC no Brasil, pode ser comparado aos “óculos social” citado por Fleury (1996), usado para recrutar interesses de classes, aglutinando diferentes aspectos, como: gestão de sistemas, formação e atuação dos

profissionais responsáveis, questões sociais e econômicas (FLEURY, 1996). Esta visão condicionada da assistência ao parto acabou por estabelecer mitos sobre o nascimento que culminaram na construção de uma cultura de valorização da cesariana em detrimento do parto normal. O fato da CC ser valorizada socialmente e associada à escolha das mulheres e famílias mais ricas e escolarizadas, e mesmo dos profissionais de saúde, não quer dizer que seja a melhor alternativa em termos de resultados de saúde ou de uma melhor experiência. O que define o “padrão ouro” da assistência ao parto não são necessariamente as evidências científicas ou os direitos das mulheres e bebês, mas sim outros fatores sociais, culturais e econômicos predominantes (DINIZ, 2009). Esta valorização é socialmente aceita, criando narrativas que justifiquem a predominância das distorções, e estes mitos são então tratados como “conhecimento autoritativo” (DAVIS-FLOYD, 2003), ou seja, aqueles conhecimentos que independentemente de serem “mais verdadeiros” são os que organizam as práticas sociais.

O interacionismo simbólico diante das narrativas sobre parto

O interacionismo simbólico tem sido utilizado na área de saúde por vários autores, por ser uma teoria que enfatiza o significado das ações individuais e coletivas construídas a partir da interação entre as pessoas, conforme contexto social ao qual pertencem (LOPES, 2005). Muitos autores tiveram papel relevante para construir essa teoria, como: Charles Horton Cooley, Florian Znaniecki, George H. Mead James Mark Baldwin, John Dewey, Louis Wirth. Robert Redfield Thomas Robert e Park, W. I. William James,, da Escola de Chicago (1896 e 1909), foi quem inaugurou essa teoria, ele trouxe os fundamentos principais da descrição do comportamento humano ao ministrar aulas e publicar artigos. Mas foi Herbert Blumer, em 1937 (COULON, 1995) quem compilou os textos de Mead, organizando a abordagem teórico-metodológica e nomeando-a como “interacionismo simbólico”.

Mead é considerado o pai da psicologia social. Sua premissa principal é que a história social do indivíduo é prévia a toda e qualquer interação. Em um tempo quando se discutia entre o psicologismo (para o qual, o desenvolvimento individual ocorre antes e a despeito de qualquer contexto social) e o sociologismo (que considera a estrutura social como determinante para identidade humana), Mead (1972) sugeria uma terceira via. Para ele, a individualidade de um sujeito consciente de si mesmo se forma a partir da internalização dos diferentes papéis sociais

desempenhados pelos outros com quem ele interage. Ou seja, é como membro de uma coletividade – e só por isso – que o despertar da autoconsciência pode ocorrer. Surge então a pessoa em seu caráter social e não externa ao social nem independente dele.

Nesse processo, é a linguagem que organiza o conteúdo e o significado da experiência humana (MEAD et al., 1972). Por meio da interação mediada, o indivíduo desenvolve a capacidade de reconhecer a ação e a linguagem do outro. Surgem, assim, comunidades de significado – como as que estão envolvidas em todo processo de assistência ao parto e nascimento. É o processo comunicacional nessas comunidades que permite o compartilhamento de sentido.

Como ex-aluno de Mead, Herbert Blumer (1998) sistematizou a proposta de um modelo de pesquisa que refletisse os princípios do interacionismo simbólico. Para tanto, sugeriu três premissas: (1) o ser humano direciona suas ações em relação aos objetos” ou ação/situação, de acordo com o significado que tenham para sua vida cotidiana; (2) os significados desses objetos provavelmente derivam da interação social vivenciada pela pessoa, mas (3) podem ser manipulados e modificados através do processo de interpretação desenvolvido pela pessoa (BLUMER, 1998)

A origem do “significado” pode ser descrita como uma parte intrínseca das coisas, assim como uma casa é uma casa, um contrato é um contrato; mas também o “significado das coisas” pode incluir sensações, sentimentos, ideias, memórias e atitudes que expressem a organização psicológica e social de cada um. Os atos dos seres humanos, além de serem manifestações de significados já estabelecidos, são também processos sujeitos a reinterpretações. Cada um dos agentes de uma ação seleciona, verifica, exclui, reagrupa e transforma os significados de acordo com novas situações enfrentadas.

Mead propõe dois níveis em que os processos sociais se tornam significantes: o primeiro ocorre por meio de uma “conversação de gestos”, em que a pessoa responde à ação de outra sem interpretar o significado do ato; o segundo nível é chamado de “uso de símbolos significativos”, quando o ato e seu significado são interpretados. O gesto possui, portanto, um símbolo significativo que é compartilhado pelos indivíduos que estão em interação.

Quando há um “encontro” de entendimentos ou traduções desses gestos, surge a linguagem. Na visão de Mead (1972, p. 92), o processo social em que se

dá a identificação recíproca de símbolos e gestos é a comunicação. Ordens, mandatos, sugestões, afirmações, súplicas são gestos vocais que oferecem à pessoa uma ideia de intenção, produzindo no interlocutor uma reação à palavra (MEAD et al., 1972, p. 106). O autor ressalta o papel de cada indivíduo envolvido na conversação para estabelecer o seu “lugar”. A interação social será exercida na sociedade através de um conjunto de forças constituídas por definir o que o próximo irá fazer, ao mesmo tempo interpretar as definições formuladas pelos demais e se posicionar a respeito (LITTLEJOHN, 1988).

Assim, o interacionismo simbólico prevê quatro movimentos distintos no processo de desenvolvimento social. O primeiro deles diz respeito à troca simples de gestos, em que o indivíduo se dá conta da própria particularidade ao perceber que seu ato produziu alguma reação em outra pessoa. À medida que essa consciência se torna mais complexa, o indivíduo reconhece a existência de um outro e, ao notar suas reações, passa a moldar novos gestos (neste ponto, gestos já significativos porque foram resultados de adaptações refletidas). O terceiro movimento inclui a linguagem vocal e o uso da palavra em busca de uma compreensão recíproca sobre as palavras. Por fim, o indivíduo passa a se perceber não apenas como parte de um dueto de relações, mas como membro de uma coletividade maior. Ele então internaliza não apenas o significado para “um” outro, mas passa a internalizar o “outro generalizado” – ou seja, a sociedade propriamente dita, com suas normativas, expectativas e discursos dominantes (MEAD et al., 1972, p. 184).

Desse processo formativo do indivíduo, Mead desenvolve então sua teoria a partir dos pontos cardeais da filosofia (BLUMER, 1998, p. 54):

- 1) o “si mesmo” – O ser humano é considerado um agente com índole social, capaz de formular respostas, fazer indicações e interpretar questões em um nível simbólico. O indivíduo possui um “si mesmo” e este processo reflexivo é capaz de criar, perceber-se, conceituar, interagir consigo, se perguntar e se responder, reformular-se e, por sua autointeração se considerar objeto de seus próprios atos. Nesta perspectiva ele deixa de ser um organismo que apenas responde e passa a ser um influenciador capaz de afrontar o mundo e orientar sua própria conduta;
- 2) o ato – Ao formular e interpelar a si mesmo, o indivíduo tem que criar uma linha de ação no enfrentamento com o mundo. Isso não garante que ações

possam ser mal-interpretadas, que se faça um julgamento banal, que erros sejam cometidos e que sejam tomadas atitudes obstinadas, mas estas características também são respostas de uma elaboração reflexiva. Para Mead, o ser humano é um organismo ativo por direito próprio, que afronta, assume e atua com respeito aos objetos que sinaliza. Cada ação é uma conduta elaborada pelo ator em interação com o outro e não uma resposta prefigurada de sua organização pessoal;

- 3) a interação social – É a resposta interpretativa das ações por meio da qual ocorre o processo de formação de si mesmo;
- 4) o objeto – É tudo aquilo que pode ser sinalizado ou referenciado. Pode ser físico, imaginário, abstrato, inanimado, inclusivo, restrito. Os “mundos” que existem para seres humanos e grupos sociais são compostos por objetos decorrentes de produtos de uma interação simbólica. Na definição do objeto está tudo que pode ser indicado, tudo que pode ser sinalizado ou o que pode ser referido, como o céu, um livro, um texto, um corpo legislativo, uma doutrina religiosa. Os objetos podem ser classificados em três categorias: a) físicos; b) sociais: estudantes, sacerdotes, presidente, mãe, médico; c) abstratos: princípios morais, doutrinas, ideais, valores de justiça e sentimentos como compaixão. A natureza de um objeto consiste no significado e no modo como uma pessoa o vê, como ela o refere e o modo como os objetos foram definidos pelos interagentes. A ambiência é dada pelo significado anexado aos objetos e o que eles representam para os grupos de pessoas. Indivíduos ou grupos que ocupam os mesmos espaços geográficos podem viver mundos com significados diferentes;
- 5) a ação conjunta – Esta expressão substitui a de “ação social”. Para Mead, é uma forma de ação coletiva mais ampliada, constituída por uma somatória de linhas de condutas e articulações de vários participantes onde cada um ocupa uma participação distinta. Para o interacionismo simbólico, a sociedade humana tem um processo diversificado em que as pessoas se veem obrigadas a criar ações conjuntas para resolver situações com as quais se defrontam. Esta descrição de sociedade contrasta de modo significativo com os pontos de vista predominantes da sociologia e psicologia (BLUMER, 1998).

Construção social da cesárea

Uma vez que os “mundos” existentes para seres humanos e grupos sociais são compostos por objetos decorrentes de interações simbólicas, eles também levam à construção de estereótipos, opiniões e costumes. As ideologias nascem a partir dos estereótipos (ELIADE, 2000). Da mesma forma, o mito da CC está apoiado em muitas vertentes:

- O tipo de parto vaginal praticado rotineiramente é muito mais doloroso do que deveria ser devido ao excesso de intervenções potencialmente danosas e desnecessárias (DINIZ, 2009);

- Apesar da crença generalizada do medo da dor do parto e de que as cesarianas seriam menos doloridas (MCCOURT et al., 2007), a pesquisa Nascido no Brasil mostrou que apenas 20% das mulheres iniciam a gestação desejando uma CC. As crenças sociais vão se incorporando no decorrer da gestação e ao final a porcentagem se inverte e poucas mulheres passam a desejar o parto “normal”(LEAL,2014);

- O profissional de saúde quer otimizar o tempo de permanência no hospital, alinhar sua agenda de consultas, cirurgias e vida pessoal, já que o parto normal é um evento imprevisível quanto à data e duração (TORLONI et al., 2011);

- A CC agendada permite um sistema de produção de serviços hospitalares em escala, o que os torna mais rentáveis. Apesar da cirurgia necessitar de uma equipe médica especializada, numerosa e custosa, há uma economia de escala, já que a rotatividade dos leitos cirúrgicos é mais rápida e o tempo de permanência das equipes é menor, e a duração da internação é maior (DINIZ, 2009);

- Na cultura sexual brasileira, reforçada em textos médicos e tratada como conhecimento autoritativo, depois de um parto vaginal a mulher teria uma “frouxidão irreversível” da vagina, perdendo em atratividade sexual. Por isso, sua vagina deveria ser corrigida no parto vaginal (episiotomia e “ponto do marido”) ou poupada deste problema através de uma CC (DINIZ, 2006);

- Há uma corrente antropológica que defende que para tornar o abuso de CCs aceitável, é fundamental manter o significado do parto vaginal o mais doloroso e danoso possível, se preciso negando as evidências científicas às quais a prática médica supostamente deveria aderir (DAVIS-FLOYD, 2016).

O parto vaginal e a realidade da assistência no Brasil

No Brasil, 98% dos nascimentos acontecem em ambiente hospitalar, com médicos obstetras como os principais responsáveis pelos nascimentos e que supervalorizam sua especialidade. Nos países desenvolvidos os partos normais em mulheres de baixo risco são atendidos por enfermeira obstétrica e obstetriz sendo que a função do médico é de estar de prontidão para resolver eventuais problemas. Do ponto de vista do interacionismo simbólico, a vida de um grupo humano é um processo através do qual os objetos vão sendo criados, desenvolvidos, afirmados e transformados. A vida e os atos dos indivíduos vão se modificando forçosamente a medida que mudanças acontecem também em torno dos objetos (BLUMER, 1998). Um exemplo aplicado desta explicação pode ser notado no próprio contexto do sistema de saúde e suas resultantes sobre a preponderância das CC. Como os hospitais trabalham com excesso de gestantes, pouco recurso de profissionais e sob a pressão por produtividade, houve um incentivo para padronização das intervenções que agilizam o parto como em um sistema de produção.

Para valorização social em torno de tecnologia, ciência e instituições não poderia haver melhor transmissor de valores e crenças do que os procedimentos hospitalares (DAVIS-FLOYD, 2016). O mito de que a mulher não é capaz de parir em função da dor do parto – e de que durante o processo evolutivo humano, a mulher foi perdendo esta capacidade – pode ser comparado às narrativas que exemplificam um paradigma (DAVIS-FLOYD, 2016), parte de uma realidade que reforça o mito (ELIADE, 2000). Independente dessas narrativas serem ou não comprovadas, tais mitos reforçam as crenças sobre os danos que podem surgir durante o parto e nascimento, legitimando uma cascata de intervenções que, por sua vez, são responsáveis pela maioria dos danos à mulher e ao bebê.

A restrição da autonomia e da autoridade da mulher favoreceu a transferência das decisões para o profissional de saúde, implicando em uma subestimação dos riscos das intervenções, e de superestimação dos riscos do parto normal. Desta forma, é criado um conjunto de tecnologias de controle do parto que supostamente “auxiliariam a mulher” – mas que frequentemente ampliam o desconforto físico e emocional do parto. Esses sofrimentos e riscos adicionais são então creditados ao “parto” e não às intervenções (DINIZ, 2009).

A antropóloga Robbie Davis Floyd buscou no filósofo Arnold Van Gannep (2003) o conceito de que as grandes transições da vida são sempre ritualizadas. Independente do lugar e do tempo, o nascimento sempre será um ritual cultural de

passagem, o que legitima a impressão de que é a própria sociedade que faz as transformações no indivíduo. Nesta ótica uma série de ritos criam e reforçam os mitos circulantes na sociedade. Os rituais transmitem seu significado através de símbolos que são representados por um objeto, uma ideia ou ação e estão carregados de significados culturais. A mensagem dos símbolos poderá ser percebida através do corpo e da emoção, por meio da interação social, e seu efeito final pode ser extremamente poderoso. Dentro do mito de que a mulher não é capaz de parir, colocá-la em uma cadeira de rodas, na chegada ao hospital é reforçar o significado e dizer, de forma simbólica, que seu corpo é deficiente; deixá-la nua com uma bata hospitalar e colocá-la em uma cama produz a percepção de estar vulnerável e doente (DAVIS-FLOYD, 2003). Floyd relata o depoimento de uma gestante que durante o trabalho de parto se sentia no controle, com sua respiração ritmada até a colocarem em uma cadeira de rodas. Ela afirma que no momento que sentou na cadeira, sentiu que não estava mais no controle de si mesma (DAVIS-FLOYD, 2003)

O trabalho de parto passou a ser um ato médico, com recorrentes práticas não recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2017). A partir do momento da internação hospitalar, os rituais são cada vez mais marcados, o que reforça a autoridade do profissional de saúde – que, por sua vez, é percebida pela gestante durante a interação mediada não apenas pela linguagem verbal, mas pelo conjunto de símbolos e gestos que cercam o sistema de assistência ao nascimento. Os rituais de parto hospitalar são profundas expressões simbólicas e metafóricas da vida tecnocrática (DAVIS-FLOYD, 2016). No modelo brasileiro é recorrente a mulher ficar deitada sem alimento ou líquidos para beber durante todo trabalho de parto (dieta zero 74,8%), o que pode reduzir suas forças. Uma das primeiras ações, e das mais frequentes, que o profissional de saúde faz ao iniciar o processo de atenção à gestante é colocar um cateter intravenoso (74,9%) (LEAL; GAMA, 2014), conectando a mulher à instituição, como um cordão umbilical – uma experiência arquetípica. Estamos todos conectados à tecnologia de cabos, baterias, canos e fios elétricos. Este cateter tem uma finalidade de introduzir soro com ocitocina para aumentar o ritmo das contrações à medida que aumenta o fluxo do soro. Esta é uma prática que potencializa a dor e é uma tecnologia superada cientificamente (DAVIS-FLOYD, 2003) usada em 36,4% dos partos no Brasil, da

mesma forma que furar propositalmente a bolsa de água para acelerar o nascimento em 39,0% dos nascimentos (LEAL; GAMA, 2014).

O excesso de tecnologia pode invisibilizar o ser humano, o ápice do parto tecnocrático é quando a equipe de saúde passa a monitorar a tecnologia, controlando apenas o funcionamento das máquinas. Uma mulher declarou que a partir do momento que foi conectada ao monitor de batimentos fetais, os olhares dos profissionais de saúde direcionaram-se para a tela do aparelho e ela passou a sentir que era a máquina quem teria o bebê, e não ela própria (DAVIS-FLOYD, 2016).

Para além da dor fisiológica do parto, as intervenções podem ser muito mais dolorosas, aumentando as chances da necessidade de anestesia farmacológica (devido à indução com ocitocina, que aumenta artificialmente as contrações, por exemplo), ou mesmo tornando a anestesia obrigatória, como na episiotomia, no uso de fórceps ou na CC. Se a mulher suportar as intervenções do pré-parto, ela será levada para a sala de partos onde ficará fisicamente imobilizada em uma maca, com as pernas pra cima; mais de 90% das mulheres brasileiras em 2011-2012 tiveram seus partos nesta posição (LEAL; GAMA, 2014). Esta é uma posição disfuncional, que prejudica a circulação do sangue entre a mãe e o bebê, dificulta a melhor utilização da musculatura pélvica e abdominal pela mulher e impede o efeito da gravidade no parto. A mulher literalmente fica de pernas “pro ar” com seus genitais expostos. Dentro do sistema de crenças, este ritual preserva a cultura de poder, valoriza o médico (que terá o controle exclusivo do processo) e reflete em seus símbolos a superioridade de atributos masculinos sobre o feminino – necessitado de tutela e subordinação (DAVIS-FLOYD, 2016).

Estudos qualitativos mostram que quanto menor for a condição social da gestante, mais vulnerável ela estará a abusos verbais voltados para humilhação sexual (como: “quando você fez, você gostou”), tidos como uma forma de disciplinar as pacientes, desmoralizando seu sofrimento. Ao mesmo tempo, ela receberá menos intervenções médicas voltadas ao seu conforto (MATTAR, 2012).

Os mitos de que o parto vai “estragar a mulher”

Manter o parto vaginal mais doloroso e danoso, com a utilização de práticas obsoletas e sem fundamentação por evidências científicas, favorece o mito e a construção simbólica coletiva do corpo feminino defeituoso (DINIZ et al., 2016). A

episiotomia (corte no períneo entre a vulva e o ânus) era praticada no Brasil em 53,5% das mulheres em um estudo de 2011/2012 (LEAL; GAMA, 2014). Essa intervenção tem a intenção de ampliar o canal de parto e foi desmistificada há mais de 20 anos, porque pode provocar muito mais danos do que benefícios, já que além de cortar a musculatura, pode cortar nervos e vasos da vulva e vagina. Este corte desconstrói a vagina (que é um músculo elástico e flexível, culturalmente ligado ao sexo e prazer). Ao reconstruí-la, o profissional de saúde estará ritualizando o “sexo socialmente construído” de acordo com a crença cultural e o sistema de valores.

Um dos ritos médicos que mais se relaciona às questões de gênero é “o ponto do marido”, que significa dar um ponto a mais na vulva que foi cortada por uma tesoura ou bisturi, durante a episiotomia, para deixar a mulher “mais apertada” (DINIZ, 2006). A consequência será uma cicatriz fibrosa e reta em uma musculatura que não tinha forma definida. O rito da episiotomia valida ações culturais que a legitimam como uma prática, que apesar de retrógrada, ainda se mantém pela força e adesão da sua estrutura simbólica (DAVIS-FLOYD, 2016). No Reino Unido, o ativismo feminino promoveu um movimento de ação penal por lesão corporal aos médicos que fizessem episiotomia sem consentimento esclarecido. Esta ação impactou diretamente nas taxas de ocorrência desse procedimento, que caíram vertiginosamente (DINIZ; et al., 2016).

Apesar da Lei Federal nº 11.108²¹ de 07 de abril de 2005 ter sido promulgada desde 2005, dados selecionados em um estudo entre 2011/2012 demonstrou que menos de 20% das mulheres se beneficiaram com a presença contínua (durante todo tempo de internação hospitalar) de um acompanhante de sua escolha (LEAL; GAMA, 2014).

Os procedimentos intervencionistas utilizados durante o trabalho de parto ampliam os signos sobre a crença na superioridade da tecnologia sobre a natureza, reforçando a primeira premissa do interacionismo simbólico de que o ser humano direciona suas ações em relação à ação/situação conforme o significado destas em sua vida cotidiana (BLUMER, 1998). A forma como essas intervenções atuam neste modelo de nascimento favorece a força do mito, com uma construção simbólica coletiva do corpo defeituoso, levando à interpretação de que o parto vaginal seja

²¹ Mais conhecida como Lei do Acompanhante, determina que todos serviços de saúde do SUS são obrigados a permitir à gestante o direito à presença de acompanhante durante todo período de trabalho de parto, parto e pós-parto.

reconhecido como um parto excessivamente arriscado para o bebê e para a mãe (DINIZ et al., 2016). De acordo com a segunda premissas (do interacionismo simbólico) esse conjunto de significados deriva da interação social e do reforço dos mitos, já que uma série de danos estatisticamente comprovados está associada às intervenções deste modelo de nascimento intervencionista. O nascimento retratado na mídia e em filmes é o parto doloroso, descontrolado e que fomenta o medo.

Os possíveis danos não estariam vinculados se fosse respeitada a fisiologia do parto, se fossem usadas práticas humanizadas e se a tecnologia fosse usada somente por demanda fisiológica. As intervenções são feitas, frequentemente, para acelerar o tempo de nascimento e aumentar a produtividade e rotatividade dos leitos (DINIZ et al., 2016). Quando surgem sequelas decorrentes do manejo inadequado das intervenções, elas são redescritas formalmente e aceitas socialmente como um dano “natural” do parto, as sequelas muitas vezes são associadas ao processo fisiológico e não ao excesso ou inadequações das intervenções executadas, estas acabam ficando invisibilizadas. Por fim a terceira premissa do interacionismo simbólico prevê que os significados que as coisas ou ações têm para cada indivíduo podem ser manipulados e modificados através do processo de interpretação desenvolvido pela pessoa (BLUMER, 1998). No caso tratado neste texto, os significados em torno do parto são transformados diante das práticas médicas amplamente usadas, exercendo pressão pela proliferação das CCs no Brasil.

Nesse contexto, a demanda pela CC, no Brasil, seria sobretudo uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” típico é intervencionista e traumático (MAIA, 2010), cercado que está de crenças sobre danos e dores. Trata-se de “uma escolha entre o ruim e o pior”, entre duas formas de vitimização. Nas palavras de uma parturiente, “se tiver que cortar é melhor cortar por cima, porque em baixo é uma área mais nobre” (DINIZ, 2009 p.321). No Brasil, a assistência ao parto está relacionada ao pior dos dois mundos: o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada (DINIZ, 2009).

Fontes de informação e tomada de decisão

Os profissionais de saúde e obstetras são tradicionalmente considerados os principais provedores de informação sobre cuidados na gestação, no parto e pós-

parto. O processo de tomada de decisão das mulheres é frequentemente iniciado a partir da busca por informações nos diversos meios de comunicação, onde elas esperam encontrar respostas confiáveis e precisas para responder suas dúvidas e perguntas (BROWN et al., 2002). As mulheres também obtêm informações de suas familiares, amigas, de livros e meios de comunicação (CARRILLO-LARCO et al., 2012). A mídia em geral (filmes, programas de televisão, anúncios publicitários, revistas e internet) pode exercer um efeito poderoso no conhecimento, nas crenças e expectativas da mulher em questões relacionadas à gravidez e ao parto (THEROUX, 2011). A mídia tem contribuído na manutenção do mito do parto vaginal, cercados de histeria, dor, sujeira, gritos e não é raro a morte da mãe e/ou do bebê (MAIA, 2010).

Os artefatos da comunicação tornam-se os dados primários para o estudo da ação social (LITTLEJOHN, 1988). A Internet, por exemplo, tem impacto significativo na vida cotidiana (MCCAUGHEY; AYERS, 2003). O perfil de usuários em uma plataforma de saúde popular no Brasil concluiu que a maioria dos acessos eram provenientes do sexo feminino, 62% passavam de 5 a 35 horas por semana navegando na web e 90% das vezes realizavam buscas para responder dúvidas relacionadas à própria saúde. A grande maioria (86%) considerava a internet uma de suas principais fontes de informação em saúde (MORETTI et al., 2012).

Um estudo sobre qualidade das informações sobre CC na internet, em português, verificou que as informações são de baixa confiabilidade. Os temas com maior cobertura foram indicações para CC, citados por mais de 80% das páginas web. sendo que apenas 30% possuíam embasamento clínico. Possíveis benefícios da CC foram mencionados por 56% dos sites (FIORETTI et al., 2015). O elevado volume de indicações de CC na internet coincide como o resultado do estudo de outro que traz que 84% das cesarianas no Brasil são realizadas antes do início do trabalho de parto (ESTEVES-PEREIRA et al., 2016). Diversos motivos não-médicos para a realização de CC, tais como conveniência materna e/ou do médico e dor da mãe, ficaram no topo da lista de indicações mais frequentemente citadas nas páginas Web (FIORETTI et al., 2015).

Como os atos dos seres humanos também são processos sujeitos à interpretação (BLUMER, 1998), o volume de indicações de CC na internet pode contribuir no processo reflexivo para a percepção e a conceituação da intervenção cirúrgica, para sua “normalização”, minimizando seus riscos. Uma pessoa, ao

planejar a realização de um ato, desencadeará uma ação conjunta com outros atores. Se o significado desta ação for o mesmo para ambos, estes o compreenderão mutuamente (BLUMER, 1998). Um exemplo claro é o da conveniência do profissional de saúde e da gestante para decisão pela realização da CC.

No "Inquérito Epidemiológico Nascer no Brasil" foi identificado que 20% das mulheres iniciam a gestação desejando uma CC e as crenças sociais vão se incorporando no decorrer da gestação; ao final a percentagem fica invertida, apenas poucas mulheres desejarão um parto normal (LEAL; GAMA, 2014). A tomada de decisão pela cesariana agendada é um processo decorrente da interação, tal como a prevê a perspectiva do interacionismo simbólico, embora cientificamente a CC sem indicação clínica seja desfavorável à saúde da mulher e do bebê.

Políticas de mudanças do paradigma do nascimento

Uma forma de influenciar uma mudança de paradigma e valores simbólicos mais ou menos cristalizados é a implantação de mudanças proveniente de políticas públicas novas e radicalmente transformadoras. Um destes grandes avanços no campo da saúde materna foi a universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto (DINIZ, 2014a). Desde 1998 o governo brasileiro tem realizado medidas para redução do número de CC desnecessárias, na época condicionando, nos hospitais do SUS, o reembolso dos nascimentos com os índices de CC (Diniz, 2006). Mesmo assim as taxas de CC tiveram uma curva ascendente até 2015: 32% (1994), 38% (2002), 44% (2006), 45,9% (2008), 52% (2010), 54% (2012), chegando no seu ápice em 57% (2014) (AGENCIA BRASIL, 2017). Em 2010, o Ministério da Saúde implantou medidas de avaliação, monitoramento, treinamento e incentivos para redução de CCs e introdução do parto humanizado/fisiológico na rede pública. As iniciativas foram promovidas com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade materna e alcançar as metas do milênio definidas pela ONU. Muitos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) têm se esforçado para melhorar o atendimento oferecido às mulheres, alguns com excelentes resultados. Entre 2012 e 2016, por exemplo, houve mudanças significativas na prevenção de procedimentos dolorosos, promoção dos métodos não farmacológicos de manejo da dor, abertura à presença de acompanhantes, com oferta de massagens, banhos, liberdade de

movimentos e de posição de partos. No sistema público, foram obtidos resultados significativos (DINIZ, 2014b).

Entre as iniciativas com impacto social está a exposição interativa e itinerante, “Sentidos do Nascer”, que objetivou contribuir na redução da cesariana desnecessária e da prematuridade iatrogênica no Brasil que explorou o imaginário social sobre o parto e nascimento, com instalações que estimularam relações efetivas sobre o parto normal e reflexões sobre a CC (SPITZ et al.)

As mudanças são mais fáceis de serem implantadas no sistema público, que o Ministério da Saúde tem uma governança direta, na saúde suplementar há mais resistência, mas iniciativas como o Parto Adequado podem trazer resultados positivos. Os diversos governos também não têm conseguido ter adequada regulação sobre a prática da formação profissional das Faculdades de Medicina. Mesmo cientes dos danos comprovados por evidências científicas, os médicos e muitos profissionais de saúde subordinados a eles preservam práticas obsoletas, com resistências ao trabalho em equipe e modelos de assistência que relativizem a hegemonia da sua autoridade (DINIZ et al., 2015). Novas práticas implicariam em mudanças nas relações de poder que exercem por meio da força de trabalho e dos controles sofisticados desenvolvidos como forma de persuasão (FLEURY; FICHER, 1996).

Associação de classes, resistências e manutenção do status quo

Para as mulheres brancas de alto poder aquisitivo, a CC é oferecida como tecnologia superior, segura e mais moderna, porque evitaria as dores do parto e os danos sexuais, sem que sejam informadas acerca dos riscos da cirurgia. Para conveniência de todos, a cirurgia poderá ser feita antecipadamente para que a mulher não corra o risco de entrar em trabalho de parto. A relação médico-paciente no sistema privado é estabelecida desde o início da gestação, criando vínculos com a paciente que busca ser assistida por um mesmo profissional durante o pré-natal, parto e pós parto. Esta continuidade do cuidado com o mesmo profissional mostrou-se relacionada à prevalência de CC eletiva (FREITAS et al., 2015) para garantir a continuidade – embora esta possa ser alcançada com outros modelos. Dados apontam que três entre quatro mulheres que tiveram o primeiro filho no setor privado prefeririam um parto normal ao invés de CC, enquanto no setor público esse índice é de oito entre dez gestantes (DOMINGUES et al., 2014).

A medicalização do parto (“normal” ou CC) é uma realidade brasileira vinculada ao poder aquisitivo e às classes sociais – quanto mais recursos de financiamento da saúde, maior o grau de intervenção e medicalização do usuário, assim como o crescimento do risco do excesso de intervenções. Quanto menor o recurso de financiamento da saúde, maior a dor e o sofrimento físico e psicológico, assim como os riscos por falta de intervenções necessárias (DINIZ, 2009).

Segundo a perspectiva do interacionismo simbólico, as grandes organizações sociais são uma ordenação de pessoas vinculadas reciprocamente em seus atos respectivos (BLUMER, 1998). As narrativas intervencionistas dos profissionais de saúde são consensuadas por um grande número de obstetras. Poderíamos presumir que a resistência às mudanças provia da formação acadêmica, em que mudar a prática seria negar a própria trajetória profissional. Mas o fato é que a mudança de prática traria impactos financeiros para o profissional médico (que teria que deixar a enfermeira obstétrica ou obstetriz atuar), bem como sobre sua conveniência, uma vez que deveria estar disponível para esperar pelo parto durante o tempo necessário (DINIZ, 2009).

A organização e interdependência têm lugar entre os atos e indivíduos interligados em diferentes pontos (BLUMER, 1986). Apenas alguns profissionais cientes da necessidade da mudança preconizada pela ciência adotam esta mudança, porém, sofrem discriminação na sua classe com recorrentes perseguições pelos próprios conselhos de classe. Fleury politizou a definição de cultura como

“um conjunto de valores e pressupostos básicos, expressos em elementos simbólicos, os quais, em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elementos de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação ” (FLEURY; FICHER, 1996, p.66)

Esta definição é claramente identificada no comportamento corporativista dos obstetras intervencionistas e sua contínua influência sobre as decisões das gestantes, bem como sobre a cristalização das crenças em torno do parto.

Ação dos movimentos sociais organizados

A sociedade humana tem processos diversificados em que as pessoas se veem impelidas a criar ações conjuntas para resolver situações com as quais se

defrontam (LITTLEJOHN, 1988). Desde 1993 a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) luta pela valorização do parto humanizado. Ela também integra profissionais de saúde e de entidades de classe e gestores, estimulando a troca de experiências por meio de uma comunicação em rede (RATTNER et al., 2010). A internet favoreceu a articulação de pessoas que compartilhavam os mesmos ideais, problemas e propostas de soluções, oferecendo arenas públicas e virtuais de conversação com capacidade de reunir públicos concernidos, mesmo que localizados em distintos territórios.

Os movimentos de ciberativismo surgiram no final do século XX, à medida que os recursos dispostos pela internet se expandiram, alimentando redes cívicas. O termo “ciberativismo” refere-se aos movimentos globais com causas locais que usaram arquiteturas de informação em rede para difundir e promover discussões na Web. Este movimento não se resume, apenas, à incorporação da Internet aos processos de comunicação do ativismo, ele representa a forma como a web vem transformando radicalmente tais processos e componentes, tanto o espaço democrático, a identidade coletiva, as estratégias políticas quanto os conceitos de participação e estratégias de ação (MCCAUGHEY, 2003).

O ativismo praticado pelos movimentos sociais tem se sobressaído na mídia e na web, nos últimos anos, ampliando a discussão e conscientização dos benefícios do parto normal e advogando pela redução do excesso de intervenções obstétricas para “vender” (CC)s. Várias iniciativas de produção de conteúdo em formato de filmes são disponibilizadas e lançadas periodicamente, produzidas por ativistas, com financiamento e distribuição pelo movimento social, tornando-se em fenômenos de audiência na mídia e na internet (DINIZ, 2014b).

Em 2006, a ONG Parto do Princípio (PP), Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, (PARTO DO PRINCIPIO, 2015) formada por usuárias do SUS e ativistas em defesa da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, apresentou uma denúncia ao Ministério Público quanto ao abuso de CC praticadas no Brasil. Assim, o MPF exerceu o papel de “ponte” entre a comunicação pública organizada e o Estado. Os movimentos cívicos pelos direitos das mulheres relacionados ao parto e nascimento tiveram, certamente, uma força de mobilização potencializada pela internet. Mas consolidaram-se como esfera pública ao processar as demandas da sociedade para o interior do sistema político (GOMES, 2006, 2008). O portador oficial dessa demanda foi o MPF, que fez uma

representação contra a Agência Nacional de Saúde (ANS). A denúncia apresentada pela PP teve como objetivo promover o direito à informação e prestação de serviços médicos obstétricos adequados para garantir melhores condições para o nascimento (Processo 0017488-0.2010.4.03.6100) (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

Em 2010, o MPF propôs uma Ação Civil Pública contra a ANS, que foi deferida em 2015, dando a ANS um prazo de 60 dias para implantar as seguintes medidas para redução de CC: a) adoção do partograma como documento obrigatório, com histórico de avaliação para uma possível indicação de CC; b) obrigatoriedade de informação dos percentuais de CC e partos normais efetuados pelos obstetras e hospitais que prestam serviço de atenção obstétrica, caso o usuário de saúde solicite; c) utilização do Cartão da Gestante como documento obrigatório; d) credenciamento de enfermeiras obstétricas e obstetrizes; e) desenvolvimento de indicadores para qualificações dos hospitais que reduzirem CC e humanizarem sua prática; f) remuneração para o parto normal ser significativamente maior do que a CC, como incentivo aos profissionais de saúde que assistem às gestantes.

A implantação dessas medidas no sistema privado de saúde desencadeou outras iniciativas, como o projeto denominado Parto Adequado, criado pela ANS, pelo Hospital Israelita Albert Einstein e pelo Institute for Health Improvement (IHI), com apoio do Ministério da Saúde. Ele foi implementado em hospitais privados e públicos (DINIZ et al., 2018). Trata-se de uma iniciativa piloto baseada nas melhores evidências científicas que indicam ganho de qualidade e segurança da atenção ao nascimento, incentivando o parto normal e reduzindo CC “desnecessárias” (MARCOLIN, 2014)

No setor público, o Ministério da Saúde lançou o Parto Cuidadoso (2018), inspirado nos princípios do Parto Adequado (2017), como um sistema de monitoramento online para acompanhar a quantidade de CC nos serviços do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Mas a redução de CC é uma preocupação também universal. No início de 2018, a OMS lançou um manual com 56 novas diretrizes que visam reduzir intervenções desnecessárias durante o parto (WHO, 2018).

Estes exemplos comprovam que há uma pressão pela mudança da prática. A perspectiva do interacionismo simbólico pode contribuir para análise sobre o

ponto reflexivo, para promover o cuidado interativo transpessoal entre profissionais e usuários de saúde. Em uma ação conjunta e ampliada, o discurso social procura ressignificar o parto e o nascimento com uma metanarrativa²² poderosa de igualdade e liberdade de direitos com base científica. De um lado, uma política pública proposta pelo Ministério da Saúde a partir da forte mobilização de um movimento social de mulheres; do outro lado, um sistema protocolar intervencionista mantido por profissionais e associações médicas resiste às mudanças. Fleury e Fischer (1996) ressaltam que uma determinada cultura adquire um caráter político quando, na ameaça do seu conjunto de valores e pressupostos básicos, passa a desenvolver habilidades de ordenar, atribuir significados e construir uma identidade organizacional através de ações de comunicação e consenso. É preciso estar atento, porém, para o risco desta cultura, na realidade, ocultar a instrumentalização de relações de dominação (FLEURY; FISCHER, 1996) – o que pode ser claramente identificado no comportamento corporativista da cultura da CC desnecessária.

Para Lukes (2005), a dominância de certa prática ou política pública indica uma forma de poder exercido por meio da preponderância de um “mainstream” de ideais, símbolos, ritos e mitos. A partir deles, os interesses dos mais poderosos são protegidos e os menos poderosos são marginalizados no processo de informação e decisão, perdendo possibilidades de ação sobre si próprios (LUKES, 2005). No Brasil, a existência de um senso comum em torno da realização de cesárias (como uma cultura estabelecida) passa a ser ameaçada mais recentemente apenas quando as práticas médicas e do sistema de saúde (imerso em sua estrutura de poder) são problematizadas.

Para Colebatch (2009, p. 30-33), a “formação de políticas públicas é vista, pelo paradigma da construção social, como resultado de problematizações sobre a natureza e as razões dos problemas a serem combatidos” (COLEBATCH, 2009). Trata-se, portanto, de uma forma de interpretação dos problemas, o que leva a respectivas formas de produzir respostas que sejam apropriadas à tal visão. O conjunto de medidas definidas pela ANS e os projetos criados pelo Ministério da

²² é um termo literário e filosófico que significa a narrativa contida dentro ou além da própria narrativa. O prefixo met(a)- tem sentido de "além de; no meio de, entre; atrás, em seguida, depois" <http://edtl.fcsh.unl.pt/encyclopedia/metanarrativa/>

Saúde foram definidos exatamente em função de uma interpretação acerca da natureza econômica, cultural e política (como fruto da relação de poder no binômio médico-paciente) e da prática generalizada de CC desnecessárias no Brasil. Assim, a política pública pode também ser tratada como um discurso (FISCHER, 1993) .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso brasileiro de reação e combate à epidemia de CCs indica a participação de iniciativas coletivas que representem narrativas independentes, segmentadas em grupos. Vale ressaltar aqui o risco de pulverização desses esforços de mobilização por uma política pública a favor do parto humanizado, especialmente porque os desafios de comunicação pública e argumentação sobre o tema incluem negociação com os representantes de cada novo governo federal, com seus próprios enquadramentos e suas interpretações sobre o problema em discussão.

As recentes conquistas alcançadas pelos movimentos de mulheres e pelo MPF atingiram importante repercussão no sistema de saúde e na assistência obstétrica, mas não necessariamente provocaram mudanças sociais mais amplas. A humanização do nascimento reivindica o reconhecimento de um discurso e espaço político que está em disputa, tendo por um lado, a legitimidade baseada em evidência científica e direitos humanos, e por outro, a política da organização assistencial intervencionista com procedimentos de rotina cercado por intervenções desnecessárias tanto no parto vaginal ou na CC sem indicação (NIY, 2018).

Estudos em instituições de saúde que adotaram o uso de boas práticas como a presença de acompanhante demonstraram desfechos positivos tanto na satisfação da mulher quanto na mudança de conduta do profissional de saúde (DINIZ et al., 2014a; MONGUILHOTT et al., 2018). Está claro na lei, que a presença de um acompanhante deverá ser em todas as fases do processo de parto, o que deveria acontecer em todos hospitais do país. Isto demonstra que mesmo leis promulgadas não legitimam a prática. As mudanças têm que ir além dos serviços de saúde, para garantir um apoio contínuo e institucional dos governos locais e federal e de organismos internacionais. É necessário ainda sensibilizar os responsáveis pela formação e capacitação dos profissionais de saúde, além de garantir serviços e informação de qualidade, que esclareça as mulheres quanto aos riscos e benefícios das escolhas no parto, como parte dos seus direitos reprodutivos (WHO, 2012). A

humanização do parto e nascimento reivindica legitimidade política na defesa dos direitos da mulher de ter um parto seguro e poder decidir e consentir sobre as intervenções que possam se fazer necessárias no seu corpo.

Referências bibliográficas

AGENCIA BRASIL. Número de cesarianas cai pela primeira vez no Brasil | Agência Brasil. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-no-brasil>>. Acesso em: 22/11/2018.

ALKEMA, L.; CHOU, D.; HOGAN, D.; et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **Lancet (London, England)**, v. 387, n. 10017, p. 462–74, 2016.

BETRÁN, A. P.; MERIALDI, M.; LAUER, J. A.; et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 21, n. 2, p. 98–113, 2007.

BETRÁN, A. P.; TEMMERMAN, M.; KINGDON, C.; et al. **Series Optimising caesarean section use 3 Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies**. 2018.

BETRAN, A. P.; TORLONI, M. R.; ZHANG, J.; et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reproductive Health**, 21. Jun. 2015.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism : perspective and method**. University of California Press, 1998.

BOERMA, T.; RONSMANS, C.; MELESSE, D. Y.; et al. **Optimising caesarean section use 1 Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections**. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109. , 2011. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=MINISTÉRIO+DA+SAÚDE.+Portaria+no+1.459%2C+24+de+junho+de+2011.+Institui%2C+no+âmbito+do+Sistema+Único+de+Saúde%2C+a+Rede+Cegonha.+Diário+Oficial+da+União%2C+p.+Seção+1%2C+2011>>. Acesso em: 19/11/2018.

——— MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde e ANS publicam regras para estimular parto normal na saúde suplementar. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/34963-ministerio-da--saude-e-ans-publicam-regras-para-estimular-parto--normal-na-saude-suplementar>>. Acesso em: 11/11/2018.

————— MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana, 2015. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/22946-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>>.

————— MINISTÉRIO DA SAÚDE. **versão resumida DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO NORMAL PARTO**. Ministério da Saúde, 2017.

BROWN, J. B.; CARROLL, J.; BOON, H.; MARMOREO, J. Women's decision-making about their health care: Views over the life cycle. **Patient Education and Counseling**, v. 48, n. 3, p. 225–231, 2002.

CARRILLO-LARCO, R. M.; PÉREZ-LU, J. E.; ALVARADO-VÁSQUEZ, E.;

CURIOSO, W. H. Evaluation of the quality of information about pregnancy found in webpages according to the peruvian guidelines. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, v. 29, n. 1, p. 76–81, 2012.

CHO, C. E.; NORMAN, M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 208, n. 4, p. 249–254, 2013. Mosby.

COLEBATCH, H. K. (HAL K. . **Policy**. Open University Press, 2009.

COULON, A. B. **Escola de Chicago**. 1995.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American rite of passage**. University of California Press, 2003.

—————The International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI) A Human Rights Approach to Optimal Maternity Care. **Midwifery today with international midwife**, , n. 117, p. 50–3, 2016. .

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? o que toda mulher deve saber (e todo homem também); Normal delivery or cesarian? What every woman must know and man too**. UNESP, 2004.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. 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.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 19, n. 2, p. 313–326, 2009

DINIZ, C. S. G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl

1, p. S140–S153, 2014. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. a

DINIZ, S. G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface: Communication, Health, Education**, 2014. UNESP. b

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. DE O.; ANDREZZO, H. F. DE A.; et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377–382, 2015.

DINIZ, C. S. G.; MIRANDA, M. J. DE; REIS-QUEIROZ, J.; QUEIROZ, M. R.; OLIVEIRA SALGADO, H. DE. Why do women in the private sector have shorter pregnancies in Brazil? Left shift of gestational age, caesarean section and inversion of the expected disparity. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, n. 1, p. 33–40, 2016.

DINIZ, C. S. G.; NIY, D. Y.; ANDREZZO, H. F. DE A.; CARVALHO, P. C. A.; SALGADO, H. DE O. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 253–259, 2016. Comunicação, Saúde, Educação.

DINIZ, C. S. G.; RATTNER, D.; LUCAS D'OLIVEIRA, A. F. P.; AGUIAR, J. M. DE; NIY, D. Y. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, 27. Aug. 2018. Taylor & Francis.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; et al. 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, n. suppl 1, p. S101–S116, 2014.

ELIADE, M. **Mito e realidade**. 2000.

ESTEVES-PEREIRA, A. P.; DENEUX-THARAUX, C.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; et al. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: A population-based case control study in Brazil. (T. Leone, Ed.) **PLoS ONE**, v. 11, n. 4, p. e0153396, 2016.

FIORETTI, B. T. S.; REITER, M.; BETRÁN, A. P.; TORLONI, M. R. Googling caesarean section: A survey on the quality of the information available on the Internet. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 122, n. 5, p. 731–739, 2015.

FISCHER, F.; FORESTER, J. **The Argumentative turn in policy analysis and planning**. Duke University Press, 1993.

FLEURY, M. T. L.; FICHER, R. M. O Simbólico nas Relações de Trabalho. In: Atlas (Ed.); **Cultura e Poder na organizações**. p.113–127, 1996. São Paulo.

FREITAS, P. F.; MOREIRA, B. C.; MANOEL, A. L.; BOTURA, A. C. DE A. O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 9, p. 1839–1855, 2015. GOMES, W. **Apontamentos sobre o conceito de esfera pública política**. UFMG ed. Belo Horizonte: Mídia, Esfera Pública e Identidades Coletivas. , 2006.

GOMES, W. **Esfera pública política e comunicação em Direito e Democracia de Jürgen Habermas**. In: **Comunicação e democracia: Problemas & Perspectivas**. Coleção co ed. São Paulo, 2008.

HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 186, n. 5 Suppl Nature, p. S160-72, 2002.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 17. Aug. 2008. São Paulo: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S5–S5, 2014.

LEÃO, M. R. DE C.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C. A.; ANGELO, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2395–2400, 2013.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Á. Cabral, Trans, 1988.

LOPES, C. H. L. F. .; JORGE, M. S. B. . **Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem** 103 SYMBOLIC INTERACIONISM AND THE POSSIBILITY TO THE INTERACTIVE CARE IN NURSING INTERACCIONISMO SIMBÓLICO Y LA POSIBILIDAD PARA EL CUIDAR INTERACTIVO DE LA ENFERMERÍA. São Paulo, 2005.

LOW, J. Caesarean section--past and present. **Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC, Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC**, v. 31, n. 12, p. 1131–6, 2009.

LUKES, S. **Power : a radical view**. Palgrave Macmillan, 2005.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. SciELO Books - Editora FIOCRUZ, 2010.

MARCOLIN, A. C. Até quando o Brasil será conhecido como o país da (CC)? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36(7):283-, 2014.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface:**

Communication, Health, Education, v. 16, n. 40, p. 107–119, 2012.

MCCAUGHEY, M.; AYERS, M. D. Cyberactivism: Online Activism in Theory and Practice. **Contemporary Sociology: A Journal of Reviews**, v. 33, n. 3, p. 347–348, 2003. Routledge.

MCCOURT, C.; WEAVER, J.; STATHAM, H.; et al. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 34, n. 1, p. 65–79, 2007.

MEAD, G. H.; MORRIS, C. W. (CHARLES W.; HUEBNER, D. R.; JOAS, H. **Mind, self, and society**. 1972.

MONGUILHOTT, J. J. DA C.; BRÜGGEMANN, O. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Nascer no Brasil: The presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 52, p. 1, 2018. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

MORETTI, F. A.; OLIVEIRA, V. E. DE; SILVA, E. M. K. DA. Access to health information on the internet: a public health issue? **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 58, n. 6, p. 650–8, 2012.

NIY, D. Y. **Desafios para a implementação de uma assistência ao parto; amiga da mulher & da criação a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo**, 14. Jun. 2018. São Paulo: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-23042018-141716/>>. Acesso em: 21/11/2018.

NOGUEIRA, A. T. **A Alma do Parto - Livros na Amazon Brasil**. 1º ed. Biblioteca 24horas, 2013.

OLIVEIRA, I. Cesarianas em descompasso. , p. 14–15, 2015.

PARTO DO PRINCÍPIO. Parto do Princípio e a resolução 368 da ANS | Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa.

RATTNER, D.; RATTNER, D.; SANTOS, M. L. DOS; LESSA, H.; DINIZ, S. G. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. pag.215-228, 2010. .

SOUZA, J.; GÜLMEZOGLU, A.; LUMBIGANON, P.; et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, v. 8, p. 71, 2010.

SPITZ, R.; JR., N. G.; JEFFERSON, B.; LANSKY, S. Sentidos do Nascer: efeitos de uma exposição interativa na transformação da percepção sobre o parto e nascimento. **DIS**, , n. 1, p. 126–134.

THEROUX, R. Media as a Source of Information on Pregnancy and Childbirth. **Nursing for Women's Health**, v. 15, n. 1, p. 62–67, 2011.

TORLONI, M. R.; DAHER, S.; BETRÁN, A. P.; et al. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review. **Bmj**, v. 342, n. 7792, p. 324, 2011.

Lancet (London, England), v. 367, n. 9525, p. 1819–29, 2006.

WHO,. WORLD HEALTH ORGANIZATION; The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. **International Journal of Rheumatic Diseases**, 2012.

———WORLD HEALTH ORGANIZATION. **non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections**. 2018.

YE, J.; BETRÁN, A. P.; GUERRERO VELA, M.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. **Birth**, v. 41, n. 3, p. 237–244, 2014.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese se propôs avaliar a qualidade e a abrangência das informações sobre cesárea na internet, em 2018, após iniciativas de redução da CC desnecessária no Brasil. Para este fim foram utilizadas análises interativas entre *Small Data* produzidos a partir de *Big Data* (buscadores na web). Também foram estudadas as interfaces ao redor de três pilares: informação, internet e a cirurgia cesárea desnecessária, tendo como elemento de interligação as redes de comunicação em saúde e seus atores (relações que estão representadas na fig.8).

Os mediadores das informações de saúde na Web são os buscadores, onde o Google se destaca pela preferência entre os usuários brasileiros (“com.br” e “com” que representam 96,4%, 2018) e por isto está no foco desta discussão. Antes de iniciá-la, é preciso considerar que o Google não é uma ferramenta neutra, ele é uma lente e como tal promove distorções, por ele ser simultaneamente ator e depositário (VAIDHYANATHAN, 2012). Através de sua interface simples e a sua velocidade de respostas, induz o usuário que poderá atender a todos seus desejos, desta forma ele conhecer melhor o usuário de Web do que o usuário a ele (VAIDHYANATHAN, 2012). A sua relação com a produção de dados não está no volume dos textos apreendidos e sim na capacidade de encontrar e associar os dados certos (STEPHENS-DAVIDOWITZ, 2018). O que seria certo ou errado para o Google? Deve-se levar em conta que o Google é, acima de tudo, uma empresa privada que comercializa publicidade. Portanto, seu critério de adequação não está centrado na análise ética do seu conteúdo mas no retorno financeiro da venda de anúncios associados à visita dos usuários nas PW, o que deveria exigir da sociedade uma preocupação de vigilância (VAIDHYANATHAN, 2012).

O desenvolvimento e crescimento da Web estão associados à capacidade de transformação da linguagem em dados, com habilidades de identificar e reconhecer o contexto onde as palavras estão inseridas. A complexidade de uma rede Sociotécnica (entre humanos e não humanos), com múltiplas relações entre seus agentes – descritas na teoria do ator-rede (TAR), traz para a movimentação de dados coletivos a capacidade de modificar desde seus agentes até seu tecido social (LATOUR, 1994) – se imaginarmos como poderia ser a interação sociotécnica a partir do momento que uma usuária insere a palavra cesárea em um buscador como o Google, seguindo o roteiro proposto por Latour (1994, p.46) poderíamos obter:

- Primeiro, haverá uma tradução, que será inscrita através de algum recursos em um material diferente de própria ordem social (LATOUR, 1994) - a mulher buscará informações

em um buscador, que provavelmente será o Google, escrevendo uma das variações da grafia da palavra cesárea;

- Uma transição e uma troca de caracteres, propriedades entre os não humanos – o Google transformará a palavra cesárea em dado;

- A inscrição através da qual um não humano geraram um resultado será adequado de acordo com o interesse de programações pré-estabelecidas, ou induzidas pelo volume dos dados coletivos (LATOUR, 1994); os algoritmos²³ do Google levarão em conta o contexto do usuário da Web, através dos seus rastros informativos que revelarão realidades e tendências sociais (STEPHENS-DAVIDOWITZ, 2018).

- A mobilização dos não humanos (algoritmos) dentro do coletivo, adiciona recursos inesperados, que resultará em novos híbridos – O Google adicionará outros critérios além da semântica e contextos, como frequência de busca ao tema, geolocalização entre outros.

- Deslocamento – a direção que o coletivo toma quando [sua] forma, extensão e composição tenham sido alteradas (LATOUR, 1994). Ele irá devolver em segundos os links, que serão compostos por palavras, uma resposta de acordo com o que ele considera que o usuário deseja ver ou o patrocinador de anúncio deseja vender.

O que foi verificado nesta pesquisa sobre as informações da CC disponíveis na internet (manuscrito I) é que mesmo as PW de 2018 sendo inéditas e escritas de forma mais profissional e melhor pontuadas, comparando-as com as PW analisadas no estudo de 2013 (FIORETTI *et al.*, 2015), as informações encontradas misturam efeitos adversos de CC, indicações clínicas com e sem comprovação científica, há pouco conteúdo relacionado aos benefícios, riscos maternos e perinatais, a curto e a longo prazo, para uma CC eletiva em uma gestante saudável, com bebê a termo.

Ao avaliar a produção de dados de 2018 um caso chamou muita atenção, a PW do blog da Prfa. Dra. Melânia Amorim²⁴ (produzida em 2012 e atualizada em 2017) não foi identificada na produção de dados de 2018 por nenhum dos buscadores neste estudo (Google, Bing, Ask ou Yahoo). Esta PW foi muito bem avaliada no estudo anterior (FIORETTI *et al.*, 2015) por apresentar em seu conteúdo uma lista de indicações reais e 227 indicações fictícias de cesárea (indicações que médicos já se utilizaram para indicar a uma gestante uma cesárea desnecessária), obtidas através dos relatos de mulheres em mídias

²³ “Um procedimento constituído de um conjunto de instruções bem definidas, executáveis por alguém, com o objetivo de resolver um problema, chama se *Algoritmo*”.
<http://www.inf.ufsc.br/~j.barreto/cca/arquitet/arq3.htm> Acesso: 13/02/2019

²⁴ <http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>

socias e já foi acessada mais de 405 mil vezes (até 2015). Procurou-se investigar possíveis causas desta invisibilidade e levantou-se a suposição desta PW pode estar sido vítima de *shadow-banning*²⁵ (quando a página se torna invisível aos outros e o autor não consegue perceber),

Pelas avaliações do DISCERN, em 2018, verificou-se que os Blogs representaram apenas 7% da coleta de 2018 comparado aos 23% de 2013; os portais se mantiveram no mesmo padrão de cerca de 40% (40%; 2018 e 44%; 2013) e volume de sites aumentou 60% de uma coleta para a outra (53% em 2018 comparado a 33% em 2013). A redução do número de PW proveniente de blogs pode ser justificada por dois fatores, por serem considerados uma mídia de interesse pessoal poderiam estar relacionados às movimentações das ações referentes ao ativismo da humanização do parto e nascimento (mais ativos no período da ação do Ministério Público contra a ANS) ou os produtores de conteúdo estão migrando para outras plataformas sociais, como Instagram, Whatsapp, Facebook, plataformas, que não são indexadas pelos buscadores, portanto os conteúdos discutidos não podem ser identificados pelos buscadores. O crescimento dos sites pode estar relacionado às recentes facilidades tecnológicas de construção das PW e ao crescimento do comércio na Web.

O interesse pelos efeitos adversos, um dos achados deste trabalho, pode estar contribuindo para o um processo reflexivo da percepção e conceituação da intervenção cirúrgica e sua “normalização”, minimizando seus riscos e favorecendo uma CC eletiva. Poderíamos hipotetizar que esse interesse poderia estar relacionado com o volume de cirurgias cesáreas praticadas desnecessariamente (cerca de um milhão) no Brasil? Para esta reflexão temos que considerar que a maioria da CC ocorreram em instituições privadas, entre mulheres de baixo risco obstétrico, mais instruídas, com maior poder aquisitivo (BOERMA *et al.*, 2018). O volume de conteúdos relacionados a indicações de CC e seu efeitos adversos pode estar associado ao uso de técnicas de marketing para gerar fluxo de visitantes para as PW como por exemplo o *Inbound Marketing*, uma estratégia praticada na internet através de publicações de conteúdo com interesses específicos e informações relevantes para um determinado perfil de leitor (Silva *et al.*, 2018). A internet, de forma geral, baseia-se na premissa de que as pessoas só consomem o que lhes faz sentido e o *Big Data* procura evitar que o usuário de internet sinta conflito, favorecendo a zona de conforto (PARISER, 2012).

Como descreve Blumer, a interação simbólica dos atos dos seres humanos também são processos sujeitos à interpretação. A realização de um ato desencadeará uma ação

²⁵ <https://www.economist.com/the-economist-explains/2018/08/01/what-is-shadowbanning>

conjunta com outros atores. Se o significado desta ação, mesmo que reflita uma prática distorcida como a normalização de uma intervenção “correcional” e potencialmente danosa, for o mesmo para ambos estes o compreenderão mutuamente (BLUMER, 1989); criando um ambiente favorável para “cegueira de gênero”(DINIZ, 2009), a exemplo do que é considerado “normal” no modelo de parto intervencionista e traumático (MELCHIORI et al., 2009). As questões levantadas pela superexposição do corpo feminino, idealizado em padrões estipulados, ampliam a reflexão destes como mecanismos de controle social. Bourdier usa o conceito de um “corpo-para-o-outro” (BOURDIEU, 2012) como uma “adequação” do corpo (parturiente, no caso) sob a constante ameaça da negação de seu valor, a partir de um juízo sobre aspectos de sua corporalidade, contribuindo para criar mais insegurança da mulher quanto a sua fisiologia (BRITTOS; GASTALDO, 2006).

A comunicação tem o papel significativo de condutor em uma sociedade sujeita a relações de poderes desiguais. Nela, a informação atua como dinamizador do controle social (BRITTOS; GASTALDO, 2006). Por este motivo, este estudo se aprofundou em entender as interfaces da comunicação em saúde, com relação a CC, internet e os provedores da informação (representadas nas linhas que formam da figura 8). As mídias, em geral, sempre representaram um lugar de disputas desiguais de poderes simbólicos e econômicos, tanto em termos institucionais quanto em relações a conflitos de classe, gênero ou raça (BRITTOS; GASTALDO, 2006).

Figura 15 – Mapa conceitual do papel da comunicação sobre cesárea, avaliado nesta pesquisa.

A invisibilização dos danos potenciais, mesmo que contrário às evidências científicas, expostos e compartilhados na internet contribuem para a “normalização” de distorções, já que há uma tendência em acreditar na tecnologia de forma cega e acrítica (VAIDHYANATHAN, 2012). Os médicos sempre foram reconhecidos como uma autoridade profissional e a referência mais segura na intermediação das informações (FREIDSON, 2009). No Brasil, ser assistida por um mesmo profissional durante o pré-natal, parto e pós-parto está relacionado à prevalência de CC (FREITAS *et al.*, 2015). As mulheres consideram os médicos os grandes influenciadores na decisão pela CC, enquanto que os médicos dizem que são as mulheres que pedem a CC eletiva (BETTES *et al.*, 2007; WEAVER *et al.*, 2007; ROBSON *et al.*, 2009). SCOTT (1995) sugere que, aparentemente, muitas questões de gênero parecem imutáveis, já que dificilmente são incluídas perspectivas políticas nas análises das relações e organizações. Tema também discutido por Fleury

quando ressalta que determinadas culturas formadas com caráter político e com habilidades em ordenar, atribuir significados, construir uma identidade organizacional através de ações de consenso e comunicação podem, de fato, estar instrumentalizando uma relação de dominação (FLEURY, 1996). O que é claramente identificado no comportamento cooperativista da “cultura da cesárea” desnecessária.

A prática obstétrica no Brasil é um exemplo de quanto a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritativo” na organização das práticas de saúde (DINIZ, 2005, p 631).

Esta valorização, socialmente aceita, cria narrativas que justifiquem a predominância das distorções destes mitos, tratados com este “conhecimento autoritativo” que independente de serem “mais verdadeiros” são os que organizam as práticas sociais (DAVIS-FLOYD, 2003).

O processo de “desintermediação” da informação na relação médico paciente foi facilitado pelo desenvolvimento da Web (EYSENBACH, 2008). As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) favorecerem aos usuários a interação direta com a informação se tornando tanto produtores como consumidores de informação. O terceiro caminho entre a intermediação, desintermediação é a apomediação que através de conhecimentos específicos auxilia uma autonomia e suporte para usuários na web. A atuação da rede ciberativista Parto do Princípio (PP) pode ser considerada de apomediação, pois sempre promoveu ações sociais com informações baseadas em evidências científicas na web. EYSENBACH (2017) descreve apomediadores como uma rede paralela a relação médico paciente, que mediam uma intervenção com credibilidade trazendo um posicionamento com informações relevantes influenciando as decisões em saúde (EYSENBACH, 2007). O Ministério Público Federal exerceu um papel significativo entre o movimento social e o Estado. As consolidações em esfera pública ao processar as demandas sociais para o interior do sistema político (GOMES, 2008), desta forma ocorreu com as medidas impostas em 2014 contra a ANS foram causadas por uma demanda social, ONG PP, desencadando iniciativas e diretrizes na esfera pública. A este conjunto se associa as iniciativas do Ministério da Saúde e concomitante a OMS, com resultados na iniciativa privada, como por exemplo o Parto Adequado.

Quanto aos efeitos das medidas públicas, tanto na qualidade como na abrangência das informações sobre CC disponíveis em português na internet para leigos, verificou-se que

todo este processo social e político foi sensível apenas nas PW da FEBRASGO (Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia) no período entre 2014 e 2017. Em 2018 tanto o site da FEBRASGO como as páginas Web, de forma geral, em português não tinham conteúdos sobre riscos maternos e perinatais em profundidade. Este estudo não encontrou nenhuma associação entre o resultado obtido de melhora do critério de confiabilidade das PW, em 2018, e as medidas implementadas pela ANS, OMS ou MS. No final de 2018, em audiência pública realizada em São Paulo pelo Ministério Público Federal, foi constatado publicamente que a ANS havia recorrido da sentença de 2014, de implementação das medidas de redução de CS.

É preciso ressaltar que as associações médicas profissionais exercem uma autoridade sobre a expertise dos médicos e influenciam sua conduta (PEREIRA NETO, 2009). Os Sites institucionais de associações médicas profissionais são uma grande oportunidade de comunicação e marketing direto, tanto para os pacientes de obstetrícia e ginecologia, quanto para profissionais de saúde. Por isso deveriam promover divulgações científicas, em área delimitada para pacientes ou um link acessível direcionado a informações relacionadas a saúde integral da mulher, em linguagem apropriada, sem financiamento da indústria farmacêutica, levando em consideração os critérios internacionais e se possível serem certificados (CURRÒ *et al.*, 2004). Sites de Associações médicas são uma grande oportunidade de apomediação na promoção da informação com base científica, na relação de intermediação das informações entre o médico e o paciente. Apesar de ainda não haver critérios nem padrão internacional de qualidade para os sites de Obstetrícia e Ginecologia, em um futuro próximo, tende a aumentar o número de sites profissionais com alta qualidade de divulgações científicas para leigos (REZNICZEK *et al.*, 2015). Este é um campo de interação de conhecimento e práticas médicas que deveria ser muito valorizado já que engloba a saúde pública e negócios (EYSENBACH, 2001).

Outro questionamento relevante com relação às buscas de informações provém de um estudo sobre cidadania e internet, que questiona se a excessiva familiaridade com as ferramentas da cultura digital contemporânea, poderia influenciar o olhar do pesquisador. Tal pensamento nos leva a questionar a preferência quase absoluta dos usuários por apenas um buscador que centraliza as informações (BARRETO, 2008). Fato que justifica este estudo ter buscado por informações em outros buscadores, mesmo sabendo que poucas pessoas os acessam.

Do ponto de vista do ator-rede o mundo material, mesmo que seja virtual, não pode ser dissociado do ser humano (LÉVY, 1993), não é uma relação de causa e efeito, portanto o acesso à informação na internet faz parte do ser humano, porém a qualidade das informações sobre saúde na internet é heterogenia, sem controle editorial com informações imprecisas (KAICKER *et al.*, 2013). Esta é uma questão importante para a medicina, uma revisão sistemática concluiu que 70% dos estudos sobre qualidade da informação de saúde na internet revelam problemas quanto a qualidade da informação na Web (EYSENBACH, 2008). Portanto, uma forma segura de intervenção para melhorar a qualidade da informação internet é através da mediação e sensibilização quanto ao compartilhamento de responsabilidades da ação entre os vários actantes, respeitando a ação de todos (SANTAELLA; CARDOSO, 2015). Um grande aliado contra o conteúdo heterogêneo na internet é o engajamento de muitos cientistas, pesquisadores e profissionais de saúde que disseminam as informações científicas, em linguagem acessível na internet e nas mídias sociais (BASURTO, 2017). Uma solução seria incentivar o crescimento de publicações de qualidade que façam o papel de apomediação e possam oferecer direcionamentos aos usuários obterem informações relevantes e precisas na web (EYSENBACH, 2008).

O e-Saúde será cada vez mais habilitado à medida que o ambiente social avançar no uso de ferramentas digitais, oferecendo informações relevantes sobre saúde com qualidade científica, com uma usabilidade de fácil navegação (LEVIN-ZAMIR; BERTSCHI, 2018). Por meio da interação mediada, aumentam as possibilidades de desenvolvimento das capacidades de reconhecer a ação e a linguagem do outro. Um caminho mediado poderá contribuir para mudança de padrão de informação entre os actantes, e poderá influenciar nas “comunidades de significado” – como as que estão envolvidas em todo processo de assistência ao parto e nascimento. É o processo comunicacional nessas comunidades que poderá permitir o compartilhamento de sentido (LITTLEJOHN, 1988).

A usabilidade e acessibilidade são pontos-chave para desenvolvedores de software, web designers tendo em vista a experiência do usuário ao visitar a PW e o planejamento para tornar o site o mais intuitivo possível ao usuário. As informações disponíveis devem estar em formatos cada vez mais interativos que dependam cada vez menos de um entendimento formal, levando em conta a perspectiva de como a mulher busca informação, desta forma os usuários de saúde terão maiores oportunidades de desenvolver suas habilidades para discernir, avaliar e aplicar informação obtida nas PW, pode favorecer o amadurecimento da “alfabetização em saúde” (LEVIN-ZAMIR, 2018) e o empoderamento das usuárias.

A recomendação deste estudo é alertar para a importância de ressignificar o parto e o nascimento, produzindo conteúdo de qualidade tanto por movimentos sociais, órgãos públicos e privados, associações, ONGs. Recomenda-se também estimular uma agenda de pesquisa para mapear os caminhos que as gestantes fazem em busca de informação, aprender com experiências bem-sucedidas, nas mídias sociais e em outros idiomas, avaliar as informações da relação médico-paciente e o impacto das informações na tomada de decisão quanto à via de parto em mulheres nos setores público e privado. Se não houver um esforço conjunto por informações de qualidade no combate à epidemia de cesáreas, as iniciativas de trazer boa informação correm o risco de ficarem invisíveis na internet.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCIA BRASIL. Número de cesarianas cai pela primeira vez no Brasil | Agência Brasil. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-no-brasil>>. Acesso em: 22/11/2018.

ALOK, K. A. D. O. What is the right number of caesarean sections? *The Lancet*, v. 349, n. 9064, p. 1557, 1997. Elsevier.

ALONSO, B. D.; SILVA, F. M. B. DA; LATORRE, M. DO R. D. DE O.; DINIZ, C. S. G.; BICK, D. Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 101, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *ObstetriCC and gynecology*, v. 121, n. 4, p. 904–7, 2013.

AMORIM, M. M. R. ; SOUZA, A. S. R. ;; PORTO, A. M. F. ; cesariana_baseada_evidencias_parte_I. *Femina*, v. 38, n. 81, p. 415–422, 2010.

ANDRÉ PEREIRA NETO, M. B. F. (ED.). *The Internet and Health in Brazil: Challenges and Trends (English Edition)* - eBooks em Inglês na Amazon.com.br. 1st ed. 20 ed. Springer, 2019.

BARBIERI, T. DE. SOBRE LA CATEGORIA GENERO. UNA INTRODUCCION TEORICO-METODOLOGICA~. Mexico, 1993.

BARRETO, A. DE A. Uma história da ciência da informação. Para entender a ciência da informação, p. 13–34, 2008.

BASURTO, X.: Communication: Post-truth predicament - *Nature* 541, 425–427 (19 January 2017) doi:10.1038/nj7637-425a, Published online, 18 January 2017

BAYARD, O. *O Big Data Humanizado e O Que Há Por Trás Disso* - Tek Ideia.

BETHESDA, M. NIH State-of-the-Science Conference: Cesarean Delivery on Maternal Request. Maryland, 2006.

BETRÁN, A. P.; MERIALDI, M.; LAUER, J. A.; *et al.* Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and perinatal epidemiology*, v. 21, n. 2, p. 98–113, 2007.

BETRÁN, A. P.; TEMMERMAN, M.; KINGDON, C.; *et al.* Series Optimising caesarean section use 3 Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. 2018.

BETRAN, A. P.; TORLONI, M. R.; ZHANG, J.; *et al.* What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*, 21. Jun. 2015.

BETRÁN, A. P.; YE, J.; MOLLER, A. B.; *et al.* The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS ONE*, v. 11, n. 2, 2016.

BETTES, B. A.; COLEMAN, V. H.; ZINBERG, S.; *et al.* Cesarean Delivery on Maternal Request. *ObstetriCC & Gynecology*, v. 109, n. 1, p. 57–66, 2007.

BLUMER, H. Symbolic interactionism : perspective and method. University of California Press, 1989.

BOERMA, T.; RONSMANS, C.; MELESSE, D. Y.; *et al.* Optimising caesarean section use 1 Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. 2018.

BOSK, C. L. Review Essay: Avoiding conventional understandings: the enduring legacy of Eliot Freidson. *Sociology of Health and Illness*, v. 28, n. 5, p. 637–646, 2006. John Wiley & Sons, Ltd (10.1111).

BOURDIEU, P. A Dominação Masculina. 11ª ed. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde e ANS publicam regras para estimular parto normal na saúde suplementar Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015^a. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/geral/34963-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-regras-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>. Acessado em 10/11/2018.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana [Care for pregnant woman guidelines: caesarean section]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 b

_____. Ministério da Saúde. Datasus [Internet]. 2016. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>. Acessado em: 10/08/2018

———. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde fará monitoramento online de partos cesáreos no país. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais>>. Acesso em: 11/11/2018.

BRITTOS, V. C.; GASTALDO, E. Mídia, poder e controle social. *Alceu*, v. 7, n. 13, p. 121–133, 2006.

BUENO, T. ; ALVES, M. .; VASQUES, FERREIRA, F. Interacionismo simbólico como ferramenta teórica e metodológica para o estudo no ciberespaço Razón. (Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Campus Estado de México., Ed.) Razón y Palabra, v. 21, n. 96, p. 456–475, 2017. Equador:

BUENO, W. DA C. Jornalismo científico no Brasil: os desafios de longa uma trajetória. Difusão e cultura científica, 2009. EDUFBA.

CAJITA, M. I.; RODNEY, T.; XU, J.; HLADEK, M.; HAN, H.-R. Quality and Health Literacy Demand of Online Heart Failure Information. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 32, n. 2, p. 156–164, 2017.

CALDAS, C. Pesquisadores precisam de estímulo para divulgação científica. Disponível em: <http://www.labjor.unicamp.br/midiaciencia/noticias.php3?id_article=631>. Acesso em: 19/7/2018.

CARDWELL, C. R.; STENE, L. C.; JONER, G.; *et al.* Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Diabetologia*, v. 51, n. 5, p. 726–735, 2008. Springer-Verlag.

CARRILLO-LARCO, R. M.; PÉREZ-LU, J. E.; ALVARADO-VÁSQUEZ, E.; CURIOSO, W. H. Evaluation of the quality of information about pregnancy found in webpages according to the peruvian guidelines. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, v. 29, n. 1, p. 76–81, 2012b.

CASTELLS, M. A Sociedade em Rede. A Sociedade em Rede em Portugal, v. I, n. Conferência promovida pelo Presidente da República, p. 435, 2005. Paz e Terra.

CASTELLS, Manuel. A era da informação: economia, sociedade e cultura. Vol. I, II e III. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian, 2003. CONNELL,

CENTRALE SANTÉ. Net Scoring: Critères de Qualité de L'information Médicale sur L'Internet. <http://www.chu-rouen.fr/dsii/puli/critqualV2.html>

CETTO, A. M. Electronic publishing: will it reach the whole world? Unesco Expert Conference, p. 168–184, 1996. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001099/109990eo.pdf>>. .

CHANDWANI, R.; KULKARNI, V. Who's the Doctor? Proceedings of the 2016 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems - CHI '16. Anais... . p.3091–3102, 2016. New York, New York, USA: ACM Press.

CHARNOCK, D.; SHEPPERD, S.; NEEDHAM, G.; GANN, R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J*

Epidemiol Community Health , v. 53, p. 105–111, 1999.

CHO, C. E.; NORMAN, M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 208, n. 4, p. 249–254, 2013. Mosby.

CLANCY, A. A.; HICKLING, D.; DIDOMIZIO, L.; *et al.* Patient-targeted websites on overactive bladder: What are our patients reading? Neurourology and Urodynamics, v. 37, n. 2, p. 832–841, 2018.

CLINE, R. J.; HAYNES, K. M. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. Health education research, v. 16, n. 6, p. 671–692, 2001.

CONRAD, Peter. Eliot Freidson's revolution in medical sociology. Health. An Interdisciplinary Journal for the social study of Health, Illness and Medicine. v. 11, n. 2, p. 141–144. 2007.

CORREDERA, E.; DAVIS, K. S.; SIMONS, J. P.; JABBOUR, N. What parents are reading about laryngomalacia: Quality and readability of internet resources on laryngomalacia. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, v. 108, n. December 2017, p. 175–179, 2018.

CORTNER, D. Stages of Internet adoption in preventive health: An exploratory diffusion study of a community-based learning venue for 50+ year-old adults. , 2005. COULON, A. B. Escola de Chicago. 1995.

CREMESP. RESOLUÇÃO Nº 97- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3217>. Acesso em: 17/11/2018.

CRISTINA, A.; VAZ, G. Parto cesáreo : quem o deseja ? Em quais circunstâncias ? Cesarean sections : who wants them and under what circumstances ? , v. 19, n. 6, p. 1611–1620, 2003.

CUDDON, J. A. (JOHN A.; HABIB, R.; BIRCHWOOD, M.; *et al.* Dictionary of Literary Terms & Literary Theory Dictionary of Literary Terms & Literary Theory. Penguin ed. Londres, 2015.

CURRÒ, V.; BUONUOMO, P. S.; ONESIMO, R.; *et al.* A quality evaluation methodology of health web-pages for non-professionals. Medical Informatics and the Internet in Medicine, v. 29, n. 2, p. 95–107, 2004.

DAVIS-FLOYD, R. Birth as an American rite of passage. University of California Press, 2003.

DAVIS-FLOYD, R. The International Mother-Baby Childbirth Initiative (IMBCI) A Human Rights Approach to Optimal Maternity Care. Midwifery today with international midwife, , n. 117, p. 50–3, 2016.

DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. . Childbirth and authoritative knowledge : cross-cultural perspectives. University of California Press, 1997.

DECLERCQ, E.; BARGER, M.; CABRAL, H. J.; *et al.* Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *ObstetriCC and Gynecology*, v. 109, n. 3, p. 669–677, 2007.

DECLERCQ, E. R.; SAKALA, C.; CORRY, M. P.; APPLEBAUM, S.; HERRLICH, A. Listening to Mothers SM III Pregnancy and Birth Childbirth Connection. 2013.

DIAZ, J. A.; GRIFFITH, R. A.; NG, J. J.; *et al.* Patients' use of the internet for medical information. *Journal of General Internal Medicine*, v. 17, n. 3, p. 180–185, 2002.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005.

DINIZ, C. S. G.; RATTNER, D.; LUCAS D'OLIVEIRA, A. F. P.; AGUIAR, J. M. DE; NIY, D. Y. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, 27. Aug. 2018. Taylor & Francis.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. 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.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*, v. 19, n. 2, p. 313–326, 2009.

DOL, J.; RICHARDSON, B.; BOATES, T.; CAMPBELL-YEO, M. Learning to parent from Google? Evaluation of available online health evidence for parents of preterm infants requiring neonatal intensive care. *Health InformatiCC Journal*, p. 146045821775256, 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; *et al.* 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, n. suppl 1, p. S101–S116, 2014.

DONALDSON, L. Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS. *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 326, n. 7402, p. 1279–80, 2003. BMJ Publishing Group.

ELIADE, M. Mito e realidade. 2000.

ESTEVES-PEREIRA, A. P.; DENEUX-THARAUX, C.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; *et al.* Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: A population-based case control study in Brazil. (T. Leone, Ed.) *PLoS ONE*, v. 11, n. 4, p. e0153396, 2016.

EYSENBACH, G. What is e-health? *Journal of medical Internet research*, v. 3, n. 2, p. E20, 2001. *Journal of Medical Internet Research*. Disponível em: <<http://www.jmir.org/2001/2/e20/>>. Acesso em: 4/2/2019.

EYSENBACH, G. From intermediation to disintermediation and apomediation: new models for consumers to access and assess the credibility of health information in the age of Web2.0. *Studies in health technology and informatiCC*, v. 129, n. 1, p. 162–6, 2007.

EYSENBACH, G. Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. *Journal of Medical Internet Research*, v. 10, n. 3, p. e22, 2008. JMIR Publications Inc.

EYSENBACH, G.; DIEPGEN, T. L.; GRAY, J. A. M.; *et al.* Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling, and filtering of information. *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 317, n. 7171, p. 1496–1500, 1998.

EYSENBACH, G.; POWELL, J.; KUSS, O.; SA, E.-R. Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers on the World Wide Web. *JAMA*, v. 287, n. 20, p. 2691, 2002. American Medical Association.

FELICE, M. DI. Paisagens pós-urbanas: o fim da experiência urbana e as formas comunicativas do habitar. Annablume, 2009.

DI FELICE, M.; Netativismo: novos aspectos da opinião pública em contextos digitais. *Revista FAMECOS*, v. 19, n. 1, p. 27, 2012.

FIORETTI, B. T. S.; REITER, M.; BETRÁN, A. P.; TORLONI, M. R. Googling caesarean section: A survey on the quality of the information available on the Internet. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 122, n. 5, p. 731–739, 2015.

FLEURY, M. T.; FISCHER, R. M. Cultura e poder nas organizações. Atlas, 1996.

FOUCAULT, M. The History of Sexuality Volume I: An Introduction Pantheon Books. York, New: Pantheon Books, 1978.

FREIDSON, E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. 1ª edição ed. Porto Alegre: Sindicato dos Médicos, 2009.

FREITAS, P. F.; MOREIRA, B. C.; MANOEL, A. L.; BOTURA, A. C. DE A. O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 9, p. 1839–1855, 2015..

FUGLENES, D.; ØIAN, P.; KRISTIANSEN, S. Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? *YMOB*, v. 200, p. 48.e1-48.e8, 2009.

FUHSE, J. A. .; MÜTZEL, S. . The MeaTackling Connections, Structure, and Meaning in Networks: Quantitative and Qualitative Methods in Sociological Network Research. *Sociological Theory*, v. 45, n. 5, p. 1067–1089, 2011. Network Research. Quality and Quantity.

GAMBLE, J., CREEDY, D.K., MCCOURT, C., WEAVER, J., & BEAKE, S. A. A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Women and Birth*, v. 21, n. 2, p. 92, 2008.

GARBIN, H. B. D. R.; PEREIRA-NETO, A. DE F.; GUILAM, M. C. R. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, n. 26, p. 579–588, 2008.

GELLER, E.; WU, J.; JANNELLI, M.; NGUYEN, T.; VISCO, A. Maternal Outcomes Associated with Planned Vaginal Versus Planned Primary Cesarean Delivery. *American Journal of Perinatology*, v. 27, n. 09, p. 675–684, 2010. © Thieme Medical Publishers.

GINSBERG, J.; MOHEBBI M.: PASTEL, R. Patel, BRAMMER, L.; SMOLINSKI, M.; SOMOLINISKI, M.; BRILLIANT, L. Detecting influenza epidemics using search engine query data. *Nature* **457** (7232): 1012–1014, 2009.

GOMES, W. Esfera pública política e comunicação em Direito e Democracia de Jürgen Habermas. In: Comunicação e democracia: Problemas & Perspectivas. Coleção co ed. São Paulo, 2008.

GRANOVETTER, 1985. Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness | Sociology. *American Journal of Sociology*, v. november, n. 3, p. 481–510, 1985.

GUEDES, M. E. F. Gênero, o que é isso? *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 15, n. 1–3, p. 4–11, 1995. Conselho Federal de Psicologia.

HANDFIELD, B.; TURNBULL, S.; BELL, R. J. What do obstetricians think about media influences on their patients? *The Australian & New Zealand journal of obstetriCC & gynaecology*, v. 46, n. 5, p. 379–83, 2006.

HARDING, S. G. Whose science? Whose knowledge? : thinking from women's lives. Cornell University Press, 1991.

HARGRAVE, D.; BARTELS, U.; LAU, L.; ESQUEMBRE, C.; BOUFFET, E. [Quality of childhood brain tumour information on the Internet in French language]. *Bull Cancer*, v. 90, n. 7, p. 650–655, 2003.

HARGRAVE, D.; BARTELS, U.; LAU, L.; ESQUEMBRE, C.; BOUFFET, E. [Quality of childhood brain tumour information on the Internet in French language]. *Bulletin du cancer*, v. 90, n. 7, p. 650–5, 2003.

HEALTH ON THE NET FOUNDATION. Health On the Net Foundation - COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. , 2002. Quality Criteria for Health Related Websites. Disponível em: <http://www.hon.ch/HONcode/HON_CCE_en.htm>. Acesso em: 17/11/2018.

HEALTH ON THE NET FOUNDATION. Health On the Net, promotes transparent and reliable health information online through HONcode certification. Disponível em: <<https://www.hon.ch/en/>>. Acesso em: 17/11/2018.

HIRASAWA, R.; SAITO, K.; YACHI, Y.; *et al.* Quality of Internet information related to the Mediterranean diet. *Public Health Nutrition*, v. 15, n. 05, p. 885–893, 2012.

HIRSCH, M.; AGGARWAL, S.; BARKER, C.; DAVIS, C. J.; DUFFY, J. M. N. Googling endometriosis: a systematic review of information available on the Internet. *American Journal of ObstetriCC and Gynecology*, v. 216, n. 5, p. 451–458.e1, 2017. Elsevier.

HORTA, B. L.; GIGANTE, D. P.; LIMA, R. C.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Birth by caesarean section and prevalence of risk factors for non-communicable diseases in young adults: a birth cohort study. *PloS one*, v. 8, n. 9, p. e74301, 2013. Public Library of Science. Disponível

KAICKER, J.; WU, K.; ATHREYA, S. Assessing the Reliability and Quality of Online

Uterine Fibroid Embolization Resources. *CardioVascular and Interventional Radiology*, v. 36, n. 2, p. 385–394, 2013.

KHAZAAL, Y.; CHATTON, A.; ZULLINO, D.; KHAN, R. HON Label and DISCERN as Content Quality Indicators of Health-Related Websites. *Psychiatric Quarterly*, v. 83, n. 1, p. 15–27, 2012.

KICKBUSCH, I.S. Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promot. Int.* 2001, 16, 289–297.

KIRRIEMUIR, J. OMNI: Organising Medical Networked Information. Disponível em: <<http://www.ukoln.ac.uk/services/elib/projects/omni/>>. Acesso em: 17/11/2018.

KOPELSON, K. Writing Patients' Wrongs: The Rhetoric and Reality of Information Age Medicine. *JAC*, 2009. *JAC*.

LAGAN B.M.; SINCLAIR M.; KERNOHAN W.G.: Internet use in pregnancy informs women's decision making: a web-based survey. *BIRTH*. 2010 Jun; 37 (2):106-15

LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A., 1994.

_____, B. *Reassembling the Social: an Introduction to Actor-Network Theory*. Reassembling the Social: an Introduction to Actor-Network Theoryed. New York, 2005.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA. Nacer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. suppl 1, p. S5–S5, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. .

LEÃO, M. R. DE C.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C. A.; ANGELO, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2395–2400, 2013.

LEMONS, A. *A Comunicação das Coisas. Teoria Ator-Rede e Cibercultura*: André Lemos: Amazon.com.br: Livros. 2013.

LEVIN-ZAMIR, D.; BERTSCHI, I. Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *International journal of environmental research and public health*, v. 15, n. 8, 2018. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI).

LÉVY, P. *AS TECNOLOGIAS DA INTELIGÊNCIA O Futuro do Pensamento na Era da Informática*. 34th ed. Rio de Janeiro: Carlos Irineu costa, 1993.

_____, P. *Cybercultura*. Feltrinelli, 2001.

LITROP, H.; MGAYA, A.; KIDANTO, H. L.; JOHNSDOTTER, S.; ESSÉN, B. “What about the mother?” Women’s and caregivers’ perspectives on caesarean birth in a low-resource setting with rising caesarean section rates. *Midwifery*, v. 31, n. 7, p. 713–720, 2015.

LITTLEJOHN, S. W. *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro: Á.

Cabral, Trans, 1988.

LOPES, C. H. L. F. ; JORGE, M. S. B. . Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem 103 SYMBOLIC INTERACIONISM AND THE POSSIBILITY TO THE INTERACTIVE CARE IN NURSING INTERACCIONISMO SIMBÓLICO Y LA POSIBILIDAD PARA EL CUIDAR INTERACTIVO DE LA ENFERMERÍA. São Paulo, 2005.

LOW, J. Caesarean section--past and present. Journal of obstetriCC and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC, v. 31, n. 12, p. 1131–6, 2009.

MARCOLIN, A. C. Até quando o Brasil será conhecido como o país da cesárea? Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 36(7):283-, 2014.

MAYER-SCHÖNBERGER, V.; CUKIER, K. *Big Data* : a revolution that will transform how we live, work, and think. Houghton Mifflin Harcourt, 2013.

MAZZONI, A.; ALTHABE, F.; LIU, N.; *et al.* Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. BJOG: An International Journal of ObstetriCC & Gynaecology, v. 118, n. 4, p. 391–399, 2011.

MCCAUGHEY, M.; AYERS, M. D. Cyberactivism: Online Activism in Theory and Practice. Contemporary Sociology: A Journal of Reviews, v. 33, n. 3, p. 347–348, 2003. Routledge.

MCCOURT, C.; WEAVER, J.; STATHAM, H.; *et al.* Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. Birth (Berkeley, Calif.), v. 34, n. 1, p. 65–79, 2007.

MCD AID, D.; PARK, A.-L. Bupa health pulse 2010 on line heath: untangling the web. 2011.

MEAD, G. H.; MORRIS, C. W. (CHARLES W.; HUEBNER, D. R.; JOAS, H. Mind, self, and society. 1972.

MEDSCAPE. Epidemia mundial de cesáreas: etiologia e tratamento. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6502925?src=mkm_ptmkt_181109_mscmrk_exclusivenewsno_v_nl&uac=291979AN&impID=1795140&faf=1#vp_2>. Acesso em: 12/11/2018.

MELCHIORI, L. E.; MAIA, A. C. B.; BREDARIOLLI, R. N.; HORY, R. I. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. Interação em Psicologia, v. 13, n. 1, p. 13–23, 2009.

MORETTI, F. A.; OLIVEIRA, V. E. DE; SILVA, E. M. K. DA. Access to health information on the internet: a public health issue? Revista da Associação Médica Brasileira (1992), v. 58, n. 6, p. 650–8, 2012.

MOZAFARPOUR, S.; NORRIS, B.; BORIN, J.; EISNER, B. H. Assessment of readability, quality and popularity of online information on ureteral stents. World Journal of Urology, p. 1–8, 2018. Springer Berlin Heidelberg.

MURRAY, T. E.; MANSOOR, T.; BOWDEN, D. J.; O'NEILL, D. C.; LEE, M. J. Uterine Artery Embolization. An Analysis of Online Patient Information Quality and Readability with Historical Comparison. *Academic Radiology*, n. 4, 2018. Elsevier Inc.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR; WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. Caesarean section. London, 2011.

NICO, L. S.; BOCCHI, S. C. M.; RUIZ, T.; MOREIRA, R. DA S. A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 789–797, 2007. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

NORMAN, C. D.; SKINNER, H. A. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of medical Internet research*, v. 8, n. 2, p. e9, 2006. JMIR Publications Inc.

OLIVEIRA, I. Cesarianas em descompasso. , p. 14–15, 2015.

OXMAN, A. D.; GUYATT, G. H.; COOK, D. J.; *et al.* An index of scientific quality for health reports in the lay press. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 46, n. 9, p. 987–1001, 1993.

PAOLUCCI, R.; PEREIRA NETO, A.; LUZIA, R. Avaliação da qualidade da informação em sites de tuberculose: análise de uma experiência participativa. *Saúde em Debate*, v. 41, n. spe, p. 84–100, 2017.

PARISER, E. O Filtro Invisível - O que a internet está escondendo de você. 2012.

PARTO DO PRINCÍPIO. Parto do Princípio e a resolução 368 da ANS | Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa..

PARTO DO PRINCÍPIO. Rede Parto do Princípio, Mulheres em rede pela Maternidade Ativa. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/sobre>>. Acesso em: 18/11/2018.

PENNA, A. M. D. C. A divulgação científica produzida pelas sociedades brasileiras de especialidades médicas, 2017. Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola de Comunicação.

PEREIRA-NETO, A. DE F. Ser médico no Brasil : o presente no passado. Editora Fiocruz, 2001.

PEREIRA NETO, A. Eliot Freidson: progression and constraints in the biography of an intellectual* Eliot Freidson: progressão e condicionamentos na biografia de um intelectual. , 2009. Rio de janeiro: História, Ciências, Saúde-Manguinhos.

PERZEL, S.; HUEBNER, H.; RASCHER, W.; *et al.* Searching the web: A survey on the quality of advice on postnatal sequelae of intrauterine growth restriction and the implication of developmental origins of health and disease. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, v. 8, n. 5, p. 604–612, 2017.

PINHEIRO, L. V. R. Comunidades científicas e infra-estrutura tecnológica no Brasil para

uso de recursos eletrônicos de comunicação e informação na pesquisa. *Ciência da Informação*, v. 32, n. 3, p. 62–73, 2003..

QUICK.ORG.UK. QUICK Copywriting guide | Write Well - Copywriting The Copywriter The Craft Of Copywriting UK. Disponível em: <<http://www.quick.org.uk/>>. Acesso em: 17/11/2018.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 1, p. 19–33, 1996. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. DE. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, n. 1, p. 39–47, 2016.

REED, M.; ANDERSON, C. Evaluation of patient information Internet web sites about menopause and hormone replacement therapy. *Maturitas*, v. 43, n. 2, p. 135–54, 2002. .

REITER, M.; BETRÁN, A. P.; MARQUES, F. K.; TORLONI, M. R. Systematic review and meta-analysis of studies on delivery preferences in Brazil. *International Journal of Gynecology & ObstetriCC*, , n. June, p. 1–8, 2018.

RESEARCH 2 GUIDANCE. research2guidance - mHealth EconomiCC 2017 – Current Status and Future Trends in Mobile Health. Disponível em: <<https://research2guidance.com/product/mhealth-economiCC-2017-current-status-and-future-trends-in-mobile-health/>>. Acesso em: 17/11/2018.

REZNICZEK, G. A.; KÜPPERS, L.; HEUER, H.; *et al.* Quality of websites of obstetriCC and gynecology departments: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, v. 15, n. 1, p. 103, 2015.

ROBSON, M. S. Can we reduce the caesarean section rate? Best Practice and Research: Clinical ObstetriCC and Gynaecology, 1. Feb. 2001. Baillière Tindall.

ROBSON, S. J.; TAN, W. S.; ADEYEMI, A.; DEAR, K. B. G. Estimating the Rate of Cesarean Section by Maternal Request: Anonymous Survey of Obstetricians in Australia. *Birth*, v. 36, n. 3, p. 208–212, 2009. Wiley/Blackwell (10.1111).

RONSMANS, C.; HOLTZ, S.; STANTON, C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet (London, England)*, v. 368, n. 9546, p. 1516–23, 2006.

RUBIN, G. O TRÁFICO DE MULHERES: NOTAS SOBRE A “ECONOMIA POLÍTICA, DO SEXO. Recife, 1993.

SANDALL, J.; TRIBE, R. M.; AVERY, L.; *et al.* Optimising caesarean section use 2 Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. 2018.

SANTAELLA, L.; CARDOSO, T. O desconcertante conceito de mediação técnica em Bruno Latour. *Matrizes*, v. 9, n. 1, p. 167–185, 2015. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- SAYAKHOT, P.; CAROLAN-OLAH, M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 16, n. 1, 2016. BMC Pregnancy and Childbirth.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, v. 16, n. 2, p. 5–22, 1990. SCOTT, J. Genero: uma categoria util para a analise histórica. 2ª edição ed. Recife, 1995.
- SHAW, J.; BAKER, M. "Expert patient"--dream or nightmare? *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 328, n. 7442, p. 723–4, 2004. BMJ Publishing Group.
- SILBERG, W. M.; LUNDBERG, G. D.; MUSACCHIO, R. A.: Assessing, Controlling, and Assuring the Quality of Medical Information on the Internet. *JAMA*, v. 277, n. 15, p. 1244, 1997. American Medical Association.
- SILVA, D. M. I.; RODRIGUES, D. D.S.; SOUZA, J. C.; CARVALHO, R. P.: A aplicabilidade do Inbound Marketing nas organizações. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.4, n.7 Edição Especial, p.4048-4065, nov 2018 ISSN 2525-8761
- SILVA, L. T. B. SAÚDE, INTERNET E EMPODERAMENTO: Uma análise bibliográfica, 2017. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.
- SILVER, R. M.; LANDON, M. B.; ROUSE, D. J.; *et al.* Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries. *ObstetriCC & Gynecology*, v. 107, n. 6, p. 1226–1232, 2006.
- SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; cesariana , sem respaldo científico Resumo. *Revista FEMINA*, v. 38, n. 8, p. 505–516, 2010a.
- SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico: [revisão] TT - Conditions often associated with caesarean section, with no scientific support: [review]. *Femina*, v. 38, n. 10, 2010b.
- SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 37, n. 12, p. 549–551, 2015. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.
- STEPHENS-DAVIDOWITZ, S; *Todo Mundo Mente*, O que a Internet e os Dados Dizem Sobre Wuem Realmente Somos; traduzido por Wendy Campos - Rio de Janeiro:Alta Books, 2018. 352p. ISBN 978-85-508-0217-6
- TANABE, K.; FUJIWARA, K.; OGURA, H.; *et al.* Quality of Web Information About Palliative Care on Websites from the United States and Japan: Comparative Evaluation Study. *Interactive Journal of Medical Research*, v. 7, n. 1, p. e7, 2018.
- TERRY, N. P. Rating the raters: Legal exposure of trustmark authorities in the context of consumer health informatiCC. *Journal of Medical Internet Research*, v. 2, n. 3, p. 76–81, 2000.
- THAVAGNANAM, S.; FLEMING, J.; BROMLEY, A.; SHIELDS, M. D.; CARDWELL,

C. R. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Clinical & Experimental Allergy*, v. 38, n. 4, p. 629–633, 2008. Wiley/Blackwell (10.1111)..

THE LANCET, T. Stemming the global caesarean section epidemic. *Lancet* (London, England), v. 392, n. 10155, p. 1279, 2018. Elsevier. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30322560>>. Acesso em: 14/11/2018.

TORLONI, M. R.; BETRÁN, A. P.; MONTILLA, P.; *et al.* Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 13, n. 1, p. 78, 2013.

TORLONI, M. R.; DAHER, S.; BETRAN, A. P.; *et al.* Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review. *BMJ*, v. 342, n. jan25 1, p. d276–d276, 2011.

USHA KIRAN T. S, J. N. S. Who is responsible for the rising caesarean section rate? *Journal of Obstetric and Gynaecology*, v. 22, n. 4, p. 363–365, 2002.

VAIDHYANATHAN, S. *The googlization of everything : (and why we should worry)*. University of California Press, 2012.

VALERIO, P. M. ; PINHEIRO, L. V. R. ; Da comunicação científica à divulgação. Disponível em: <<http://www.brapci.inf.br/index.php/article/view/0000000486/774c5f55e18335ff65d6c5f893d1a192/>>. Acesso em: 5/2/2019.

VALERIO, P. M.; PINHEIRO, L. From scientific communication to popularization. , v. 20, n. 2, p. 159–169, 2008. Disponível em: <http://eprints.rclis.org/17637/1/DataGramaZero - Revista de Ciência da Informação - Artigo 01_Aldo.pdf>. .

VILLAR, J.; VALLADARES, E.; WOJDYLA, D.; *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* (London, England), v. 367, n. 9525, p. 1819–29, 2006.

VOGEL, J. P.; BETRÁN, A. P.; VINDEVOGHEL, N.; *et al.* Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. *The Lancet Global Health*, v. 3, p. e260–e270, 2015.

WALLACE, L. S.; TURNER, L. W.; BALLARD, J. E.; KEENUM, A. J.; WEISS, B. D. Evaluation of web-based osteoporosis educational materials. *Journal of women's health* (2002), v. 14, n. 10, p. 936–45, 2005.

WEAVER, J. J.; STATHAM, H.; RICHARDS, M. Are There "Unnecessary" Cesarean Sections? Perceptions of Women and Obstetricians About Cesarean Sections for Nonclinical Indications. *Birth*, v. 34, n. 1, p. 32–41, 2007. Wiley/Blackwell (10.1111). 8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Robson Classification, Implementation Manual*. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. 2018.

YE, J.; BETRÁN, A. P.; GUERRERO VELA, M.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*, v. 41, n. 3, p. 237–244, 2014.

ZAHEDI, R.; TAHERI, B.; SHAHRZADI, L.; TAZHIBI, M.; ASHRAFI-RIZI, H. Quality of persian addiction websites: a survey based on silberg, DISCERN and wqet instruments (2011). *Acta informatica medica : AIM : journal of the Society for Medical InformatiCC of Bosnia & Herzegovina : casopis Drustva za medicinsku informatiku BiH*, v. 21, n. 1, p. 46–50, 2013.

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DISCERN USADO NESTE ESTUDO

1ª Seção: Avaliação da confiabilidade da publicação

Pergunta	Pontuação (1 - 5)
1. O texto deixa claro quais são os objetivos do artigo?	
2. O texto alcança os objetivos propostos no início?	
3. O texto traz informações relevantes sobre CC para o contexto do leitor típico?	
4. O texto deixa claro quais foram as fontes de informação consultadas pelos autores para os dados apresentados?	
5. O texto deixa claro quando (data) a informação apresentada foi produzida?	
6. O texto é justo, equilibrado e imparcial em relação às vias de parto?	
7. O texto fornece outras fontes adicionais que podem ser consultadas para o leitor obter mais informações sobre CC?	

8. O texto aponta que existem dúvidas/falta de consenso em relação à CC?

2ª Seção: Avaliação da qualidade das informações sobre detalhes da CC

Pergunta	Pontuação (1 - 5)
9. O texto descreve o que ocorre passo a passo (a técnica) durante uma CC?	
10. O texto descreve pelo menos algum dos benefícios/vantagens da CC?	
11. O texto descreve pelo menos algum dos riscos/desvantagens da CC?	
13. O texto descreve como a CC afeta a qualidade de vida geral da mulher?	
14. O texto deixa claro que existe mais do que uma alternativa de parto?	
15. O texto oferece sugestões de itens ou tópicos a serem discutidos com o médico ou incentiva a discussão com o médico para que a decisão sobre a via de parto seja tomada de forma compartilhada entre a mulher e o médico?	

APÊNDICE II – CHECKLIST PARA AVALIAR A ABRANGÊNCIA DAS INFORMAÇÕES SOBRE CCg

Não Sim

- A. O texto cita indicações para CC?
- A 1- Antecedente de CC
- A 2- Distocia funcional (colo não dilata apesar de contrações)
- A 3- Sofrimento fetal
- A 4- Desproporção materno-fetal (bacia estreita)

- A 5- Macrosomia fetal (feto grande, peso > 4 Kg)
- A 6- Apresentação anômala (pélvica, transversa, cefálica defletida)
- A 7- Falha de indução
- A 8- Período expulsivo prolongado/parto obstruído (bebê não desce)
- A 9- Doenças maternas (hipertensão, diabetes, cardiopatias etc.)
- A 10- Problemas na gravidez (ex.: pré-eclampsia, hipertensão gestacional)
- A 11- Problemas placentários (P. prévia, descolamento prematuro)
- A 12- Gestação gemelar
- A 13- Prematuridade
- A 14- Malformação fetal
- A 15- Para realizar laqueadura tubárea
- A 16- Circular de cordão
- A 17- Idade materna avançada (> 35 anos, por ex.)
- A 18- Gestação passou da data (após 40 semanas ou outra idade gestacional, anote qual)
- A 19- Ansiedade materna (medo dos riscos do Parto Vaginal)
- A 20- Medo da dor
- A 21- Exaustão materna (trabalho de parto prolongado)
- A 22- Conveniência materna (permite marcar a data, reunir a família etc.)
- A 23- Conveniência do médico (permite agendar horários, organizar consultório etc.)
- A 24- Porque todos fazem CC hoje em dia/pressão social/moda
- A 25- A CC é mais elegante/civilizada do que o parto vaginal

A 26- Outros motivos ou indicações (médicos ou não-médicos): cite

Não Sim

B. Texto apresenta/menciona as seguintes informações/dados sobre CC?

B1- Taxas atuais/estatísticas sobre CC no Brasil

B2- Recomendação da OMS: taxa ideal de CC 10-15%

B3- Custos da CC comparados ao parto vaginal

Não Sim

C. O texto fala sobre algum benefício/vantagem potencial da CC?

C1- Redução de danos ao assoalho pélvico

C2- Prevenção da incontinência urinária ou fecal no futuro

C3- Preservação do períneo/função sexual feminina

C4- Evita a dor durante o parto

C5- O bebê nasce mais rápido

C6- Permite escolher a data/momento do parto (conveniência da mulher)

C7- Conveniência para profissionais de saúde/administradores

C8- Recuperação da mãe é mais fácil

C9- Retorno à vida sexual é mais precoce

C10- Diminui os riscos de danos neurológicos para o bebê

C11- Evita traumas físicos/é mais segura para o bebê

C12- Outro benefício/vantagem (qual) cite:

D. O texto fala sobre riscos/desvantagens maternos imediatos da CC?	Não	Sim
D1- Complicações relacionadas à anestesia		
D2- Hemorragia		
D3- Transfusão de sangue	Não	Sim
D4- Histerectomia		
D5- Lesão na bexiga		
D6- Lesão no intestino		
D7- Infecção local (na pele, na cicatriz operatória)		
D8- Infecção sistêmica (sepse, febre)		
D9- Internação hospitalar mais prolongada		
D10- Mais dores no pós-parto/necessidade de analgésicos		
D11- Maior tempo para recuperação completa		
D12- Dificuldades em amamentar		
D13- Necessidade de eventual reinternação		
D14- Trombose/embolia		
D15- Maior risco de morte materna		
D16- Menos natural		
D17- Pode dificultar vínculo mãe-bebê		
D18- Outra, qual:		
E. O texto fala sobre riscos/desvantagens maternas a longo prazo decorrentes da CC?	Não	Sim
E1- Aumenta probabilidade de ter outra CC		

E2- Limita o N°. máximo de filhos (máximo de 3-4 CC)

E3- Risco de rotura uterina em futura gestação

E4- Risco maior de placenta prévia/acreta em futura gestação

E5- Aderências devido a múltiplas CC

E6- Maior risco de lesão em bexiga/intestino em futuras cirurgias

E7- Outros riscos (qual):

Não Sim

F. O texto fala sobre riscos perinatais associados à CC?

F1- Prematuridade iatrogênica

F2- Maior risco de problemas respiratórios

F3- Maior risco de mortalidade neonatal

F4- Maior risco de óbito fetal na próxima gestação

F5- Outros riscos (qual):

ANEXO 1– CURRÍCULO LATTES DA AUTORA

Beatriz Fioretti Foschi

Bolsista de Doutorado do CNPq

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2363131229285364>
Última atualização do currículo em 11/02/2019

Bia Fioretti, especialista em Criação e Comunicação em Saúde Pública. Atualmente cursa o 4º ano de doutorado na Faculdade de Saúde Pública da USP, Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade. Em 2017 foi selecionada pelo Social Good Brasil, como "Labber" empreendedora social digital com o projeto de plataforma digital sobre sexualidade para adolescente. Concluiu em 2014 o mestrado UNIFESP, em Medicina Interna e Terapêutica com o tema: Qualidade da informação sobre cesariana na internet. Publicitária, fotógrafa e ilustradora com 25 anos de experiência em grandes agências multinacionais, como Diretora de Criação de Brand Environment and Trade Marketing, liderando grandes equipes de criação e implantação de projetos. Dedica-se, há 5 anos, a produção acadêmica, a criação de materiais educativos, documentários em saúde pública, a pesquisa e a projetos que estabeleçam diálogos entre a ciência e a comunicação, que tragam informações de saúde baseada em evidência para leigos. Entre 2013 - 2015 foi colaboradora do Ministério da Saúde onde trabalhou com a equipe de desenvolvimento de materiais educativos de pré-natal das gestantes do SUS. Criou a Caderneta da Gestante com atualizações em 3 edições, totalizando a impressão de mais de 5 milhões de unidades e a criação de campanha de implantação da mesma e manual educativo para profissionais de saúde. Produção, direção e finalização de 4 documentários, em DVD, pelo selo da Vídeo Saúde/ Fiocruz, vinculados ao inquérito epidemiológico Nascer no Brasil e Nascer nas Prisões, Participação como oradora do TEDx Cordoba na Argentina, com a palestra "Hacia un parto Humanizado". Especializada em: Criação de Campanhas Publicitárias, Incentivo, Endomarketing. Projetos no 3º setor na Área Social, Cultural, Meio Ambiente e Educacional, curadora de exposições de aspecto social; fotografia e vídeo documental e retrato; design gráfico de: manuais, cartilhas, folders, relatório anual, balanço social, logotipo, papelaria, cartaz de comunicação de congressos, diplomas, convites, folders. Conceituação e Criação da Comunicação de produtos, Congressos, Stands e Feiras, Canais de Mídia Social, Blogs e Internet com o intuito de mobilizar esse público com causas sociais. Desenvolve criação para identidade de congressos na área de Humanização do Parto- Normal Birth e Ecos 2014, ReHuna/2008, 2009, 2010, Marcha das Parteliras 2011, campanhas para: Hemocentros de São Paulo (2004); Hospital Sofia Feldman, B.H.(2010); Curadora da exposição Lei Maria da Penha no Congresso Nacional (2008). Como projeto pessoal, criou o movimento Mães da Pátria: Resgate do Feminino através das Parteliras, apoio e divulgação à valorização do trabalho das profissionais de humanização do parto e nascimento como: parteliras, doulas e profissionais de saúde da mulher, amamentação e puerpério. Já entrevistou mais de 1000 mulheres entre as 3 Américas, Europa e África do Sul. Possui graduação em Administração de Empresas (1985), Comunicação Visual (1985), e Desenho Industrial (1984) pela Fundação Armando Álvares Penteado São Paulo. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Beatriz Fioretti Foschi
Nome em citações bibliográficas	FIGORETTI, B.;FIGORETTI, B.TS;FIGORETTI-FOSCHI, B

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2015	Doutorado em andamento em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Qualidade da Informação sobre parto normal e cesárea na Internet - uma nova busca sobre o conteúdo de informação sobre cesariana comparando às buscas sobre o conteúdo de parto normal e a qualidade da informação obtida na internet em 2012, Orientador: 🧑 Carmem Simone Diniz.
-------------	---

ANEXO 2 – CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA

Carmen Simone Grilo Diniz

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7232133934331288>

Última atualização do currículo em 25/09/2018

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984). Residência (1987), mestrado (1996) e doutorado (2001) em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo. Pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp (2004). Pós-doutorado (visiting reader) no King's College London, Women's Health Division (2012). É professora titular do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2011). Colaborou por 20 anos com o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde (1985-2004) em atividade de assistência, pesquisa e ensino. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Violência de Gênero, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências. Foi coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012). Coordena o grupo do CNPq GEMAS (Gênero e evidências em maternidade e saúde). Foi chefe do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, da Faculdade de Saúde Pública da USP (2014-2017). Coordena o projeto de pesquisa Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), apoiado pela FAPESP (2016-2018) (**Texto informado pelo autor**)

Identificação

Nome	Carmen Simone Grilo Diniz
Nome em citações bibliográficas	Diniz, C. S. G.; Diniz, S.; Diniz, Simone; Diniz, Simone G.; Diniz, Simone Grilo; Diniz, Carmen Simone Grilo; Carmem Simone Grilo Diniz; Diniz, CSG, Carmen SG Diniz; Diniz Carmem Simone Grilo; Diniz, Carmem Simone Grilo; DINIZ, CARMEM SIMONE; Simone Carmem Grilo Diniz; DINIZ, SIMONE CARMEM GRILO; DINIZ, CARMEN; DINIZ, CARMEN SIMONE; DINIZ, CS; GRILO DINIZ, CARMEN SIMONE

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617124 Fax: (11) 30850240
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1997 - 2001	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, Ano de obtenção: 2001. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
1994 - 1996	Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma releitura médico-social, Ano de Obtenção: 1997. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.
1985 - 1987	Especialização - Residência médica. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Residência médica em: Número do registro: .
1979 - 1984	Graduação em Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Qualidade da Informação sobre cesariana na Internet.

Pesquisador: Beatriz Fioretti Foschi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01551718.1.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.040.664

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico, alinhado às metodologias de estudo da internet e saúde. O princípio deste estudo é uma revisão sistemática, onde os distintos repositórios de dados são os buscadores de internet, Google.com.br, Bing, Google.com, Ask, Yahoo. As palavras chaves foram selecionadas através de 26 combinações sugeridas pelo Google Trends como as combinações de preferência dos usuários de saúde

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade e abrangência das informações documentadas na internet, de livre acesso, disponíveis para o usuário de saúde, sobre cesariana na internet

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

riscos mínimos, pois se trata de pesquisa documental, usados dados já publicados na internet de livre acesso

Benefícios: propor as carências de informação e recomendar informações relevantes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa documental, fontes de acesso público aberto, sem trabalho direto com seres humanos.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

**USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP**

Continuação do Parecer: 3.040.664

Projeto claro e compreensível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta justificativa de ausência de TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1236048.pdf	19/10/2018 11:37:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	19/10/2018 11:30:43	Beatriz Fioretti Foschi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BrochuraPesquisa.pdf	17/10/2018 15:53:05	Beatriz Fioretti Foschi	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	17/10/2018 15:49:38	Beatriz Fioretti Foschi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 27 de Novembro de 2018

**Assinado por:
José Leopoldo Ferreira Antunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

ANEXO 4 – ACEITE DO MANUSCRITO III

Atestado

Atesto, junto a pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que, **Beatriz Fioretti Foschi**, n. USP 7681521; integrante do grupo de pesquisa “Comunicação Pública e Política, do PPGCOM_USP o qual coordeno, teve aprovado o artigo “O debate sobre o sentido do nascimento no Brasil: Interacionismo Simbólico ciberativismo e políticas públicas contra uma epidemia de cesáreas desnecessárias”, com as autorias de: Beatriz Fioretti Foschi, Patrícia Gil e Professora Dra. Carmen Simone Grilo Dinis.

O referido artigo foi aprovado como capítulo de livro pela editoria da publicação bi- anual do referido grupo de pesquisa, e será publicado no primeiro trimestre de 2019, com título do livro ainda não definido.

Coloco-me à disposição para os esclarecimentos necessários.

São Paulo, 27 de novembro de 2018.

Professora Dra. Heloiza Matos e Nobre

Programa de pós-graduação em Comunicação/ USP
Líder do grupo de pesquisa Comunicação Pública e Política.

ANEXO 5 – SUBMISSÃO DO MANUSCRITO I

18/02/2019

ScholarOne Manuscripts

BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology

Home

Author

Review

DO NOT USE YOUR BROWSER BACK BUTTON. TO EXIT THIS PAGE, PLEASE CLOSE YOUR BROWSER WINDOW OR CLICK ON THE RETURN TO DASHBOARD BUTTON, IF AVAILABLE.

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology

Manuscript ID

BJOG-19-0303

Title

What changed in the quality and completeness of online information about caesarean section? A cross sectional study

Authors

Fioretti-Foschi, Beatriz
Estermann, Marianne
Firmino, Veridiana
Leone, Claudio
Diniz, Carmen Simone

Date Submitted

18-Feb-2019

Author Dashboard

https://mc.manuscriptcentral.com/bjog

1/2

What changed in the quality and completeness of online information about caesarean section? A cross sectional study

Journal:	<i>BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology</i>
Manuscript ID:	Draft
Wiley - Manuscript type:	Main research article
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Fioretti-Foschi, Beatriz; School of Public Health, University of São Paulo, Department of Health, Life Cycle and Society Estermann, Marianne ; 2- School of Midwifery, University of São Paulo Firmino, Veridiana ; 2- School of Midwifery, University of São Paulo Leone, Claudio; School of Public Health, University of São Paulo, Department of Health, Life Cycle and Society Diniz, Carmen Simone; School of Public Health, University of São Paulo, Department of Health, Life Cycle and Society
Keywords:	DELIVERY: CAESAREAN SECTION, DEVELOPING COUNTRIES: OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY
Clinical Category:	GENERAL OBSTETRICS
Abstract:	<p>Objectives: Assess the quality and completeness of information about caesarean section (CS) in Portuguese available in web pages in 2018 compared with 2013. Design: cross-sectional study. Setting: Brazil. Sample: 235 web pages in Portuguese freely available on the web in 2018, and 176 web pages available in 2013. Methods: 26 search terms for CS were entered into five search engines. All links in the first three pages were screened. Those that fulfilled the selection criteria were analysed by two independent researchers using the DISCERN tool and a content checklist. Main Outcome Measures: Quality and completeness of the information on CS in web pages. Results: We compared 235 web pages in 2018 with 176 pages from 2013. Mean total quality scores (SD) of the pages in 2018 were significantly higher than in 2013: 52.5 (9.8) versus 43.6 (8.9), $P < 0.001$ (maximum score 75). In 2018, 56.6% of the pages were of good/excellent quality, compared to 23.3% in 2013 $P < 0.001$. However, in 2018 there was a significant decrease in the percentage of pages that reported indications for CS (68.5% versus 81.2%, $P = 0.004$) and maternal short-term risks (69.8% versus 80.1% $P = 0.018$). In 2018 and in 2013, $< 50\%$ of all pages reported any perinatal risks and $< 33\%$ reported any maternal long-term risks associated with CS. Conclusions: The quality of online information about CS in Portuguese available in 2018 has improved, but completeness continues poor and has decreased in some instances. Funding: None. Keywords: Caesarean section, Health literacy, Internet, Patient</p>