UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Lei da Cesárea: sentidos produzidos na mídia e no cotidiano dos serviços de saúde

Mariana De Gea Gervasio

São Paulo
2022

Lei da Cesárea: sentidos produzidos na mídia e no cotidiano dos serviços de saúde

Mariana De Gea Gervasio

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Profª Drª Angela Maria Belloni Cuenca

São Paulo

2022

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.

Catalogação 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

Gervasio, Mariana De Gea
Lei da Cesárea: sentidos produzidos na mídia e no cotidiano dos serviços de saúde / Mariana De Gea Gervasio; orientadora Angela Maria Belloni Cuenca. -- São Paulo, 2022.
189 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2022.

1. Nascimento, parto e cesariana . 2. Comunicação e saúde. 3. Políticas Públicas. 4. Saúde Pública. 5. Práticas discursivas e produção de sentidos. I. Cuenca, Angela Maria Belloni, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Diferentemente do mestrado, em que era comum marcar almoços e cafés compartilhados, em reuniões ou grupos, este estudo foi produzido e escrito em meio ao isolamento social imposto pela pandemia de covid-19. Foram dias e dias em casa, tendo apenas o computador como companhia. As pessoas estavam lá do outro lado, apoiando e contribuindo, contudo, a falta do presencial, das conversas cotidianas, das simples risadas, aquela parte que deixa tudo mais leve, tudo mais agradável... essa parte não teve. Participei das atividades curriculares oficiais e extraoficiais do programa, de reuniões de grupo de estudos, encontrando semanalmente pessoas queridas e importantes nessa trajetória, mas o peso das relações mediadas pelas telas não foi fácil.

E por estarem comigo em jornada tão atipicamente complexa, são muitas as pessoas queridas que passaram pelo meu caminho para que eu pudesse entregar este trabalho e às quais preciso agradecer.

À querida orientadora, professora Ângela Cuenca, que me recebeu de braços abertos e com muito carinho. O acolhimento foi fundamental para a continuidade do processo de doutoramento.

Gostaria de agradecer a Jacqueline Brigagão, amiga, mestra e professora, pelo cuidado, atenção e apoio, tão importantes nessa trajetória. Sem nossas conversas e seu apoio, esta história teria sido outra.

À querida Cláudia Malinverni, mulher forte e inspiradora, que acreditou em mim, me abriu portas para novas possibilidades e esteve junto acompanhando as descobertas e reflexões teóricas.

À professora Simone Diniz, pelas importantes contribuições na qualificação e também pelo conhecimento sempre compartilhado.

À professora Mary Jane Spink, pela acolhida no Núcleo de Pesquisa em Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, onde aprendi uma das mais valiosas dicas sobre a pesquisa construcionista – mais importante do que capítulos e capítulos sobre as teorias, é a postura da pesquisadora. O rigor científico deve estar sempre presente, assim como nosso olhar. Estendo a gratidão a todas e todos desse grupo, muito importante para o meu

amadurecimento teórico, os encontros semanais foram um estimulo em meio ao isolamento social.

À professora Janine Cardoso, pela contribuição na banca de avaliação desta tese, pelo olhar cuidadoso e atento.

À professora Elizabete Franco, pela inspiração desde o mestrado, tão importante na minha trajetória.

Aos meus pais, Marilene e Francisco, grandes incentivadores dos meus estudos.

Ao meu companheiro, Leonardo, que me motivou a seguir a trajetória acadêmica, mesmo em momentos difíceis. E também a sua família, sempre acolhedora.

À Natália, amiga querida, pelo apoio de sempre, das nossas conversas e cafés. À Glauce, amiga e obstetriz, uma grande inspiração. À Fran, pelas conversas e abraços.

Às amigas de Corumbataí, por me acolherem, mesmo que a distância, nos dias difíceis e arrastados, mas também nos dias alegres e de risadas.

Às amigas obstetrizes, que desde a graduação dão apoio e compartilham alegrias.

Às colegas da pós-graduação, especialmente Kamilla, que se abriu a trocas e conversas que ajudaram a manter o clima mais leve.

À toda a comunidade da Faculdade de Saúde Pública, especialmente as funcionárias do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pela atenção em relação às inúmeras dúvidas.

Às pesquisadoras da Coorte Araraquara, principalmente Roseanne, Laísla, Jéssica, Letícia, Lívia e tantas outras que passaram por ela. A minha aproximação e o meu retorno às atividades de pesquisa foram incentivados por esse projeto.

Também gostaria de registrar um agradecimento especial a toda a Maternidade Fungota de Araraquara, lugar que eu trabalhei antes da dedicação exclusiva ao doutorado.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do financiamento Categoria: Doutorado – GD.

GERVASIO, M. De G. **Lei da Cesárea:** sentidos produzidos na mídia e no cotidiano dos serviços de saúde. Tese de doutorado (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

RESUMO

Há mais de 20 anos iniciativas governamentais e movimentos sociais brasileiros, embasados em evidências científicas, vêm construindo propostas que visam a mudar o modelo de atenção obstétrica do país. Na contramão desse processo, que vinha alterando paulatinamente as formas e os indicadores de nascimento no Brasil, em 23 de agosto de 2019 o estado de São Paulo promulgou a Lei nº 17.137, cujo projeto tramitou em regime de urgência na Assembleia Legislativa. Conhecida como a Lei da Cesárea, a nova ordem legal garantia às gestantes, em todo território paulista, a opção pela cesariana a partir da trigésima nona semana de gravidez, mesmo sem indicação. Em julho de 2020 a lei foi declarada inconstitucional pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, e em agosto de 2021 o Superior Tribunal Federal a julgou constitucional. O presente projeto analisou os discursos e os sentidos produzidos sobre a Lei da Cesárea no jornal Folha de S.Paulo, bem como seus desdobramentos no cotidiano dos serviços de assistência ao parto, ancorando-se no quadro teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Este trabalho possibilitou compreender que a Lei da Cesárea foi resultado de uma articulação de grupos que negam as evidências científicas. Ficou evidente que a nova normativa, não discutida nem pactuada, gerou inseguranças e o enfraquecimento de toda a rede de atenção ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Nascimento, parto e cesariana; Comunicação e saúde; Políticas públicas; Práticas discursivas e produção de sentidos.

GERVASIO, M. De G. [**Cesarean Law**: meanings produced in the media and in the daily life of health services]. Thesis (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Portuguese.

ABSTRACT

For more than 20 years, Brazilian government initiatives and social movements, based on scientific evidence, have been building proposals that aim to change the obstetric model of care across the country. However, opposite to this process, which was gradually changing the forms and indicators of childbirth in Brazil, on August 23, 2019, the state of São Paulo enacted Law No. 17.137 whose project was processed as a matter of urgency in the Legislative Assembly. It is known as the Caesarean section Law, the new legal order guaranteed pregnant women throughout the territory of São Paulo, the option for cesarean section from the thirty-ninth week of pregnancy, even without indication. In July 2020 the law was declared unconstitutional by the São Paulo Court of Justice, and in August 2021 the Superior Federal Court ruled it constitutional. The present project analyzed the discourses and the meanings produced about the Cesarean Law in the Folha de S.Paulo newspaper, as well as its deployment in the daily routine of childbirth care services, anchored in the theoretical-methodological framework of discursive practices and production of senses in everyday life. This work made it possible to understand that the Cesarean Law was the result of an articulation of groups that deny scientific evidence. It was evident that the new regulations were not discussed or agreed upon, generated insecurities and weakened the entire delivery and birth care network.

Keywords: Birth, delivery and cesarean section; Communication and health; Public policy; Discursive practices and production of meanings.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E À CESÁREA: DILEMAS, RESISTÊNCIAS E DIFICULDADES 18
2.1 AS INDICAÇÕES PARA PARTOS CIRÚRGICOS 27
2.2 QUESTÃO DAS CESÁREAS NO MUNDO 31
2.3 A CULTURA DA CESÁREA NO BRASIL 33
2.3.1 Comodidades Para os Médicos 36
2.3.2 Abusos e Violências 37
2.3.3 Desejo das Mulheres e os Tipos de Parto 38
2.4 AS AÇÕES PARA COMBATER A EPIDEMIA DE CESÁREA 41
3 OBJETIVOS 44
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 44
4 A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA 45
4.1 AS PRÁTICAS DISCURSIVAS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS 45
4.2 A MÍDIA JORNALÍSTICA E OS PROCESSOS DE PRODUÇÃO DA NOTÍCIA 49
4.2.1 Agendamento (*Agenda-Setting*) 50
4.2.2 Enquadramento (*Framing*) 51
4.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 54
4.3.1 O *Corpus* Jornalístico 55
4.3.2 O *Corpus* das Entrevistas 57
5 A COBERTURA JORNALÍSTICA DA LEI DA CESÁREA 63
5.1 CONTEXTO POLÍTICO SOCIAL: ORIGEM, TRAMITAÇÃO E APROVAÇÃO DO PL 63
5.1.1 As Origens do Projeto 65
5.1.2 A Cronologia do PL e a Cobertura da *Folha de S.Paulo* 67
5.1.3 A Tramitação e a Votação do PL na Alesp 71
5.1.4 O Vai-e-Vem Jurídico 74
5.2 LEI DA CESÁREA VIRA NOTÍCIA 76
5.2.1 O Agendamento do Tema na *Folha* 79
5.2.2 O Enquadramento do Tema no Jornal 83

5.3 LEITURA DOS ARGUMENTOS JORNALISTICOS 89
5.3.1 Os Defensores da Lei e a Sedução do Discurso da Escolha 89
5.3.2 Os Falsos Argumentos: Desinformação e Negacionismo 92
5.3.3 "Partos Ideológicos": a Saúde Como Estratégia Negacionista 103
5.3.4 Os Críticos Da Lei 106
5.4 REFLEXÕES SOBRE A COBERTURA DA *FOLHA DE S.PAULO* 120
6 OS IMPACTOS DA LEI NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS: A PERSPECTIVA DAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 122
6.1 CONTEXTO 122
6.1.1 Sobre as Instituições 125
6.2 DIVULGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DA LEI 126
6.3 IMPRESSÕES, SENTIMENTOS E COMENTÁRIOS SOBRE A LEI 131
6.4 A ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL/ MATERNIDADES 134
6.4.1 Dispositivos de Normatização 135
6.4.2 TCLE para Cesárea 138
6.4.3 A Placa Sobre a Lei 142
6.5 PRINCIPAIS MUDANÇAS PERCEBIDAS PELAS PROFISSIONAIS 144
6.5.1 As Categorias Profissionais e a Recepção da Lei 145
6.5.2 Impacto nas Relações de Trabalho 146
6.6 OS DESDOBRAMENTOS NOS PROJETOS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO 152
7 CONSIDERAÇÕES 157
REFERENCIAS 163
ANEXO I – Lei nº17.137 de 23 de agosto de 2019 178
ANEXO II – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública 179
APÊNDICES 181
Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 181
Apêndice II – Roteiro da entrevista 183
Apêndice III – Exemplo Transcrição sequencial 185
Apêndice IV – Exemplo de Mapa Dialógico 187

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Algumas diferenças entre as Cadernetas da Gestante 25
Quadro 2 - Características das profissionais participantes. 61
Quadro 3 - Fluxo do Projeto de Lei na Alesp e a cobertura da FSP. 67
Quadro 4 - Lista dos deputados que votaram contra o PL. 72
Quadro 5 - Lista dos parlamentares que apresentaram o recurso de obstrução. 73
Quadro 6 - Lista de autoria, gênero jornalístico, breve resumo e número de matérias. 77
Quadro 7 - Descrição das editorias/cadernos 79
Quadro 8 - Descrição das matérias analisadas, por ordem cronológica, no jornal Folha de S. Paulo. 79
Quadro 9 - Lista de pessoas e instituições se posicionaram contra a Lei da Cesárea. 109
Quadro 10 - Descrição dos locais de trabalho das entrevistadas..... 124
Quadro 11 - Comparativo de três notas técnicas publicadas sobre a Lei da Cesárea. 149

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagem extraída da Caderneta da Gestante - 4ªedição, publicada em 2018, pág.29 23
Figura 2 - Imagem extraída da Caderneta da Gestante, 6ª edição revisada, publicada em 2022, pág. 35 (destaque meu em vermelho) 24
Figura 3- Descrição dos Grupos de Robson 29
Figura 4 - Esquema representativo da seleção das matérias..... 57
Figura 5 - O processo de recrutamento de entrevistas. 60
Figura 6 - Composição partidária da Alesp nas eleições de 2018 64
Figura 7 - Nascimentos por residência da mãe, tipo de parto e ano de nascimento – estado de São Paulo, 1999-2019. 99

LISTA DE SIGLAS

Alesp	Assembleia Legislativa de São Paulo
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único De Saúde
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
Cremerj	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CRM	Conselho Regional de Medicina
DCP	Desproporção céfalopévilca
FSP	Folha de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM	International Confederation of Midwives
ICN	International Council of Nurses
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
JICA	Agência de Cooperação Internacional do Japão
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde

Nudem	Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria Pública Estadual
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
Paism	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PJ	Pessoa Jurídica
PL	Projeto de Lei
Pnaism	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PPA	Plano Plurianual
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
Rami	Rede de Atenção Materno Infantil
RMM	Razão de Mortalidade Materna
Sogesp	Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo
STF	Superior Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJSP	Tribunal de Justiça de São Paulo
Unfpa	United Nations Population Fund
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VBAC	*vaginal birth after cesarean* = parto vaginal após cesárea

1 INTRODUÇÃO

Em 2019, um projeto de lei (PL) apresentado por Janaina Paschoal, eleita em 2018 deputada estadual em São Paulo pelo Partido Social Liberal (PSL), que previa às parturientes do Sistema Único de Saúde (SUS) a possibilidade de escolher, independentemente de indicação e a partir da 39ª semana de gestação, a cirurgia cesariana. Representando um inusitado ponto de virada no discurso público acerca da assistência ao parto e nascimento. Isso porque a sua premissa era contrária às políticas nacionais, às diretrizes e aos programas de combate à epidemia de cesariana no Brasil, assentados em evidências científicas para atenção obstétrica qualificada. Apresentado, tramitado e aprovado pela Assembleia Legislativa de São Paulo (Alesp) em apenas quatro meses, o PL nº 435 originou a Lei nº 17.137, sancionada pelo governador João Dória em agosto do mesmo ano.

Desde o início o projeto enfrentou resistências e, mesmo depois de quase um ano da sua aprovação na Alesp, em 1º de julho de 2020, o Órgão Especial do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) – por meio de uma ação impetrada pelo deputado Campos Machado – então no Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e hoje no Avante – julgou a lei inconstitucional. O relator da ação, desembargador Alex Zilenovski, argumentou que o novo dispositivo representava uma usurpação do estado paulista de legislar sobre tema de competência da União, que já havia disciplinado a matéria como norma geral, estabelecendo as diretrizes que eram objeto da lei sancionada pelo governo paulista. Além disso, não especificava a origem do recurso no orçamento para a execução da nova norma e se configurava como uma política pública de saúde que colocava mulheres gestantes e seus bebês em maior risco. A decisão do TJSP foi unânime (25 votos), sob o entendimento de que as mudanças propostas impactariam diretamente a assistência ao parto e nascimento.

Após 13 meses de suspensão, em 31 de agosto de 2021 o ministro Ricardo Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal (STF), julgou o pedido de Recurso Extraordinário Publicada nº 1.309.195/SP. O ministro do STF entendeu que estado tinha capacidade para legislar sobre o assunto, restabelecendo assim a vigência da lei,

Por contrariar os seguidos esforços do campo da saúde pública para qualificação da atenção obstétrica e humanização do nascer no Brasil, essa iniciativa representa uma

inflexão no processo de humanização do parto e na redução das taxas nacionais de cesariana. De modo geral, algumas modificações nas políticas públicas demoram anos para se efetivarem (como é o caso da Lei do Acompanhante, também do campo da atenção obstétrica), enquanto outras geram repercussões imediatas em algumas práticas.

No momento em que finalizava esta tese, embora ainda não fosse possível mensurar as repercussões do dispositivo legal na assistência pública ao nascimento em São Paulo, é certo que iniciativas similares já surgiam pelo país. Leis semelhantes haviam sido aprovadas em outros estados, como Paraná (Lei nº 20.127, de 15 de janeiro de 2020) e Pará (Lei nº 9.016, de 30 de janeiro de 2020) ou estavam em tramitação em diversas casas legislativas Brasil afora. Na Câmara dos Deputados há pelo menos três projetos em tramitação com o mesmo teor da lei paulista (PL nº 3.325/2021, PL nº 768/2021 e PL nº 3.635/2019).

Nesse contexto, é fundamental buscar compreender os sentidos produzidos sobre a Lei da Cesárea no debate público, bem como os seus desdobramentos nos serviços de atenção ao parto. Daí redundam questionamentos de diversos setores e de diferentes ordens – técnica, financeira, moral e até mesmo ética – quanto à validade e efetividade do novo dispositivo. Assim, nesta pesquisa, escolhi estudar o debate público em torno da lei, analisando a cobertura da *Folha de S.Paulo* (FSP) sobre o tema, desde o processo de tramitação e aprovação na Alesp até sua promulgação pelo governo paulista. O jornal foi escolhido por ter o maior número de leitores no estado de São Paulo.

Tal opção está embasada no fato de, historicamente, a imprensa de massa ter funcionado como câmara de eco de políticas e práticas, ajudando a produzir os sentidos públicos de diversos temas em saúde. Não é diferente no que se refere ao nascimento. As inovações e conquistas da assistência ao parto, ao longo de décadas, vêm sendo acompanhadas pelas mídias de massa, não especializadas (jornais, revistas, programas de rádio e TV e portais da internet) porque pautas sobre parto e nascimento também costumam causar bastante comoção.

Na disputa pelos sentidos sobre saúde na esfera pública, entendemos que a narrativa jornalística é produzida na interação de diversas forças (sociais, econômicas, ideológicas e históricas, entre outras). E o jornalismo desempenha um importante papel na disseminação de informações relevantes para que as pessoas possam entender melhor o mundo em que vivem, bem como compreender as múltiplas dimensões de debates sobre questões que podem mudar o *modus operandi* de instituições/serviços e das pessoas no

cotidiano. É sabido, porém, que nem os veículos de comunicação nem os jornalistas e muitos menos os "especialistas" convidados a opinar sobre uma questão, os não jornalistas chamados de colunistas, são neutros. Os textos que eles produzem trazem posicionamentos e escolhas. E, por isso, é fundamental estarmos atentos ao modo como determinados temas são tratados, qual o seu foco, quais vozes aparecem nas narrativas, quais as abordagens escolhidas, como aparecem no contexto do jornal. Quando o tema é saúde, realizar essa análise crítica é muito importante porque o tipo de cobertura pode trazer efeitos perniciosos para a sociedade e, inclusive, levar a malefícios para o sistema de saúde, notadamente em sua vertente pública, e sobretudo para as pessoas (MALINVERNI, BRIGAGÃO e CUENCA, 2012).

A escolha por pesquisar os sentidos da Lei da Cesárea no cotidiano dos serviços de atenção ao parto está ancorada na premissa de que a sua implementação está intrinsecamente associada às práticas e ações desenvolvidas por profissionais de saúde no dia a dia dos serviços. Ou seja, acredito que as/os profissionais ocupam um papel central no cuidado ao parto e nascimento, sendo por isso muito importante investigar suas percepções sobre a lei, bem como seus desdobramentos nos modos de organização do trabalho e na saúde das mulheres e seus recém-nascidos. No caso deste estudo, ouvir as trabalhadoras (todas as participantes são mulheres) que atuam na atenção obstétrica possibilitou compreender que a implementação da Lei da Cesárea, que contraria as evidências científicas, configura-se um processo complexo, marcado por muitas dúvidas e inseguranças.

Essas duas dimensões da pesquisa – a análise da cobertura jornalística e as entrevistas com as profissionais de saúde – se complementaram e me permitiram identificar os muitos pontos de confluência entre o debate público ampliado presente no jornal e os desafios vivenciados nos contextos dos serviços. Vale ressaltar dois pontos de confluência: as posições acerca da lei se dividiram entre contrárias e favoráveis e a inviabilidade de implementação da cesárea a pedido no SUS. Apesar de as entrevistadas terem sido todas contrárias à nova norma legal, as profissionais relataram conviver com pessoas favoráveis a ela. De um modo geral, nos dois *corpora* os argumentos contrários são bem parecidos – os já mencionados riscos à saúde das mulheres e seus bebês e a negação das evidências científicas. Muitos dos argumentos jornalísticos sobre a inviabilidade da lei para o SUS e a falta de evidências a favor da cesariana sem indicação

foram apontados também nas entrevistas como problemas concretos de impacto em seu cotidiano e no das suas instituições.

Antes de prosseguir, acredito ser importante apresentar meu percurso como pesquisadora e explicitar as minhas posições. Concordando com Donna Haraway (2009), entendo que a objetividade dos conhecimentos científicos implica o reconhecimento de que estes são sempre situados, parciais e localizados.

A graduação em obstetrícia me possibilitou entender a necessidade do desenvolvimento de pesquisas e estudos na área das ciências humanas e sociais em saúde. Foi ela que abriu para mim uma imensidade de oportunidades, conhecimentos e crescimento, não só sobre saúde da mulher, mas sobre saúde pública/coletiva, políticas públicas, construção e participação política e ativismo. E também escancarou as questões de gênero, raça, sexualidade, classe e tantas outras desigualdades que afetam o cotidiano e a saúde das pessoas.

Na trajetória como obstetriz busquei a articulação entre esses saberes e a prática profissional. Durante dois anos, após o mestrado, tive a oportunidade de coordenar a implantação de um novo serviço em uma cidade do interior paulista, em que concentrei meus esforços para o aprimoramento de uma rede intersetorial que englobasse os diversos setores responsáveis pela seguridade social – saúde, assistência social e educação. A atuação nesse espaço só foi possível graças à sólida formação obtida na graduação, que me permitiu fundamentar a prática em posturas éticas e comprometidas com a sociedade.

A participação em Conselhos Municipais de Saúde e em Conferências de Saúde (municipais e estadual) foi outra constante na minha trajetória acadêmica e profissional. Conhecer e vivenciar a construção de políticas públicas da saúde ao longo de mais de 14 anos (como estudante e trabalhadora) só reforçou em mim o protagonismo da participação popular no processo de implementação de políticas. Especificamente, no campo profissional e no cenário do parto e nascimento, a experiência como obstetriz mostra que o país avançou e a assistência à saúde da mulher melhorou. Ainda que a duras penas e lentamente, alcançamos conquistas importantes, das quais, tenho certeza, participei. Mudanças de modelo e de práticas não acontecem ao acaso; elas são resultado direto de muita luta, resistência e perseverança de pessoas engajadas no cotidiano da assistência, do ensino, da extensão e da pesquisa, e também na construção de diretrizes e normativas.

Nessa jornada, sempre buscando articular teoria e práxis, também trabalhei na assistência à saúde da mulher em uma maternidade pública no interior de São Paulo, o

que me abriu muitas portas e, sobretudo, me possibilitou oferecer uma assistência baseada em evidências científicas, respeito e humanização. Entendendo na prática as negociações cotidianas necessárias para uma mudança nos paradigmas do parto e nascimento, nessa maternidade vislumbrei o retorno à academia. Importante dizer que um dos períodos determinantes para a continuidade do meu processo de doutoramento foi a oportunidade de ser professora substituta em uma universidade federal. Essa experiência confirmou e reforçou o desejo de seguir na pesquisa, ensino e, também, na extensão, em especial para reforçar os pressupostos teórico-metodológicos que sempre orientaram minha atuação.

É nesse sentido que tomo como referência a proposta de campo-tema de Peter K. Spink (2003): não quero apenas propor a relevância do campo para o desenvolvimento do meu tema; quero com o campo-tema evidenciar meu posicionamento.

Os caminhos teóricos e metodológicos desta tese foram pavimentados pelo construcionismo, que tem como eixo norteador o questionamento de condutas essencialistas, naturalizantes, categorias fixas e prática sociais. Mais do que isso, esse modo de fazer pesquisa me permitiu construir um conhecimento alicerçado na reflexividade e na ética. A escolha desse caminho deve-se, principalmente, ao olhar de produção da ciência que busca no cotidiano elementos, sinais, sentidos para entender em profundidade a complexidade dos fatos sociais e culturais do mundo.

Ancorada no referencial das práticas discursivas e produção de sentidos, busquei estabelecer conexões e diálogos diretos com o campo da saúde pública/coletiva e das políticas públicas de saúde. Essa perspectiva me permitiu explorar as múltiplas dimensões que a Lei da Cesárea, um dispositivo complexo, adquiriu no cotidiano do SUS.

Esta tese está assim organizada: no capítulo 2 apresento um breve histórico das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, situando o campo quanto aos dilemas e às resistências em torno da cesárea, seguido dos objetivos, no capítulo 3. No capítulo 4 mostro o quadro teórico-metodológico que orienta este trabalho; os resultados e a discussão estão compilados nos capítulos 5, que trata da cobertura jornalística, e 6, que apresenta as entrevistas com as profissionais de saúde. Por fim, no capítulo 7 teço as considerações finais.

Boa leitura!

2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E À CESÁREA: DILEMAS, RESISTÊNCIAS E DIFICULDADES

O Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), de 1984, foi a primeira ação pública pensada e orientada para as demandas da mulher a trazer o conceito de integralidade em saúde, antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde. É considerado um marco porque rompe com a série histórica de ações dirigidas apenas à saúde materno-infantil, que de certo modo reduziam a saúde da mulher ao exercício da maternidade, e por ser voltado às especificidades femininas nas diferentes fases da vida (OSIS, 1998). Resultado de mobilizações sociais, principalmente do movimento feminista, o Paism também contou com o apoio de integrantes da academia, inclusive a partir de uma perspectiva multiprofissional. Além das questões de gerenciamento, como descentralização e hierarquização dos serviços, propunha medidas educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação.

Basicamente, os princípios que norteavam o programa tomavam a mulher para além do útero e das mamas, rompendo com o paradigma materno-infantil e buscando trazer para as práticas de saúde um cuidado amplo e complexo, tal como proposto pela saúde integral. Essas expressivas e intensas concepções que fundamentaram o Paism foram importantíssimas para a construção do SUS. Também trouxeram para o campo da saúde diretrizes e normativas que buscavam garantir uma prática fundamentada no cuidado humanizado.

Utilizando o programa como marco, farei uma breve cronologia das principais ações governamentais no campo da saúde da mulher, direta ou indiretamente relacionadas ao parto e nascimento, com especial ênfase nas cesáreas.

No Brasil dos anos 1990 o excesso de cirurgias cesarianas já era entendido como problemático (FAÚNDES e CECATTI, 1991), daí o tema ter se tornado pauta importante dos movimentos de mulheres. No final da década anterior, 1980, já tinha emergido o movimento de humanização do parto, que apontava para a existência de um cenário preocupante na assistência ao parto e nascimento no país. Nesse período de movimentações político-sociais intensas – redemocratização, eleições diretas, impeachment, novo Plano Real, criação do SUS – foram registrados muitos dos avanços

na atenção à saúde da mulher. É o caso da Lei nº 9.263, sobre planejamento reprodutivo. Criada em 1996, ela impedia a realização de laqueaduras após a cesárea, justamente para frear o aumento dos partos cirúrgicos. Pouco depois, em 1998, foi lançada outra normativa cujo objetivo era a redução das taxas de cesárea: a Portaria 2.816, publicada em 29 de maio daquele ano, que impunha um limite gradual no pagamento por cesarianas (BRASIL, 1998b).

No ano seguinte, 1999, foi promulgada a Portaria nº 985, publicada em 29 de maio, que criava os centros de parto normal (BRASIL, 1999). Iniciativa do sanitarista David Capistrano, que trabalhava com José Serra, então ministro da Saúde de Fernando Henrique Cardoso, ela foi essencial para o incentivo e financiamento do parto normal em todo o Brasil. Ainda no final dessa década foram lançadas portarias que estimulavam e incentivavam a assistência ao nascimento realizado por enfermeiras obstetras e obstetrizes, possibilitando a remuneração pela assistência ao parto normal fisiológico – Portaria nº 2.815/1998 (BRASIL, 1998a). Na sequência, em 2000, foi lançado o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), marco das políticas de atenção à saúde da mulher no período gravídico puerperal, que efetivamente trouxe importantes avanços institucionais para o campo. Por fim, merece destaque o financiamento de cursos de especialização por meio de convênio com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), em 2002 (RATTNER, 2009).

Em 1º de janeiro de 2003, após dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva assumiu a presidência da República, dando início à transformação do Paism em Pnaism – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, conferindo à saúde da mulher *status* de política pública. Além disso, nesse primeiro mandato de Lula foram desenvolvidas outras ações com foco na redução das desigualdades e mortalidade materna e neonatal que assombravam o país. No escopo do Pnaism várias atividades foram desenvolvidas, mas vale destacar duas fundamentais, criadas nos dois anos seguintes: o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna (BRASIL, 2004) e a Lei da Presença do Acompanhante (nº 11.108) (BRASIL, 2005a).

No mesmo sentido, em 2011 foi criada a Rede Cegonha, Portaria nº 2.351, de 5 de outubro (BRASIL, 2011a), uma marca em atenção obstétrica do governo de Dilma Rousseff, que assumira a presidência no ano anterior. Importante sinalizar, ainda, que ela foi instituída em pactuação com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – Portaria GM/MS

nº 1.459 de 2011 (BRASIL, 2011b), revogada pela portaria de consolidação nº 3 e nº 6, de 2017 (BRASIL, 2017).

O programa representou uma mudança significativa na atenção ao parto porque estruturava física e financeiramente os serviços, tinha como principais diretrizes:

> I. garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
> II. garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
> III. garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; e
> IV. garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com
> V. garantia de acesso às ações de planejamento reprodutivo"(BRASIL, 2011b, Art.4º).

A Rede Cegonha visava a sistematizar e institucionalizar um modelo de atenção ao parto e ao nascimento por meio de uma estratégia de valorização da assistência por enfermeiras obstétricas e obstetrizes, adequando os espaços físicos às diretrizes do parto humanizado e priorizando também a ambiência e implantação de centros de parto normal (BRASIL, 2015). O programa também preconizava as boas práticas e as evidências científicas como eixos norteadores das mudanças propostas. Foi, sem dúvidas, importante para o fortalecimento e a reestruturação dos serviços de atenção obstétrica em todo o território nacional.

Em 2016, uma nova diretriz foi incorporada às políticas públicas de saúde. Denominada Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), segundo o site do Ministério da Saúde, tratava-se de:

> [...] documentos que visam garantir o melhor cuidado à saúde do paciente ou usuário do SUS. São os documentos oficiais do Ministério da Saúde que estabelecem para várias doenças como devem ser feitos o diagnóstico, o tratamento (com critérios de inclusão e exclusão definidos) e o acompanhamento dos pacientes. Eles incluem informações sobre medicamentos, exames e demais terapias e são elaborados a partir de dados confiáveis e com qualidade científica. Esses PCDT devem ser utilizados por profissionais de saúde e gestores do sistema de saúde (CONITEC, 2016a, parág.1).

Elaborados a partir de consultas técnicas e públicas, esses protocolos, baseados em evidência científica mundial, também definiram como critérios para

> [...] o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia,

> segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas (CONITEC, 2016b, parág.1).

No campo do parto e nascimento foram publicados, em 2016, dois novos protocolos, um referente às recomendações de parto normal e outro voltado à cirurgia cesariana. Ambos foram elaborados por um grupo multidisciplinar composto por médicos obstetras e de família, clínicos gerais, neonatologista, anestesiologista, obstetrizes e enfermeiros obstétricos. Nomeados como Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2016a) e Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2016b), esses protocolos são muito importantes para uma normativa federal do cuidado e da assistência obstétrica baseada em evidências, tendo sido consolidados nacionalmente por meio de consultas públicas. Ambos são basicamente manuais que orientam a prática clínica sob evidências mais atuais.

Importante pontuar que na estrutura do SUS – que é regulamentada e baseada em pactuações interfederativas (União, estados e municípios) – um dos grandes "sucessos" da Rede Cegonha foi justamente esse pacto e as diversas estratégias de governança e financiamento, com grupos condutores em cada esfera (SILVA et al., 2021). Nesse sentido, era uma política bastante robusta. Exemplos disso foram os diversos resultados positivos verificados em um compilado de pesquisas que avaliou seu desempenho após dez anos de vigência (GAMA, THOMAZ e BITTENCOURT, 2021). Segundo esse estudo, houve uma melhora na efetividade das políticas de atenção ao parto e nascimento no país, com adesão a boas práticas, redução de iniquidades no acesso à assistência qualificada e aumento da presença de acompanhantes. De acordo com Leal et al. (2021, p. 834), um dos principais resultados da Rede Cegonha foi promover "[...] maior equidade na atenção ao parto e nascimento nesses hospitais do sistema público de saúde no Brasil".

Em documento oficial, publicado em novembro de 2021, estava em avaliação a revisão das portarias do programa e a proposta da criação de novos serviços[1]. Em fevereiro de 2022 o governo federal substituiu a Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Em abril deste ano, a nova portaria foi publicada, sob o nº 715 (BRASIL, 2022), dando ênfase apenas ao médico obstetra e desconsiderando o papel de

[1] Disponível aqui: **Plano de Enfrentamento das Mortalidades Materna e Infantil - SAPS/MS — Português (Brasil)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit/2021/novembro/plano-de-enfrentamento-das-mortalidades-materna-e-infantil-saps-ms.pdf/view>. Acesso em: 1 mar. 2022.

outras categorias profissionais envolvidas no nascimento e parto, como obstetrizes e enfermeiros. Proposta de forma unilateral, a Rami não foi pactuada com Conass e Conasems[2], que divulgaram nota conjunta salientando que, ao contemplar apenas o médico obstetra, a nova medida ignorava um conjunto de ações e serviços voltados aos bebês, bem como a atuação dos médicos pediatras, além de excluir do cenário do parto e nascimento o "[...] profissional enfermeiro obstetriz"[3]. Os dois conselhos ressaltaram, ainda, que ao adotar o Rami de forma unilateral o Ministério da Saúde desrespeitou os princípios e as diretrizes do SUS, dificultando a implementação das mudanças para efetivamente qualificar a atenção à saúde das mulheres, gestantes e crianças.

Ainda em relação a portaria recém-publicada, em 4 de maio de 2022 o Ministério da Saúde apresentou uma nova versão da Caderneta da Gestante[4]. Além da atualização da arte gráfica, a nova caderneta não menciona a atuação de doulas, enfermeiras obstétricas e obstetrizes; apenas comenta genericamente sobre a "equipe de saúde" e, em alguns momentos, relaciona sempre o trabalho da enfermagem com o trabalho do médico, desconsiderando a autonomia e a importância da equipe de enfermagem no campo da saúde da mulher.

---

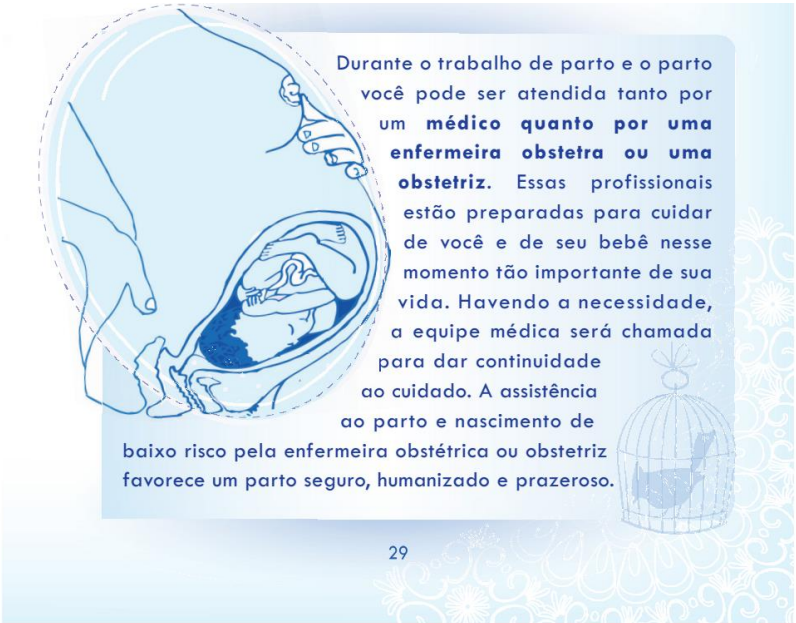
[2] **NOTA CONJUNTA CONASS/CONASEMS: REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (RAMI)**. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conjunta-conass-conasems-rede-de-atencao-materna-e-infantil-rami/>. Acesso em: 20 abr. 2022.

[3] **NOTA CONJUNTA CONASS/CONASEMS: REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (RAMI)**. [2022]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Nota-Conjunta-CONASS-CONASEMS-RAMI.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2022.

[4] **Ministério da Saúde apresenta nova edição da Caderneta da Gestante**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/ministerio-da-saude-apresenta-nova-edicao-da-caderneta-da-gestante>. Acesso em: 11 maio. 2022.

A seguir, apresento uma das diferenças entre as cadernetas. A primeira imagem, destaca que o trabalho de parto e o parto podem ser acompanhados quanto pelo médico como por enfermeiras obstetra ou por obstetrizes.

Figura 1 - Imagem extraída da Caderneta da Gestante - 2018



Fonte: Reprodução Caderneta da Gestante, 4ªed, 2018, pág. 29

O texto ainda reafirma que a assistência ao parto e nascimento de baixo risco por essas profissionais favorece o modelo de nascimento “seguro, humanizado e prazeroso”. Esse modelo é baseado em estudos e pesquisas que recomendam a presença dessas profissionais (SANDALL et al, 2018). O antigo ainda comenta a atuação da doula.

Em comparação com o texto do novo modelo, a menção à equipe de saúde é feita de maneira genérica, citando apenas “equipe de profissionais de saúde”, não havendo no restante da caderneta referência às categorias enfermeiras obstetras e obstetrizes, aparentemente uma maneira de apagamento dessas profissionais.

Figura 2 – Imagem extraída da caderneta da Gestante - 2022.

CADERNETA DA GESTANTE

PARTO
E NASCIMENTO

O parto é uma grande experiência para a mulher, para o bebê e, também, para o(a) parceiro(a). Pode ser um momento de grande satisfação: a saída do bebê, o fim das contrações e o encontro com esse pequeno ser.

Você deve ter ouvido falar várias coisas sobre a dor sentida durante o parto vaginal. É importante conhecer as fases do trabalho de parto e saber que essa dor pode variar de intensidade de mulher para mulher e se tornar maior se a mulher estiver tensa ou com medo.

É importante que, durante o trabalho de parto e parto, a equipe de profissionais de saúde monitore os seus sinais vitais e os batimentos do seu bebê. Essa avaliação frequente é fundamental para que o nascimento ocorra de forma segura e humanizada.

Fonte: reprodução extraída da 6ª edição revisada (2022, p. 35; destaque meu em vermelho).

Em texto da nova caderneta não há nomeação a enfermeiras obstetras e obstetrizes. Em apenas dois momentos a categoria "enfermeiros(as)" é citada, sempre relacionada aos médicos, desconsiderando a autonomia da profissão de enfermagem:

> *"Se você foi classificada como baixo risco gestacional, suas consultas de pré-natal são provavelmente realizadas por uma equipe multiprofissional, contendo médicos (as) e enfermeiros (as) que trabalham em conjunto"* (trecho da p. 13)
>
> *"Durante o trabalho de parto, você pode ser atendida por equipe de médicos e enfermeiros que trabalham em conjunto"* (trecho da p. 31)

É dito ainda que escolha da via de parto pode ser manifestada a partir da 39ª semana, porém não há nenhuma normativa técnica nacional que sustente essa afirmação. Outro ponto bastante comentado entre especialistas refere-se ao incentivo à cesariana a pedido, justificativa da prática da episiotomia (corte no períneo). Essas práticas não são recomendadas pela literatura científica internacional. Em nota, o Conselho Federal de Enfermagem e seus Conselhos Regionais (sistema Cofen/Coren) se posicionaram e

recomendam que o material fosse "[...] recolhido e reelaborado, de acordo com as evidências científicas disponíveis".[5]

Quadro 1 - Algumas diferenças entre as cadernetas da gestante, edições 2018 e 2022.

Caderneta da Gestante, 4ª ed., 2018, p. 30	Caderneta da Gestante, 6ª edição revisada, 2022, p. 35
Existem vários procedimentos que **não** devem ser realizados de rotina, mas apenas em algumas situações. Por exemplo: • **Lavagem intestinal** – É desagradável e desnecessária; durante o trabalho de parto você esvaziará seu intestino naturalmente. • **Raspagem dos pelos íntimos** – Não é preciso fazer; nem em casa, nem quando chegar à maternidade. Seus pelos são uma proteção natural para a vagina. • **Romper a bolsa das águas** – O rompimento artificial da bolsa aumenta os riscos de infecção e problemas com o cordão umbilical do bebê. • **Soro com ocitocina** – Torna as contrações mais incômodas e dificulta sua movimentação. • **Episiotomia** – É um pique na vagina; pode causar dor e desconforto após o parto e aumentar os riscos de infecção.	**Alguns procedimentos que antigamente eram realizados de rotina não são mais indicados hoje em dia, como**: • **Lavagem intestinal** – É desagradável e desnecessária; durante o trabalho de parto você esvaziará seu intestino naturalmente. • **Raspagem dos pelos íntimos** – Não é necessário fazer; nem em casa, nem quando chegar à maternidade. Se acaso você desejar, uma opção segura é cortá-los com tesoura, sem machucar a pele. **Alguns procedimentos, como os listados abaixo, podem ser indicados pela equipe médica após avaliação da necessidade**: • **Rompimento da bolsa das águas** – Pode aumentar os riscos de infecção e problemas com o cordão umbilical do bebê. Porém, em certos momentos, como no trabalho de parto prolongado, pode ser considerado de grande ajuda à mulher e ao bebê. • **Soro com ocitocina** – Quando necessário, tem a capacidade de estimular e coordenar as contrações, ajudando a diminuir o tempo do trabalho de parto prolongado.

[5] **Nova caderneta para gestantes contraria evidências e diretrizes do MS**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/nova-caderneta-para-gestantes-contraria-evidencias-e-diretrizes-do-ms_98900.html>. Acesso em: 11 maio. 2022.

	• **Episiotomia** – Não deve ser realizada de rotina; porém, de forma restrita, sempre antes avaliando seus riscos, após rigorosa avaliação médica, pode ser útil em situações excepcionais. Saiba mais em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28176333/

Fonte: reproduzido da Caderneta de Gestante – edições 2018 e 2022

Não é objetivo da tese analisar em profundidade as diferenças de discurso de cada uma; porém, gostaria de destacar como a antiga versão apresenta esses itens, de maneira a deixar evidente que são práticas proscritas que não devem ser realizadas de rotina, devendo sua indicação ser feita apenas em alguns casos.

Nesse sentido, na nova versão há uma separação: os itens lavagem intestinal e raspagem dos pelos são apresentados como não indicados, mas os itens romper a bolsa, uso de ocitocina e episiotomia são colocados como práticas que podem ser indicadas em algum momento pela equipe medica. Contudo, não é especificado em que momento ou em quais situações isso poderia acontecer, sendo indicado abaixo do item da episiotomia um link que abre um artigo científico, de revisão, publicado no periódico *Cochrane Database Systematic Reviews*, no ano de 2017. O texto em inglês dificulta muito o entendimento de grande parte da população. Dito de outro modo, do ponto de vista da educação em saúde, a indicação desse artigo é de pouca efetividade.

Outra circunstância interessante de comentar sobre o posicionamento do governo em relação as políticas de assistência ao parto, aconteceu durante o evento de lançamento da nova caderneta, representantes do Ministério da Saúde sugeriram a não utilização do termo “violência obstétrica” e disseram que práticas como a episiotomia e o Kristeller (subir em cima da barriga - exercer forte pressão no fundo uterino, da mulher para “empurrar” o bebê), não deviam ser consideradas violências. Essas falas tiveram repercussão em diversos jornais[6], entre entidades de profissionais de saúde, movimentos sociais e também da sociedade civil.

[6] DE LARA, Bruna. **Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento da nova Caderneta da Gestante**. Disponível em: <https://theintercept.com/2022/05/09/ministerio-da-saude-raphael-camara-violencia-episiotomia/>. Acesso em: 11 maio. 2022.

2.1 AS INDICAÇÕES PARA PARTOS CIRÚRGICOS

O nascimento por via cirúrgica é um procedimento necessário em situações específicas e, ao longo dos anos, possibilitou grande avanço no campo da saúde materna, fetal e infantil. As indicações clínicas da cesárea podem ser divididas em: absolutas, relativas (a depender de condições e avaliações clínicas, geralmente diagnosticadas no trabalho de parto) e especiais, quando demandam condutas individualizadas.

As indicações absolutas são prolapso de cordão – com dilatação não completa; descolamento prematuro da placenta com feto vivo – fora do período expulsivo; placenta prévia parcial ou total (ou centro-parcial); apresentação córmica (situação transversa) durante o trabalho de parto (antes pode ser tentada a versão cefálica externa); ruptura de vasa prévia; e herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto (AMORIM et al., 2010; SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010a e 2010b). Já as indicações relativas não são identificáveis antes da mulher entrar em trabalho de parto. Ou seja, não é possível realizar agendamento, diferentemente do que ocorre em uma situação de apresentação córmica ou placenta prévia, diagnosticadas ao final do pré-natal. São indicações relativas à desproporção cefalopélvica (DCP), cujo diagnóstico só é possível intraparto, portanto, não pode ser antecipado durante a gravidez; popularizado sofrimento fetal agudo, chamado atualmente de frequência cardíaca fetal não tranquilizadora; e parada de progressão que não se resolve com as medidas habituais (AMORIM, SOUZA e PORTO et al., 2010; SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010a e 2010b).

Por último estão as situações especiais nas quais a conduta deve considerar individualmente as peculiaridades de cada caso e as expectativas da gestante, após informação prévia e esclarecida. São elas: apresentação pélvica (recomenda-se oferecer versão cefálica externa depois de 36 semanas, mas se não for bem-sucedida ou aceita pela

---

CASSIANO, Larissa. **Nova caderneta da gestante defende episiotomia e cesariana a pedido**. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/colunas/larissa-cassiano/2022/05/11/nova-caderneta-da-gestante.htm>. Acesso em: 11 maio. 2022.

YONESHIGUE, B.; GONÇALVES, M. **Médicos condenam novo documento do Ministério da Saúde para gestantes**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2022/05/recem-lancada-pelo-ministerio-da-saude-nova-cartilha-para-gestantes-e-condenada-por-medicos-entenda.ghtml>. Acesso em: 20 out. 2022.

gestante deve-se discutir riscos e benefícios, o parto pélvico só deve ser tentado com equipe experiente e se for essa a decisão da gestante); duas ou mais cesáreas anteriores (o risco potencial de uma ruptura uterina, que de 0,5% a 1,5% deve ser pesado contra os riscos de se repetir a cesariana, variando de lesão vesical e lesão intestinal até hemorragia, infecção e maior chance de histerectomia). Nesses casos, importante dizer que as diretrizes mais recentes não discriminam entre uma ou duas cesáreas para quem quer tentar um VBAC (*vaginal birth after cesarean* = parto vaginal após cesárea); HIV/aids (cesariana eletiva indicada se HIV+ com contagem de CD4 baixa ou desconhecida e/ou carga viral acima de 1.000 cópias ou desconhecida); em franco trabalho de parto; e na presença de ruptura de membranas (AMORIM, SOUZA e PORTO, 2010; SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010a e 2010b).

Todas as situações descritas acima são condições de saúde nas quais a cesárea é fator determinante para desfechos favoráveis. Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), a cirurgia cesariana é uma intervenção importante e necessária para salvar a vida de mulheres e bebês, mas sua indicação só deve ocorrer por motivos clínicos. Taxas de cesárea acima de 10% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015). Sua realização deve ter bom acompanhamento e suporte profissional e tecnológico para acesso a uma assistência qualificada e oportuna, com vistas a evitar complicações, morbidades e mortalidade materna e fetal.

Com base nessas considerações, e com a finalidade de aprimorar e buscar uma avaliação mais efetiva sobre indicação de cesárea, bem como estratificar os diversos grupos de gestantes, foi criada a classificação de Robson, instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesarianas ao longo do tempo em um mesmo e entre diferentes hospitais (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016). De acordo com esse sistema, há uma estratificação baseada em características obstétricas que são mutuamente exclusivas. Essas características são: paridade (nulípara, multípara); cesárea anterior (sim/não); início do trabalho de parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto); idade gestacional (termo/pré-termo); apresentação fetal (cefálica, pélvica, transversa); número de fetos (único ou múltiplos).

Figura 3- Descrição dos Grupos de Robson

Fonte: reproduzido do site https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/classificacao-de-robson-e-tema-do-apiceon/>.

De acordo com a OMS, são esperadas baixas taxas de indicação clínica de cesárea nos grupos 1 a 4 (mulheres a termo, apresentação cefálica e feto único). Em contrapartida, espera-se maior nível de necessidade e uma maior taxa de cesarianas nos grupos 5 (mulheres com cesárea anterior) e 6 a 10 (mulheres com gêmeos, apresentação pélvica,

outra apresentação anormal ou parto prematuro). Essa classificação foi criada com o intuito de aprimorar a interpretação e manejo necessário para estruturar os programas e as ações de saúde para garantir a qualidade da assistência ao parto. E, também, para estruturar e permitir um debate objetivo sobre a questão das indicações de cirurgias (ROBSON, 2001). Dessa forma, espera-se que ela ajude a melhorar a avaliação de serviços e também a indicação de cesáreas, buscando oferecer o melhor tipo de assistência para cada perfil obstétrico.

Apesar de proteger e salvar vidas quando bem indicado, o nascimento cirúrgico não é livre de efeitos colaterais, principalmente se feito sem indicação e em perfis saudáveis. Apesar da evolução de técnicas e procedimentos, a cesárea permanece apresentando cerca de três vezes mais risco de mortalidade materna do que o parto normal (ESTEVES-PEREIRA et al., 2016). Esse risco é decorrente sobretudo de complicações no pós-parto, hemorragias e complicações anestésicas.

A cesariana é considerada um procedimento médico de médio/grande porte, que pode acarretar outros problemas e complicações de saúde (OMS, 2015; LUMBIGANON et al, 2010; VILLAR et al., 2006). Por isso, depende de indicação clínica, ou seja, de avaliação em todas as suas circunstâncias, de todos os seus riscos e benefícios. Algumas das principais complicações são acretismo placentário, hemorragia, infecção e morte materna (SANDALL et al., 2018; ALLEN et al., 2003; ABENHAIM et al., 2018; DENEUX-THARAUX et al., 2006). Outras consequências do parto cirúrgico incluem impacto na criação do vínculo mãe-bebê, no aleitamento materno e no futuro reprodutivo da mulher, além de repercussões de longo prazo na criança (SANDALL et al., 2018; JAKOBSSON et al., 2014; YUAN et al., 2016; XIE et al., 2011).

Um dos efeitos da realização indiscriminada de cesárea é a chamada prematuridade tardia. Leal et al. (2016) indicam uma alta proporção de partos prematuros como consequência de intervenção do profissional médico, especialmente em associação com cesáreas anteriores. Esses achados indicam que ao evitar a cesariana é possível reduzir esse tipo de prematuridade e seus desfechos negativos. Dito de outro modo, a prematuridade pode ser evitada principalmente entre mulheres com gestação de baixo risco, quando o nascimento é não cirúrgico, em consonância com as atuais políticas e programas de incentivo a novos modelos de assistência obstétrica e em articulação com as evidências científicas.

Assim, postulam diferentes autores, a assistência deve estar em sintonia com o tipo de risco obstétrico. No caso de mulheres de risco habitual, deve-se oferecer assistência por enfermeiras obstétricas e obstetrizes (LEAL et al., 2014; SANDALL et al., 2015), métodos não farmacológicos de controle de dor e em locais diferenciados, como centros de parto normal e casas de parto (HODNETT et al., 2012). Já para as gestantes de alto risco, centros obstétricos e atenção especializada durante o pré-natal e parto devem ser garantidos e acessíveis. Nesse sentido, é preconizado um modelo que pressupõe mudanças sobre *quem* acompanha o parto; *onde* e *como* ele acontece*; quais* práticas devem ser realizadas, sustentando-se em práticas que direcionem o cuidado necessário no momento oportuno.

2.2 QUESTÃO DAS CESÁREAS NO MUNDO

O aumento de cirurgias cesarianas é uma questão importante em todo o mundo, tendo ganhado destaque nos últimos 15 anos. Estimativas apontam que em 2018, na maioria dos países, 21,1% dos nascimentos foi através de cesárea, média que apresentou grande variabilidade entre as diferentes partes do mundo. O nascimento via cesárea também aumentou em todas as regiões desde a década de 1990 (BETRAN et al., 2021).

Enquanto as taxas mundiais de cesariana aumentam gradativamente a cada ano, estimativas apontam que até 2030 28,5% das mulheres darão à luz por essa via, tendendo a desigualdade a permanecer (BETRAN et al., 2021). Nos países pobres há baixíssimas taxas de cesárea, o que gera resultados obstétricos ruins; já aqueles com melhores condições socioeconômicas apresentam altas taxas desse procedimento, grande parte em mulheres ricas e em instituições privadas (BOERMA, 2018).

Esse cenário me leva a pensar e a problematizar as reais indicações da cirurgia cesariana nos contextos de nascimento. Trata-se de um cenário mundialmente complexo porque, enquanto nos países de maior renda e acesso à cirurgia o debate foca nas consequências para a saúde de cesáreas desnecessárias ou conduzidas de forma insegura, noutros lugares, como o Sul da Ásia e a África Subsaariana, ocorre o oposto, com muitos dos países dessas regiões enfrentando um cenário de insuficiência de cesarianas, com taxas em torno de 5%, o que mantém ainda altas as taxas de morbimortalidade (BETRAN et al., 2021). Por outro lado, mesmo sendo um continente com grandes massas

populacionais empobrecidas, as taxas médias de cesárea na América Latina e Caribe ficaram em 42,8%, segundo Betran et al. (2021). Enquanto na primeira região esse percentual indica uma precarização da assistência obstétrica, ocasionando mais mortes por falta de acesso ao parto cirúrgico, no continente latino-americano ele é sugestivo do uso excessivo dessa tecnologia. O que ocorre no Brasil, apesar das altas taxas de cesárea, é que a morbimortalidade materna continua elevada, indicando que o se uso excessivo não garante a redução desse indicador (LEAL et al., 2018; VICTORA et al., 2011).

Aqui, novamente, as taxas de cesárea descortinam a desigualdade social: nos países que mais realizam o procedimento cirúrgico não houve diminuição acentuada da mortalidade materna. Para a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde existem disparidades entre os países e também dentro dos territórios nacionais no que tange à assistência obstétrica, e quase todas as mortes maternas (99%) ocorrem em países em desenvolvimento. Essa desproporção ressalta ainda mais as barreiras para o acesso aos serviços de saúde (OPAS, 2022).

Ainda que se verifique tendência de aumento global nas taxas de nascimentos cirúrgicos, e em que pese a maioria não estar relacionada a indicações clínicas, estando acima do preconizado pela OMS, revisão sistemática do início dos anos 2010 identificou que apenas 15,6% das mulheres desejavam a via cirúrgica como primeira escolha (MAZZONI et al., 2011). Em investigação conduzida na China, cerca de 23,38% das cesáreas foram por escolha materna, totalizando um total de 8,42% dos nascimentos (DENG et al., 2021). Begum et al. (2020) estimaram que a proporção absoluta de partos cirúrgicos a pedido materno no início desta década variava de 0,2% a 42,0%, corroborando com a maioria dos estudos chineses. É importante ressaltar que essa pesquisa não incluiu a América Latina, região onde há maior número de cesarianas.

Betran et al. (2021) postulam que a cesárea e todas as questões que envolvem parto e nascimento devem ser prioridade na agenda mundial para que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ODS/ONU) sejam alcançados. Esses autores apontaram uma preocupação progressiva quanto às consequências de cirurgias desnecessárias ou conduzidas de forma insegura. Eles recomendaram, ainda, o monitoramento rotineiro das práticas obstétricas, incluindo a vigilância das taxas de cesárea.

2.3 A CULTURA DA CESÁREA NO BRASIL

O Brasil é um dos países com maior número de nascimento por via cirúrgica. Em 2014, a taxa nacional de cesáreas chegou a 56,99%[7], mantendo-se assim em primeiro lugar no ranking mundial já há alguns anos (VICTORA et al., 2011). Nos anos seguintes houve uma discreta queda, com as taxas chegando a 55%. Mas, de acordo com dados disponíveis no momento de encerramento desta pesquisa, em 2019 ela foi de 56,30%, enquanto os dados preliminares de 2020 e 2021 chegaram, respectivamente, a 57,24 e 57,10%[8]. Esse crescimento contínuo nas últimas décadas levou alguns estudiosos a classificar o cenário brasileiro como epidêmico:

> [...] o que singulariza o problema das cesáreas como epidemia é o fato de que uma intervenção de saúde, em princípio concebida e aplicada como um instrumento de proteção, exercendo e ainda cumprindo este papel relevante, tenha ingressado na categoria de fator de risco, caracterizando uma epidemia iatrogênica. Na realidade, os efeitos adversos das intervenções de saúde, sejam em nível de procedimentos diagnósticos, de condutas terapêuticas medicamentosas ou cirúrgicas e até no estabelecimento de dependências dentro e fora da área de saúde, representando uma iatrogenia social, estabelece, de fato, um novo contexto da problemática saúde/doença em nível de cada e de praticamente todos os países, sejam ricos ou pobres (BATISTA FILHO e RISSIN, 2015, p. 5).

Muitas pesquisadoras e pesquisadores buscam entender as questões envolvidas nesse alto patamar brasileiro. Eles elencam diversos fatores preditivos para a que cesárea seja a primeira – às vezes a única – opção de nascer. E esse conjunto formaria a chamada "cultura da cesárea". Mas, o que isso significa?

---

[7] DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EM SAÚDE E VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. *Painel de monitoramento de nascidos vivos segundo classificação de risco epidemiológico (Grupos de Robson)*. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). [s.l.], abr. 2022. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/?s=MSQyMDIxJDEkMSQzNSQ3NiQ1JDIkMjA=>.

[8] DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EM SAÚDE E VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. *Painel de monitoramento de nascidos vivos segundo classificação de risco epidemiológico (Grupos de Robson)*. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). [s.l.], abr. 2022. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/?s=MSQyMDIxJDEkMSQzNSQ3NiQ1JDIkMjA=>. .

Estudos sobre a normalização da via cirúrgica de parto trazem algumas pistas. Apesar de ter tido havido mudanças significativas na assistência obstétrica nos últimos anos, em decorrência do investimento e das políticas públicas (LEAL et al., 2021), no imaginário social noções de segurança e praticidade são elementos ainda muito associados ao nascimento cesariano (CHACHAM, 2012; ODASHIMA et al., 2019). Segundo algumas pesquisas, o repertório sociocultural do nascimento é construído sobre imagens negativas (novelas, filmes, matérias e relatos) nas quais predominam palavras como sofrimento, dor, morte e sequelas – quase sempre atrelados ao parto normal, acentuam Nakano, Bonan e Teixeira (2015).

Em sentido semelhante, Carvalho e Santos (2020), analisando as convocações biopolíticas em torno das vias de nascimento e parto em dois jornais brasileiros de grande circulação, identificaram que, além de propagar uma ideia paradoxal, associando a cesárea à normalidade e segurança e o parto vaginal a um processo estranho e arriscado, o discurso midiático sobre nascimento foi (e ainda é, em grande medida) baseado no medo. Nesse contexto é possível incluir, ainda, a assistência ao parto normal, que no país é historicamente bastante violenta e ajudou a sustentar a ideia de que a cesariana seria melhor, por comparação transformando o parto normal em um evento marcadamente traumático (DINIZ e CHACHAM, 2006).

Além disso, é preciso considerar a influência dos profissionais envolvidos na atenção obstétrica, que valorizam a cesárea (TESSER et al., 2011; CHACHAM, 2012; DENG et al., 2021). Essa valorização não apenas acontece para as mulheres e a sociedade, mas também para a categoria profissional, sobretudo a médica, principal responsável pela assistência brasileira ao parto, atualmente. Ao analisar algumas edições da obra *Rezende – Obstetrícia fundamental*[9], livro-texto muito utilizado no ensino obstétrico brasileiro, Nakano, Bonan e Teixeira (2016, p. 162) afirmam: "[...] a história da cesárea no Brasil é contada como algo quase consensual, tanto em termos da evolução técnica, como da aceitação dos obstetras em realizá-la de modo irrestrito". E resumem que a cesárea, nessa obra, tornou-se um estilo de pensamento: "[...] se antevisto um risco, cesárea; na iminência dele, cesárea; na emergência, cesárea; para se proteger de processos, cesárea;

[9] De autoria de Jorge Rezende, a obra é considerada um clássico da obstetrícia brasileira. A primeira edição, publicada 1963, era intitulada apenas *Obstetrícia*. A partir da 10ª edição, incorporou o nome do autor ao título, e passou a ser assinada por Jorge de Rezende Filho e Carlos Montenegro. Atualmente está na 14º edição, publicada em 2018.

para proteger a saúde mental da mulher, cesárea; se não souber resolver casos complicados, cesárea (NAKANO et al., 2016, p. 165). Tal perspectiva banaliza as indicações cesarianas, pois, segundo o livro-texto, para qualquer mínima alteração (ou não) o parto cirúrgico deveria ser indicado – até mesmo para proteger a saúde mental da mulher.

Dessa forma, no "mercado do nascimento" a cesárea torna-se um produto, uma escolha, uma suposta "emancipação", uma reinvindicação de poder centrada na decisão individual quanto ao modo de nascimento entendido como o mais seguro, prático e sem riscos. No país, a cesariana é uma construção social da experiência do nascer como algo seguro, prático, organizado, limpo e sem riscos – e, de certa forma, também um bem de consumo (NAKANO, BONAN e TEIXEIRA, 2015; CARVALHO e SANTOS, 2020; ODASHIMA et al., 2019). Por exemplo, recentemente uma maternidade na cidade de São Paulo foi capa de uma revista de grande circulação. A publicação destacava o lançamento de um novo serviço de obstetrícia oferecido pela unidade, que se dizia o primeiro de luxo do país. Nessa matéria é possível perceber que o nascimento ganha *status* de grande acontecimento social, que a família acompanha o nascimento de um "camarote" e sob regalias exclusivas que só o dinheiro pode comprar. Mas o texto pouco comenta sobre a assistência obstétrica oferecida pela maternidade.[10]

Esse caso explicita o caráter mercadológico do nascimento, em que a cesárea, sinônimo de planejamento e recurso tecnológico, é supervalorizada (NAKANO, BONAN e TEIXEIRA et al., 2015). Essa perspectiva está alinhada ao parto como uma experiência da vida moderna e não como um processo do ciclo de vida. No caso da cesariana, é também uma questão de gestão do tempo capitalista, na qual os indicadores que importam são a produtividade, a organização, o planejamento, o agendamento. Transformado em objeto de desejo, o parto, mesmo o humanizado, produz mais desigualdade social: a experiência será mais "gratificante" quanto maiores forem os privilégios do modelo de atenção obstétrica – que vai do agendamento do dia e da hora do nascimento, segundo a conveniência médica, à possibilidade de assistir à cena de um camarote, à moda dos espetáculos de entretenimento.

Na próxima seção destaco três aspectos definidores da cena do parto.

---

[10] CARVALHO, P. Maternidade mais luxuosa do país terá até "camarote" anexo à sala de parto. *Veja SP*, 7 abr. 2022. Disponível em: <https://vejasp.abril.com.br/cidades/maternidade-sao-luiz-star-luxo/>. Acesso em: 22 abr. 2022.

2.3.1 Comodidades Para os Médicos

O primeiro aspecto para entendermos o modelo e a via de nascimento diz respeito à comodidade do/da profissional da medicina. Afinal, o parto normal não tem dia certo para acontecer e o processo pode durar várias horas. Por isso, o controle da agenda de consultório é um ponto chave. Tesser et al. (2011) exploraram os fatores relativos à classe médica no excesso de cirurgias cesarianas no Brasil, enquanto Nakano, Bonan e Teixeira (2015) demonstraram como essa tendência é reproduzida também nos discursos das mulheres brasileiras. A questão econômica, a conveniência e a possibilidade de agendamento, bem como o medo de processos judiciais e a "adesão ideológica à cesárea", são alguns dos fatores que influenciam o contexto do parto e nascimento (TESSER et al., 2011).

Outro aspecto para a compreensão desse cenário diz respeito à maneira como a saúde está organizada no país. Como ocorre com os demais especialistas da medicina, também entre os obstetras é muito comum encontrar profissionais que atendem tanto no SUS quanto em consultórios particulares. Para dar conta de ambas as demandas, o médico obstetra começou a programar os partos, um agendamento que só pode ser realizado através de cesáreas, marcadas com antecedência. Além disso, do ponto de vista financeiro, o parto cirúrgico tem maior potencial de retorno, já que o recurso da agenda possibilita a realização de um maior número de procedimentos ao longo do tempo.

Um levantamento indicou a incidência de fatores não médicos para a maior probabilidade de cesarianas eletivas agendadas, em dias úteis e hospitais privados sem leitos obstétricos para o SUS, entre mulheres brancas, mais escolarizadas e casadas (MAGALHÃES et al., 2019). Outras pesquisas também encontraram evidências da conveniência profissional como determinante do procedimento cirúrgico: Chiavegatto Filho (2013) verificou uma diminuição de 10,2%, entre 2001 e 2010, no número de partos ocorridos aos domingos, enquanto nos outros dias da semana a diminuição foi de apenas 1,7%; Rattner e Moura (2016) identificaram que nascimentos ocorridos cirurgicamente tinham predominância no chamado horário do expediente, entre 6 e 17 horas.

Essa não é uma questão exclusiva do Brasil. Em matéria publicada no final de 2016, o jornal *El Pais*[11] mostrou que os bebês madrilenhos já não nasciam nos finais de semana e feriados, justamente em razão do agendamento de cesárea em dias úteis. Esse recorte reforça a comodidade profissional como uma cultura arraigada e naturalizada nos modos de nascer ocidentais capitalistas.

No estudo com mulheres que utilizaram serviços de maternidade privada, Nakano, Bonan e Teixeira (2015 p. 865) observaram que o agendamento da cesárea era um "[...] arranjo técnico-social e institucional [...]", atuando quase como uma garantia contra falhas. Afinal, o sistema organizado e planejado (modos de vida e também de gestão) não "permitem" o acaso, tampouco a dimensão da espera.

2.3.2 Abusos e Violências

O Brasil sofreu grande influência do modelo de saúde norte-americano, principalmente a partir da década de 1960. Em resumo, esse modelo redundou em maior valorização de hospitais, bem como das intervenções e da profissão médicas, afastando-se progressivamente das práticas de atenção humanizadas. Tanto assim que, nesse período, a construção de hospitais e centros de saúde foi considerada exemplo de desenvolvimento e sinônimo de saúde. Ao mesmo tempo, a formação em medicina no país acentuou a especialização. Então, o nascimento também foi migrando dos atendimentos domiciliares realizados por parteiras para a assistência hospitalar controlada por médicos, com o parto cada vez mais adentrando esses espaços tecnocráticos e medicalizados (DAVIS-FLOYD, 2001).

A extrema medicalização e o uso intensivo de intervenções durante o nascimento, associados a uma assistência precarizada e desrespeitosa com a mulher, fizeram com o que o cenário do parto passasse a ser cada vez mais um lugar desconhecido, frio e, muitas vezes, violento. Até poucos anos atrás manter a mulher em jejum, fazer raspagem dos pelos e lavagem intestinal eram práticas altamente intervencionistas rotineiras na assistência obstétrica nacional, embora sem quaisquer benefícios para parturientes e seus

[11] SEVILLANO, E. G. Por que as crianças já não nascem em feriados? *El País*, Madri, 28 nov. 2016. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/16/ciencia/1479313243_978711.html>. Acesso em: 3 mar. 2022.

bebês. O mesmo aconteceu com a episiotomia, o uso indiscriminado de ocitocina, a manobra de Kristeller e a proibição do acompanhante, entre outras medidas hoje consideradas desatualizadas e retrogradas na atenção ao parto (OPAS, 2018). A postura hostil ou autoritária de profissionais de saúde influencia diretamente a avaliação do cuidado recebido e o cuidado esperado. E, frequentemente, gera sentimentos de angústia e temor entre as gestantes (FREIRE et al., 2011; AGUIAR et al., 2020).

Os abusos e as violências também podem ser resultado da organização interna da instituição. Dito de outro modo, o desejo médico e institucional de que o parto evolua rapidamente, justificado como forma de dar sequência e seguimento ao trabalho de parto de outras mulheres, amplia a possibilidade de ocorrência de práticas não recomendadas, ocasionando violência e abuso obstétricos (OLIVEIRA e PENNA, 2018). Muitos estudos relacionam, ainda, esse tratamento com a cultura machista, racista e preconceituosa ainda bastante presente na sociedade brasileira. E mostram como essas desigualdades estruturais se reproduzem e intensificam na assistência à saúde da mulher (OLIVEIRA e KUBIAK, 2019; LIMA, PIMENTEL e LYRA, 2021; MATTAR e DINIZ, 2012; LEAL et al., 2017; DINIZ et al., 2015; THEOPHILO, RATTNER e PEREIRA, 2018; TRAJANO e BARRETO, 2021; ESCOBAL et al., 2021; ALVES et al, 2021).

2.3.3 Desejo das Mulheres e os Tipos de Parto

O primeiro ponto a ser considerado diz respeito à necessária desconstrução da ideia de que as mulheres brasileiras preferem a cesárea. Os mais diversos tipos de estudos, desde populacionais até aqueles de natureza qualitativa, como, por exemplo, entrevistas em profundidade, mostram que a via cirúrgica não é uma unanimidade (DOMINGUES et al., 2014; CESAR et al., 2017; OLIVEIRA e PENNA, 2017). A maioria das gestantes, inclusive, inicia o pré-natal com o desejo pelo parto normal, mudando de ideia no decorrer da gestação por insegurança e outros medos relacionados ao momento do nascimento. Ao final da gravidez, a proporção daquelas que querem o parto normal diminui enquanto a das que desejam a cesárea aumenta. Essa diferença é ainda maior entre as usuárias da saúde suplementar.

Existe uma ideia de que o aumento nas taxas de partos cirúrgicos em países de alta e média renda deva-se ao pedido da parturiente. A revisão sistemática de Mazzoni et al.

(2011), que envolveu 20 mil mulheres, concluiu que esse motivo é manifestado por uma minoria das mulheres. De acordo com esse estudo, no início dos anos 2010 a taxa de preferência pela cesárea era de 15,6%, principalmente solicitada por gestantes que já tinham cesárea anterior e moravam em países de maior renda (MAZZONI et al, 2011). Outro estudo sobre cesarianas a pedido questionou o papel dos profissionais, sobretudo dos médicos, apontados como prováveis influenciadores dessa decisão (GAMBLE e CREEDY, 2000). Duas décadas depois essa influência continua sendo identificada pelos estudos (ESCOBAL et al., 2021). No Brasil diversos trabalhos já demonstraram que a maioria das mulheres deseja inicialmente o parto normal (DOMINGUES et al., 2014). Apesar dessa preferência, elas não participam efetivamente da escolha do tipo de parto (OLIVEIRA e PENNA, 2018). Estudo qualitativo reforçou que essa decisão acaba centralizada no discurso médico (FREIRE et al., 2011).

De acordo com Oliveira et al. (2016), a realização de cesariana anterior, desejo pela cesárea no início da gestação, sobrepeso/obesidade pré-gestacional e renda familiar *per capita* maior que um salário mínimo são fatores diretamente relacionados com o parto cirúrgico. Um ano antes, Nascimento et al. (2015) já tinham apontado que 76% das mulheres desejavam o parto normal, sendo essa decisão influenciada pela família, por experiências prévias com parto e pela interação profissional – cliente e informações via internet são os principais fatores de influência sobre essa escolha. Realizado no início dos anos 2000, o estudo de Barbosa et al. (2003, p.1618) identificou que a maioria das mulheres desejava o parto normal, mas "[...] quanto maior o intervalo de tempo entre a admissão no hospital e o parto, mais frequente é a solicitação [...]" de cesárea. Por fim, uma pesquisa de base populacional, realizada em 2007, demonstrou que 10,7% de todas as cesáreas foram realizadas a pedido materno (CESAR et al., 2017).

Mesmo para as mulheres que decidem pela via cirúrgica, não há uma orientação adequada sobre os seus riscos, suas vantagens e desvantagens, apontam Oliveira e Penna (2018). Segundo esses autores, na justificativa delas havia a incorporação do discurso médico e dos argumentos técnicos. Outro estudo observou um desejo de que o médico responsável pelo pré-natal fizesse também o parto, o que geraria entre as gestantes uma sensação de segurança (GAMA et al., 2009). Ocorre que no Brasil esse modelo é associado à assistência privada e aos convênios, onde há maior chance de realização de partos cirúrgicos, reforçando o aspecto da influência da indicação médica.

Muitas vezes as mulheres não se consideram capazes de parir por via vaginal devido a essa intensa cultura da cesárea, que normaliza o parto cirúrgico em detrimento do parto vaginal. E isso faz com que recursos básicos, como as práticas não farmacologias para o alívio da dor (livre movimentação durante o trabalho de parto, massagens, banhos, acupuntura e musicoterapia, entre outras) sejam desconhecidas e até mesmo inalcançáveis para a maioria das gestantes (FREIRE et al., 2011). Até porque a adoção de boas práticas no contexto do parto e nascimento, apesar de estimulada desde meados dos anos 1990, começou a se popularizar no país somente com a Rede Cegonha, a partir de 2011 (LEAL et al., 2021).

Uma questão importante a ser a ser considerada diz respeito aos motivos que levam a mulher a "escolher" a cesárea, quase sempre fatores sociais e culturais. Um estudo norueguês elencou alguns: experiência negativa de parto anterior, pós-parto e puerpério traumáticos; medo por motivos de segurança ou medo primário do parto; e solicitações baseadas em motivos desconhecidos (EIDE, MORKEN e BÆRØE, 2019). Para evitar possíveis traumas e questões negativas no puerpério, o trabalho recomendou o uso do aconselhamento. No hospital onde foi realizado o estudo havia um centro desse tipo, coordenado por obstetrizes. As profissionais responsáveis por esse serviço relataram que aproximadamente 70% das mulheres retiravam o pedido da cesariana após passar por ele (EIDE, MORKEN e BÆRØE., 2019).

É preciso ressaltar que a taxa global de cesárea na Noruega é bastante reduzida quando comparada com o Brasil, mas chama atenção a efetividade e a importância dos serviços de aconselhamento. Ainda assim, esse relato é condizente com os estudos brasileiros, que mostram que quando existe uma boa comunicação, orientação e aconselhamento as mulheres preferem o parto normal (COPELLI et al., 2015).

A esse contexto, ao longo das últimas décadas foram agregadas diversas situações cotidianas de violência nos hospitais brasileiros, que redundaram em experiências negativas e traumáticas de assistência ao parto. Apesar desses relatos, a violência estrutural em hospitais é invisibilizada, o que pode contribuir para as cesáreas a pedido (SCHANTZ et al, 2019). Estudo chinês identificou que a influência dos "outros" também impacta diretamente o desejo pelo tipo de parto: metade das mulheres que tinham contato com outras mulheres que tiveram partos vaginais apresentou maior probabilidade de rejeitar a cesárea. Por outro lado, a influência dos médicos também foi determinante para a escolha da via de parto, especialmente para a cirúrgica (DENG et al., 2021). Essa

influência médica também foi observada em estudo brasileiro (DOMINGUES et al, 2014).

É preciso conhecer a fundo os medos e as razões pelas quais as mulheres desejam a cesariana, realizando a abordagem do cuidado de acordo com suas necessidades, dialogando com as especificidades percebidas (EIDE, MORKEN e BÆRØE, 2019). A literatura confirma a importância de ofertar aconselhamento, envolvimento e apoio materno para a tomada de decisão. Ademais, esses e outros estudos ressaltam a necessidade de conversar sobre a preferência do tipo de parto no pré-natal, inclusive para identificar aquelas gestantes que podem precisar de mais aconselhamento e apoio na tomada dessa decisão (THIRUKUMAR, HENRY, COATES, 2021).

2.4 AS AÇÕES PARA COMBATER A EPIDEMIA DE CESÁREA

Para pesquisadoras e pesquisadores do campo, abordar amplamente as diversas questões implicadas na assistência obstétrica, inclusive os índices de cesárea (seja a sua falta, seja o seu excesso) é uma prioridade mundial. Daí a necessidade de seu monitoramento global, regional e, principalmente, local, em especial pelos responsáveis pela formulação e implantação de políticas públicas.

Nos estudos apresentados na seção anterior, é possível perceber que, no escopo dos direitos das mulheres, o direito a uma assistência digna e de qualidade ao parto e nascimento deve ser tomado como política de Estado, e não apenas como um programa de governo. E, por isso, essa perspectiva deve ser fortalecida a todo momento, seguindo acordos e recomendações científicas.

Na área da saúde materna, em especial as taxas de mortalidade, é importante monitorar os altos índices de cesariana e o planejamento reprodutivo, pautas públicas de destaque não somente no Brasil. No campo internacional iniciativas como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM/ONU), nos anos 2000, tinham por meta promover a igualdade de gênero e a valorização das mulheres; reduzir a mortalidade infantil e, sobretudo, melhorar a saúde materna. Essas inciativas foram atualizadas pelos já mencionados ODS, um novo conjunto de metas com vistas a reduzir as mortes maternas por complicações no parto e na maternidade; ampliar a igualdade de gênero e diminuir as desigualdades; eliminar as mortes evitáveis de crianças até 5 anos; assegurar o acesso

universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação; e integrar a saúde reprodutiva a estratégias e programas nacionais. Os ODS incluem a participação do Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa).

Outra iniciativa internacional foi o reconhecimento de 2020 como o ano da enfermeira e da obstetriz. Organizada pela OMS, em parceria com International Confederation of Midwives (ICM), International Council of Nurses (ICN), Campaign Nursing Now e Unfpa. A iniciativa teve como objetivo dar maior visibilidade ao trabalho dessas profissionais na atenção obstétrica e destacar sua importância nos indicadores e resultados de saúde, especialmente no âmbito materno, de grande impacto na mortalidade de gestantes e puérperas (OMS, 2020).

No território brasileiro, a razão de mortalidade materna (RMM) apresentou queda importante, passando de 143 a cada 100 mil nascidos vivos, em 1990, para 60, em 2015 (LEAL et al., 2018). Em 2018 a RMM foi de 59,1, pequena redução, ainda longe do ideal[12], mantendo-se como um grande desafio a ser superado (LEAL et al., 2018). A nova meta para o Brasil é de até 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030. Porém, nos dois primeiros anos desta década, essa taxa deu um enorme salto, alcançando patamares altíssimos devido à pandemia da covid-19:

> A RMM em 2020 poderia então ser estimada em cerca de 73,8/100mil NV (cálculo: 1692 média de OM + 459 OM COVID-19 dividido por 2.916.337 média de nascidos vivos 2015-19 x 100 mil) e em 2021 RMM de 107,8/100mil NV (cállculo:1692+1453 COVID/2.916337*100 mil) (MUNIZ, 2021, parág. 6).

A desigualdade é outro fator de influência na qualidade da atenção ao parto, como de resto em todas as dimensões da atenção à saúde. Em 2016, Bittencourt et al. observam uma disparidade brasileira entre risco obstétrico e adequação da assistência. Segundo esse estudo, pouco mais de 1/3 das gestantes com risco obstétrico recebia atendimento em hospitais sem unidade de terapia intensiva, enquanto quase 1/3 daquelas com baixo risco eram atendidas em serviços com UTI. Assim, quem de fato precisava não acessava

[12]Os ODM/ONU tinham como meta reduzir a 75% a mortalidade materna até 2015, considerando aceitável no máximo 35 mortes dessa natureza para cada 100 mil nascidos vivos. Mas a redução real foi de 58%. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/67732-mortalidade-materna-cai-55-no-brasil-aponta-relatorio-sobre-objetivos-do-milenio >. Acesso em: 10 nov. 2019.

cuidados específicos; por outro lado, uma gestante de baixo risco, em um ambiente hospitalar tecnológico, tinha menores chances de receber cuidados adequados, ou seja, de ser submetida ao mínimo de intervenções durante a evolução natural do trabalho de parto e parto.

Essa desigualdade é conhecida na literatura internacional como *"too little, too late; too much, too soon"* – em português, algo como "muito pouco, muito tarde; muito, muito cedo". A primeira expressão, *"too little, too late"*, é mais relacionada a situações de morbimortalidade materna, uma vez que nelas a assistência frequentemente demora a acontecer da maneira adequada. Já *"too much, too soon"* diz respeito a altos índices de intervenção e medicalização do parto e nascimento (MILLER et al., 2016). Essa realidade requer transformações na forma como a assistência obstétrica está organizada, na estrutura hospitalar para a formação de redes de atenção, nas estratégias de gestão e nas políticas cujo foco seja uma assistência de qualidade e adequada ao risco obstétrico (BITTENCOURT et al., 2016).

No Brasil, outro importante fator de desigualdade na atenção ao parto e nascimento refere-se à disparidade racial. Em geral, a assistência ao pré-natal e parto é deficitária em mulheres pretas/pardas quando comparadas às brancas. Para negras e pardas, tendencialmente, o pré-natal é inadequado, falta vinculação à maternidade, não é garantida a presença de acompanhante, há maior peregrinação pelas unidades no momento do parto, menos orientações pré-natais sobre a via de nascimento e possíveis complicações da gravidez, além de menor acesso à anestesia em procedimentos obstétricos, entre outras disparidades elencadas por LEAL et al. (2017). Isso demonstra a enorme lacuna racial na assistência obstétrica brasileira. E por isso é importante avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesárea ao longo do tempo, seja em um mesmo hospital ou em diferentes (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016).

Esse cenário impediu o país de alcançar os objetivos do milênio em 2015 e, também, indica que caminhamos a passos lentos em direção da meta dos ODS, em 2030. Esse desempenho pífio é a demonstração cabal da premissa segundo a qual para melhorar os indicadores obstétricos é preciso adotar ações complexas e compartilhadas em todo o sistema de saúde. Algumas delas têm impactos diretos na assistência, como o fortalecimento da atuação de obstetrizes e enfermeiras obstétricas, o que traz benefícios para o processo de nascimento e parto comprovados cientificamente (NARCHI, CRUZ e GONÇALVES, 2013; SANDALL et al, 2018).

3 OBJETIVOS

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar as práticas discursivas e os sentidos produzidos sobre a Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019, conhecida como Lei da Cesárea, no jornal *Folha de S.Paulo*, bem como seus desdobramentos no cotidiano dos serviços de assistência ao parto.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a cobertura realizada pelo jornal *Folha de S.Paulo* durante a tramitação e aprovação da Lei da Cesárea na Assembleia Legislativa de São Paulo, bem como sua promulgação pelo governo do estado.
- Identificar os sentidos produzidos pela mídia jornalística sobre o dispositivo legal.
- Analisar os sentidos produzidos sobre a lei nos discursos de profissionais da saúde que atuaram no contexto da assistência ao parto em hospitais e maternidades paulistas e seus desdobramentos no cotidiano dos serviços.

4 A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Esta é uma pesquisa do campo da saúde coletiva, portanto, essencialmente interdisciplinar, que integra três grandes eixos: a epidemiologia; a política, gestão e administração; e as ciências sociais e humanas em saúde (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000). Localizada sobretudo no último eixo, utiliza como referencial teórico-metodológico as práticas discursivas e a produção de sentidos (SPINK, 2013), o agendamento (McCOMBS, 2009) e o enquadramento midiáticos (ENTMAN, 1993; PORTO, 2002).

Na próxima seção, discorrerei brevemente sobre essas abordagens, apresentando em seguida os procedimentos metodológicos.

4.1 AS PRÁTICAS DISCURSIVAS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS

A noção de práticas discursivas (SPINK e FREZZA, 2013) está ancorada nas transformações possibilitadas pelo giro linguístico, um movimento filosófico "[...] que permitiu um enriquecimento extraordinário das ciências sociais e humanas como um todo, atenuando a pressão exercida pelos fundamentalistas científicos" (IBÁÑEZ-GRACIA, 2004, p. 37). Essas concepções sobre a linguagem como algo complexo e variável tiveram diversos expoentes, tanto na linguística como na filosofia, desde o início do século XX, impactando a crítica ao positivismo e as concepções de ciência. Enquanto os positivistas apostavam cada vez mais na "[...] validade absoluta do 'método científico' [...]", a ruptura potencializada pelo giro linguístico possibilitou um "[...] pluralismo metodológico e teórico [...]" para as disciplinas das ciências sociais e humanas (IBÁÑEZ-GRACIA, 2004, p. 37), ao romper com a noção de linguagem como representação do mundo e a concebendo como ação no mundo que performa realidades, portanto, constitutiva das coisas e não mero recurso linguístico para descrevê-las (IBÁÑEZ-GRACIA, 2004).

Para Lupicinio Iñiguez (2004), ao atribuir à linguagem um papel central esse movimento filosófico permitiu aos estudiosos entender a produção de sentidos na vida cotidiana e analisar os contextos sociais. Nessa perspectiva, o sentido é tomado com uma construção social, de caráter coletivo e interativo, "[...] por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas –

constroem os termos [...]" que lhes permitem compreender e lidar com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK e MEDRADO, 2013, p. 22). Para esses autores, à medida que o foco do entendimento discursivo é deslocado para os "sentidos" que os termos adquirem no cotidiano das pessoas, passamos a lidar com a "linguagem em uso". Dessa concepção redunda um ponto central do quadro teórico-metodológico das práticas discursivas, qual seja, a linguagem em ação, entendida como "[...] maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas" (SPINK e MEDRADO, 2013, p. 26).

Particularmente importantes às práticas discursivas são as noções de repertórios, gêneros de discurso, enunciados e interanimação dialógica. Os repertórios são termos, conceitos, lugares-comuns, figuras de linguagem e de retórica que possibilitam às pessoas construírem versões de acontecimentos, eventos, ações, processos internos, justificações de certas práticas etc. e, consequentemente, entender e dar sentido aos fenômenos cotidianos (POTTER e WETHERELL, 1987). Assim, repertórios demarcam o rol de possibilidades da produção de sentidos, que se conectam aos enunciados e aos gêneros de discurso (SPINK e MEDRADO, 2013).

Para definir as outras três noções – gêneros de discurso, enunciados e interanimação dialógica –, Spink (2010) apoia-se nas formulações de Mikhail Bakthin. Para o filósofo russo, gêneros de fala referem-se a modos e formas estáveis e típicas de fala que compartilhamos socialmente, estando presentes em todas as comunicações que realizamos. Nas interações do cotidiano, na escrita de textos, nos discursos formais, os gêneros de fala se alteram de acordo com os interlocutores e as regras de sociabilidade. Além disso, há grupos com gêneros discursivos próprios. Por exemplo, nesta tese trabalhamos com dois campos: o do jornalismo e o de profissionais de saúde. Cada um deles com jargões próprios e modos específicos de endereçar discursos.

Os enunciados, por sua vez devem ser entendidos como elos na cadeia de comunicação:

> O enunciado vai da pergunta de alguém até a finalização da fala de outra pessoa. É um elo na cadeia de comunicação. Daí a importância de não descontextualizar trechos das trocas discursivas em nossas análises, pois, ao tirarmos uma sentença do enunciado que lhe dá suporte, lhe roubamos o sentido. A sentença só adquire um sentido completo no contexto do enunciado (SPINK, 2010, p. 29).

Assim, entender a complexidade dos enunciados é fundamental no processo de análise dos discursos. Essa dinâmica garante que as interpretações sejam contextualizadas e mantidas as diferentes vozes presentes nos textos ou nas interações orais, para que não se perca o sentido daquilo que foi escrito ou proferido. A compreensão dos enunciados ajuda a entender a noção de interanimação dialógica:

> Todo enunciado é expresso a partir de um ponto de vista: uma posição de sujeito, seu horizonte conceitual, suas intenções, sua visão de mundo. Esse ponto de vista constitui a "voz" do sujeito. Mas, e é isto que eu queria sublinhar, essa voz não existe isoladamente, pois o sentido só emerge quando duas ou mais vozes estão em contato: quando a voz do ouvinte responde à voz de um locutor. Ou seja, a compreensão consiste sempre no confronto de uma ou mais vozes, mesmo que estas sejam (como diz Wertsch, 1993:52) "a voz de um outro indefinido e não concretizado". É isso que chamamos de interanimação dialógica (SPINK, 2003, p. 74).

É de se destacar que não há enunciados no vazio; eles sempre estão articulados aos que os precedem e/ou aos que circulam na sociedade sobre um determinado tema, sendo sempre endereçados a alguém. Quando falamos ou escrevemos nos dirigimos a uma pessoa ou a um coletivo de pessoas. Por isso dizemos que os enunciados são sempre atravessados pela dialogia. Mesmo quando estamos sozinhos, articulando enunciados em nossos pensamentos, estamos num diálogo constante com outras vozes e outros argumentos, em processo de interanimação dialógica.

Nesta tese, essas noções foram fundamentais para as análises, fossem os discursos decorrentes de uma fala, de um texto escrito, de um cartaz. E, dessa maneira, tomei o fazer analítico como um processo que inclui negociações e construções possíveis da/do analista, assumindo que a pesquisa/análise também acrescentará algo no debate cotidiano.

> Portanto, o/a analista deve estabelecer uma relação ativa com os/as leitores/as do seu trabalho e tentar mostrar como realizou sua leitura do texto. Dessa forma, a AD [análise do discurso] se converte em um exercício mais de negociação do que de exposição, no sentido de estar sempre aberta ao debate e à discussão das interpretações realizadas (INIGUEZ, 2004, p. 145).

Nessa abordagem, o próprio ato de pesquisar produz realidades, cria espaços de diálogos e de responsabilidade coletiva. Daí a importância de uma avaliação constante durante todo o processo investigativo. Essa perspectiva também permite às/aos pesquisadoras/es realizar estudos críticos, "[...]interessados essencialmente na maneira

como o poder, a dominação e a desigualdade social são estabelecidos, reproduzidos e *combatidos* através do discurso" (DIJK, 2004, p. 12; grifos meus).

Nessa perspectiva, estudei os sentidos produzidos em torno da Lei da Cesárea em dois espaços distintos: o jornal *Folha de S.Paulo*, que cobriu o tema desde o processo de tramitação e aprovação na Alesp até sua promulgação pelo governador de São Paulo e declaração de inconstitucionalidade/constitucionalidade nos tribunais paulista e federal; e os discursos de profissionais de saúde que atuavam no cotidiano de serviços de assistência ao parto e nascimento no estado.

Assim, é possível dizer que esta pesquisa situa-se no campo-tema da Lei da Cesárea, noção que permite desconstruir a clássica separação entre pesquisa de campo e as outras ações de pesquisa (SPINK, P. K., 2003). Para além do que prevê a ideia clássica de campo enquanto território materializado, preexistente, para o qual o/a pesquisador/a se desloca, essa noção postula que nós, pessoas que pesquisamos, ao nos dedicarmos a uma temática estamos sempre no campo-tema. Logo, observa o autor, o campo não é um lugar específico, mas uma processualidade de temas situados. Seja quando estudamos na biblioteca, seja quando discutimos com o/a orientador/a, quando realizamos entrevistas, quando escrevemos etc., o campo-tema "[...] têm múltiplas faces e materialidades, que acontecem em muitos lugares diferentes" (SPINK P. K., 2003, p. 28). Entrar nele não significa estar em um determinado local, mas sim "estar" no debate sobre a construção dos argumentos, dos diversos saberes e dos posicionamentos produzidos a partir das tensões que emergem do assunto estudado. Nesse sentido, a partir do momento em que nomeamos nosso tema de pesquisa, já estamos no campo-tema.

> Campo é o campo do tema, o campo-tema; não é o lugar onde o tema pode ser visto – como se fosse um animal no zoológico – mas são as redes de causalidade intersubjetiva que se interconectam em vozes, lugares e momentos diferentes, que não são necessariamente conhecidos uns dos outros. Não se trata de uma arena gentil onde cada um fala por vez; ao contrário, é um tumulto conflituoso de argumentos parciais, de artefatos e materialidades (SPINK P. K., 2003, p. 36).

Perceber e reconhecer essas redes é parte do processo de pesquisar. Não se trata de buscar verdades ou algo predefinido. A ideia central aqui é de "[...] confrontar, entrecruzar e ampliar os saberes" (SPINK P. K., 2003, p. 38), entendendo que essa perspectiva possibilita a abertura e a inclusão desses saberes à medida que a pesquisa vai se desenvolvendo. Assim, nas análises da cobertura jornalística me deparei com a

necessidade de ampliar a discussão teórica para a produção da notícia (*newsmaking*), que apresento a seguir.

4.2 A MÍDIA JORNALÍSTICA E OS PROCESSOS DE PRODUÇÃO DA NOTÍCIA

No Brasil, como em todo o mundo ocidental, a mídia desempenha um importante papel na construção da subjetividade coletiva, reverberando impactos em modos de viver, construindo noções de risco, influenciando a própria gestão do cotidiano (LERNER e SACRAMENTO, 2014). Esse processo vem se acentuando nos últimos anos com o crescente interesse da mídia, sobretudo a jornalística, por temas como saúde, bem-estar, epidemias, fatores de risco e cuidados nas esferas individual e coletiva.

Por envolver a produção midiática dos sentidos acerca da Lei da Cesárea, este trabalho está orientado pela concepção de que a notícia é o resultado pretendido do processo de seleção e transformação da informação cotidiana em discurso jornalístico. As notícias nunca são a realidade em si, mas uma das narrativas possíveis sobre os acontecimentos sociais, tendo como fonte primária o acontecimento cotidiano (voluntário, natural ou provocado), que ocorre em superabundância (OLIVEIRA, 2014). A matéria-prima da notícia, portanto, é a informação compartilhada entre os membros da sociedade e os jornalistas, que por sua vez reivindicam um monopólio do saber, qual seja, definir o que é notícia. Nesse ponto é importante registrar uma consideração acerca desse monopólio. Ainda que a imprensa não detenha mais o poder absoluto de decidir o que é ou não informação midiática, em razão da expansão das mídias digitais que estabeleceram formas de interação mais dinâmicas e participativas no processo comunicacional, "[...] no mundo todo ainda é considerável o poder do jornalismo como comunidade perita produtora e legitimadora de discursos e sentidos no cotidiano (MALINVERNI, BRIGAGÃO e CUENCA, 2022). Assim, não é possível tomar os profissionais do jornalismo como observadores neutros. Ao contrário, eles são participantes ativos na construção da realidade (TRAQUINA, 2005).

Segundo Jorge Pedro Sousa (2002, p. 3), a notícia é

> [...] um artefacto linguístico, que representa determinados aspectos da realidade, resulta de um processo de construção onde interagem factores de natureza pessoal, social, ideológica, histórica e do meio físico e tecnológico, é difundida por meios jornalísticos e comporta informação com sentido compreensível num determinado momento histórico e num determinado meio sociocultural, embora a atribuição de sentido dependa do consumidor da notícia.

E é por isso, reforça o autor, que a notícia não pode ser considerada espelho da realidade. O que ela faz é indiciar "[...] os aspectos da realidade a que refere" (SOUSA, 2002, p. 3), ou seja, produzir um determinado aspecto da "realidade". Essa abordagem articula-se com a das práticas discursivas, para a qual a linguagem não é uma reprodução da realidade ou um espelhamento. Pelo contrário, ela é construída no cotidiano.

Entendendo a notícia como produto linguístico social, cultural e historicamente determinado, há de se admitir que não existe neutralidade em sua produção. Assim, o texto noticioso também pode ser (e frequentemente é) um "[...] produto para amplificação dos poderes dominantes, para a definição do legítimo e do ilegítimo, do normal e do anormal e para a sustentação do *status quo*" (SOUSA, 2002, p. 12).

Em suma, o discurso jornalístico é, ainda hoje, um dos principais agentes de comunicação. Daí este trabalho buscar entender os diversos sentidos veiculados na cobertura da *Folha de S.Paulo* sobre a Lei nº 17.137/2019.

4.2.1 Agendamento (*Agenda-Setting*)

Para analisar os discursos do jornal, trabalhei com duas hipóteses teóricas, a do agendamento (*agenda-setting)* e a do enquadramento (*framing*). Nesta seção discorro sobre o agendamento midiático, noção que emergiu na década de 1970, nos Estados Unidos, com os estudos de Maxwell McCombs e Donald L. Shaw, quando buscavam entender a influência da mídia no contexto eleitoral norte-americano. Os autores encontraram evidências de que a cobertura realizada pelos meios de comunicação influenciou a eleição na cidade estudada, elaborando, a partir daí as hipóteses *agenda-setting*, a principal delas postulando que a imprensa apresenta ao público os temas sobre os quais é necessário ter uma opinião e, assim, fomentar discussões. Ou seja, no processo de produção da notícia o jornalismo seleciona e salienta alguns dos acontecimentos em detrimento de outros, definindo, assim, os assuntos que farão parte das conversas

cotidianas (MALINVERNI, 2011). Em síntese, a hipótese *agenda-setting* analisa a emergência de temas na imprensa e sua relação com a agenda pública, entendida "[...] como o conjunto de problemas que os indivíduos consideram importantes" (RODRÍGUEZ-DÍAZ, 2020, p. 38).

Como observa McCombs (2009, p. 24), é essa capacidade que dá aos veículos de imprensa "[...] um papel central (...) [n]a agenda pública". Essa perspectiva, é importante destacar, não diz respeito apenas àquilo que foi publicado, mas como e onde. Dito de outro modo, com quem o produto jornalístico, a notícia, buscava dialogar, quem era o seu público-alvo. Isso significa dizer que assim como a comunicação de massa influencia a agenda dos indivíduos a agenda jornalística também é influenciada por valores e crenças da sociedade, num processo constante de retroalimentação, já que os jornalistas e o jornal são produtos de seu tempo.

O agendamento também pode adquirir um caráter de diretriz, "[...] sugerindo o que deve ser realçado, priorizado ou omitido das notícias apresentadas ao público" (MALINVERNI, 2011, p. 62). Conforme a "natureza" do assunto, a teoria da agenda também permite pensar em dois tipos de questões: aquelas que mobilizam a experiência, afetando diretamente o cotidiano (por exemplo, a economia), ou aquelas que são assuntos distantes, que não interferem de modo direto (como política externa) (TRAQUINA, 2001).

A temática do parto e nascimento pode ser colocada como questão *que mobiliza a experiência*, pois é um assunto próximo, que afeta diretamente o cotidiano. Ela é especialmente importante para esta tese porque está circunscrita ao campo da saúde e dos direitos reprodutivos, questões que mobilizam a experiência direta individual e coletiva. Pelo agendamento, portanto, pude observar como e por quem a Lei da Cesária foi pautada, bem como o desenvolvimento enunciativo ao longo do período estudado.

4.2.2 Enquadramento (*Framing*)

O conceito de enquadramento complementa a análise porque é "[...] utilizado para examinar os padrões de ênfase e o tom das mensagens da mídia" (BRANDI, 2017, p. 12). Segundo alguns estudiosos, o *framing* é um segundo nível da hipótese *agenda-setting* (ENTMAN, 1993). Enquanto o primeiro está focado em identificar como o tema foi

tratado pela mídia em termos de seleção e saliência, o enquadramento está voltando aos mecanismos discursivos utilizados, ou seja, aos sentidos produzidos: "Enquadrar é selecionar alguns aspectos da realidade percebida e torná-los mais salientes em um texto de comunicação, de maneira a promover uma avaliação moral e/ou recomendação do tratamento do item descrito" (ENTMAN, 1993, p. 52). É dizer, qual moldura ou qual versão dos fatos foi apresentada. Nessa perspectiva, o *framing* desconstrói a noção de neutralidade jornalística mostrando como os *enquadramentos* produzem efeitos e sentidos de realidade para a audiência. Daí ser, inclusive, um importante instrumento de poder (PORTO, 2002).

É preciso ao analista do discurso midiático, contudo, esforço para não cair no reducionismo que restringe a análise a maniqueísmos moralizantes:

> Abraçar a noção de enquadramento implica evitar julgamentos que atribuem a uma suposta intencionalidade de jornalistas e editores a feição que uma dada matéria vem a assumir. Nesse contexto, as apropriações de sentido, construídas a partir das inevitáveis escolhas implícitas na produção de uma simples pauta, deixam de ser consideradas fruto de manipulação deliberada. (ROTHBERG, 2007, p.10).

O autor acrescenta, com base nos principais estudos de mídia daquele começo dos anos 2000, que os sentidos são resultado de "[...] esquemas de pensamento arraigados como *habitus* sob fórmulas consagradas por padrões de produção da notícia" (ROTHBERG, 2007, p. 10).

A hipótese *framing* levou à identificação de cinco enquadramentos da cobertura jornalística: de jogo, estratégico, episódico, de conflito e temático. Segundo as definições trazidas por Danilo Rothberg (2007), o enquadramento de jogo seria o principal tipo de cobertura midiática de disputas eleitorais. Geralmente, ele foca mais nas chances de vitória ou de derrota que nas propostas de cada candidato/a. Outro tipo bastante utilizado no campo político é o enquadramento estratégico. Nele, o/a jornalista teria uma espécie de "estratégia" para desvelar as ações e decisões dos mandatários, candidatos ou pré-candidatos, buscando visibilizar determinados elementos em detrimento de outros. Entre os objetivos do enquadramento estratégico podem estar

> [...] a conquista da adesão de um indivíduo incônscio dos meandros obscuros da política; a sinalização, aos competidores, dos termos em que se dará a negociação nos bastidores; a ocultação de supostas verdades incômodas; ou a

> simples busca por vantagens pessoais, poder, riqueza, prestígio etc. (ROTHBERG, 2007, p. 4).

Já o enquadramento do tipo episódico tem como foco, geralmente, as políticas públicas e os fatos relevantes referentes à sua definição e execução. Porém, "[...] mal tocam nas questões propriamente políticas do fato, ligadas à complexidade das escolhas envolvidas em determinada opção a ser adotada ou rejeitada pela gestão pública, e apenas acentuam aspectos circunstanciais dos fatos enfocados" (ROTHBERG, 2007, p. 4).

De acordo com esse autor, esses três tipos de enquadramento podem assumir a forma de conflito, quando o destaque das matérias recai sobre a potencial disputa dos elementos/personagens envolvidos. Nesse tipo de *framing* o contexto amplo e social, como como ações, significados ou efeitos de determinado evento, são negligenciados. E o enfoque jornalístico é a dinâmica do poder, a disputa e o choque entre as personagens envolvidas na ação.

Por outro lado, o enquadramento do tipo temático buscar trazer a complexidade e o aprofundamento, por vezes não alcançados pelos tipos expostos anteriormente. Para Rothberg (2007), esse *framing* deve explorar as relações entre antecedentes e consequências segundo diferentes perspectivas, principalmente considerando as expectativas dos principais envolvidos e afetados. Deve também trazer uma camada de complexidade, examinando influências macroestruturais, tendências históricas, alternativas, possibilidades, exemplos de outras regiões ou países, possíveis obstáculos etc. O autor sintetiza: não basta apenas confrontar eventuais conflitos e contradições; é necessário também oferecer explicações para essas diferenças. Isso significa dizer que o enquadramento temático envolve pluralismo e equilíbrio, que podem então ser considerados como elementos capazes de conduzir à superação da fragmentação, superficialidade e tendência ao entretenimento contidos nos demais tipos de *framing*.

O pluralismo implica um tratamento compreensivo de causas, consequências e diversidade de fatores que concretamente influenciam a definição e a implementação de políticas públicas. "Fatos e acontecimentos complexos e relevantes devem ser noticiados de maneira abrangente, verificando-se seus antecedentes e implicações, relações historicamente constituídas" (ROTHBERG, 2007, p. 6). Não se trata, portanto, apenas de "ouvir os vários lados" de um determinado assunto, mas de apurar a diversidade de perspectivas do fato em exame. Segundo o autor, isso é mais do que apresentar as visões

contrárias, o famoso dois lados da notícia, que pode acabar reduzindo a dimensão do contexto e impedir a observação de diferentes "[...] matizes, contrastes e sintonias inesperadas" (ROTHBERG, 2007, p.7). É preciso refletir sobre a multiplicidade.

Nesta pesquisa, desenvolvo a análise a partir do mapeamento da cobertura da *Folha de S.Paulo* sobre a temática, buscando mostrar o processo de agendamento da Lei da Cesária no jornal e, depois, os tipos de enquadramento – no caso, episódico e de conflito dos textos.

Considerando esse arcabouço conceitual, entendo a mídia como produtora de sentidos sobre o nascimento e parto, capaz de influenciar as ações dos outros e de produzir fatos que afetam o cotidiano de todo o campo da obstetrícia, das políticas públicas e, sobretudo, de mulheres gestantes e suas famílias. Decorre daí a importância de estudar a cobertura do jornal como produtora dos sentidos sobre a lei.

4.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa qualitativa busca explorar os fenômenos sociais em profundidade. Não está preocupada com números apenas, mas sim com a qualidade das informações que serão produzidas pela investigação. Daí haver uma grande valorização da descrição do processo percorrido ao longo da produção das informações.

Nesse sentido, reconhecer a reflexividade, a dialogia e o compromisso com a pesquisa no cotidiano são aspectos éticos importantes. A transparência e o rigor dependem da explicitação de todos os passos do estudo – a partir de onde, como e de que forma esses saberes foram produzidos. Por isso, antes de apresentar os dois *corpora* da análise (matérias da *Folha de S.Paulo* e entrevistas, respectivamente, nos capítulos 4 e 5), explicito que a contextualização das informações ora analisadas foi construída a partir do andamento (e cronologia) das sessões da Assembleia Legislativa de São Paulo, nas quais foi debatido e aprovado o Projeto de Lei nº 435, entre abril e agosto de 2019, e também das decisões do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e do Supremo Tribunal Federal. Isso porque acredito ser importante estudar as reverberações do dispositivo legal e dos discursos produzidos sobre ele nos hospitais e maternidades que participaram deste estudo.

Além disso, registo também o pedido de inconstitucionalidade da lei, impetrado pelo deputado Campos Machado, julgado pelo TJSP, em 1º de julho de 2020, e a declaração de sua constitucionalidade pelo STF, relatado pelo ministro Lewandowski em 31 de agosto de 2021.

4.3.1 O *Corpus* Jornalístico

O primeiro *corpus* desta tese é formado pelas matérias sobre a Lei da Cesárea publicadas pela *Folha de S.Paulo*. Esse jornal foi escolhido por ser de circulação diária e de maior tiragem em território paulista, com grande número de acessos *on-line*[13]. Considerando a perspectiva de Peter Spink (2013, p. 114), grandes jornais diários são "[...] ótimas vitrines para as idas e vindas dos sentidos".

As notícias foram coletadas na versão digital da *Folha*, de acesso exclusivo para assinantes[14], utilizando preliminarmente as seguintes palavras-chaves: parto normal, cesárea, cesariana, parto humanizado, projeto de lei Janaina Paschoal e Lei da Cesárea. No processo de seleção inicial foi realizada a leitura do título e do primeiro parágrafo das notícias localizadas, que depois de selecionadas foram salvas em formato PDF. O foco da análise foi o conteúdo textual, não sendo incluídos os recursos imagéticos (fotografias, infográficos e charges). Após essa etapa o material foi sistematizado em quadro que permite a "visão" do conjunto, servindo, posteriormente, como guia para localização dos textos no arquivo.

Para construir o *corpus* paguei pela assinatura do jornal. Isso me deu acesso a todas as edições da *Folha*, neste trabalho circunscrito ao período entre janeiro de 2018 a dezembro de 2020 (busca atualizada em 2021 após a sentença do STF). O objetivo desse recorte temporal foi identificar a presença da temática antes da tramitação do projeto e após declarada a sua constitucionalidade pelo STF. O principal critério de inclusão foi apresentar um recorte qualitativo sobre a temática (e não apenas mencioná-la).

Na primeira etapa da pesquisa foram localizadas mais de 300 matérias, entre notícias, reportagens, colunas e notas sobre os mais diferentes temas e assuntos

---

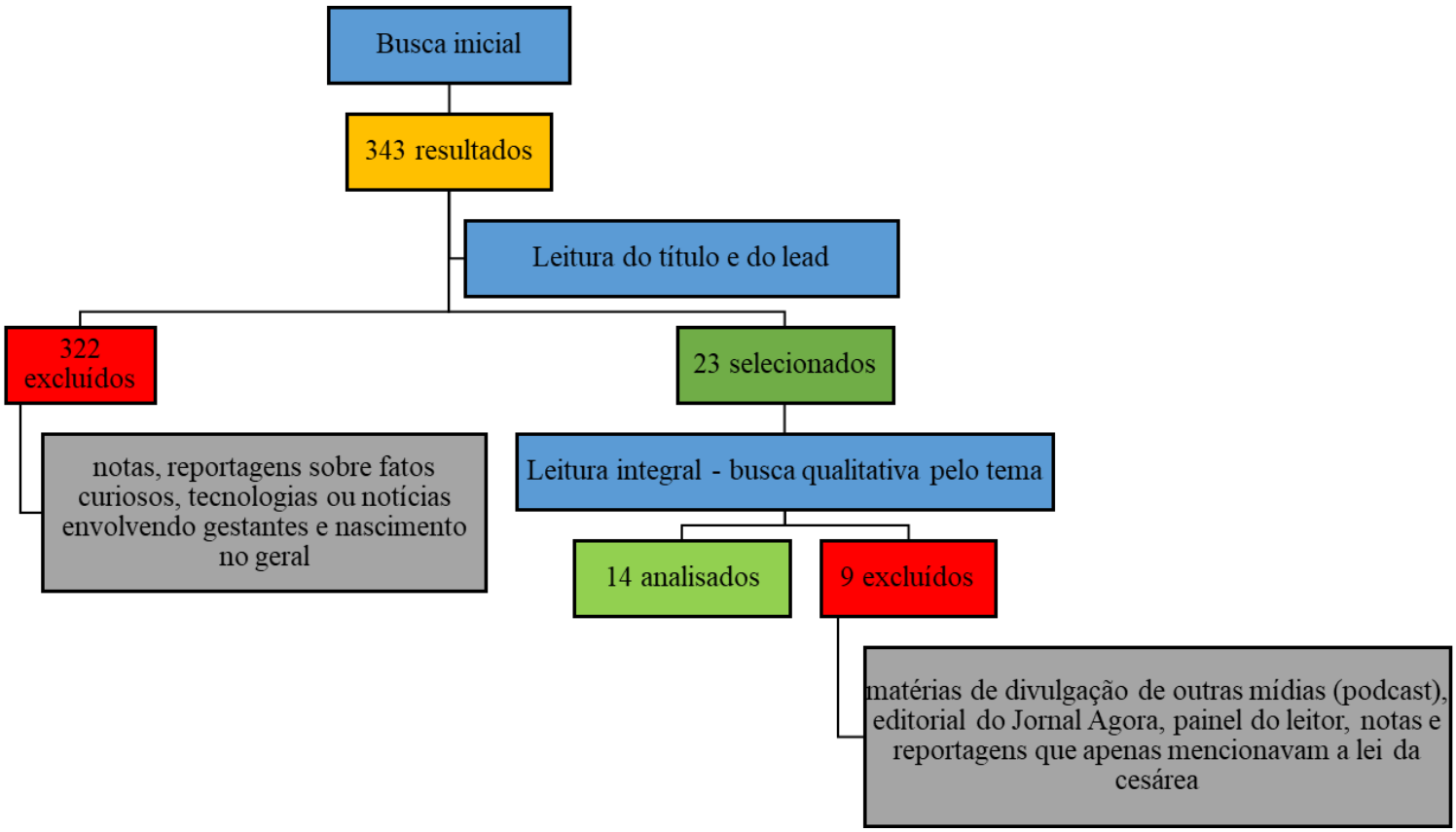
[13] **Folha cresce e lidera circulação entre jornais do país em 2019**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/01/folha-cresce-e-lidera-circulacao-entre-jornais-do-pais-em-2019.shtml>. Acesso em: 7 mar. 2022.

[14] A assinatura dá acesso ao conteúdo integral do jornal desde o ano de 1994.

relacionados ao universo do parto e nascimento, desde matérias e comunicados de nascimentos de filhos de celebridades e famosos até reportagens sobre fatos curiosos, tecnologias ou notícias envolvendo gestantes. É importante informar que fiz essa primeira busca bastante ampla (com diversas palavras-chave) para tentar identificar se o tema (escolha/desejo pela cesárea) apareceu no jornal antes de abril de 2019 (data que o PL deu entrada na Alesp). Não foi identificado nenhuma matéria antes de junho de 2019.

Dessa forma, optei apenas por aquelas que se referiam diretamente à Lei da Cesárea, resultando em 23 matérias. Desse total foram excluídos nove textos que não atendiam aos critérios de seleção. Os critérios de exclusão nesse momento foram: matérias de divulgação de outras mídias (podcast), painel do leitor, editorial do jornal *Agora* (que aparece no site de busca, mas que não é publicado pela *Folha*), notas e reportagens que apenas mencionavam a Lei da Cesárea, mas que não traziam nenhum tipo de enquadramento qualitativo. Ao final, foram analisadas 14 matérias, a primeira publicada em 11/06/2019 e a última, 02/07/2020. Esses textos foram lidos integralmente diversas vezes, organizados em tabelas e analisados, primeiro individualmente e depois como um todo. A análise discursiva focalizou três dimensões: o agendamento do tema, os enquadramentos dos textos e os principais argumentos empregados.

Figura 4 - Esquema representativo da seleção das matérias*.



Fonte: elaboração própria. *Em azul o processo de análise; em verde o que foi selecionado; em vermelho o que foi excluído; em cinza, exemplos do material excluído.

4.3.2 O *Corpus* das Entrevistas

A entrevista com roteiro semiestruturado é uma ferramenta muito utilizada no campo da saúde, já que permite a contextualização de temas, identificação de gêneros de fala, circulação de repertórios e jogos de posicionamento. Entendemos a técnica como uma "conversa" cujo objetivo principal não é descobrir "verdades", mas, sim, buscar entender em profundidade o que aquele sujeito social tem a dizer sobre determinado assunto, em um "processo dialógico" (ARAGAKI et al., 2014) no qual localizam-se tanto os/as entrevistados/as como o/a pesquisador/a, que nunca são neutros. Para esses autores, a entrevista é coproduzida em ato, expressando relações de poder, reflexividade, dialogia e posicionamentos desde a elaboração do roteiro e aplicação da entrevista até os processos de análise do material dela resultante, o *corpus*.

Na condução da entrevista, esse roteiro nos permitiu acrescentar ou aprofundar questões não previstas originalmente, mas que eram importantes para o estudo. Após uma primeira aproximação com o campo, foram elaboradas questões orientadoras (Apêndice 2). Em seguida à aprovação do Comitê de Ética, sob parecer CAAE nº 36362820.3.0000.5421, foi iniciado o contato com as/os profissionais de saúde (foram contatados ao total dois homens e onze mulheres), posteriormente selecionados e convidados para a entrevista. As pessoas foram selecionadas pela técnica de bola de neve (*snowball sampling*), na qual um participante, a partir de uma rede de conhecidos, indica o próximo sucessivamente.

O primeiro contato aconteceu por meio de interação em grupo privado de WhatsApp formado por profissionais da área (cerca de 200 integrantes). Naquela ocasião, a Lei da Cesárea emergiu como assunto no grupo e entrei em contato com uma das pessoas que havia se manifestado sobre ela. Enviei uma mensagem privada a essa profissional, me apresentando e contando um pouco sobre a pesquisa. Logo ela me respondeu e aceitou participar. Os contatos seguintes ocorreram de modo semelhante, quando eu solicitava indicações para outras "sementes" da rede.

A seguir apresento o esquema do processo de recrutamento para a entrevista, inspirada no trabalho de Juliana Vinuto (2014). Optei por colocar entrevista não realizada nos casos em que eu entrei em contato e não obtive resposta[15], como também aqueles que se enquadravam nos critérios (ser profissional atuante na rede pública de saúde do estado de São Paulo – que foi apenas um caso).

Depois do primeiro contato via WhatsApp eu formalizava o convite, que, uma vez aceito, era agendado de acordo com o melhor dia e horário para a pessoa convidada. Todas as entrevistas foram realizadas de maneira remota, seguindo as recomendações vigentes de prevenção da covid-19. No dia marcado eu enviava o link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), via GoogleForms, para o preenchimento, assim como o link da vídeochamada (Google Meet).

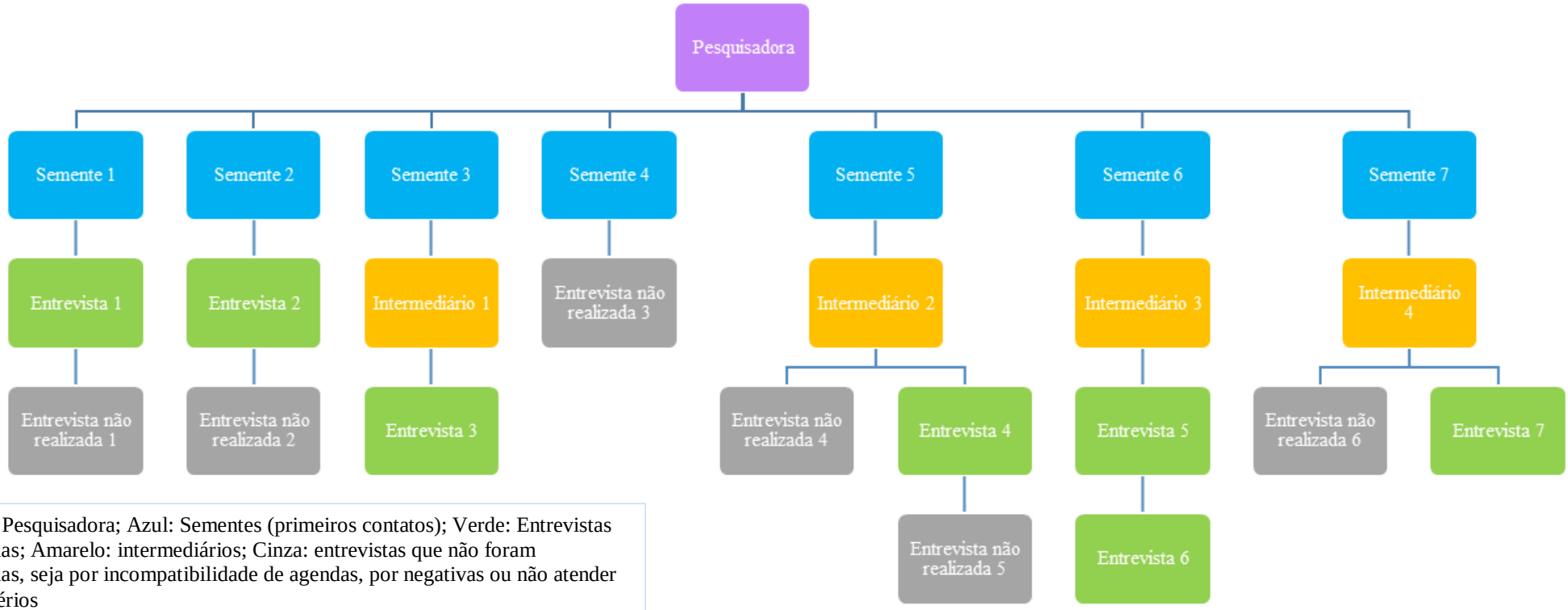
[15] Logo no início achei que não fosse encontrar dificuldades por ser da área e conhecer alguns profissionais. Porém, acredito que devido ao isolamento social, esse primeiro contato acontecendo apenas por intermédio da tecnologia, não foi fácil. Por também ter sido comum remarcar a data da entrevista e pelas profissionais entrevistadas sempre mencionarem a correria do dia a dia, imagino que o período em que as entrevistas foram realizadas (segundo semestre de 2021) também possa de alguma maneira ter influenciado as recusas de participação (os profissionais da área da saúde estavam exaustos vindos de quase dois anos de pandemia – com rotinas bastante estressantes).

No horário previamente combinado eu ia para a sala e ficava à espera da participante. Assim que ela entrava, eu me apresentava novamente, contava um pouco sobre o projeto e perguntava se tinha alguma dúvida. Então, pedia autorização para iniciar a gravação (audiovisual), após o que começava a entrevista. Ao final eu sempre pedia indicação de outros profissionais.

Todas as entrevistas foram realizadas dessa maneira e gravadas através de recurso do próprio no Meet. Cada uma durou cerca de 40 minutos. Os vídeos foram salvos e armazenados em HD externo.

No total foram realizadas sete entrevistas em profundidade com profissionais de saúde, todas mulheres, que realizam assistência direta a gestantes em maternidades públicas do estado de São Paulo. A seguir apresento o fluxo do processo de recrutamento das entrevistas e um quadro com as características das participantes, identificadas pela letra E (de entrevistada), com numeração segundo ordem de citação no trabalho, garantindo desse modo o seu anonimato. Pelo mesmo motivo, também não são identificados os serviços em que elas trabalhavam no momento da entrevista.

Figura 5 - O processo de recrutamento de entrevistas.



Roxo – Pesquisadora; Azul: Sementes (primeiros contatos); Verde: Entrevistas realizadas; Amarelo: intermediários; Cinza: entrevistas que não foram realizadas, seja por incompatibilidade de agendas, por negativas ou não atender aos critérios

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2 - Características das profissionais participantes.

Identificação na pesquisa	Formação	Idade	Cor	Tempo de atuação profissional	Local de trabalho e regime de contratação	Mês da realização da entrevista
E1	Obstetriz com especialização em saúde coletiva	31	Parda	7 anos	Hospital municipal (CLT)	Jul/2021
E2	Obstetriz	31	Parda	11 anos	Maternidade municipal (concurso)	Jul/2021
E3	Obstetriz e enfermeira	32	Preta	8 anos	Maternidade municipal (CLT)	Nov/2021
E4	Enfermeira obstétrica	45	Branca	20 anos na área da saúde 12 anos na obstetrícia	Hospital municipal (CLT)	Dez/2021
E5	Médica ginecologista e obstetra	32	Amarela	3 anos	Maternidade municipal e hospital estadual (PJ)	Dez/2021
E6	Enfermeira obstétrica	49	Parda	20 anos na saúde 5 na obstetrícia	Maternidade municipal (concurso)	Dez/2021
E7	Médica ginecologista e obstetra	30	Branca	3 anos	Hospital municipal e maternidade filantrópica (PJ)	Dez/2021

Fonte: elaboração própria

Duas entrevistas foram realizadas em julho de 2021, ou seja, antes do julgamento no Supremo Tribunal Federal, que revogou a inconstitucionalidade declarada pelo TJSP e revalidou a lei. As outras cinco ocorreram entre o final de novembro e meados de dezembro do mesmo ano. Essa diferença aconteceu primeiro por questões de agenda das profissionais; iniciei o campo em julho e consegui duas entrevistas e, como logo depois, em agosto, saiu a decisão do STF, resolvi esperar mais um tempo para voltar com às entrevistas “dar tempo” para que essa informação chegasse até as instituições.

Participaram obstetrizes, enfermeiras obstétricas e médicas com especialização em obstetrícia. O tempo de atuação em obstetrícia variou entre 3 e 12 anos, sendo três profissionais contratadas via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), duas por concurso público e duas como pessoa jurídica (PJ). À época das entrevistas, duas trabalhavam em duas ou mais instituições; as demais, em apenas uma.

Cinco entrevistadas estavam na faixa dos 30 anos e duas na dos 40 anos. Quanto à raça/cor, três se autodeclararam pardas, uma preta, uma amarela e duas brancas. A escolha das participantes foi aleatória, como dito, pela técnica de bola de neve, mas o pedido preconizava que a pessoa indicada fosse de uma instituição diferente da sua.

4.3.2.1 Organização do Material para Análise

O primeiro passo para formar *corpus* das entrevistas foi a transcrição sequencial das gravações, depois sua transcrição integral e, após, a organização dos mapas dialógicos.

A transcrição sequencial, o primeiro contato com o material a ser analisado, permite identificar os principais temas. Nesse momento, para cada entrevista elaborei um quadro, com as seguintes colunas: quem fala, sobre o que fala e o tema. Esse recurso é utilizado para identificar os repertórios utilizados e os endereçamentos de cada fala, permitindo a identificação de como a conversa acontece e quais temáticas (NASCIMENTO et al., 2014). No Apêndice III apresento um modelo da transcrição sequencial.

Na etapa seguinte transcrevi integralmente o material, vertendo o áudio em texto. Foram respeitadas as pausas, os risos e as demais deixas que surgiram no decorrer das conversas. Para facilitar a busca e a localização de falas no texto, utilizei o recurso de contador de linhas, próprio do editor de texto (Word).

A partir dessas etapas foram criados os mapas dialógicos, ferramentas que dão "[...]visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, a rupturas, ao processo de produção, a disputas e negociações de sentidos, a relações de saber-poder e a jogos de posicionamento" (NASCIMENTO et al., 2014, p. 247). Por minha preferência, os mapas foram criados em editor de planilha, e construído um mapa para cada participante. No Apêndice IV apresento um modelo de mapa dialógico adaptado.[16]

Nesta pesquisa, sempre que terminada a entrevista, eu registrava em diário de campo as minhas impressões, os meus afetos e as questões que a conversa tinha despertado. Na análise, esses registros ajudaram a contextualizar as entrevistas e a complementar alguns aspectos não tão evidentes nas falas (MEDRADO et al., 2014). O diário também serviu para a anotação de acontecimentos em torno da lei, que ocorreram fora dos limites das entrevistas.

[16] O material completo original foi organizado em um único arquivo de planilhas; para apresentação na tese, selecionei um pequeno trecho e transformei em formato de quadro para arquivos de texto.

5 A COBERTURA JORNALÍSTICA DA LEI DA CESÁREA

Este capítulo foi organizado em três partes. Na primeira apresento um breve contexto político e social sob qual emergiu o projeto de lei proposto pela deputada estadual Janaina Paschoal, revelando algumas pistas sobre sua origem, tramitação e posterior aprovação. Na segunda parte apresento as análises sobre a cobertura jornalística, na perspectiva do agendamento e do enquadramento. Por último, analiso o conteúdo das matérias.

5.1 CONTEXTO POLÍTICO SOCIAL: ORIGEM, TRAMITAÇÃO E APROVAÇÃO DO PL

Nas últimas décadas, em diversas partes do mundo, uma onda conservadora tem ampliado o número de votos e a influência de políticos de direita e da extrema-direita. Nesse cenário, temos assistido à ascensão ao poder de lideranças extremistas como, por exemplo, Viktor Orban, primeiro-ministro da Hungria desde 2010, e dos presidentes Donald Trump, que governou os Estados Unidos entre 2017 e 2021, e Jair M. Bolsonaro, empossado em 2019 (ALMEIDA, 2019; SANTOS; TANSCHEIT, 2019; SEGALOVICH, 2020). No Brasil, nas eleições de 2018, essa tendência também pôde ser observada nos governos subnacionais e nos parlamentos. O jornal *Estado de Minas*, de 29 de outubro daquele ano, informou: "Ao todo, 14 dos novos governadores se elegeram com discurso marcadamente vinculado à direita. Os partidos da direita e do centro fizeram (...) 18 executivos estaduais."[17]

No caso de São Paulo, o governador eleito João Doria Jr, apesar de filiado ao PSDB, um partido considerado de centro (CODATO, BERLATTO e BOLOGNESI, 2018), fez toda sua campanha defendendo pautas da direita e declarou apoio explícito ao então candidato Bolsonaro, utilizando inclusive o slogan BOLSODORIA[18]. Essa onda conservadora também atingiu a Assembleia Legislativa de São Paulo (Alesp), como demonstra a figura a seguir.

---

[17] ESTADÃO CONTEÚDO. Onda conservadora no Brasil faz maioria dos governadores. **Estado de Minas**, [s.l.], 29 out. 2018. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2018/10/29/interna_politica,1001222/onda-conservadora-no-brasil-faz-maioria-dos-governadores.shtml>. Acesso em: 25 fev. 2022.

[18] PAULO, P. P. Doria declara apoio a Bolsonaro e diz que derrotará "esquerda" em São Paulo. **G1**, [s.l.], 7 out. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/eleicoes/2018/noticia/2018/10/07/doria-declara-apoio-a-bolsonaro-e-diz-que-derrotara-esquerda-em-sao-paulo.ghtml>. Acesso em: 25 fev. 2022.

Figura 6 - Composição partidária da Alesp nas eleições de 2018.

Fonte: retirado do site da Alesp[19]

Analisando esses dados de acordo com a classificação proposta por Codato, Berlatto e Bolognese (2018) para os partidos políticos[20], é possível dizer, quanto ao espectro político-ideológico, que foram eleitos 4 deputados de esquerda, 6 personalistas (partidos fisiológicos que a cada momento estão numa posição no espectro), 20 de centro-esquerda, 14 de centro e 44 de direita. Os partidos Rede e Novo, não incluídos nessa classificação, elegeram, respectivamente, uma e quatro cadeiras. Fica evidente que na atual legislatura os deputados de

[19] NOTÍCIAS ALESP. Infográfico traça panorama da nova Assembleia de São Paulo. São Paulo, 15 mar. 2019. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=397450. Acesso em: 21 mar. 2022.

20 De modo resumido, a classificação proposta por esses autores é a seguinte: esquerda é PCB, PCO, PPL, PSOL e PSTU; centro-esquerda, PCdoB, PDT, PSB e PT; centro, MDB, Cidadania, PPS, PSDB e PV; direita, Patriota, PHS, PL, Republicanos, PSC, DC, DEM, PGT, PP, PRTB, PSD, PSL, PTB e PRB; e personalistas, PAN, PMN, PRN, PRONA, PROS, PRP, Solidariedade, PST, PTdoB, PTC, Podemos e SD.

direita formam a maioria na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. O que facilitou a tramitação do projeto de Janaina Paschoal.

Eleita em 2018 com um número impressionante de votos, 2.031.829, a deputada iniciou sua trajetória oficial na política pelo Partido Social Liberal (PSL) – pelo qual Bolsonaro ganhara a presidência da República – e, no momento de fechamento desta tese, estava filiada ao Partido Renovador Trabalhista Brasileiro (PRTB), igualmente conservador. Apesar da experiência jurídica – ela é professora da Faculdade de Direito da USP –, como parlamentar suas áreas de atuação são educação, segurança pública e saúde. Em seus discursos, frequentemente emprega repertórios da polarização esquerda *versus* direita, defendendo sempre posições direitistas. Antes de entrar formalmente para a política, ficou conhecida em todo o país pela elaboração da estratégia jurídica que culminou no golpe contra a presidenta Dilma Rousseff, em 2016, sendo este papel um dos maiores, se não o maior, impulsionadores da sua eleição.

A ideia do PL pró-cesariana apareceu como promessa de campanha em 2018. Em vídeo[21], ao comentar sobre o parto normal, é possível perceber um tom depreciativo sobre a prática, muito utilizado nos discursos da direita. Inclusive, esse mesmo posicionamento de Janaína é perceptível em outros veículos de comunicação e nas redes sociais. Nesta análise, porém, vamos focar apenas nos discursos da deputada publicados na *Folha de S.Paulo*.

5.1.1 As Origens do Projeto

O Projeto de Lei da Cesárea foi apresentado por Janaina Paschoal em abril de 2019, mas, como dito, já era uma proposta de sua campanha política, em 2018.

Ao longo da minha pesquisa, na busca por informações que permitissem identificar o contexto sob o qual o PL foi apresentado, encontrei uma reportagem da *BBC News Brasil*, publicada em 17 de janeiro de 2019, intitulada: "Como disputas ideológicas no país chegaram ao parto", de autoria de Mariana Alvim[22]. O texto informava que a deputada conhecera Raphael Câmara, ginecologista e obstetra, coordenador do Grupo de Trabalho Materno Infantil do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), em um evento do Supremo

[21] Vídeo da campanha eleitoral da deputada, publicado em seu canal oficial, em 11/09/2018. Disponível em: <https://youtu.be/i1uyPorbi2k>. Acesso em: 24 fev. 2022

[22] ALVIM, M. Como disputas ideológicas no país chegaram ao parto. **BBC News Brasil**, [s.l.], 17 jan. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-46643198>. Acesso em: 6 mar. 2022.

Tribunal Federal, em agosto de 2018. Logo ficou clara a convergência de suas pautas sobre saúde reprodutiva das mulheres, o que os aproximou:

> *Segundo o médico, ele e Paschoal se aproximaram em uma audiência pública no STF sobre a interrupção da gravidez, em agosto.*

À reportagem, Câmara anunciou um posicionamento conservador do Cremerj:

> [...] *afirmou à BBC News Brasil por telefone que a nova diretoria "foi eleita assumidamente com uma pauta mais conservadora".*

Essa primeira reportagem deu a ver, além da compatibilidade de interesses e valores entre ambos, que o projeto apresentado por Janaina Paschoal dialogava com algumas vertentes do conselho de classe, conforme declarado pelo próprio médico, além de flertar com as tendências políticas conservadoras:

> *Ele esteve sob os holofotes em agosto, quando se colocou contrário à legalização do aborto em uma audiência pública no STF (Supremo Tribunal Federal), e já publicou diversos artigos questionando a defesa da redução de cesáreas.*
> *Sua chapa no Cremerj também esteve representada em uma foto, publicada na coluna de Ancelmo Gois, do jornal O Globo, em que Flávio Bolsonaro (senador eleito pelo PSL e filho de Jair Bolsonaro) aparece ao lado de dois membros da nova diretoria fazendo o sinal de armas – marca da família Bolsonaro. A imagem, ambientada na cerimônia de posse da chapa, veio à tona em outubro* (grifos meus).

Destaco outros pontos importantes que demonstram uma tendência de alinhamento dos discursos políticos conservadores com os de profissionais de saúde que defendem a cesárea, especialmente médicos: a tentativa de retirada do termo "violência obstétrica" das normas e políticas do Ministério da Saúde[23], em maio de 2019, e a Resolução nº 2.232, do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicada em 17 de julho do mesmo ano (CFM, 2019), que abriu precedente para que as gestantes brasileiras fossem obrigadas a passar por intervenções médicas

[23] CANCIAN, N. Ministério da Saúde veta uso do termo "violência obstétrica". **Folha de S.Paulo**, [sl.], 7 maio 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml?origin=folha>. Acesso em: 6 mar. 2022.

sem autorização e negociação (AGUIAR et al., 2020). Para evitar a consumação dessa determinação, foi necessário que o poder judiciário intervisse, através de uma ação civil pública, para que os itens que falavam sobre gestantes fossem suspensos.[24]

Nessa disputa de interesses, a tentativa de retirada do termo "violência obstétrica" demonstra divisão de discursos entre os especialistas e profissionais do campo da saúde. Ao defender não somente a cesariana, mas outras práticas obstétricas contrárias àquelas pautadas por evidências científicas, parte dessa comunidade assumiu como projeto a negação dos direitos e o silenciamento das mulheres. Nesse sentido se configura uma guerra discursiva que antagoniza com as políticas e as evidências na tentativa de construir uma nova narrativa sobre os direitos sexuais e reprodutivos, especificamente na cena do parto e nascimento, expressa na Lei da Cesárea, na retirada do termo violência obstétrica das políticas e na Resolução do CFM.

Desse modo, parece que o projeto proposto pela deputada vem de encontro com os anseios do Conselho Federal de Medicina e suas regionais. Esses órgãos, que são reguladores do exercício da profissão, têm sido utilizados para defender interesses de parte da classe médica que não pauta suas ações em evidências nem no respeito aos direitos das mulheres na gestação, no parto e no puerpério. Na pandemia da covid-19, o seu alinhamento com a gestão conservadora e negacionista do presidente Jair Bolsonaro, que propôs, por exemplo, o tratamento precoce contra a doença sem nenhuma base científica, ficou explícito, como informa Leonardo Martins, em matéria no portal de notícias *The Intercept Brasil*.[25]

5.1.2 A Cronologia do PL e a Cobertura da *Folha de S.Paulo*

No quadro abaixo apresento a cronologia da tramitação do PL e uma breve descrição das matérias jornalísticas sobre a Lei da Cesárea na *Folha de S.Paulo*. Isso nos permite entender o processo de tramitação do PL e sua cobertura pela imprensa.

Quadro 3 - Fluxo do Projeto de Lei na Alesp e a cobertura da FSP.

[24] UNIVERSA. Juíz suspende norma que autoriza intervenções sem consentimento da gestante. **Uol**, São Paulo, 17 dez. 2019. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/12/17/juiz-suspende-norma-que-autoriza-intervencoes-sem-consentimento-da-gestante.htm>. Acesso em: 6 mar. 2022.

[25] MARTINS, L. Ex-conselheiros contam por que o CFM não ousa desmentir governo sobre falsos tratamentos para covid-19. **The Intercept Brasil**, [s.l.], 27 jan. 2021. Disponível em: <https://theintercept.com/2021/01/27/cfm-nao-ousa-desmentir-governo-sobre-falsos-tratamentos-para-covid-19/>. Acesso em: 26 fev. 2022.

Data	O fluxo do PL na Alesp	A cobertura da FSP (título, editoria, autoria)
11/04/2019	Entrada do Projeto de Lei nº 435 na Assembleia Legislativa de São Paulo	
15/05/2019	Aprovado texto, pela Comissão de Constituição, Justiça e Redação, através do relatório nº 596/2019, sob relatoria da deputada Dra. Damaris Moura (com votos em separados do Deputado Emídio de Souza e da Deputada Marina Helou) – nesse primeiro momento, já foi apresentado em voto em separado com o principal argumento da inconstitucionalidade e má técnica legislativa.	
07/06/2019	Apresentado requerimento de regime de urgência[26] pelo deputado Gil Diniz.	
11/06/2019		Projeto quer cesárea sem indicação clínica a gestantes do SUS (Reportagem, Equilíbrio e Saúde, Claudia Collucci)
07/06/2019	Apresentado requerimento de regime de urgência pelo deputado Gil Diniz.	
08/06/2019	Publicado Ofício S/Nº da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), manifestando-se sobre o referido PL (D.A., pág. 7).	
12/06/2019	Aprovado requerimento de tramitação de urgência do projeto na câmara dos deputados - e o projeto é dispensado da obrigatoriedade de passar em diversas comissões para ser discutido – o projeto passou então por apenas duas comissões: Comissão de Constituição, Justiça e Redação e Comissão de Defesa dos Direitos das Mulheres.	
13/06/2019	Aprovação do PL pela reunião conjunta das Comissões de Defesa dos Direitos das Mulheres e de Finanças, Orçamento e Planejamento, com relatório nº 618, de 2019, mas com um substitutivo[27]. Após, proposta Emenda de Plenário nº 1, que propunha duas alterações no projeto de lei[28].	

[26] Quando um PL tramita em regime de urgência é dispensado da obrigatoriedade de passar pelas comissões internas que o discutem. Nesse caso apenas duas comissões discutiram o projeto: a de Constituição, Justiça e Redação e a de Defesa dos Direitos das Mulheres.

[27] Com as seguintes alterações: o termo gestante é substituído por parturiente; a expressão "cesariana a pedido" é utilizada no lugar de "cesariana eletiva"; é acrescentado um parágrafo no Artigo 1º, que versa sobre a necessidade de registro do pedido de cesárea em um termo de consentimento livre e esclarecido. No parágrafo único do Artigo 2º é detalhado o direito à analgesia, como farmacológica e não farmacológica. Por fim, é acrescentada a via de parto normal no Artigo 3º sobre placa a ser afixadas nos serviços, com a seguinte redação: "Constitui direito da parturiente escolher a via de parto, seja normal, seja cesariana (a partir da trigésima nona semana de gestação)" (grifos meus nas alterações propostas ao texto original). Também é apresentado voto em separado das deputadas Professora Bebel, Beth Sahão (PT); Mônica da Mandata Ativista (Psol) e Marina Helou (REDE), com um substitutivo ao projeto de lei.

[28] Alterações propostas pela Emenda de Plenário nº 1:

> Efetuem-se as seguintes alterações no projeto de lei em epígrafe:
> Dê-se ao artigo 1.º a seguinte redação:
> Artigo 1º- A parturiente tem direito à escolha do tipo de parto, devendo ser respeitada em sua autonomia.
> 2. Dê-se ao artigo 3º do projeto de lei em epígrafe, a seguinte redação: "Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: É

	Publicado Ofício nº 197/2019, do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP) manifestando-se acerca do referido PL (DA, p. 11).	
15/06/2019	Publicado Ofício nº 1427/2019, da Câmara Municipal de Campinas, encaminhando cópia de moção manifestando-se acerca do referido PL (DA, p. 7).	
18/06/2019	Apresentado o parecer nº 673/2019, de autoria da relatoria Damaris Moura, contrário à Emenda nº 1 apresentada anteriormente.	
25/06/2019		Sem evidência, projeto pró cesárea no SUS vai à votação em SP (Reportagem, Equilíbrio e Saúde, Cláudia Collucci)
25/06/2019		Votação de projeto pró cesárea no SUS em SP é adiada para agosto (Reportagem, Equilíbrio e Saúde, Cláudia Collucci)
28/06/2019		Partos ideológicos (Coluna, Opinião, Hélio Schwartsman)
13/07/2019	Recesso Alesp	Deve ser garantida a gestantes a possibilidade de optar pela cesárea no SUS? Sim e Não (Artigos, Opinião, Lyane Cardoso e Larissa de Freitas Flosi)
02/08/2019	Publicado Ofício nº 35/2019, da Prefeitura de São Carlos, encaminhando cópia de moção manifestando-se acerca do referido PL (DA, p. 5).	
03/08/2019	Publicado Ofício nº 395/2019, da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, encaminhando ofício do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, manifestando-se acerca do referido Projeto de Lei – Nudem. (DA, p. 5).	
06/08/2019	Publicado Ofício S/nº, do Conselho Municipal de Saúde de São José dos Campos (Comus), encaminhando cópia de moção manifestando-se acerca do referido PL (DA, p. 9).	Parto Racional – Coluna Mercado – Cecilia Machado
14/08/2019		Projeto que permite cesárea sem indicação no SUS é aprovado em SP (Reportagem, Cotidiano, Cláudia Collucci)
19/08/2019	Apresentado parecer nº 906, de 2019, da Comissão de Constituição, Justiça e Redação, sobre o PL nº 435, de 2019, que aprova o substitutivo apresentado no Parecer nº 618, de 2019.	
22/08/2019	PL é aprovado pela Alesp.	

assegurado o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos de saúde do Estado de São Paulo, nos termos da Lei nº 15.759 de março de 2015, disponível para conhecimento, neste estabelecimento."
Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acesso em: 15/09/2021.

23/08/2019	Governador de São Paulo sanciona a lei.	Doria sanciona lei que libera cesárea no SUS sem aval de equipe técnica (Reportagem, Cotidiano, Cláudia Collucci)
24/08/2019	Publicada a Lei nº 17.137, de 23 de agosto 2019 (DOE-I, p. 1).	
26/08/2019	Entrada com pedido de inconstitucionalidade da lei pelo Diretório Estadual do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)	
27/08/2019		Vai levar parto normal ou cesárea? (Coluna, Cotidiano Vera Iaconelli)
29/08/2019		Ação questiona constitucionalidade da lei paulista pró cesárea no SUS (Reportagem, Cotidiano, Cláudia Collucci)
31/08/2019		Parto difícil (Coluna, Opinião, Hélio Schwartsman)
04/09/2019		Direito à cesariana (Editorial, Opinião dos editores do jornal)
01/07/2020	Lei 17.137 é declarada inconstitucional em votação unânime pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP).	
02/07/2020		Tribunal de Justiça julga inconstitucional "lei da cesárea" sancionada por Doria (Reportagem, Cotidiano, Cláudia Collucci)
31/08/2021	Publicada e juntada aos autos a decisão de lavra do ministro Ricardo Lewandowski (STF) que, nos autos do Recurso Extraordinário nº 1.309.195/SP, julgou procedente o recurso para reconhecer a competência concorrente do estado de São Paulo para legislar sobre o direito à saúde e restabelecer a vigência e a eficácia da Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019 (DA, p. XX).	Até o final do mês de dezembro de 2021 não teve nenhuma repercussão no jornal estudado[29]

Fonte: produzido pela autora[30]

[29] A deputada Janaína Paschoal fez uma declaração por meio de sua conta no Twitter sobre o julgamento e localizei a informação através do site da Alesp: NICHOLLAS, G. Tribuna virtual debate situação de pescadores em Ubatuba e lei que possibilita escolher parto cesárea. Alesp, São Paulo, 1 set. 2021. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?01/09/2021/tribuna-virtual-debate-situacao-de-pescadores-em-ubatuba-e-lei-que-possibilita-escolher-parto-cesarea>. Realizei o monitoramento na *Folha de S.Paulo* durante todo o mês de setembro e até dezembro de 2021, não havendo nenhuma repercussão no jornal. Para fins de análise acadêmica, delimitamos o período.

[30] Com base na publicação oficial do site: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934> e nas matérias selecionadas para a pesquisa.

5.1.3 A Tramitação e a Votação do PL na Alesp

Um dos aspectos que chama a atenção nesse projeto de lei é a rapidez com que ele tramitou na Assembleia Legislativa paulista. Como indica o quadro na seção anterior, o PL entrou em pauta no dia 11 de abril e foi aprovado em 22 de agosto de 2019, pouco mais de quatro meses. O recurso da urgência foi acionado pelo deputado Gil Diniz (do Partido Liberal, como já informado, também de matiz conservadora) e aprovado no dia 12 de junho. Não há um tempo específico entre a tramitação e a votação, seja ele aprovado ou não. Porém, existem PL cujo tempo de aprovação é maior. São diversos os fatores que influenciam essa duração. Questões político-partidárias, acordos, situações ou urgências sociais (por exemplo, ao longo da atual pandemia foram acordadas prioridades nos processos de tramitação[31]).

Uma das maneiras de tornar o projeto de lei prioridade e tentar encurtar o tempo de tramitação é solicitar regime de urgência, mais ágil porque que a proposta passa apenas por análise conjunta das comissões permanentes, passando o tempo de discussão entre as sessões de no mínimo cinco para no máximo três (de acordo com o artigo 148 do Regimento Interno da Alesp). A tramitação de um PL em seu tempo regular busca garantir que o debate passe pelo maior número de representantes da população – deputadas e deputados – e pelas comissões temáticas diretamente envolvidas no assunto. Quando em regime de urgência, essa ampla discussão acaba reduzida e, consequentemente, fragilizada.

No ano de 2019 vários projetos foram votados em regime de urgência, como informou matéria da *Folha de S.Paulo*, de 19 de abril de 2019[32]. Parece que naquele momento havia algum tipo de acordo entre os parlamentares estaduais para acelerar o processo de aprovação e romper com as regras do processo legislativo[33]. No caso ora analisado, o PL passou apenas

---

[31] FERREIRA, L. Deputados aprovam regime de urgência para projeto que autoriza a compra de vacinas pelo governo do Estado. **Alesp**, São Paulo, 24 mar. 2021. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?24/03/2021/deputados-aprovam-regime-de-urgencia-para-projeto-que-autoriza-a-compra-de-vacinas-pelo-governo-do-estado->. Acesso em: 26 fev. 2022.

[32] LINHARES, C. Assembleia de SP aprova projetos sem critérios e acumula vetos no governo. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 13 abr. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2019/04/assembleia-de-sp-aprova-projetos-sem-criterios-e-acumula-vetos-no-governo.shtml>. Acesso em: 26 fev. 2022.

[33] Todos os projetos de lei passam, obrigatoriamente, por uma série de regras estabelecidas pelo Regimento Interno. Elas regulam o processo legislativo e devem cumprir um conjunto de etapas básicas durante a tramitação, que envolve no mínimo nove passos, da apresentação do PL até sua passagem pelas comissões permanentes e especializadas (são 18 temáticas, definidas nos Artigos 29 a 31 do RI). As comissões permanentes avaliam o teor técnico-jurídico do projeto de lei; quando é necessário recurso público para a sua efetivação, ele também passa pela Comissão de Finanças e Orçamento. Todos esses passos buscam garantir que os PL sejam debatidos em diversas esferas, tanto jurídicas e orçamentárias (mínimas "obrigatórias") como diretamente nas

pelas comissões de Constituição, Justiça e Redação e de Defesa dos Direitos das Mulheres. Apesar do curto período de tramitação, foram identificadas seis manifestações da sociedade civil, representada pelas seguintes entidades: Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp), Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP), Câmara Municipal de Campinas, Prefeitura de São Carlos, Defensoria Pública do Estado de São Paulo, representado pelo Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, e Conselho Municipal de Saúde de São José dos Campos.[34]

Na votação no plenário, o projeto teve 58 votos favoráveis e 20 contrários. Eles estão indicados no quadro a seguir.

Quadro 4 - Lista dos deputados que votaram contra o PL.

	Nome	**Partido**
1	Daniel Soares	DEM
2	Campos Machado	PTB
3	Roque Barbiere	PTB
4	Bruno Ganem	Podemos
5	Caio França	PSB
6	Carlos Giannazi	Psol
7	Erica Malunguinho	Psol
8	Isa Penna	Psol

temáticas nas quais está inserido, com objetivo de garantir que o interesse da população seja contemplado. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/processo-legislativo/sobre/>. Acesso em: 15 set. 2020.

[34] O conteúdo desses documentos não foi foco da presente análise, mas, com vistas à contextualização, todas essas manifestações tiveram um caráter negativo em relação ao PL. Especificamente, o ofício da Sogesp recomendava que o projeto não tramitasse em regime de urgência para que ele pudesse ser amplamente discutido; a manifestação do Coren versou sobre as evidências científicas e também sugeriu que o PL seguisse a tramitação ordinária; e a Câmara Municipal de Campinas enviou uma moção explanando porque o projeto não podia ser considerado efetivo na questão da autonomia da mulher, solicitando ainda que fosse amplamente discutido nas devidas comissões. Já o Conselho Municipal de Saúde de São Carlos enviou uma moção de repúdio ao PL, assim como o Conselho Municipal de Saúde de São Jose dos Campos. Já o Nudem, além do ofício nº 354/2019 (Expediente nº 239), de 25 de junho de 2019, que manifestou repúdio ao projeto, também apresentou um parecer técnico, poucos dias antes, em 19 de junho, elaborado por médicas, obstetriz, fisioterapeuta, psicólogas, enfermeiras e assistente social. Nesse documento foi examinado o texto do PL e apresentada manifestação contrária à sua aprovação, sob a justificativa de que ele não tinha qualificação nem aprofundamento técnico-científico. Além disso, outras manifestações circularam na internet, sem, contudo, serem protocoladas na Alesp, embora reproduzidas em algum momento: https://www.vidaeacao.com.br/risco-de-aumento-indiscriminado-de-taxas-de-cesarea/; https://www.justificando.com/2019/06/07/o-projeto-de-lei-de-janaina-paschoal-e-a-violencia-estrutural-contra-a-mulher/; https://jornalistaslivres.org/comissoes-da-oab-sp-se-manifestam-contra-projeto-da-deputada-janaina-paschoal/; https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/index.php/questao-de-fato/2019/06/29/parto-tambem-e-questao-de-ciencia.

9	Beth Lula Sahão	PT
10	Dr. Jorge Do Carmo	PT
11	Emídio Lula De Souza	PT
12	Enio Lula Tatto	PT
13	José Américo Lula	PT
14	Luiz Fernando Lula Da Silva	PT
15	Márcia Lula Lia	PT
16	Paulo Lula Fiorilo	PT
17	Prof Bebel Lula	PT
18	Teonilio Barba Lula	PT
19	Reinaldo Alguz	PV
20	Marina Helou	Rede

Fonte: elaborado pela autora[35]

PT, Rede e PV foram unânimes e votaram contra o projeto de lei. Esses partidos se concentram no espectro centro e centro-esquerda (CODATO, BERLATTO E BOLOGNESI, 2018). As demais legendas, que votaram majoritariamente a favor do PL, figuram no espectro centro (PSDB), direita (Patriotas) e personalista (Avante, PROS, Solidariedade). Doze parlamentares, do DEM, PPS, PRB, Progressistas, PSDB, PSL e Psol, utilizaram o recurso da obstrução[36]. Cabe destacar que o deputado do PSL era do mesmo partido da proponente, Janaína Paschoal, à epoca da votação.

Quadro 5 - Lista dos parlamentares que apresentaram o recurso de obstrução.

Deputados que apresentaram obstrução		
	Nome	Partido
1	Milton Leite Filho	DEM
2	Rodrigo Moraes	DEM
3	Rogério Nogueira	DEM

[35] A partir de informações retiradas do site da Alesp: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>.

[36] Esse recurso pode ser utilizado de diversas maneiras, a critério de cada parlamentar. Como não era o escopo deste trabalho, não entrei em contato com esses deputados e deputadas para averiguar o motivo do pedido de obstrução. Contudo, em linhas gerais, geralmente a obstrução é utilizada para garantir a participação no debate. Essa posição não é contabilizada no quórum da votação (se não houver quórum mínimo, a votação pode ser adiada). A despeito das suas motivações, ficou evidente certo desconforto na urgência na tramitação.

4	Roberto Morais	PPS
5	Sebastião Santos	PRB
6	Wellington Moura	PRB
7	Professor Kenny	Progressistas
8	Rafael Silva	PSB
9	Vinícius Camarinha	PSB
10	Analice Fernandes	PSDB
11	Tenente Nascimento	PSL
12	Monica Da Bancada Ativista	Psol

Fonte: elaborado pela autora[37]

Importante dizer que, além da questão diretamente relacionada com as políticas e os programas partidários, o dia a dia das casas legislativas também pode ser influenciado pelo famoso lobismo. Mais frequentemente nomeado *lobby*[38], trata-se de atividade de influência ostensiva e pública ou velada e privada, através da qual um grupo organizado, de qualquer espectro ideológico, por meio de um intermediário, busca interferir diretamente nas decisões do poder público, em especial o legislativo, em favor de causas ou objetivos particulares. Os representantes desses movimentos, os lobistas, buscam dialogar e levar suas pautas para o âmbito político.

5.1.4 O Vai-e-Vem Jurídico

Após a aprovação da lei e sua promulgação pelo governador paulista, em agosto de 2019 o deputado Campos Machado (à época no PTB, hoje no Avante) questionou junto ao Tribunal de Justiça de São Paulo a constitucionalidade da lei (ADIn TJSP nº 2188866-94.2019.8.26.0000). Os argumentos utilizados pelo parlamentar para justificar esse pedido foram falta de competência do Estado para legislar sobre uma questão federal; aumento da despesa pública sem especificações; e, por fim, criação de uma medida que colocava mulheres e crianças em situação de maior risco. O pedido foi julgado em 1º de julho de 2020, quase dez

[37] A partir de informações retiradas do site da Alesp: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>.
[38] **Lobby — Manual de Comunicação**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/guia-de-economia/lobby>. Acesso em: 22 jun. 2022.

meses depois de aprovada. Nesse julgamento, os desembargadores do TJSP seguiram o relator Alex Zilenovski, declarando por unanimidade a inconstitucionalidade da Lei Estadual nº 17.137.

Do voto destacamos o seguinte trecho: “A lei questionada não traz em seu bojo qualquer elemento capaz de demonstrar a particularidade deste Estado a justificar a edição de legislação suplementar” (SÃO PAULO, 2020, parág. 11). O desembargador Zilenovski justifica sua decisão a partir do entendimento de que o Estado tem o dever de seguir protocolos e procedimentos de saúde baseados em consensos científicos, e não meramente em questões emocionais. Para ele: “A tutela da Saúde encontra-se no campo da ciência e não da mera volição emocional” (SÃO PAULO, 2020, parág. 22).

A Lei da Cesárea ficou suspensa, aguardando avaliação do Recurso Extraordinário Publicada nº 1.309.195/SP, julgado pelo ministro do STF Ricardo Lewandowski em 31 de agosto de 2021. Em seu voto, ele considerou procedente o recurso, reconhecendo a competência concorrente do estado de São Paulo para legislar sobre o direito à saúde, comparando-o com o direito de o consumidor ser obrigatoriamente informado. Em seu parecer Lewandowski cita como exemplo leis municipais, como a de Mogi das Cruzes (SP), na qual o comerciante deve oferecer ao cliente informações sobre a diferença de preço entre o litro do álcool/etanol e o da gasolina comum, indicando ainda o combustível mais vantajoso para os consumidores de veículos bicombustíveis (BRASIL, 2021). Tal percepção está embasada na ideia de comparabilidade no momento da escolha e de certa forma, uma leitura que entende a via de parto como um produto. Em resumo, o ministro entendeu que o São Paulo tinha capacidade para legislar sobre esse assunto, e, com isso, restabeleceu a vigência da Lei da Cesárea.

Concretamente, além dessa ação reafirmar sua legalidade em território paulista, ela também favoreceu os estados que propuseram projetos na esteira do que foi apresentado por Janaína Paschoal. Ou seja, o julgamento do STF tem potencial para se desdobrar no país inteiro, abrindo precedentes para a criação de leis similares (o que já vem sendo feito). Ainda, abriu brechas para a discussão no mesmo sentido nas políticas públicas, normativas e orientações técnicas.

Até o encerramento desta pesquisa, não foi possível saber se o deputado Campos Machado projetava nova medida contra a lei.

5.2 LEI DA CESÁREA VIRA NOTÍCIA

Esta seção está organizada em duas partes principais: o agendamento e o enquadramento do tema na *Folha de S.Paulo*. Antes, porém, situo os autores das matérias e as editorias em que as 14 matérias analisadas foram publicadas. Essa contextualização permite ampliar a compreensão sobre quem escreve, já que na perspectiva teórica que adotei os textos não são produzidos no vácuo, mas são respostas aos enunciados que os precederam, intimamente associados às posições que seus autores assumem nos processos de interaminação dialógica sobre determinado assunto (SPINK, 2010).

O gênero jornalístico reportagem tem como objetivo informar, narrar ou mesmo descrever determinados assuntos. Na comparação com notas e notícias, por exemplo, que consistem em apenas narrar determinado acontecimento, a reportagem geralmente demanda uma pesquisa maior do jornalista. Significa dizer que a/o repórter deve investigar os diversos elementos que compõem dada informação, que é a matéria-prima das notícias. Reportagens podem trazer opiniões e interpretações do/a próprio/a jornalista ou de suas fontes, por meio de entrevistas e depoimentos, análise de dados e pesquisa, causas e consequências, estatísticas ou outras informações que o/a profissional julgar importante (MALINVERNI, 2011).

Os textos de opinião podem ser divididos em artigos e colunas. A coluna é redigida por um/a colunista, que pode ou não ser um profissional do jornalismo, e sempre assina o texto, que é publicado com regularidade – periodicidade diária, semanal ou mensal, produzida em regra por contrato o jornal. Isso implica dizer que esses textos podem espelhar a ideologia da empresa de comunicação ou ser contrária a ela para produzir a ideia de pluralidade de ideias. Já os artigos são escritos por personalidades, geralmente especialistas, intelectuais, autoridades públicas, lideranças políticas, empresariais ou comunitárias, que escrevem esporadicamente a convite do veículo. Importante dizer que nesse caso nem sempre os artigos são remunerados, diferentemente das colunas. Por definição, os artigos não refletem necessariamente a opinião do jornal, e essa ressalva costuma ficar em destaque ao final do texto (MALINVERNI, 2011). No material analisado nesta tese, essa categoria de texto apareceu na editoria[39] Tendência/Debates, que, como o próprio nome diz, se propõe a debater assuntos diversos.

[39] Nomeação para a divisão temática proposta pelos veículos de imprensa.

Já o editorial é um tipo específico de artigo, em que é apresentada a opinião sobre uma determinada questão. No caso dos produtos jornalísticos impressos, geralmente ocupa posição de destaque no projeto gráfico – como as primeiras páginas – e não é assinado porque é de conhecimento do público e dos atores da comunidade jornalística que os editoriais trazem o posicionamento do(s) proprietários do veículo sobre assuntos diversos, sendo, por isso, predominantemente argumentativos (MALINVERNI, 2011).

O quadro a seguir apresenta um primeiro panorama das matérias sobre a Lei da Cesárea publicadas na *Folha de S.Paulo*, além de um breve currículo de cada um dos autoras/es e a quantidade de matérias que assinou sobre a lei.

Quadro 6 - Lista de autoria, gênero jornalístico, breve resumo[40] e número de matérias.

Autoria	Gênero jornalístico	Breve resumo	Número de matérias
Cláudia Collucci (jornalista/repórter)	Reportagens (Equilíbrio e Saúde e Cotidiano)	Entre idas e vindas, está na *Folha* desde 1990 (initerruptamente desde 1997). Já trabalhou nos cadernos regionais, em Cotidiano e na editoria de Treinamento. É mestre em história da ciência pela PUC-SP e pós-graduada em gestão de saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Escreve sobre saúde.	7
Larissa de Freitas Flosi (médica/articulista)	Tendências/Debate – escreveu a convite – critica a lei	Médica obstetra do Coletivo Nascer e representante da pauta no Sindicato dos Médicos de São Paulo	1
Lyane Cardoso (médica/articulista)	Tendências/Debate – escreveu a convite – a favor da lei	Ginecologista e obstetra, perita médica federal e conselheira no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp)	1
Cecilia Machado (colunista)	Coluna – Mercado	Economista-chefe do Banco Bocom BBM e professora da Escola Brasileira de Economia e Finanças (EPGE) da FGV	1

[40] Todas as descrições foram retiradas das minibiografias disponíveis no site da *Folha*.

Hélio Schwartsman (colunista)	Coluna – Opinião	Jornalista, foi editor de Opinião. É autor do livro *Pensando bem…*	2
Vera Iaconelli (colunista)	Coluna – Cotidiano	Diretora do Instituto Gerar, autora de *O mal-estar na maternidade* e *Criar filhos no Século XXI*. É doutora em psicologia pela USP	1
Editorial	Editorial (representa a opinião formal do jornal)		1

Fonte: elaborado pela autora[41]

Vale destacar que todos os textos do gênero reportagem foram assinados exclusivamente pela jornalista Cláudia Collucci, que parecer ter se empenhado na cobertura do tema. Tanto assim que é dela a reportagem sobre o julgamento de inconstitucionalidade da Lei da Cesárea, pelo TJSP.

Os textos de opinião enquadrados como coluna foram escritos por Hélio Schwartsman, Cecília Machado e Vera Iaconelli. Entre os três, Schwartsman é o que ocupa posição de maior destaque na *Folha*, já tendo sido editor de Opinião, em que, até o encerramento desta pesquisa, publicava semanalmente sua própria coluna. Essa editoria ocupa a segunda página do jornal, um espaço bastante privilegiado, no qual também são publicados os editoriais. As outras duas colunistas, que também escrevem regularmente, ocupam espaços editoriais de menor destaque na estrutura da publicação. Em todos os casos, os temas são de livre escolha dos colunistas, mas sempre na perspectiva da disputa política e de poder (MALINVERNI, 2011).

Como indica o quadro acima, a Lei da Cesárea aparece nas seguintes editorias: Equilíbrio e Saúde; Opinião; Mercado e Cotidiano. No caso da *Folha de S.Paulo*, elas são organizadas em cadernos e/ou suplementos, com foco específico em um assunto – por exemplo, política, economia, cultura – ou grandes temas, como a cobertura do dia a dia das cidades e regiões onde o jornal circula (MALINVERNI, 2011).

Apresento a seguir as características de cada editoria, segundo definição do jornal.[42].

[41] A partir de informações do site: retirado do site: <https://www.folha.uol.com.br/>.
[42] Disponível em: <http://www.publicidade.folha.com.br/folhadigital/editorias/>. Acesso em: 24 fev. 2022.

Quadro 7 - Descrição das editorias/cadernos.

Editoria/caderno	Descrição
Cotidiano	Faz a cobertura dos principais fatos nas áreas de educação, urbanismo, violência, saúde pública, ambiente, administração pública e comportamento.
Equilíbrio e Saúde	Mostra caminhos para o bem-estar físico e mental, informando e inspirando o leitor que busca uma vida mais harmoniosa e saudável.
Mercado	Trata de temas ligados a negócios empresariais e repercussão das decisões do governo no mundo empresarial e combate aos gargalos de infraestrutura do país.
Opinião	Com um cardápio variado de ideias, argumentos e articulistas, visa a espelhar a pluralista da sociedade brasileira contemporânea.

Fonte: elaborado pela autora[43]

5.2.1 O Agendamento do Tema na *Folha*

A hipótese do agendamento midiático busca identificar o que, como e onde determinado assunto foi publicado pelo veículo de imprensa, ou seja, como ele ocupa o espaço e se desenvolve após sua publicação. Assim, para a entender como a FSP cobriu o processo de criação, tramitação e promulgação da Lei da Cesárea, optei pela sistematização de um quadro com a descrição das matérias, organizadas em ordem de publicação.

Quadro 8 - Descrição das matérias analisadas, por ordem cronológica, no jornal *Folha de S. Paulo*.

Nº	Data	Título	Tipo de documento	Editoria	Autoria	Endereço eletrônico
1	11/06/2019	Projeto quer cesárea sem indicação clínica a gestantes do SUS	Reportagem	Equilíbrio e Saúde	Cláudia Collucci	https://folha.com/q64n50x9
2	25/06/2019	Sem evidência, projeto pró cesárea no SUS vai à votação em SP	Reportagem	Equilíbrio e Saúde	Cláudia Collucci	https://folha.com/yufd0t47
3	26/06/2019	Votação de projeto pró cesárea no SUS em SP é adiada para agosto	Reportagem	Equilíbrio e Saúde	Cláudia Collucci	https://folha.com/9txno64i
4	28/06/2019	Partos ideológicos	Coluna	Opinião	Hélio Schwartsman	https://folha.com/dl3m4h62

[43] A partir de informações do site: retirado do site: <https://www.folha.uol.com.br/>.

5	13/07/ 2019	Deve ser garantida a gestantes a possibilidade de optar pela cesárea no SUS? Não	Coluna	Opinião Tendências/ Debates	Larissa de Freitas Flosi	https://folha.com/tjw51roq
6	13/07/ 2019	Deve ser garantida a gestantes a possibilidade de optar pela cesárea no SUS? Sim	Coluna	Opinião Tendências/ Debates	Lyane Cardoso	https://folha.com/628o3zmf
7	06/08/ 2019	Parto Racional	Coluna	Mercado	Cecilia Machado	https://folha.com/lv2w4n0r
8	14/08/ 2019	Projeto que permite cesárea sem indicação no SUS é aprovado em SP	Reportagem	Cotidiano	Cláudia Collucci	https://folha.com/k1ey3atu
9	23/08/ 2019	Doria sanciona lei que libera cesárea no SUS sem aval de equipe técnica	Reportagem	Cotidiano	Cláudia Collucci	https://folha.com/kzxe7iaw
10	27/08/ 2019	Vai levar parto normal ou cesárea?	Coluna	Cotidiano/Opinião	Vera Iaconelli	https://folha.com/slhv60z5
11	29/08/ 2019	Ação questiona constitucionalidade da lei paulista pró cesárea no SUS	Reportagem	Cotidiano	Cláudia Collucci	https://folha.com/m9l8cfep
12	31/08/ 2019	Parto difícil	Coluna	Opinião	Hélio Schwartsman	https://folha.com/b7av4tyn
13	04/09/ 2019	Direito à cesariana	Editorial	Opinião	Sem autoria	https://folha.com/tsm2cbo0
14	02/07/ 2020	Tribunal de Justiça julga inconstitucional 'lei da cesárea' sancionada por Doria	Reportagem	Cotidiano	Cláudia Collucci	https://folha.com/bn39k846

Fonte: elaborado pela autora com informações das reportagens selecionadas; as cores foram utilizadas apenas como recurso gráfico para diferenciar os meses de publicação.

Esse debate apareceu no jornal pela primeira vez com a reportagem “Projeto quer cesárea sem indicação clínica a gestantes do SUS”, de 11 de junho de 2019, um dia antes de aprovada a tramitação em regime de urgência pela Alesp. É provável que essa decisão dos deputados paulistas tenha despertado o interesse da *Folha*, já que esse regime indica que o processo será célere e rapidamente votado. Ao analisar as datas das matérias fica evidente como o tema foi ganhando visibilidade ao longo do tempo. As primeiras reportagens entraram na editoria Equilíbrio e Saúde, que tem como foco trazer “caminhos sobre o bem-estar físico e mental”. Ainda no mês de junho, ele rompeu as fronteiras editoriais e chegou à editoria Opinião, como dito um espaço muito importante no contexto do jornalismo impresso. Trata-se de texto assinado por Hélio Schwartsman, publicado pouco depois, em 28 de junho.

Em julho, mês de recesso parlamentar, chegou à coluna Tendências/Debates, que tem uma característica interessante: sempre aborda o tema na perspectiva do contraditório – ou dos "dois lados" da notícia, um conceito caro ao jornalismo generalista, que não raro acaba encapsulando o tema no enquadramento de conflito, pressuposto definido adiante. É o que depreendo da caracterização da editoria, feita pelo próprio jornal: "[...] sua publicação [da coluna] obedece ao propósito de estimular o debate dos problemas brasileiros e mundiais e de refletir as diversas tendências do pensamento contemporâneo". Assim, o assunto que ocupa esse espaço é discutido a partir do posicionamento de dois autores, na lógica dicotômica a favor e contra. No caso em análise, a opinião das autoras girou em torno da pergunta: "Deve ser garantida a gestantes a possibilidade de optar pela cesárea no SUS?" As debatedoras convidadas também eram especialistas no campo do parto e nascimento: a médica obstétrica Larissa de Freitas Flosi, naquele momento integrante de um coletivo multiprofissional que realiza atenção ao parto hospitalar humanizado, se posicionou criticamente em relação ao projeto de lei; e Lyane Cardoso, médica obstetra, então coordenadora do departamento jurídico do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), que se posicionou favoravelmente.

No mês seguinte, agosto, a cobertura da *Folha* chegou ao ápice no que diz respeito ao número e à diversidade de matérias sobre a temática: três reportagens e três colunas. No dia 06/08/2019 o PL apareceu na editoria Mercado, no texto "Parto racional", em coluna quinzenal da economista Cecília Machado. É interessante observar o foco da editoria, que aborda temas relativos à "repercussão das decisões do governo no mundo empresarial". Essa perspectiva leva a pensar parto e nascimento como mercadorias, daí a importância, para a colunista, de discutir os potenciais impactos econômicos da lei proposta.

Em 14/08/2019, Cláudia Collucci publicou matéria sobre a aprovação do PL. Intitulado "Projeto que permite cesárea sem indicação no SUS é aprovado em SP", o texto descreveu a aprovação da lei pelos deputados de São Paulo, informando os números da votação: 58 votos a favor e 20 contrários. A jornalista relatou, ainda, que o deputado Campos Machado entraria com o pedido de inconstitucionalidade. Nove dias depois, em 23/08, em nova reportagem, intitulada "Doria sanciona lei que libera cesárea no SUS sem aval de equipe técnica", Collucci demonstrou que a sanção da lei pelo governador havia dispensado a participação da equipe técnica.

Em 27/08, quatro dias após sancionada, a Lei da Cesárea voltou a repercutir no jornal. Dessa vez na coluna de Vera Iaconelli, sob o título "Vai levar parto normal ou cesárea?". Em

29/08, Collucci publicou a matéria “Ação questiona constitucionalidade da lei paulista pró cesárea no SUS”, destacando o principal argumento do pedido de inconstitucionalidade: a ausência de evidências científicas para embasar a lei. Em 31/08, uma semana após a sanção de Dória, Schwartsman publicou em sua coluna o artigo “Parto difícil”.

Por fim, mas não menos importante, em 4 de setembro a Lei da Cesárea chegou ao editorial. O texto “Direito à cesariana” foi o último a abordar o tema no jornal em 2019. Ele só voltaria a ser pautado dez meses depois, em 2 de julho de 2020, com a publicação da reportagem “Tribunal de Justiça julga inconstitucional ‘lei da cesárea’ sancionada por Doria”, assinada por Collucci.

Essa sistematização me permitiu observar a tendência de crescimento da pauta na fase da tramitação e seu esvaziamento, depois do mencionado editorial, só reaparecendo no jornal após o julgamento de inconstitucionalidade da lei. Também permitiu constatar que nem mesmo a decisão do ministro do STF Ricardo Lewandowski, que em 31 de agosto de 2021 a julgou constitucional, teve qualquer repercussão na *Folha*, cujas edições acompanhei diariamente durante todo o mês de setembro desse ano.

Do ponto de vista do agendamento, o tema foi ocupando progressivamente as editorias, começando por Equilíbrio e Saúde, voltada especificamente para temas de saúde e bem-estar, depois Opinião, Mercado e Cotidiano, até chegar ao nobre Editorial. E é importante frisar que essas editorias ocupam determinados lugares e também dialogam com setores específicos – por exemplo, quando o parto/nascimento se torna pauta em uma coluna de mercado.

Foucault (2014, p. 21) diz que o discurso sempre é localizado e, de certa forma, direcionado, havendo uma “[...] espécie de desnivelamento entre os discursos”. Em outras palavras, alguns lugares e quem fala sobre determinado assunto são mais reconhecidos do que outros, ou seja, têm mais poder. Nesse sentido, pensando em como o tema foi aparecendo no jornal, é possível depreender como o discurso foi progressivamente deslocado da ordem da saúde para a ordem da economia e política. No Brasil, especificamente no campo da saúde da mulher, notadamente em relação ao parto e nascimento, o discurso hegemônico é direcionado a um modelo tecnocrático (SALIM, 2014), cujos elementos econômicos (TESSER, 2011) e históricos e culturais (ROHDEN, 2003; GIFFIN, 1994; DINIZ et al, 2015) influenciam diretamente a assistência obstétrica e, neste caso, dialogam com a perspectiva adotada pelo jornal (editorial, colunas e pergunta do artigo), reforçando o discurso da lei.

5.2.2 O Enquadramento do Tema no Jornal

A Lei da Cesárea recebeu um enquadramento jornalístico que pode ser definido como de tipo episódico (ROTHBERG, 2007). Isso porque a cobertura deu ênfase a aspectos circunstanciais do projeto e acentuou fatos relevantes no percurso de construção da política pública (a lei), sem, contudo, aprofundar a complexidade das escolhas (ROTHBERG, 2007). Além do episódico, entendo que o enquadramento jornalístico da Lei da Cesárea também assumiu a forma de conflito. Ou seja, as matérias (reportagens e colunas) deram destaque ao potencial da disputa (debate sim ou não, contra e a favor), o que está associado culturalmente ao jogo político. Expressa, também, um princípio caro ao jornalismo, sintetizado no jargão "dois lados da notícia", também chamado de doisladismo, uma abertura ao contraditório, sobretudo em temas tidos como polêmicos, num esforço retórico para dar ao discurso a aparência de neutralidade (MALINVERNI, 2016). Nesse sentido, diz Gelbspan (1998, p. 57 e 58).

> O cânone profissional da justiça jornalística exige que os repórteres que escrevem sobre uma controvérsia apresentem pontos de vista concorrentes. Quando a questão é de natureza política ou social, a imparcialidade – apresentar os argumentos mais convincentes de ambos os lados com igual peso – é uma verificação fundamental em reportagens tendenciosas. Mas esse cânone causa problemas quando aplicado a questões de ciência. Parece exigir que os jornalistas apresentem pontos de vista conflitantes sobre uma questão científica como se tivessem o mesmo peso científico, quando na verdade não têm.

Nesse tipo de enfoque, aspectos importantes da administração pública, como antecedentes, critérios e resultados, não são o foco da matéria. O que conta jornalisticamente são questões mais pontuais e simplistas. No caso em questão, ser a favor ou não da Lei da Cesárea, ao invés de discutir e problematizar a questão à luz do contexto em que foi aprovada.

Como já dissemos, sua proposta surgiu no contexto político de ascensão dos conservadores ao poder no Brasil. A retórica que sustentou a sua criação está centrada na tese de que o acesso à cesárea seria o principal problema da saúde pública envolvendo a mulher brasileira, que, portanto, se resolveria com a promulgação da lei. Isso fica demonstrado já no olho[44] da primeira reportagem: "Para a deputada de SP Janaina Paschoal (PSL), proposta dá

[44] No jargão jornalístico, texto que sintetiza o tema abordado pela matéria, localizado entre o título e o seu primeiro parágrafo (conhecido por lide, ou *lead*, na forma em inglês).

voz a usuárias que passam por violência obstétrica". Ocorre que só no corpo do texto há uma explicação sobre o porquê de o projeto de lei ter sido considerado "polêmico". Essa opção editorial parece levar o/a leitor/a um lugar de escolha, reduzindo a complexa questão da violência obstétrica ao parto normal.

Sucessivamente, os textos receberam esse enquadramento da escolha e autonomia da mulher *versus* assistência obstétrica baseada em evidências científicas. Essa primeira retórica, a da escolha, apesar da tentativa de trazer o contexto e as premissas da ciência e da saúde pública, acabou dando o tom da cobertura da *Folha*, principalmente na editoria Opinião e no Editorial, em consonância com a retórica dos apoiadores da lei, que, afinal, defendiam o direito da mulher de escolher a cesárea.

Em articulação com o discurso da lei, a cobertura manteve a ênfase na questão do acesso à cesariana como um problema do sistema público de saúde, comparando as mulheres atendidas pelo SUS, que não podem escolher a via do parto, àquelas assistidas pela saúde suplementar. Uma abordagem que indica a existência de uma "[...] disputa simbólica sobre qual interpretação irá prevalecer" (PORTO, 2002, p. 6), por sua vez baseada em uma falácia, já que não existe de fato no Brasil um problema de acesso à cesárea. Ao contrário, mais de 98% dos nascimentos no país ocorrem em hospital[45], assistidos principalmente por médicos[46], sendo mais difícil para as mulheres conseguirem o parto vaginal sem intervenções do que a cesariana (LEAL et al., 2014). Esses dados indicam, portanto, que o grande problema é de acesso a uma assistência de qualidade no país. Além disso, outro problema muito frequente diz respeito à desigualdade assistencial (BITTENCOURT et al., 2016).

É interessante observar a dimensão do conflito no modo como a *Folha* colocou o debate: uma disputa entre os apoiadores e os críticos da lei. Ao perguntar "Deve ser garantida a gestantes a possibilidade de optar pela cesárea no SUS?" (grifos meus), o jornal reduz o debate a uma lógica binária "sim/não", de difícil desconstrução porque não há resposta possível que não soe algo limitadora ao "direito" das mulheres. Esse enquadramento, do tipo conflito, é

[45] Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Abril de 2022. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/?s=MSQyMDE5JDEkMyQzNSQzNSQxJDEkMCQ2MDAwJDAkMCQyJDE2JDAkMCQwJDAkMCQwJDAkMSQwJDAkMCQwJDAkMA==

[46] Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Abril de 2022. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/?s=MSQyMDE5JDEkMyQzNSQzNSQxJDEkMCQ2MDAwJDAkMCQ1JDE3JDAkMCQwJDAkMCQwJDAkMSQwJDAkMCQwJDAkMA==

reducionista porque reafirma a polaridade e reduz um assunto complexo – saúde da mulher/assistência obstétrica – a uma questão de mera escolha, de liberdade e autonomia individuais. É o que depreendo da análise discursiva de cada uma das colunas: de um lado, fica evidente a tentativa dos críticos do projeto de lei de mostrar a complexidade do nascimento e parto; de outro, aqueles que são a favor do PL ancoram seus argumentos em falsas premissas – por exemplo, a associação equivocada da paralisia cerebral ao trabalho de parto.

Por fim, a pergunta que suscita os dois artigos indica que a retórica da escolha e dos direitos das mulheres à cesárea formulada pela deputada Janaina Paschoal parece ter sido assumida também pela cobertura da *Folha*. Percepção depreendida do trecho "garantia do direito de optar".

Outra dimensão presente nesse tipo de enquadramento é de natureza emocional. Por si só o tema do PL já mobiliza emoções por envolver experiências da vida pessoal e familiar. No texto a favor da lei identifico também um padrão muito apelativo, quase uma tentativa de seduzir o leitor com argumentos exagerados, dramáticos, embora sem fundamentação. O trecho a seguir exemplifica essa questão:

> *Contudo não é divulgada a estatística oficial no estado de São Paulo de paralisia cerebral decorrente de falta de oxigenação fetal durante o trabalho de parto.*
> *Existem somente relatos pessoais dos profissionais que atuam no serviço de assistência domiciliar do SUS de que seja muito maior a incidência dessa sequela entre partos vaginais no Sistema Único de Saúde*. (5 – Coluna / Lyane Cardoso – 13/07/2019; grifos meus)[47]

Do jeito como os argumentos são colocados parece haver um "segredo", uma discrição em torno desse assunto, trazendo, assim, mais elementos que mobilizam o leitor. Ainda que essa informação sobre a correlação entre parto normal e asfixia neonatal não exista[48], o discurso gera questionamentos, dúvidas e, principalmente, insegurança, sentimentos de natureza afetiva e moral, com potencial para gerar comoção.

Chamam a atenção também outros dois textos que enquadram o tema do nascimento como uma escolha – as colunas de Hélio Schwartsman e de Cecília Machado, respectivamente

[47] As matérias em análise são identificadas por ordem numérica, tipo de publicação, autoria e data de veiculação. A referência completa pode ser consultada no Quadro 6.
[48] No item 4.4 desenvolvo esse e outros argumentos presentes na cobertura jornalística.

intituladas “Partos ideológicos” e “Parto racional”. Em especial no artigo de Schwartsman, é interessante observar como ele compara a influência da ciência nos temas aquecimento global, vacinas e cesarianas. O colunista reconhece as evidências científicas apenas em torno dos dois primeiros eventos (aquecimento e vacinação), afirmando que a cesariana seria uma simples questão de escolha. Ao vaticinar que “Não é absurdo transferir a decisão final para a mulher”, Schwartsman joga a responsabilidade da escolha para a gestante, e apenas para ela, desconsiderando inclusive os riscos do procedimento, que ele próprio comentara anteriormente. Esse discurso evidencia o enquadramento episódico, uma vez que foca apenas em um aspecto (a escolha), lançando mão, novamente, de recursos de conflito.

A coluna de Machado, na editoria Mercado, também traz uma pista desse posicionamento. No texto a retórica da escolha ganha força, mas sob um recorte econômico: a lei daria às mulheres a possibilidade de escolher a cesárea, desde que esse “direito” não ultrapassasse os limites financeiros e orçamentários do SUS. Esse enquadramento parece reforçar o discurso contido no editorial, publicado em setembro, que enquadrou o tema a partir de dois polos distintos: utilizando a retórica da deputada Janaina, no que diz respeito ao direito de escolha da mulher, e focando nos impactos econômicos que a lei traria para o SUS. E, mesmo buscando trazer diferentes perspectivas (principalmente individuais e econômicas), Machado não avança na argumentação e continua nos enquadramentos episódico e de conflito, de viés moral, médico e econômico, numa linha de raciocínio muito parecida com a de Schwartsman, cuja coluna havia sido publicada quatro dias antes.

Já o editorial, apesar de trazer discretamente a ideia de que a assistência obstétrica é um tema amplo, reforça a concepção da escolha para o tipo de parto e aponta seu aspecto econômico, afirmando que qualquer oferta de serviços na rede pública deveria vir acompanhada de um estudo que projetasse o custo da sua implementação e considerando a limitação orçamentário do SUS. Ou seja, o texto mantém o foco nos aspectos simplistas da escolha – enquanto um “problema” individual – e nos seus impactos financeiros.

A análise desses três últimos textos possibilitou entender como e porque o tema entrou na editoria Mercado, pela coluna de Machado, talvez o mais emblemático. Como os demais acima analisados, seu enquadramento, episódico e de conflito, é a um só tempo reducionista, porque confina toda a complexa discussão sobre os impactos da lei à gestão financeiro-orçamentária do SUS – *“deve ou não arcar com os custos de tal procedimento”* –, e desqualificador. Isso porque, ao tomar a cesárea como um produto e sugerir que seu consumo

é um direito individual que o sistema público deve garantir, a autora confronta os princípios fundamentais de equidade, universalidade e equidade do SUS, que, afinal, sem a lei não estariam sendo observados.

Ao transformar o parto em um bem de consumo, ignorando os riscos da cesariana à saúde das mulheres e bebês, o discurso da colunista até cruza com uma preocupação comum aos dois lados da questão, qual seja, o financiamento da prática cesariana. Mas, no final das contas, seu argumento utilitarista reforça essa simplificação: "[...] cabe apenas questionar se a sociedade deve subsidiar a escolha das gestantes para que os ganhos sejam também distribuídos à mulher de baixa renda" (grifo meu).

Do ponto de vista da interanimação dialógica, é importante frisar, a redução da assistência ao parto à dimensão mercadológica dos três textos, em especial o de Machado, dialoga diretamente com os sistemas de saúde neoliberais, privatizantes e individualizantes, modelo que é antagônico ao do SUS (SANTOS e VIEIRA, 2018). Assim, portanto, me parece que esse conjunto discursivo dialoga muito mais com os princípios do neoliberalismo do que com os da saúde pública.

Vera Iaconelli, por sua vez, foi a única voz dissonante, tendo apresentado um posicionamento oposto a esse. Em seu texto é possível observar alguns aspectos do enquadramento do tipo temático, evidenciando uma tentativa de explorar a complexidade do assunto ao questionar o cenário do nascimento no Brasil e suas diversas facetas sociais e culturais. Ela, inclusive, coloca em dúvida a tese central da lei, qual seja, a da cesárea como uma escolha, rompendo com a lógica binária, simplista e reducionista, do contra ou a favor. Ressalto que, entre os colunistas que abordaram o projeto de Janaina Paschoal, Iaconelli era a única com atuação no campo da saúde – ela é psicanalista e declaradamente feminista.

Embora alguns textos, principalmente as reportagens de Collucci e a coluna de Iaconelli, apontem aspectos críticos da lei, em especial quanto às suas consequências para a saúde, o tema foi enquadrado pelo jornal como um direito individual da mulher, que teria autonomia para escolher a via de parto. Porto (2002, p. 5) salienta que os enquadramentos discursivos são "[...] importantes instrumentos de poder [...]" e direcionam o debate público. Assim, transformar um aspecto da assistência à saúde em um "produto", esse conjunto discursivo também desvia a atenção da discussão que realmente importa. No caso em análise, ao invés de debater a qualidade da assistência obstétrica – que vem sendo construída árdua e coletivamente há décadas por meio políticas e programas baseados em evidências científicas – , discute-se a

atenção individual. Uma perspectiva, como dito, que reduz todo o complexo processo de nascer ao "tipo de parto", um produto de consumo que se orienta pelos interesses do mercado. Lógica que majoritariamente orienta a saúde suplementar.

Essa abordagem leva a questão para o nível individual (mãe e bebê), embora com aparência de debate coletivo. E, em um momento de extrema vulnerabilidade do SUS, com cortes, reduções e congelamento do financiamento (FIGUEIREDO et al., 2018; NORONHA et al., 2018), tratar assuntos de ordem coletiva na perspectiva individual é contribuir para o enfraquecimento do sistema público de saúde.

Por fim, não se pode esquecer que o discurso jornalístico serve para legitimar outros discursos e práticas. Enquanto o projeto de lei tramitava na Assembleia Legislativa, o jornal centrava a cobertura na polaridade (contra ou a favor), sem problematizar ou elencar as inúmeras questões que envolvem o tema. Assim, de certa forma se alinhou com a mesma retórica empregada pelos deputados para justificar a aprovação do projeto. Nesse sentido, a cobertura dialogou diretamente com a Alesp, isto é, com a votação do PL, pouco debatido pelos próprios parlamentares devido ao regime de urgência. Exemplo desse alinhamento é a retórica utilizada na pergunta disparadora da editoria Tendências/Debates – "Deve ser garantida a gestantes a possibilidade de optar pela cesárea no SUS?" –, mesma utilizada pela deputada Janaina Paschoal na construção do seu projeto.

Esse movimento editorial evidenciou que, para o jornal, se tratava de uma controvérsia. Ao fazer isso, segundo Campos, Feres-Junior e Daflon (2013, p. 8),

> [...] a imprensa contribui para a criação de um cenário de dúvida e, simultaneamente, se apresenta como depósito de informações supostamente capazes de subsidiar tomadas de posição mais bem fundamentadas. Esse processo de rotulação permite à imprensa se apresentar como espaço de debate, como arena pública onde diferentes opiniões sobre um determinado tema se encontram, se expressam e se comunicam com um público de leitores. Enquanto tal, a imprensa se apresenta não somente como uma instituição fundamental para o bom funcionamento da esfera pública mas, sobretudo, como um espaço público em si. Por isso, a rotulação de uma problemática como controversa possibilita à imprensa aumentar a sua capacidade de agendar e enquadrar os debates públicos que ela mesma contribui para criar.

A "tática" da controvérsia, apontam esses autores, é muito utilizada para fomentar um debate muitas vezes criado ou estimulado pela própria imprensa. Ocorre, porém, que nem sempre ela é capaz de subsidiar a tomada de decisões com informações bem fundamentadas. Exemplo bastante emblemático foi o caso da "epidemia midiática", termo cunhado por Claudia

Malinverni ao explorar o papel da imprensa na epizootia de febre amarela no verão de 2007-2008. Naquela época, a cobertura da imprensa deu um enfoque de epidemia descontrolada para uma doença que estava na forma silvestre e dentro de uma normalidade epidemiológica para a população, o que acarretou uma sobrecarga no sistema nacional de imunização e expôs as pessoas a riscos desnecessários (MALINVERNI, 2016). Assim é possível perceber como o debate produzido no jornal e nas mídias ajuda a construir os sentidos e a reverberar de acordo com aquilo é mostrado, que é enfatizado.

Na próxima seção, esmiuçarei os principais argumentos utilizados na cobertura da *Folha de S.Paulo*.

5.3 LEITURA DOS ARGUMENTOS JORNALISTICOS

A análise das matérias demonstrou que os argumentos de defesa e de crítica à Lei da Cesárea giraram em torno de temas específicos. Também ficou evidente que a fundamentação utilizada por seus defensores muitas vezes era baseada em desinformação e em mitos sobre o parto e o nascimento. Assim, como esta pesquisa foi realizada no campo da saúde pública, discuto o conteúdo dos discursos ancorada em evidências cientificas e buscando esclarecer as falácias presentes na argumentação.

5.3.1 Os Defensores da Lei e a Sedução do Discurso da Escolha

Um dos principais argumentos presentes no discurso dos defensores da lei foi o do direito da gestante de escolher a via de parto. Ele foi utilizado por Janaína Paschoal ainda em sua campanha para o legislativo paulista e reproduzido inúmeras vezes nas matérias da *Folha de S.Paulo*:

> *Para a deputada, a proposta dá voz a milhares de mulheres usuárias do SUS que passam por situações de violência obstétrica e são impedidas tanto de exercer seu direito de escolha em relação a uma cesariana como ao uso de analgesia quando o parto ocorre por via vaginal* (1 – Reportagem / Cláudia Collucci – 11/06/2019).

> *Na defesa do seu projeto, a deputada Janaína Paschoal sempre justificou que a lei aumentava a autonomia da mulher e poderia diminuir a mortalidade materna e de bebês (argumento não sustentado pelas evidências científicas)* (14 – Reportagem / Cláudia Collucci 02/07/2020).

Os defensores da lei reproduziram no jornal uma das dimensões que a deputada sempre enfatizou: nos moldes como o atendimento ao parto e nascimento está organizado no Brasil, o direito de escolha é permitido apenas para as mulheres com acesso à saúde suplementar. Ou seja, supostamente, esse direito seria negado àquelas atendidas pelo SUS.

> *Segundo a conselheira Lyane Cardoso, o Cremesp considera ético que as gestantes do SUS possam optar pelo parto cesariano, a partir da 39ª semana, e analgesia, quando escolher o parto normal. "Isso é respeitado na rede privada, mas não na pública. É importante uma lei que garanta a autonomia das pacientes do SUS"* (2 – Reportagem / Cláudia Collucci – 25/06/2019).
>
> *Privar as gestantes carentes, aquelas que mais dependem do SUS, da escolha de sua via de parto, enquanto as com acesso à rede privada podem ter independência na escolha e, portanto, autonomia, fere justamente um dos princípios fundamentais do SUS: a equidade.* (5 – Artigo / Lyane Cardoso – 13/07/2019)

A fim de fortalecer a importância dessa escolha, esse grupo construiu discursivamente um cenário de catástrofe que intensificava a desigualdade entre usuárias do sistema público e do sistema suplementar. Para tanto, por exemplo, afirmava que as primeiras eram mandadas embora do hospital de ônibus até que entrassem em trabalho de parto:

> *Com 40 semanas de gestação, os bebês estão prontos para nascer. Mandam mulheres nessas condições voltarem para suas casas, uma série de vezes de ônibus, esperando a hora de o bebê nascer", afirma [Janaína Paschoal]* (8 – Reportagem / Cláudia Collucci – 14/08/2019).
>
> *No caso da proposta em questão, estamos discutindo a cirurgia eletiva em rede pública na 39ª semana, idade gestacional na qual os riscos associados à prematuridade são menores, e os associados ao prolongamento demasiado do parto, maiores* (7 – Coluna / Cecília Machado – 06/08/2019).

Esses cenários são exemplos desonestos, baseados em falsos pressupostos, mas que servem para justificar o direito de escolha proposto no texto legal. De acordo com pesquisas clínicas e evidências científicas, não há como saber se que com 40 semanas *"os bebês estão prontos para nascer"* ou se existe um tempo determinado, *"um prazo de validade"*, tal como sugere genericamente Cecília Machado.

Eu explico o porquê. Classicamente, o período em que o bebê estaria pronto para nascer é chamado de "termo". Assim, um bebê a termo teria as melhores condições para sobreviver fora do útero. Já um bebê pré-termo ainda não teria alcançado essa maturidade, enquanto o pós-termo teria ultrapassado esse momento. Ocorre que as definições, os protocolos e as recomendações sobre o termo gestacional mudaram ao longo do tempo. Se, há alguns anos, 37 semanas eram suficientes para um bebê a termo, as resoluções mais atualizadas consideram "termo pleno" a partir de 39 semanas (ACOG, 2013). Essa mudança foi necessária porque se percebeu que aqueles que nasciam entre 37 e 39 semanas (hoje considerado termo precoce) tinham muitas características de pré-termo, principalmente relacionadas a desfechos respiratórios, mostrando grande variação. Por isso, foi estipulada essa nova classificação, que é mais detalhada (ACGO, 2013).

Dessa forma, até o presente momento não há um consenso científico sobre a data ideal de nascimento – por exemplo, com 39 ou 40 semanas qualquer bebê estaria pronto para nascer. Existem estudos que mostram os riscos atrelados à idade gestacional – em linhas gerais, quanto menos tempo o bebê fica no útero, maiores as chances dele precisar de intervenções ao nascer (HILLMAN, KALLAPUR e JOBE, 2012; BUCKLEY, 2015; SANDALL et al., 2018). Mais, a prematuridade pode ter impactos diretos na vida adulta (RAJU et al., 2017).

Além disso, estudos da epigenética mostram como o trabalho de parto e parto são eventos importantes e impactam diretamente as etapas do desenvolvimento fetal (DAHLEN et al., 2013). Inclusive, em razão de uma tendência de encurtamento de gestação[49], novos estudos estão sendo desenvolvidos com o objetivo de produzir indicadores de saúde para subsidiar políticas públicas. É o caso do projeto "Dias Potenciais de Gravidez Perdidos", elaborado por um grupo de pesquisadoras da Faculdade de Saúde Pública, sob coordenação da professora Simone Diniz (DINIZ et al., 2020).

[49] Em 2016, uma recomendação do CRM orientava sobre as condições da realização da cesárea eletiva no sistema particular. Atualizada em 2020 (e publicada em 2021), a orientação passou a considerar a cesárea a partir da 39ª semana completa, ou 273 dias. Essa resolução foi fundamentada nos altos índices de prematuridade iatrogênica, ou seja, a retirada do bebê antes do tempo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015, p. 2): "Não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo" (grifos meus). Logo, esperar o nascimento não pode ser considerado negligência ou descuido, como afirmou a deputada: "*Mandam mulheres nessas condições voltarem para suas casas, uma série de vezes de ônibus, esperando a hora de o bebê nascer"* (Reportagem 2 – 25/06/2019). Aguardar que a gestante entre em trabalho de parto espontaneamente é, portanto, o ideal e o esperado para a maioria das mulheres em gestação de risco habitual.

Outro ponto importante apareceu no argumento que construiu o sentido de que as mulheres assistidas no sistema privado exerceriam sua "autonomia" na medida em que pudessem "escolher" livremente a cesárea. Essa diferenciação é evidentemente atravessada por questões de raça e classe. No Brasil mulheres brancas e de classe social elevada são, geralmente, as que têm condições de pagar pelo plano de saúde e, por conseguinte, as gestantes que "podem escolher" a via cesariana. Em contrapartida, negras e pardas, de renda mais baixa, não teriam esse direito, que a lei estabeleceria e, portanto, elas seriam beneficiadas.

Essa questão, porém, é muito mais complexa. No campo da saúde as escolhas têm efeitos de curto médio e longo prazo, por isso não podem ser tomadas individualmente, mas de maneira compartilhada por mulheres, familiares e profissionais de saúde. Essa premissa, que deveria ser utilizada no atendimento de todas as pessoas, em todos os serviços de saúde, independentemente da sua natureza, muitas vezes não é seguida na saúde suplementar e nos atendimentos privados. Neles, como regra geral, a cesárea é a primeira opção. De acordo com Barbosa et al. (2003, p.1612), um dos principais fatores de influência na escolha pela cesariana é a "[...] organização da atenção obstétrica, pautada pela conveniência de uma intervenção programada e pela insegurança do médico, decorrente de treinamento insuficiente na gama de variações que ocorrem durante o desenrolar de um parto normal."

5.3.2 Os Falsos Argumentos: Desinformação e Negacionismo

O movimento negacionista da ciência não é um fenômeno recente. Segundo reportagem do Uol:

Na África do Sul, entre 1999 e 2008, o presidente Thabo Mbeki negou a gravidade do surto da Aids e hoje o país detém quase 20% dos infectados do planeta —7,7 milhões de pessoas. Na época, sua ministra da Saúde, Tshabalala-Msimang, também ignorou a doença e indicava que uma alimentação à base de legumes, como beterraba, bastava para se proteger do vírus HIV.[50]

Ele, porém, tomou enormes proporções desde a emergência da pandemia de covid-19. No Brasil, a grande repercussão dos discursos negacionistas ocorreu, principalmente, devido às falas e aos posicionamentos do governo federal contra as medidas de controle da doença. Segundo Malinverni e Brigagão (2020, p. 8), entre as táticas discursivas que sustentam o discurso negacionista, três se destacam:

> 1) a seletividade na escolha de dados científicos fora de contexto para sugerir que eles estão errados; 2) o uso de especialistas cujas opiniões são inconsistentes com o conhecimento estabelecido pelos cânones científicos; e 3) o recurso a artigos isolados que desafiam o consenso dominante como meio de desacreditar todo o campo (tradução minha).

O uso dessas estratégias é fundamental para estruturar e fortalecer o discurso negacionista. Em nosso estudo, identificamos essas táticas nas matérias analisadas, apresentadas a seguir.

5.3.2.1 Paralisia Cerebral

Um argumento muito utilizado pelos apoiadores da lei associou o parto normal a casos de paralisia cerebral. Essa falsa associação era potencializada pelo uso de palavras como “imposição” e “insistência”, que acentuavam ainda mais o sentido de violência, de abuso, numa ideia de correlação entre um evento e outro e culpabilização dos profissionais de saúde por insistirem no parto normal:

---

[50] TESTONI, M. **Negacionismo prejudica não só a saúde como conquistas e avanços da medicina**. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/05/21/negacionismo-prejudica-nao-so-a-saude-como-conquistas-e-avancos-da-medicina.htm>. Acesso em: 6 mar. 2022.

> *Ela* [Janaina Paschoal] *diz que, por conta da demora e da insistência pelo parto normal, os bebês sofrem "anóxia [falta de oxigênio], ficando sequelados para o resto da vida, em virtude da chamada paralisia cerebral"* (2 – Reportagem / Cláudia Collucci – 25/06/2019).

Assim, ao falar diretamente que o parto normal causava sequelas, inclusive paralisia cerebral, o discurso jornalístico criou um mito e disseminou falsas informações. O jogo retórico utilizado lançou mão da argumentação da cesárea como o oposto mais saudável do parto normal porque preveniria sequelas ao feto. Esse discurso mobiliza afetos e causa comoção, afinal, trata-se da saúde de uma criança.

Houve uma tentativa de desconstrução desse argumento, especialmente nas reportagens, nas quais a jornalista buscou especialistas da área para demonstrar que se tratava de uma falácia, sem embasamento científico. Foi o caso da segunda reportagem:

> *"Não há evidência na literatura médica de que o parto normal esteja associado a um maior risco de paralisia cerebral. Ao contrário, há dados que comprovam que o aumento nas taxas de cesariana não muda a ocorrência de paralisia cerebral", diz a ginecologista e professora da USP Rossana Pulcineli Vieira Francisco, presidente da entidade* (2 – Reportagem / Cláudia Collucci – 25/06/2019).

Importante dizer, porém, que mesmo sendo um contra-argumento consistente, esse discurso pró-cesárea foi frequentemente retroalimentado nas discussões sobre a lei feita pelo jornal, e segue sendo disseminado. E isso tem efeitos no cotidiano das ações em saúde e nas construções sociais sobre os tipos de parto no imaginário social.

5.3.2.2 A Ausência de Estatísticas

Lyane Cardoso, na coluna em que defende a Lei da Cesárea, afirmou que a "estatística oficial" não era divulgada e que as informações de que ela dispunha eram apenas "relatos pessoais":

> *"Contudo não é divulgada a estatística oficial no estado de São Paulo de paralisia cerebral decorrente de falta de oxigenação fetal durante o trabalho de parto.*
> *Existem somente relatos pessoais dos profissionais que atuam no serviço de assistência domiciliar do SUS de que seja muito maior a*

> *incidência dessa sequela entre partos vaginais no Sistema Único de Saúde"* (5 – Coluna / Lyane Cardoso – 13/06/2019).

Essa "estatística oficial" citada pela autora seria relativa à correlação entre paralisia cerebral e o tipo de parto. Como já dito, esse é um argumento que não se sustenta porque o diagnóstico de paralisia cerebral é complexo e não é realizado logo após o parto – o diagnóstico final requer acompanhamento e exames posteriores ao momento do nascimento. Não há nenhum tipo de conspiração em torno dessas informações. Ao contrário, diversos estudos buscam entender as possíveis causas do evento, bem como sua relação com o tipo de parto. Algumas evidências científicas mostram que apenas 10% dos casos de paralisia cerebral têm relação direta com casos de anóxia durante o parto.

Sadowska, Sarecka-Hujar e Kopyta (2020) afirmam que por muitos anos a maioria dos casos de paralisia cerebral foi relacionada a eventos do trabalhado de parto e parto. Hoje, contudo, essa é considerada apenas uma crença, uma vez que mesmo com melhorias na assistência ao nascimento, recursos humanos, técnicos e, inclusive, maior acesso à cirurgia cesariana, as taxas continuam as mesmas.

> Por mais de 100 anos, acreditava-se que a grande maioria dos casos de paralisia cerebral (PC) estava relacionada à hipóxia do cérebro infantil durante o trabalho de parto/parto ou no período perinatal, portanto, a incidência de PC foi considerada uma medida de qualidade obstétrica e neonatal. No entanto, apesar da intensificação dos cuidados médicos nessas áreas, a incidência de PC permaneceu inalterada [...]. Os resultados dessas investigações indicam que, ao contrário da crença anterior, a patologia perinatal é de menor importância na etiologia da PC. Os fatores pré-natais parecem ser responsáveis por quase 75%, enquanto os fatores de risco do período infantil e neonatal representam 10% a 18% de todos os casos de PC [tradução minha] (SADOWSKA, SARECKA-HUJAR e KOPYTA, 2020 p. 1507).

Ainda segundo esse artigo, a cirurgia cesariana está entre os fatores de risco para esse desfecho juntamente com intercorrências durante o trabalho de parto, como prematuridade, o principal deles, e também devido ao uso de vácuo extrator e fórceps. Isso significa dizer que não é o parto normal que causa a paralisia cerebral, mas sim as complicações obstétricas que podem ocasioná-la, inclusive, nesse sentido, a cesárea. Ou seja, são muito mais os eventos envolvidos na qualidade da assistência obstétrica recebida do que a via de nascimento vaginal.

Analisando nessa perspectiva, então, parece desonesto o argumento da correlação de causa e efeito entre parto normal e paralisia cerebral. Principalmente quando ele parte de

pessoas e instituições que deveriam zelar pelo atendimento e assistência à saúde baseados em estudos e pesquisas.

Há um componente cultural nessa história que, apesar das evidências em contrário, ainda é muito difundida. Uma anotação no diário de campo (24/11/2020) pode ajudar a entender essa reflexão:

> *Encontrei* [durante o levantamento das matérias para pesquisa] *duas reportagens que falavam sobre pessoas com paralisia cerebral em decorrência do parto. Uma de 2018 e outra de 2020*[51]*. Em ambas as matérias me chamaram a atenção (...), o nascimento aparece como causa da condição: "portadora de paralisia cerebral resultante de complicações no parto" e "teve paralisia cerebral durante o parto". O nascimento foi apenas mencionado no texto, não ocupou nenhum lugar de centralidade. Porém, me chamou a atenção essa relação direta logo no início da reportagem, no primeiro parágrafo. E que apareceram* [as matérias] *na pesquisa com o termo "parto normal".*

Em outro momento, um final de domingo, corri para o caderninho de campo para anotar:

> *Acabou de passar uma reportagem no* Fantástico *sobre a história de um adolescente com paralisia cerebral que escalou uma montanha*[52]*. E logo no início da reportagem o repórter comentou que a causa de sua condição de saúde havia sido "a falta de oxigênio durante o parto". Isso me lembrou aquelas outras duas reportagens da* Folha*. Mas também me pergunto: por que se fala tanto no parto de forma genérica, mas quando o nascimento acontece via cesárea, essa via de parto não é explicitada?*
> *Não tem como saber quais as condições do nascimento dos jovens comentados nas reportagens. Mas a impressão que eu tive é que eram relacionadas ao parto, ao parto normal e não à cesárea. A opção "jornalística"* [o enquadramento] *foi pelo uso da palavra parto. O que, de certa forma, reforça esse estereótipo que liga o parto normal à paralisia cerebral... e também gera medo, afinal, parece que realmente é o parto que é responsável por essa condição. Porém não sabemos as reais condições daquele nascimento...* (trecho do diário de campo – 20/06/2021).

No cotidiano, é comum utilizar a expressão parto para designar tanto o nascimento fisiológico quanto o cirúrgico. Uma análise das reportagens do período de 2010 a 2015, contudo, que continham as palavras parto, cesariana, cesáreo, cesárea, nascimento e a expressão

---

[51] Matérias: Tecnologia revoluciona conversa de mãe com filho deficiente (07/05/2018), de Eliane Trindade. Disponível em: https://folha.com/qt78xpmj; Universitária com paralisia cerebral vira fenômeno no TikTok (11/08/2020), de Eliane Trindade, disponível em: https://folha.com/38aqtk0n.

[52] Matérias: 'O impossível para mim não existe', diz jovem com paralisia que escalou montanha na Itália (20/06/2021) Fantástico, disponível em: https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2021/06/20/o-impossivel-para-mim-nao-existe-diz-jovem-com-paralisia-que-escalou-montanha-na-italia.ghtml

“dar à luz” mostra que, quando aparece sem contexto definido, a palavra tende a remeter a desfechos negativos. Ela é usada até como sinônimo de cesárea:

> Cabe ressaltar que, nesse grupo de reportagens, há uma lógica midiática ainda mais perversa no uso polissêmico que foi criado para as palavras “parto” e “cesariana”, pois, além da citação de “parto cesáreo”, há uma inversão estratégica nos títulos e textos das reportagens entre “parto” e ”cesariana” conforme o teor da notícia veiculada. Também a palavra “parto”, não raro, substitui “cesariana” no caso de notícias de intercorrência ou morbidade. Com isso, é reforçado o medo em torno do ato fisiológico e, simultaneamente, resguardado o mito da segurança maior na cesariana (CARVALHO e SANTOS, 2020, p. 424).

As autoras acrescentam: “[...] apesar de o título trazer a palavra ‘parto’, ao ler a reportagem ou pesquisar sobre o caso, é possível identificar que os nascimentos foram realizados por meio de cesariana” (CARVALHO e SANTOS, 2020, p. 425).

Dessa forma, pode-se perceber como os sentidos vão sendo construídos no cotidiano através de diversas estratégias discursivas que colocam o parto fisiológico num lugar arriscado e de medo, enquanto a cesárea torna-se um lugar da segurança e normalidade.

> Ao normalizar a cirurgia como a via mais segura, em detrimento do parto, apresentado como arriscado, temido e estranho, os jornais atuam como importantes dispositivos enunciadores que convocam. Ao se despertar o medo pelo parto no corpo, favorece-se a escolha da cesariana e, dessa forma, constrói-se e consolida-se a hegemonia cesarista no modelo de assistência obstétrica brasileira (CARVALHO e SANTOS, 2020, p. 418).

5.3.2.3 O Argumento da “Vilanização” da Cesárea

Embora as reportagens analisadas tenham apresentado pontos importantes do argumento crítico à lei paulista, inclusive destacando que ela foi construída sem “amparo científico” ou “apoio em evidências científicas”, de alguma maneira o doisladismo (conflito) apareceu de forma muito intensa, quando o jornal abriu espaço para pontos de vista não embasados na ciência. Por exemplo, o uso expressões como “vilanização” e “insistência em partos vaginais” trouxe para o debate aspectos emocionais que não se articulam com postulados técnicos.

Foi nessa perspectiva que os defensores da lei reivindicaram o fim de uma suposta difamação da cesárea, que seria “vilanizada” pelos seus críticos. Nesse sentido, de acordo com

o Cremesp, “desvilanizar” o procedimento seria uma das vantagens do projeto. É o que se depreende da matéria do dia 25/06/2019:

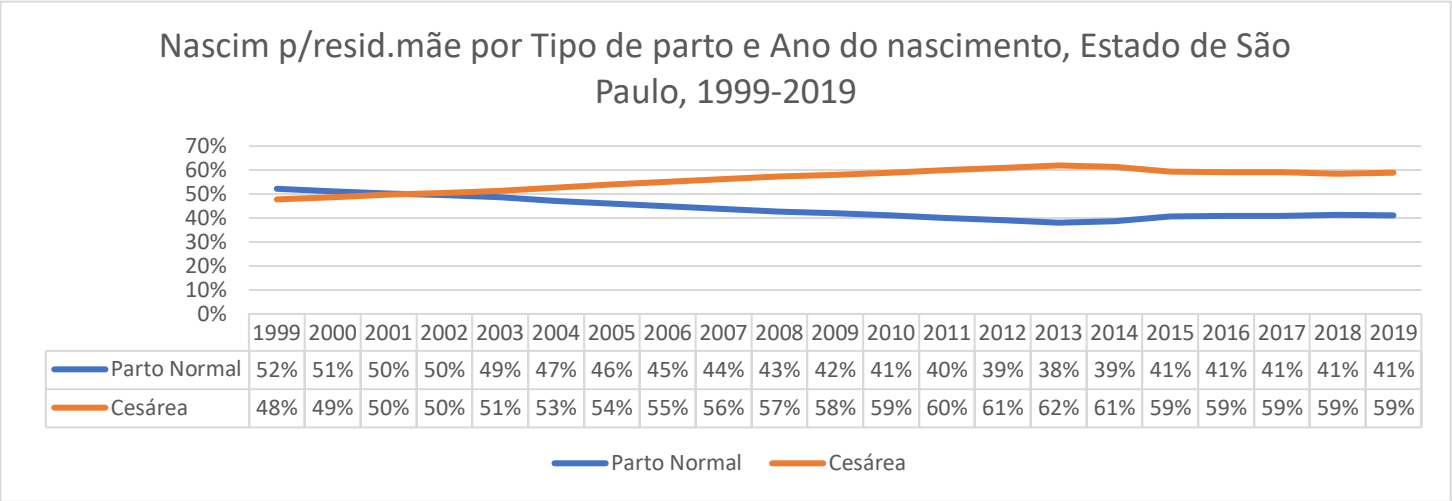
> *Já o Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) defende o projeto de Paschoal, alegando que se opõe à “vilanização” dos partos cesarianas* (2 - Reportagem / Cláudia Collucci – 25/06/2019; grifos meus).

No conjunto analisado, a expressão “vilanização” se confirma no contraponto com o parto normal priorizado no SUS, conforme Lyane Cardoso, representante do Cremesp, em artigo publicado em 13/07/2019:

> *[...] enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS) prossegue uma verdadeira imposição do parto vaginal* (3 – Artigo / Lyane Cardoso – 13/07/2019).

Uma vez que discursos são sempre aqueles que circulam socialmente, muitas vezes formulados como respostas a demandas da sociedade, é importante refletir sobre quem supostamente seria o “vilanizador” da cesárea. Provavelmente os autores desses dois textos se referiam às diretrizes das políticas públicas de saúde vigentes no Brasil que priorizam, baseadas nas boas práticas obstétricas e nas evidências científicas, o parto normal para prevenção da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2005b, 2006; PEREIRA et al., 2018). É o que depreende da afirmação de Cardoso: “[...] há uma insistência pelo parto normal”. Este é, porém, um paradoxo, já que, apesar de todas as políticas de incentivo ao parto normal, as taxas de nascimento, sobretudo em São Paulo, indicam a tendência de aumento das cesáreas e não de partos normais, conforme demonstrado na figura a seguir.

Figura 7 - Nascimentos por residência da mãe, tipo de parto e ano de nascimento – estado de São Paulo, 1999-2019.



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Parto Normal	52%	51%	50%	50%	49%	47%	46%	45%	44%	43%	42%	41%	40%	39%	38%	39%	41%	41%	41%	41%	41%
Cesárea	48%	49%	50%	50%	51%	53%	54%	55%	56%	57%	58%	59%	60%	61%	62%	61%	59%	59%	59%	59%	59%

Fonte: Elaborado pela autora com dados do Sinasc

Outro argumento usado por quem defendia a escolha individual das mulheres pela cesárea era uma leitura equivocada da posição da Organização Mundial da Saúde sobre as cesarianas. Alegando que a política pública brasileira utilizaria uma taxa ideal com base em uma recomendação antiga, a colunista Cecília Machado escreveu:

> *A taxa ideal é recomendação da OMS (Organização Mundial da Saúde) feita em 1985 a partir do limitado conjunto de dados da época. Mais recentemente, em 2014, novo parecer da OMS passou a reconhecer a dificuldade de estipular uma taxa ótima, sugerindo, ao contrário, a necessidade de um esforço para oferecer a cesariana para mulheres que precisam* (7 – Coluna / Cecília Machado – 06/08/2019).

Primeiro, é imperioso assinalar que ao uso do verbo "precisar" não se segue contextualização da orientação da OMS, qual seja, garantir o acesso à cesárea em situações em que ela é estritamente necessária. No caso da lei paulista, não se trata de uma necessidade pautada num agravo e sim em uma escolha subjetiva da mulher, feita num momento de grande vulnerabilidade. Para evidenciar o uso desonesto da recomendação, trago um trecho do resumo com as principais conclusões dos estudos realizados pela instituição (uma revisão sistemática que buscou determinar qual seria a taxa ideal de cesáreas e uma análise dos dados mais recentes de cada país sobre esse assunto).

> Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.
> Nos últimos anos, governos e profissionais de saúde têm manifestado crescente preocupação com o aumento no número de partos cesáreos e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade internacional aponta para a necessidade de reavaliar a recomendação de 1985 sobre a taxa de cesáreas (OMS, 2015, p.1; grifos meus).

Na reportagem "Sem evidência, projeto pró cesárea no SUS vai à votação em SP", de 25/06/2019, essa leitura equivocada reapareceu. Mas dessa vez em um posicionamento do Cremesp:

> *O Cremesp entende que a avaliação da assistência perinatal é multifatorial e não deve se basear em "índices ideais de cesáreas", desconsiderando as indicações médicas e a vontade materna* (2 – Reportagem / Cláudia Collucci – 25/06/2019).

É interessante observar como na retórica utilizada pela entidade são utilizados argumentos validados e compartilhados pela comunidade científica – caso da mencionada avaliação obstétrica e neonatal multifatorial – para reafirmar a autonomia do profissional médico e da mulher em direção à cirurgia cesariana e descredibilizar as recomendações da OMS.

Essa estratégia discursiva visa, ainda, colocar a indicação médica para a cesárea como neutra e especializada, como se ela fosse uma garantia natural da melhor escolha. Ora, sabemos que no Brasil, e provavelmente em outras partes do mundo, muitas indicações médicas são baseadas em falsas ideias – o argumento do cordão enrolado no pescoço do bebê para justificar a via cesariana, por exemplo, é uma fala muito comum e disseminada em nosso país[53]. Além

[53] Circula na internet, desde de 2005, uma lista de indicações de cesariana. Essa publicação surgiu em uma comunidade do Orkut, que posteriormente migrou para o Facebook ("Cesárea? Não, obrigada!") e foi compilada no blog de autoria da médica e pesquisadora Melania Amorim e da obstetriz Ana Cristina Duarte. Essa lista ficou muito conhecida por mostrar as mais diversas "desculpas" para indicações de cesariana. In: AMORIM, M.;

disso, como já mencionado, na saúde suplementar um dos fatores que contribuem para a indicação de cesáreas eletivas é a agenda do profissional médico (TESSER et al., 2011).

No parágrafo seguinte, a representante do Cremesp apresenta o argumento da vontade materna, inclusive trazendo denúncias recebidas pelos conselhos.

> *Ela* [Lyane Cardoso – representante Cremesp] *diz que, desde 2015, o conselho recebeu 70 denúncias, das quais 24 se transformaram em processos éticos, de eventos adversos decorrentes da demora em se realizar cesariana e por complicações da insistência pelos partos vaginais. "Tomamos consciência disso e decidimos apoiar esse projeto de lei", afirma Cardoso* (2 – Reportagem / Cláudia Collucci – 25/06/2019).

Apesar de não ser passível de averiguação (em sua coluna Cardoso informou que esses processos tramitavam sob sigilo), sabe-se que a violência institucional e obstétrica é um grave problema no sistema de saúde nacional, inclusive no sistema privado e independentemente da via de nascimento, aparecendo como pauta desde a década de 1980 (AGUIAR et al., 2020; DINIZ et al., 2015). Nesse sentido, é razoável supor que grande parte das denúncias seja de violência obstétrica, embora tenha ficado claro na reportagem que o conselho resolveu apurar apenas os casos de complicações decorrentes da "demora na indicação de cesariana". Ao usar esse argumento difamatório para apoiar a lei, o Cremesp assumiu a posição de que não se deve insistir no parto normal porque ele pode causar sequelas.

Nesse sentido, é muito interessante observar que na verdade são os apoiadores da Lei da Cesárea, em seus discursos, que vilanizam o parto vaginal e seus defensores, e não o contrário. Social e culturalmente a cesárea ainda é vista como um produto e superestimada em diversos contextos, enquanto o parto normal causa mais estranhamento e medo do que a operação cesariana (KÊNIA, 2016; CARVALHO e SANTOS, 2020).

Se é assim, por que os defensores da Lei da Cesárea insistiram no uso do termo "vilanização"? Porque essa é uma estratégia de desqualificação do oponente, quase como ocorre na polarização. Assim, ao trazer uma situação de forte componente emocional o discurso da vilanização leva à vitimização da prática e, consequentemente, produz no imaginário o sentido

---

DUARTE, A. C. Indicações reais e fictícias de cesariana. **Estuda, Melania, estuda!** [s.d.] [s.l.]. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>. Acesso em: 22 out. 2021.

de que a cesárea é, na verdade, inofensiva. Desse modo, os críticos do projeto seriam realmente os vilões que desmerecem um procedimento cirúrgico "benéfico" para as mulheres, em um jogo discursivo do bem contra o mal.

Retomando o que já expus acima, o doisladismo do discurso jornalístico é complexo e muito difícil de ser rebatido, principalmente no âmbito da saúde, em que não existem lados, bem ou mal, mas, sim, evidências baseadas em consensos científicos. No caso da cesárea, embora disfarçada de argumento científico, a afirmação de que o procedimento é meramente uma questão de escolha e de que ser contra ele é ser contra a vida não encontra respaldo nas evidências. Daí o caráter falacioso do debate proposto pela *Folha*.

No texto de Cecília Machado (06/08/2019) essa perspectiva foi reforçada:

> *Por fim, a recomendação ao parto normal está longe de ser regra absoluta aplicada a toda gestação, mesmo para as de baixo risco* (7 – Coluna/ Cecília Machado – 06/08/2019).

Ao colocar a discussão nesses termos, Machado deu a entender que as pessoas e instituições contrárias ao PL não admitiam outra forma de parto que não o normal. Ora, todas as recomendações, diretrizes e normativas sobre o tema, em primeiro lugar, priorizam uma assistência criteriosa e embasada. Portanto, ao contrário do que afirma a colunista, parto normal não é regra para todas as gestações. Mas, sendo a maioria de risco habitual e sem intercorrências, obviamente espera-se que o modo de nascer também seja aquele que ofereça menos risco.

Essa estratégia discursiva, que cria um inimigo – neste caso, o movimento de humanização do parto, que supostamente "vilaniza" a cesárea – ou coloca o outro como vítima de um processo vil, é muito utilizada no espectro político conservador, conforme pontuam Cavalcanti e Ferreira (2020, p. 1251):

> O discurso organiza-se por completo em torno do acirramento de oposições e antagonismos, passíveis de serem analisados nos sentidos construídos em meio ao seu discurso, isto é, nas escolhas discursivas mobilizadas para nomear (significar) os elementos das oposições fundamentais que marcam as tensões sociais no Brasil contemporâneo. Trata-se da negação do inimigo, a construção de uma imagem de confronto e da afirmação de força política e representatividade para confrontar esse "inimigo".

Nesse sentido, é interessante notar que o discurso de Janaina Paschoal que elegeu como inimigo o parto normal foi encampado e sustentado por apoiadores ouvidos pelo jornal, como o Cremesp.

5.3.3 "Partos Ideológicos": a Saúde Como Estratégia Negacionista

Como já dito, Janaína alcançou relevância política nacional, em 2016, justamente se utilizando, à exaustão, do discurso esquerda *versus* direita, sempre na defesa intransigente do ideário conservador. Seus ataques ao parto normal começaram durante a campanha à Alesp, quando ela disseminava a ideia de uma "nova ideologia" na propagação do parto natural. Em seu canal do YouTube é possível assistir ao vídeo em que ela explica o que seria essa ideologia: "[...] parto natural é lindo. Eu respeito muito essa nova ideologia que chegou" (PASCHOAL, 2018, minuto 2min51s; grifos meus).[54]

É razoável supor que ela sabia que o projeto não se sustentava cientificamente e, por isso, o colocou nos termos de uma briga político-ideológica. Em uma das reportagens, a presidente da Sogesp explicitou essa estratégia:

> *"Virou uma briga política, ideológica. Creio que a deputada saiba que o projeto não tem apoio em evidência científica", afirma a ginecologista Rossana Pulcineli Francisco, presidente da Sogesp"* (3 – Reportagem / Cláudia Collucci – 26/06/2019).

A mesma matéria traz a opinião da deputada sobre uma suposta tentativa de diálogo, apontando uma grande divergência e um posicionamento inflexível:

> *"[...] O diálogo que elas querem é que eu desista. 'Nem a pau!'", escreveu Paschoal em seu Twitter."* [3 – Reportagem / Cláudia Colluci – 26/06/2019]

Essa estratégia de nomear como ideológicos aqueles temas dos quais se discorda tem sido largamente utilizada pela extrema-direita no mundo todo. No Brasil, o caso mais conhecido e estudado é o da "ideologia de gênero", uma nomeação que visa a interditar qualquer discussão

[54] Janina Paschoal - Se a mulher quer fazer parto cesárea é um direito dela! **YouTube**, 11 set. 2018. Disponível em: <https://youtu.be/i1uyPorbi2k>. Acesso em: 13 mar. 2022.

entre jovens, sobretudo nas escolas, em torno de gênero, como papéis sociais de homens e mulheres e sexualidade (REIS e EGGERT, 2017). O uso da palavra ideologia por esses extremistas é sempre no sentido de desqualificar e de reduzir o debate a posicionamentos políticos de grupos, partidos e pessoas[55]. Desse modo, anula-se tudo o que foi estudado, pesquisado e consensuado pela comunidade científica e coloca-se todos os argumentos num mesmo patamar, fazendo parecer que o que existe é apenas um confronto de natureza político-partidária.

A deputada, porém, fez uma aposta arriscada ao dizer que o parto natural é uma "nova ideologia", afinal, desde que o mundo é mundo as pessoas nascem de parto natural. Mesmo assim, ela conseguiu reverberar seu discurso na mídia, como se depreende do artigo de Hélio Schwartsman, que dedica uma coluna à temática sob o título "Partos ideológicos".

> *Ideologia é um troço esquisito. Ela está sempre em busca de novos temas, que levem as pessoas a posicionar-se mais em razão de lealdades de grupo do que de uma análise objetiva do problema* (4 – Coluna / Hélio Schwartsman – 28/06/2019).

Em sua linha de raciocínio, no mesmo texto o jornalista compara aquecimento global, vacinas e cesáreas, dando apenas às duas primeiras *status* de ciência e colocando em dúvida as evidências em torno dos riscos da cesariana:

> *Por vezes, o peso das evidências é tão massacrante que fica pouco espaço para dúvida. É o caso do aquecimento global (é real) e das vacinas (a proteção que proporcionam é muito maior que o risco).*
> *Cesarianas não trazem nada tão extremo. Em grandes populações, o excesso delas tem custo, que vem na forma de mais complicações para a mãe (morte, infecções, hemorragias) e o bebê (morte, prematuridade).*
> *No plano individual, porém, optar pelo procedimento cirúrgico está longe de ser uma roleta-russa. [...]* (4 – Coluna Hélio Schwartsman – 28/06/2019; grifos meus).

[55] O uso da palavra "ideologia" foi muito intenso na campanha presidenciável brasileira de 2018, sendo o "kit gay" um dos principais desdobramentos desse regime discursivo e uma das maiores distorções da realidade, impactando diretamente o resultado das eleições, que ficaram marcadas pela disseminação massiva de desinformação e *fake news* pelas redes sociais, notadamente pelo aplicativo WhatsApp. Para mais informações sobre esse fenômeno, ver: CERIONI, C. **A eleição do "kit gay"**. Disponível em: <https://exame.com/brasil/a-eleicao-do-kit-gay/>. Acesso em: 31 mar. 2022.

A abordagem é muito interessante porque nela Schwartsman, para justificar uma eventual controvérsia, cria duas categorias de evidências científicas, as que podem ser questionadas e as que não podem. Para ele, as evidências que associam as cesáreas a um maior risco para a saúde da mulher e do bebê não se sustentavam porque essa associação só seria observada em estudos com grandes populações. Será que é da epidemiologia que ele duvida? Se sim, como explicar que o autor aceite as evidências que validam cientificamente as vacinas que, majoritariamente, resultam de pesquisas epidemiológicas – a própria noção de imunidade de rebanho, dada pela epidemiologia só se aplica a processo de vacinação em massa. A sua argumentação guarda uma contradição evidente: se as complicações acontecem em nível populacional, obviamente elas também acontecem no nível individual. É difícil acreditar que um colunista experiente como ele não entenda que os dados populacionais são o resultado dos dados de casos individuais compilados.

Podemos pensar que sua escolha por negar as evidências científicas contra a cesárea indiscriminada pode ter sido influenciada pela forte tendência à naturalização da prática (NAKANO, BONAN e TEIXEIRA, 2015). Outro viés pode ter sido o discurso neoliberalizante das liberdades individuais, já que ele termina o texto argumentando que "[...] não é absurdo transferir a decisão final [sobre o tipo de parto] para a mulher".

Além disso, parece-nos evidente que a escolha retórica pelo termo "roleta russa" indica que Schwartsman não somente minimiza os riscos associados à cesárea como busca desqualificar os argumentos contrários aos dele. Afinal, para o jornalista, "[...] os efeitos negativos se dão em escala tão incremental que só se tornam visíveis em grandes populações". Essa afirmação é uma clara demonstração de que o autor nega as evidências científicas – e não conhece o cenário obstétrico brasileiro, que é marcado por desigualdades relacionadas diretamente com as complicações da cesárea (FREITAS e SAVI, 2011), inclusive as eletivas, que apresentam maior risco para a saúde das mulheres e crianças (FERRARI et al., 2020).

Parece que a defesa da lei se tornou um ponto muito importante para o colunista, já que ele voltou ao tema apenas três dias depois. Lançando mão do argumento da ideologização do parto, afirmou que a recusa ao projeto vinha da "esquerda", como se o movimento de humanização fosse um todo homogêneo:

> *É* estranho que a esquerda, *que defende o direito ao aborto sob o corretíssimo argumento de que a mulher deve ter soberania sobre seu útero, não reconheça a autonomia individual na definição da via de parto, fazendo campanha permanente contra o chamado excesso de cesarianas* (12 – Coluna / Hélio Schwartsman – 31/08/2019; grifos meus).

Para o jornalista, haveria por parte da esquerda uma "[...] campanha permanente contra o chamado excesso de cesarianas". Não é possível saber a quem ele estava chamando de esquerda nem com quem dialogava. Pelo uso do termo "campanha" podemos hipotetizar que ele estivesse se referindo a campanhas de saúde pública realizadas nos governos Lula e Dilma. Mas esse argumento também não se sustenta porque, como expliquei no primeiro capítulo desta tese, os esforços para diminuir as cesárias desnecessárias e incentivar o parto normal emergiram muito antes, em meados da década de 1990, na gestão de Fernando Henrique Cardoso.

Por fim, é muito interessante observar como nos dois textos de Schwartsman há um alinhamento com o discurso da deputada Janaina Paschoal, ambos reduzindo o debate a uma disputa ideológica. Ademais, o jornalista parece utilizar a polarização direita *versus* esquerda, tão presente durante a tramitação e a aprovação da lei, para reduzir os argumentos contrários à cesariana como escolha individual a uma "ideologia de esquerda".

Do ponto de vista da interanimação, é importante lembrar que o editorial também dialogou com outros textos publicados do jornal, endereçando um intertexto àqueles que eram contrários à lei:

> *Há quem condene que certas mulheres prefiram a cirurgia ao parto normal por conveniência ou temor das eventuais sequelas da via natural. Os motivos seriam fúteis, julgam não poucos* (13 – Editorial – 04/09/2019 – grifos meus).

5.3.4 Os Críticos Da Lei

Apenas o texto de Vera Iaconelli destacou o simplismo da abordagem da escolha na cobertura da *Folha*, apontando porque essa lógica não deveria ser aplicada ao campo da saúde:

> *O tipo de parto não está num cardápio a ser escolhido para conforto do consumidor ou do médico* (10 – Coluna / Vera Iaconelli – 27/08/2019).

Na metáfora do “cardápio” está sintetizada a ideia-força da sua crítica à questão redutora da “escolha”, que, como dito anteriormente, teria repercussões no curto, médio e longo prazo, nos níveis individual e coletivo. Nesse sentido, há de se considerar as diversas esferas envolvidas nas escolhas em saúde, principalmente na maternidade, que é um campo complexo e multifacetado (GOLDBERG, 2009).

A lei proposta tem um agravante muito sério. O texto aprovado diz que é direito da parturiente escolher a via de nascimento no momento do parto e não se refere a nenhuma preparação anterior. Ocorre que quando a mulher entra em trabalho de parto inicia-se uma fase de extrema vulnerabilidade, para ela e para a sua família, o que complexifica ainda mais a tomada de decisão.

> *O texto é tão mal construído que coloca a parturiente, ou seja, a mulher parindo, para decidir. Algo como perguntar a opinião do atleta olímpico sobre o futuro do esporte durante a prova* (10 – Coluna / Vera Iaconelli – 27/08/2019).

Na obstetrícia, estudos apontam que as conversas sobre as decisões compartilhadas devem começar durante o pré-natal e continuar ao longo do trabalho de parto e nascimento. Principalmente, deve buscar um diálogo horizontal, de igualdade discursiva, facilitado pelo profissional de saúde, sempre ancorado no conhecimento científico (BEGLEY et al., 2019). Em especial porque essa questão torna-se um problema quando as crenças pessoais se sobrepõem às indicações de cesárea (PANDA, BEGLEY e DALY, 2018; PANDA et al., 2019).

Assim, o discurso que atribui à mulher e seus familiares a escolha sobre o tipo de parto está ancorado no que a filósofa Annemarie Mol denomina lógica da saúde como mercadoria. E, definitivamente, não é resultado de decisões compartilhadas entre as gestantes e os profissionais de saúde, que deveriam pautar o processo decisório em saúde (SPINK, 2015).

5.3.4.1 A Falácia do Argumento de Escolha

Vera Iaconelli tece comentários que ajudam a desconstruir o argumento central do projeto de lei, qual seja, o direito de escolha:

> *Para quem, como eu, se engaja na luta feminista, qualquer alusão ao direito de escolha da mulher soa irrecusável. No entanto, trata-se de*

> *uma falsa escolha baseada em falsas premissas* (10 – Coluna / Vera Iaconelli – 27/08/2019).

Apesar de breve, esse texto faz uma leitura muito ampla da Lei da Cesárea. Seus principais argumentos já haviam sido trazidos por especialistas em textos anteriores, mas Iaconelli os apresenta de forma ligeiramente mais simples e direta. Por exemplo, ao invés de citar porcentagens ela descreve a dinâmica:

> *A mulher é levada a crer que a cirurgia é, de saída, o melhor procedimento* [cesariano] (10 – Coluna / Vera Iaconelli – 27/08/2019).

Dessa forma, me parece que a colunista "eleva" o debate para outra dimensão, indo ao cerne da questão, que é a qualidade da assistência. Essa construção evita a redução da discussão a um determinado desfecho, como a via de parto.

Sobre esse aspecto, é importante lembrar ainda que a sociedade brasileira é altamente medicalizada, tendo a cesárea por muito tempo sido "vendida" discursivamente, pelas mídias e por profissionais de saúde, como um procedimento simples e seguro. Daí a dificuldade de desconstruir esse argumento, que se firma entre as mulheres como um ideal de consumo (CHANCHAN, 2012; ROCHA e FERREIRA, 2020).

5.3.4.2 Os Argumentos Científicos Sobre o Nascimento

Os discursos críticos à Lei da Cesárea apresentaram argumentos majoritariamente baseados nas evidências científicas, na saúde pública e nos direitos humanos. De modo geral, ressaltaram a importância da segurança e do bem-estar de gestantes e bebês.

Nessa crítica, tanto nas reportagens quanto nas colunas, os argumentos da ciência e as resoluções de instituições de saúde reconhecidas foram utilizados como aliados, sendo por isso classificados como argumentos de autoridade (LATOUR, 2000). No caso das matérias ora analisadas, essa autoridade foi expressa por instituições como Sogesp, Coren, Nudem e OMS, além de profissionais de saúde, como médicas e obstetrizes, aparecendo de modo mais evidente nas reportagens de Cláudia Collucci, no artigo de Larissa Flosi e na coluna de Vera Iaconelli.

Desde o primeiro texto os argumentos científicos são utilizados para explicar as principais controvérsias do PL:

> *A deputada e seus fervorosos asseclas fazem truques de ilusionismo: porque não sabem lidar com a verdade, procuram desvirtuar argumentos e desqualificar adversários. Em vão. A recomendação do parto normal encontra sólido esteio na melhor literatura médica, nas organizações internacionais e nos dados estatísticos da ampla maioria dos países desenvolvidos* (6 – Artigo / Larissa de Freitas Flosi – 13/07/2019).

Do conjunto analisado, apenas o Cremesp e sua representante, Lyane Cardoso (cujo artigo defendendo a lei foi publicado em 13/07/2019), argumentaram a favor do projeto de lei. Todas as outras pessoas e instituições se posicionaram contra. No quadro a seguir estão descritos esses posicionamentos, por ordem de aparição nas matérias.

Quadro 9 - Lista de pessoas e instituições se posicionaram contra a Lei da Cesárea.

Apresentam posicionamentos contrários a lei
Rosana Pulcineli Vieira Francisco, ginecologista, professora da USP e presidente da Sogesp
Ana Cristina Duarte, obstetriz e idealizadora do Siaparto
Simone Diniz, médica e professora da Faculdade de Saúde Pública da USP
Sogesp (Associação de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo)
Larissa de Freitas Flosi, médica obstetra do Coletivo Nascer e representante da pauta no Sindicato dos Médicos de São Paulo
Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria Pública Estadual (Nudem)
Paula Sant'Anna Machado de Souza, defensora pública
Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Lenir Santos, advogada, doutora em saúde pública pela Unicamp
Consems (Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo)

Fonte: elaborado pela autora a partir das matérias selecionadas

Para tanto, foram utilizados números, estatísticas e pesquisas, bem como mencionadas outras autoridades em saúde, como a OMS e o Ministério da Saúde:

> *A OMS (Organização Mundial da Saúde) considera que a taxa ideal seja entre 10% a 15% dos partos e recomenda que a cirurgia seja indicada apenas por razões médicas* (1 – Reportagem / Cláudia Collucci – 11/06/2019).

> *Segundo o estudo Nascer no Brasil (2014), 70% das brasileiras gostariam de ter um parto normal, mas poucas o realizam. Na rede pública, as cesáreas respondem por 46% do total de nascimentos. No setor privado, inacreditáveis 88%* (...) *A restrição da cesariana aos casos em que se mostre necessária tem base em extensa e consolidada literatura, que demonstra que tal cirurgia, quando prescindível, pode agregar riscos para gestante e bebê* (6 – Artigo / Larissa de Freitas Flosi – 13/07/2019).
>
> *[...] e que já existe portaria do Ministério da Saúde, de 2016, definindo as regras relação ao parto cesariano* (11 – Reportagem / Cláudia Collucci – 29/08/2019).

Além disso, as matérias utilizaram como fonte profissionais de saúde e pesquisadores reconhecidamente críticos à lei:

> *Para Simone Diniz, médica e professora da Faculdade de Saúde Pública da USP, a aprovação do projeto de Paschoal vai na contramão de todas as evidências científicas mundiais existentes sobre segurança de mães e bebês* (8 – Reportagem / Cláudia Collucci – 14/08/2019).

Na última reportagem analisada, publicada após o julgamento no TJ/SP, é possível ver como as evidências científicas foram destacadas novamente:

> *Porém, a Lei nº 17.137/2019 [lei da cesárea] e as justificativas apresentadas para sua criação não são condizentes com as evidências científicas existentes.*
> *Na defesa do seu projeto, a deputada Janaína Paschoal sempre justificou que a lei aumentava a autonomia da mulher e poderia diminuir a mortalidade materna e de bebês (argumento não sustentado pelas evidências científicas)* (14 – Reportagem / Cláudia Collucci – 02/07/2020).

Apesar do inegável esforço para apresentar a perspectiva da ciência, principalmente nas reportagens, a impressão é que os textos não foram capazes de traduzir esses discursos. No caso específico da reportagem 14, acima destacada, a mera menção às evidências, às estatísticas e à OMS não indica a assimilação da informação pelo público. Ao contrário, essa gramática hermética dos especialistas parece circunscrever o diálogo a um público letrado, o da academia.

E é nesse ponto que a estratégia discursiva dos apoiadores da lei se diferencia: o argumento da escolha, simples e direto, possivelmente tem maior impacto no cotidiano.

Seja qual for a estratégia, porém, entendemos que ela tem diversas repercussões e consequências para a saúde de mulheres e também de seus bebês. A seguir, apresentamos algumas delas.

5.3.4.3 As Repercussões da Cesárea na Saúde das Mulheres e dos Bebês

A cesárea é um procedimento médico de médio/grande porte a partir do qual podem surgir outros problemas e complicações de saúde (OMS, 2015). Por isso, depende de indicação clínica, entendida como a avaliação de todas as circunstâncias, de todos os riscos e de todos os benefícios envolvidos. As reportagens de 11 e 25 de junho elencam alguns desses eventos:

> *Segundo Rossana Francisco, as cesáreas de repetição também estão associadas a um maior risco de acretismo placentário — quando a placenta se adere à parede do útero* (1 – Reportagem / Cláudia Collucci – 11/06/2019).
>
> *Esse fato também não foi analisado de forma adequada, inclusive com planejamento sobre seu impacto em relação às complicações da cesariana como maior risco de hemorragia e infecção (...) um projeto de lei que aumenta as taxas de cesarianas e, com isso, traz mais as chances de hemorragias e de morte materna, não irá colaborar para a melhoria da saúde das mulheres e pode ainda colocá-las mais em risco* (2 – Reportagem / Cláudia Collucci – 25/06/2019).

Acretismo placentário, hemorragia, infecção e morte materna são algumas das complicações mais comuns da cirurgia cesariana corroboradas pela literatura médica, que inclui também futura subfertilidade e vários riscos subsequentes de gravidez, como placenta prévia, ruptura uterina e natimorto (SOBHY et al, 2019; KEAG, NORMAN e STOCK, 2018; SANDALL et al., 2018; MASCARELLO, HORTA e SILVEIRA et al., 2017). Tais estudos reforçam que esses desfechos da cesárea ocorrem mesmo em países de alta renda (KEAG, 2018), sendo as taxas de morte materna e perinatal após cesarianas consideravelmente maior nas nações de baixa renda (SOBHY et al, 2019), sobretudo em razão das desigualdades sociais e econômicas que marcam sua estrutura social (FREITAS e SAVI, 2011).

No que diz respeito às consequências da cesariana para os recém-nascidos, a reportagem 1 citou prematuridade, problemas respiratórios e desenvolvimento de doenças crônicas, como obesidade e diabetes.

> *No Brasil, a taxa de prematuridade (11,5%) é quase duas vezes superior à observada em países europeus. Segundo especialistas, em muitos casos, os bebês são retirados antes do tempo correto, por conta de cesarianas agendadas ou por avaliação incorreta da idade gestacional.* (...) *Além de riscos a curto prazo ao bebê, como prematuridade e problemas respiratórios, as pesquisas mostram que os nascidos antes de 40 semanas poderão ter mais doenças crônicas no futuro, como obesidade e diabetes* (1 – Reportagem / Cláudia Collucci – 11/06/2019).

Aqui também vários estudos indicam que o nascimento a termo precoce (entre 37 e 39 semanas) está associado ao aumento de intervenções e cuidados hospitalares. Tais eventos redundam em maior risco de morte neonatal e taquipneia transitória – conhecida como síndrome do pulmão úmido (DAHLEN et al, 2013) e complicações hepáticas e respiratórias (BUCKLEY, 2015; SANDALL et al, 2018).

Às complicações neonatais da cesárea associa-se uma série de consequências de longo prazo, entre as quais risco aumentado de doenças crônicas, como asma, diabetes, obesidade, hipertensão, artrite, problemas neurológicos e alergias, até certos tipos de câncer (MARTÍNEZ-NADAL et al., 2014; DAHLEN et al., 2014; GUTVIRTZ et al., 2018; SCLOWITZ e SANTOS, 2006; LEUNG et al., 2016; THOMOPOULOS et al, 2016; PAZ et al, 2017;). Estudo brasileiro recente demonstrou que bebês de mulheres classificadas no grupo 1 a 4 de Robson (com baixas taxas esperadas de cesárea) nascidos por cesariana tiveram uma taxa de mortalidade 25% maior nos primeiros cinco anos de vida em comparação com aqueles nascidos de parto normal. Por outro lado, nas situações em que havia indicação médica a cesárea esteve associada à redução dos óbitos (PAIXAO et al., 2021). Tais achados indicam a importância de uma boa avaliação e do acompanhamento de profissional para a via de parto.

No caso da cobertura jornalística, é interessante observar que o tempo todo os argumentos críticos dialogaram com as vozes favoráveis à lei. Essa interanimação dialógica aparece em diferentes argumentos, como na reportagem em que a presidente da Sogesp diz que

o argumento de que o parto normal causaria paralisia cerebral é falso por não ter sustentação nas evidências.

> *Não há evidência na literatura médica de que o parto normal esteja associado a um maior risco de paralisia cerebral. Ao contrário, há dados que comprovam que o aumento nas taxas de cesariana não muda a ocorrência de paralisia cerebral", diz a ginecologista e professora da USP Rossana Pulcineli Vieira Francisco, presidente da entidade* (8 – Reportagem / Cláudia Collucci – 14/08/2019).

5.3.4.4 Realizar a Escolha no Momento do Parto – Implicações da Situação de Vulnerabilidade

A mudança no texto do projeto de lei foi apresentada na reportagem de 23/08/2019, após sua aprovação na Assembleia Legislativa, destacando uma alteração: a mulher só poderia solicitar a cesárea caso estivesse em trabalho de parto.

> *A redação final do projeto, de autoria da deputada Janaína Paschoal (PSL), passou a tratar apenas da parturiente (mulher em trabalho de parto), o que, na opinião de especialistas, aumenta o risco de complicações* (9 – Reportagem / Cláudia Collucci – 23/08/2019).

Embora determinasse que a gestante assinasse um termo de consentimento livre e esclarecido, o texto legal não dizia em qual momento isso deveria acontecer. E três matérias publicadas em 2019 destacaram esse ponto nebuloso.

> *Outro questionamento da Sogesp em relação ao projeto é o fato de ele garantir que a escolha da cesariana possa ser feita, inclusive, no momento do parto. "É muito complicado fazer isso entre uma contração e outra. Para que haja de fato um exercício da autonomia, os riscos e benefícios das opções precisam ser discutidos durante o pré-natal", explica Francisco* (3 – Reportagem / Cláudia Collucci – 26/06/2019).
>
> *Só há autonomia se a manifestação de vontade for livre e informada. Inexistindo garantia de cuidado e assistência digna, nenhuma mulher estará em condições de exercer sua autonomia, seja qual for o seu desejo* (6 – Artigo / Larissa de Freitas Flosi – 13/07/2019).

> *O texto é tão mal construído que coloca a parturiente, ou seja, a mulher parindo, para decidir. Algo como perguntar a opinião do atleta olímpico sobre o futuro do esporte durante a prova* (8 – Coluna / Vera Iaconelli – 27/08/2019).

Sobre a questão da decisão informada, aqui desenvolvo outra noção, que diz respeito à vulnerabilidade da gestante no momento do trabalho de parto e como esse é um aspecto problemático da lei. No Brasil, o modelo do nascimento é predominantemente tecnocrático, medicalizado e hospitalocêntrico, o que significar dizer que ele geralmente ocorre num hospital, assistido em sua maioria por médicos. Sob tal modelo as intervenções e o uso de recursos medicamentosos e tecnológicos (ocitocina e cesárea, por exemplo) são priorizados.

O nascer nessas circunstâncias acaba sendo bastante mecanizado, e a autonomia, os desejos e as escolhas da mulher, ignorados. Esse cenário é agravado por relações desiguais e violências institucional (AGUIAR et al., 2020) e obstétrica (DINIZ et al., 2015), racial (THEOPHILO, RATTNER e PEREIRA, 2018; ALVES et al, 2021), de gênero (ROHDEN, 2001; TRAJANO e BARRETO, 2021) e de relações de poder (ESCOBAL et al, 2021). A mulher que acaba tendo de se adaptar ao processo e aos espaços institucionais, nos quais majoritariamente não há qualquer margem de negociação. Nesse cenário, resta a ela apenas a submissão, que muitas vezes transforma o nascimento em um momento de enorme insegurança, incerteza e vulnerabilidade.

A partir de reflexões sobre os contextos de nascimento, Bianca Zorzam (2013) discute a questão das "escolhas sob constrangimento". Ela argumenta que, independente da via de parto, vaginal ou cirúrgico, essa escolha é atravessada por interferência e vieses de gênero, sob a influência de "[...] cultura da alta valorização da tecnologia e da submissão feminina diante do conhecimento médico-científico" (ZORZAM, 2013, p. 198).

Num país em que 52% dos nascimentos acontecem via cesariana, com altas taxas de mortalidade materna, com práticas excessivamente intervencionistas, altos índices de violência obstétrica, pedir para a mulher decidir, muitas vezes sozinha, pela via de parto no momento do nascimento, além de desrespeitoso, pode ser angustiante, como observou Vera Iaconelli (10 – Coluna – 27/08/2019): "Algo como perguntar a opinião do atleta olímpico sobre o futuro do esporte durante a prova". Por isso, para evitar que as mulheres sejam colocadas em situação de vulnerabilidade, leis e políticas públicas deveriam priorizar mecanismos para fortalecer a

prática da maternidade segura, com foco em decisão informada e melhoria na qualidade da assistência obstétrica.

5.3.4.5 As Recomendações da OMS para Redução do Número de Cesáreas

Como já mencionado, a luta do Brasil contra as altas taxas de cesárea data do início dos anos 1990 (FAÚNDES e CECATTI, 1991), tendo sido baseada em um relatório da Organização Mundial da Saúde publicado em 1985 e atualizado em 2015. Essa questão merece uma reflexão, dado o uso dos argumentos da OMS em diferentes matérias.

> *A OMS (Organização Mundial da Saúde) considera que a taxa ideal seja entre 10% a 15% dos partos e recomenda que a cirurgia seja indicada apenas por razões médicas* (1 – Reportagem / Cláudia Collucci – 11/06/2019; grifos meus).
>
> *Segundo país com maior taxa de cesáreas do mundo, só perdendo para a República Dominicana (56%), o Brasil está muito longe de atingir as recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde), que considera que somente entre 10% a 15% dos partos sejam cirúrgicos e indicados apenas por razões médicas* (2 – Reportagem / Cláudia Collucci – 25/06/2019).
>
> *A OMS (Organização Mundial da Saúde) recomenda que somente entre 10% a 15% dos partos sejam cirúrgicos e indicados apenas por razões médicas* (3 – Reportagem / Cláudia Collucci – 26/06/2019).
>
> *No Brasil, porém, essa via de parto responde por 55% do total de nascimentos, na contramão do que declara a OMS, cuja recomendação é a de que essa taxa não supere 20%. Se há "obstinação", ela não está refletida nas estatísticas* (6 – Artigo / Larissa de Freitas Flosi – 13/07/2019).
>
> *Organização Mundial da Saúde é muito clara ao revelar que países com taxas de cesarianas acima de 15% sofrem do mesmo mal. O Brasil emplacou a escabrosa marca de 56%, sendo o segundo no ranking mundial. Por ausência ou excesso, os riscos são igualmente elevados* (10 – Coluna / Vera Iaconelli – 27/08/2019).

As principais conclusões do relatório citado nas matérias são:

1. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
2. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
3. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.
4. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.
5. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

O documento da OMS inclui, ainda, recomendações sobre o uso da Classificação de Robson (explicado em detalhes no capítulo 2), com o intuito de aprimorar e fazer uma avalição mais efetiva sobre a indicação de cesárea. Dessa forma, a instituição busca cada vez mais estimular indicações de partos cirúrgicos caso a caso. Assim, o que a OMS pretendeu com essas recomendações foi limitar as cesáreas aos nascimentos com indicações clínicas, orientadas pela classificação de Robson, oferecendo o melhor tipo de assistência para cada perfil obstétrico.

5.3.4.6 A Inviabilidade da Lei para SUS

O argumento econômico, que mensura os impactos e custos da Lei da Cesárea, aparece na primeira matéria, mas não é desenvolvido ao longo dos textos seguintes. Ele só retorna com força no mês de agosto, após a sanção do governador João Doria, como evidenciado nos excertos a seguir.

> *"A lei mexeria com toda a estrutura dos serviços públicos municipais e estaduais. De onde sairá o dinheiro para operar um monte de mulheres se o SUS sofre cortes cada vez maiores? Só na cidade de São Paulo são feitos 150 mil partos por ano", questiona a obstetriz Ana Cristina Duarte e idealizadora do Siaparto (Simpósio Internacional de Assistência ao Parto)* (1 – Reportagem / Cláudia Collucci – 11/06/2019).
>
> *[...] é muito importante que os órgãos públicos se* responsabilizem pela estruturação dos serviços de saúde *para atender a nova lei. "Será necessária a* contratação *de mais obstetras, anestesistas e* aumento *do número de leitos de obstetrícia", disse ela. (...) A gestão Doria não comentou se haverá aporte de verbas no orçamento da saúde paulista para absorver um eventual aumento de cesáreas no SUS. A nova lei*

> *também prevê oferta de analgesia farmacológica e não farmacológica na hora do parto* (9 – Reportagem / Cláudia Collucci – 23/08/2019)

As colunas e o editorial também abordaram essa questão:

> *E mais, o Brasil mal consegue oferecer a analgesia prevista em lei no parto vaginal, que dirá cirurgia* (10 – Coluna / Vera Iaconelli – 27/08/2019).
>
> *Doria, contudo, cometeu um erro ao sancionar a lei sem uma avaliação do impacto da medida. [...] já que num mundo de recursos finitos como é o do SUS, toda decisão precisa ser justificada à luz de uma análise de custos e benefícios* (12 – Coluna / Hélio Schwartsman – 31/08/2019).
>
> *Por fim, cabe registrar que o governador João Doria (PSDB) sancionou a lei sem que se conheça estudo projetando qual seria o custo da extensão dessa escolha para gestantes atendidas nos hospitais do estado. Na rede pública, a oferta de serviços precisa estar condicionada aos recursos disponíveis* (13 – Editorial – 04/09/2019).

Os argumentos justificando uma análise criteriosa sobre custos e benefícios são extremamente importantes. Apesar de Cecília Machado questionar o financiamento público para as cesáreas a pedido, ela entendeu que o procedimento traria mais benefícios do que custos, embasando sua opinião em um estudo realizado na Califórnia.[56]

> *Artigo de David Card, Alessandra Feniza e David Silver, usando dados da Califórnia, em estratégia convincente para medir relação de causa e efeito, encontra que o procedimento cirúrgico nesses casos exibe benefícios muito maiores que custos, refletidos em melhores indicadores de saúde ao nascimento e menores taxas de internação e mortalidade, ainda que o bebê tenha maior chance de desenvolver problemas respiratórios* (7 – Coluna / Cecília Machado – 06/08/2019).

Ocorre que, ao analisar a publicação, percebi que esse "artigo" era apenas um relatório da pesquisa e não foi publicado em uma revista indexada nas bases de dados científicas tampouco passou por revisão por pares, que é o caminho canônico percorrido por pesquisadores reconhecidos em suas áreas. Trata-se de um *working paper* [documentos de trabalho], um tipo

[56] CARD, D.; FENIZIA, A.; SILVER, D. The health effects of cesarean delivery for low-risk first births. **Econbiz**, [s.l.], n. w24493, 2018 Apr. Disponível em: <https://www.econbiz.de/Record/the-health-effects-of-cesarean-delivery-for-low-risk-first-births-card-david/10012453222>. Acesso em: 10 mar. 2022.

de texto que pode ser classificado como literatura cinzenta[57]. Embora existam documentos e relatórios muito interessantes nesse tipo de literatura, eles ainda não foram referendados pela comunidade científica e, portanto, seu conteúdo não é consensual. Isso implica dizer que esses textos podem ser utilizados pela ciência, desde que explicitadas e reconhecidas as suas limitações.

Além disso, ao usar apenas uma referência de literatura cinzenta para embasar seu argumento, Machado ignorou uma vasta produção validada por pares e publicada em revistas científicas de prestígio nacional e internacional nas áreas da saúde pública e da saúde da mulher que refutam os termos da Lei da Cesárea.

Por outro lado, inúmeros estudos avaliam os impactos financeiros nos serviços de saúde, especialmente no SUS, mostrando a dificuldade de manutenção e financiamento de serviços e instituições (MENDES e RÓZSA FUNCIA, 2016). Qualquer lei ou portaria deve ser avaliada quanto aos desdobramentos diretos e indiretos sobre o orçamento e a atenção prestada à população (ALESP, 2022). Embora já exista amparo legal para assegurar o direito a uma assistência humanizada e baseada em evidências nos estabelecimentos públicos de saúde do estado de São Paulo (Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015, cujo texto foi atualizado pela Lei nº 17.431, de 14 de outubro de 2021), ainda é muito difícil encontrar maternidades e hospitais que segam as diretrizes recomendadas. Por exemplo, há muitos relatos de dificuldades de acesso à analgesia por parte das mulheres, principalmente em lugares com menos recursos e infraestrutura (LEAL et al., 2019; 2014). Esse cenário suscita a pergunta: como garantir o mínimo quando há tanta resistência por parte das instituições?

Nesse sentido, é extremamente importante uma análise prévia dos termos que fundamentam uma lei, como apontou a reportagem de 25/06/2019:

> *"Sem dados concretos, tomar decisões e propor projeto de lei sobre um evento extremamente grave, mas pouco frequente e de causa multifatorial é muito temeroso e de certa forma irresponsável com a*

[57] Os tipos de documentos de literatura cinzenta em formatos impressos ou eletrônicos podem incluir: pesquisas e relatórios técnicos, briefings e revisões, avaliações, documentos de trabalho, documentos de conferências, teses, dissertações e conteúdo multimídia. São documentos importantes e valiosos na produção de conhecimento e difusão de informação. Contudo, se diferem da produção científica por não passarem pela avaliação entre pares. Fonte: ASPA – American Society for Public Administration. **Working papers and grey literatures**. Disponível em: <https://www.aspanet.org/ASPA/ASPA/Student-New-Professionals/PA-Gateway/Working-Papers-Grey-Literatures.aspx>. Acesso em: 13 mar. 2022.

> *saúde pública", afirma Rossana Francisco* (2 – Reportagem / Cláudia Collucci – 25/06/2019).

Em saúde não se fala simplesmente de custos com insumos, salas e tecnologia disponível ou recursos humanos. A questão do financiamento deve ser avaliada segundo custo-efetividade, pois nem sempre as práticas mais caras trazem mais benefícios, e vice-versa. É importante olhar para o parto e nascimento sob essa ótica, extrapolando a ideia simplista do custo. À luz de uma gestão comprometida com a qualidade, deve-se focar na efetividade da prática e nos impactos diretos que ela terá sobre a saúde dos indivíduos e da coletividade. Da mesma forma, não se pode entrar na lógica de mercado que reduz a discussão à quantidade de recursos e tecnologia (no caso, tecnologia dura) disponíveis. É preciso colocar na balança tanto os aspectos do custo-efetividade como dos benefícios-malefícios.

Por exemplo, uma pesquisa desenvolvida em duas maternidades do SUS, uma no Rio de Janeiro e outra em Minas Gerais, comparou o custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva em gestantes de risco habitual (ENTRINGER et al., 2018). Além de demonstrar que o parto normal tem menor custo (R$ 1.709,58) que a cesárea eletiva (R$ 2.245,86), o estudo também indicou o primeiro procedimento como o de melhor efetividade, na maioria dos desfechos avaliados. Já em uma análise epidemiológica ficou demonstrado que as consequências de morbimortalidade aumentam de acordo com o número de cesáreas – quanto mais cesarianas, maiores os efeitos de curto e longo prazo para a saúde materna e infantil (SANDALL et al., 2018).

Essa perspectiva não foi considerada no PL apresentado à Alesp. Conforme explicado anteriormente, o projeto tramitou em regime de urgência e, por isso, não passou pelo número de comissões regulares. Esse esvaziamento redundou numa lacuna orçamentária, que embasou inclusive o pedido de impugnação da lei:

> *Entre os argumentos levantados pela ação do PTB estão a falta de competência do estado em legislar sobre tema que seria federal, o aumento de despesa pública sem que tenha sido especificado de onde virão os recursos no orçamento e a adoção de uma política pública que colocaria a mulher e a criança em maior risco* (11 – Reportagem / Cláudia Collucci – 29/08/2019).

Importante dizer que o orçamento público no Brasil é regido por uma série de leis que têm como objetivo instrumentalizar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas. Esses mecanismos são conhecidos como Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). No caso da saúde, o orçamento está diretamente relacionado com os objetivos e metas dos Planos de Saúde e das Programações Anuais de Saúde (FUNCIA, 2019), elaborados pela administração pública e discutidos e aprovados nos Conselhos de Saúde.

Isso quer dizer que qualquer impacto orçamentário deve ser analisado à luz dos recursos disponíveis e dos objetivos e metas estabelecidos em acordos sociais e pactuações. Assim, antes de ser aprovada, uma lei deve passar por intensas rodadas de debates e discussões nas casas parlamentares, que representam os interesses da sociedade.

5.4 REFLEXÕES SOBRE A COBERTURA DA *FOLHA DE S.PAULO*

A análise nos permitiu concluir que o jornal adotou uma posição de defesa da Lei da Cesárea. Esse posicionamento ficou realmente explícito quando o tema chegou ao editorial, em texto que, apesar de reconhecer as implicações do projeto no sistema público de saúde, principalmente financeiras, legitimou a tese central da deputada Janaina Paschoal, qual seja, reduzir a saúde reprodutiva apenas a um aspecto, a escolha das mulheres pela via de nascimento.

Nas reportagens, a jornalista Cláudia Collucci esforçou-se para ampliar o debate, dando voz às autoridades do campo da saúde para discutir os problemas da lei e os riscos dos partos cirúrgicos sem indicação médica. Mas, como ela trazia também os argumentos favoráveis à lei, numa tentativa de mostrar os dois lados da questão, as evidências científicas e os conhecimentos especializados muitas vezes ficaram equivalentes a argumentos ancorados na desinformação. Esse é um dos problemas da cobertura jornalística de saúde que esta pesquisa permite ressaltar. Nesse campo, as questões não podem ser abordadas na perspectiva do doisladismo porque, uma vez demonstradas e validadas, as evidências representam o consenso da ciência em um determinado momento. Nessa perspectiva, o “outro lado” seria de quem nega essas evidências. Assim, se os jornalistas pretendem continuar produzindo informações orientados pela premissa dos dois lados da notícia, é importante que explicitem que o outro lado está negando as evidências aceitas e se baseando em opiniões, falácias, factoides.

No caso ora analisado, apenas dois colunistas assumiram uma postura crítica, assentada em evidências. Se, como já dito, os colunistas são personalidades de destaque em suas áreas, e por isso foram convidados pelo jornal para apresentar suas opiniões sobre temas que lhes parecem importantes, eles podem ser entendidos como influenciadores. Isto é, pessoas que a *Folha* reconhece como *experts* e, por isso, sua opinião vale ser divulgada. Logo, esses colunistas podem pautar o debate público e direcionar os leitores.

Cabe ressaltar ainda que entre os três colunistas fixos apenas Vera Iaconelli é da área da saúde. Isso talvez explique porque ela foi a única a discutir com profundidade os aspectos nefastos da lei, abordando suas implicações sociais e culturais. Os outros dois, Hélio Schwartsman e Cecília Machado, reduziram o debate ao direito individual da escolha e à perspectiva orçamentária e financeira do SUS, apagando as complexidades e as repercussões na saúde de mulheres e bebês.

Editorialmente, a diferença nas abordagens de Iaconelli, de um lado, e de Schwartsman e Machado, de outro, é tributária de posicionamentos e endereçamentos igualmente distintos. A primeira está comprometida com um debate assentado em consensos científicos e com a construção de políticas de saúde que redundem na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Por oposição, concentrados no imediatismo das soluções fáceis, os outros dois parecem menos comprometidos com essa perspectiva. E isso já demonstra o risco do doisladismo e das falsas controvérsias jornalísticas, quando o assunto é ciência e saúde.

6 OS IMPACTOS DA LEI NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS: A PERSPECTIVA DAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste capítulo analiso as sete entrevistas realizadas com as profissionais de saúde. Início a discussão apresentando brevemente o contexto da atenção ao parto e nascimento no estado de São Paulo antes da Lei da Cesárea, a fim de situar os embates e os problemas que ela trouxe para o cotidiano dos serviços, até então organizados pelas diretrizes federais do Sistema Único de Saúde.

Em seguida, apresento os temas identificados a partir do processo de análise das entrevistas: divulgação e comunicação; impressões, sentimentos e comentários; organização das unidades hospitalares; principais mudanças percebidas; e desdobramentos nos projetos de humanização.

6.1 CONTEXTO

No Brasil, de maneira geral, não há protocolos universais rígidos nas instituições de assistência ao parto normal e à cesárea, ficando sua organização basicamente a cargo dos profissionais que nelas atuam. É possível dizer, porém, que até a promulgação da lei paulista havia uma "política externa" de fortalecimento e incentivo ao parto normal, lastreada pelas diretrizes das políticas e pelos programas elaborados nos últimos anos, principalmente no nível federal. A Rede Cegonha é dos últimos exemplos nesse sentido, pois, além de incentivar e qualificar a assistência, ela também atrelou formas de financiamento para a melhoria do cuidado ao parto e nascimento.

Como visto no primeiro capítulo desta tese, desde o fim da década de 1990 e início dos anos 2000, ou seja, há mais de vinte anos, sucessivos governos federais vinham empreendendo esforços para fortalecer a assistência obstétrica humanizada às mulheres e reduzir o número de cesáreas desnecessárias, com vistas sobretudo à diminuição da mortalidade materna e neonatal. Isso ocorreu, principalmente, por meio de práticas baseadas em evidências científicas, que orientaram o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, o Pacto Nacional pela Redução

da Mortalidade Materna e Neonatal e a Política Nacional de Atenção Obstétrica, entre outras ações.

Na contramão desse arcabouço normativo-legal, a Lei da Cesárea instituída em São Paulo veio para desestruturar o discurso das políticas públicas. Principalmente porque coloca o delicado tema da via de nascimento como uma escolha individual e não como uma questão de saúde em que as decisões precisam ser tomadas compartilhadamente pelas usuárias dos serviços e pelos profissionais de saúde, conforme preconizado por todas as políticas federais e pela literatura técnico-científica internacional.

Em alguns dos serviços em que atuavam as profissionais no momento das entrevistas, os esforços para a implementação dessas políticas nacionais ocorriam pela pactuação de projetos de assistência, sob coordenação da gestão local (como o Projeto Parto Adequado[58] ou a adesão às normativas da Rede Cegonha). Em outras situações havia uma "pressão" da respectiva Secretaria de Saúde municipal, através da vigilância epidemiológica – ou seja, desde a análise dos números e resultados de procedimentos realizados, a gestão cobrava ações de humanização do parto e nascimento.

Dessa forma, a atuação e autonomia de enfermeiras e obstetrizes no cenário do parto, ao invés de apenas médicos, variava segundo essa estruturação. E, por isso, a Lei da Cesárea foi sentida de maneiras diferentes pelas participantes.

Como dito, este estudo está dividido em três momentos específicos: a aprovação da lei pela pelos deputados estaduais, em sessão realizada em 23 de agosto de 2019 na Assembleia Legislativa de São Paulo, e prontamente sancionada pelo governador João Doria; julho de 2020, quando ela foi declarada inconstitucional pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP) e sua suspensão por cerca de 13 meses; e, por fim, últimos dias do mês de agosto de 2021, momento em o ministro Ricardo Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal, julgou improcedente o pedido de sua inconstitucionalidade, reestabelecendo sua vigência.

Duas entrevistas foram realizadas em julho de 2021, portanto no momento de suspensão da lei; as outras cinco, entre novembro e dezembro do mesmo ano, após o julgamento no STF. Em fevereiro de 2022 entrei em contato com as duas primeiras participantes perguntando sobre

[58] Projeto que existe desde 2014, é uma resposta às manifestações contra os altos índices de cesarianas na rede suplementar de saúde. No site do Projeto Parto Adequado o seu objetivo é descrito: "[...] estimular a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento, incentivando a adoção de boas práticas fundamentadas em evidências científicas, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar". Mais informações: **Parto Adequado**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1>. Acesso em: 15 fev. 2022.

suas percepções do cenário naquele momento – se algo havia mudado desde a nossa entrevista em julho. Uma disse que no local em que ela atuava a Lei da Cesárea na prática nunca fora inconstitucional, e, portanto, as/os profissionais continuavam seguindo os mesmos procedimentos relatados em 2021. A outra não soube informar porque havia se desligado do serviço.

Assim, busquei analisar as entrevistas entendendo o tempo presente (retorno da vigência da lei), mas contextualizando as falas e os diversos momentos jurídico-legais – uma das entrevistadas, inclusive, desconhecia a decisão do STF e por isso, na sua cidade, era como se a Lei da Cesárea ainda fosse inconstitucional.

É interessante observar como a sucessão dos eventos no tempo não foi linear tampouco estabeleceu uma relação de causa e efeito – em alguns lugares, por exemplo, a lei nunca deixou de valer. Essas questões podem trazer algumas pistas sobre as permanências dos sentidos ao longo do tempo.

O quadro a seguir apresenta uma breve descrição dos serviços em que as participantes atuam/atuavam, com informações fornecidas por elas próprias e, também, retiradas do IBGE e do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico.

Quadro 10 - Descrição dos locais de trabalho das entrevistadas.

					Taxa global de cesárea (todos os grupos de Robson)			
Instituição	Cidade	Região IBGE [2018]	Modelo adotado*	Média nascimentos/ mês [2019]	2018	2019	2020**	2021**
Hospital municipal 1	A	Arranjo Populacional de Campinas/SP - Metrópole (1C)	CO	27	40,00	62,08	60,50	56,78
Maternidade municipal 2	B	Arranjo Populacional de Ribeirão Preto/SP - Capital Regional A (2A)	PPP (a partir de 2021)	170	42,26	50,32	55,33	55,33
Hospital municipal 3	C	Arranjo Populacional de São José dos Campos/SP - Capital Regional B (2B)	CO	80	55,36	38,85	45,89	44,71
Maternidade municipal 4	D	Arranjo Populacional de São Paulo/SP - Grande Metrópole Nacional (1A)	PPP	170	39,25	36,57	35,59	37,10
Hospital estadual 5	D		PPP	290	29,88	32,10	37,23	30,39
Maternidade municipal 6	E		PPP	375	39,23	38,64	36,91	36,24

Maternidade municipal 7	F		CO	370	39,09	41,91	44,26	43,65
Maternidade filantrópica 8	D		PPP	515	25,74	30,56	28,88	27,77
Hospital municipal 9	D		PPP (apenas 1 sala)	345	38,51	39,72	37,34	37,14

Fonte: elaborado pela autora a partir das entrevistas, IBGE e Sinasc
* Segundo informações obtidas nas entrevistas
** Dados preliminares, obtidos em março de 2022

6.1.1 Sobre as Instituições

Este trabalho não analisa as taxas de cesárea em profundidade. Até porque, para uma boa análise, seria necessário avaliar diversos aspectos do perfil epidemiológico, social e econômico das instituições e também das cidades, bem como estratificar a Classificação de Robson através do detalhamento das taxas. Outro aspecto que influenciou essa decisão foi o intervalo temporal escolhido, 2020 e 2021, correspondente aos primeiros (e mais intensos) anos da pandemia de covid-19, que afetou todo o sistema de saúde, inclusive a assistência obstétrica brasileira. Por fim, com vistas a assegurar o anonimato das entrevistadas, apresento apenas algumas características e teço alguns comentários acerca dos dados públicos extraídos do IBGE e do DataSUS.

Como a Lei da Cesárea tramitou e se tornou pauta jornalística a partir de junho de 2019 e foi aprovada em agosto do mesmo ano, para efeitos de simples comparação 2018 foi o ano de referência para avaliação das taxas de cesárea.

As nove instituições estão localizadas no estado de São Paulo, duas no interior; uma no litoral; e seis na Grande São Paulo. De acordo com as participantes, apenas três instituições não possuíam leito para pré-parto, parto e pós-parto (PPP). Mas em um hospital existia apenas um leito PPP disponível para cerca de 345 partos por mês, insuficiente, segundo uma das entrevistadas, pois *"[...] se tiver mais de uma em TP* [trabalho de parto], *acaba nascendo na cama de parto num quarto grande, que separa as pacientes por cortinas apenas*". Outra participante frisou que a maternidade em que atuava adotara o modelo PPP apenas em 2021, indicando que a mudança parecia ter sido muito importante.

De maneira geral, entre 2018 e 2021, cinco hospitais registraram aumento na taxa global de cesárea, sendo o mais expressivo no Hospital 1, com 16,78%, seguido pela Maternidade 2, com 13,07%. Em terceiro lugar, com uma taxa de crescimento bem menor, ficou a Maternidade

7 (4,56%). Os hospitais 8 e 5 tiveram aumento nessa taxa de 2,03% e 0,51%, respectivamente. No mesmo período, as outras quatro instituições registraram queda. A maior redução ocorreu no Hospital 3 (10%). Nas maternidades 6, 4 e 9 essa queda foi menos intensa – respectivamente 2,99%, 2,15% e 1,37%.

Dessa forma, foi possível observar que as taxas de cesárea (crescimento ou diminuição) não são homogêneas nem lineares. Como já dito, 2020 foi um ano bastante atípico no cenário da saúde pública devido à pandemia. Logo, para uma avaliação mais completa é pertinente uma análise mais detalhada.

6.2 DIVULGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DA LEI[59]

É interessante observar que, apesar da cobertura das mídias impressa e digital, as redes sociais desempenharam importante papel na divulgação do projeto de lei apresentado à Alesp. A inserção do tema nas contas pessoais das entrevistadas indicou uma mobilização das profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto:

> **E1**: *Eu fiquei sabendo, a princípio, pelas redes sociais do movimento do parto humanizado e, depois, pelas notícias da TV, jornal, né?*
>
> **E2**: *Ah... como a gente segue muito as redes sociais, a primeira informação logo vem em grupos de WhatsApp, com links, nos grupos (...) e foi mais vias redes sociais mesmo.*
>
> **E7**: *A primeira vez que aconteceu lá todo o bafafá da Lei da Cesárea foi uma coisa que, a princípio, eu fiquei sabendo através de grupo* [de WhatsApp].

O uso da expressão *bafafá* indica que na rede dessa profissional houve uma discussão quente sobre o projeto.

Já em relação à comunicação vinda diretamente das instituições, governos e gestores de hospitais e maternidades, pode-se dizer que ela foi pontual. Em alguns momentos praticamente inexistente.

[59] Neste texto uso o termo divulgação para me referir aos atos ou processos de tornar pública alguma coisa, difusão, propagação, vulgarização. Já comunicação refere-se aos atos oficiais dos serviços de saúde e do governo para comunicar a lei e seus desdobramentos.

> **Pesquisadora**: *Teve algum tipo de orientação, uma conversa da equipe gestora? Como foi?*
>
> **E1**: *Não. Pela equipe gestora, a administração lá é muito, assim, passa, sabe? E, aí, não rolou isso. Não rolou.*
>
> **E2**: *Oficialmente, que a gente saiba, não... Hoje em dia, como tem bastante informação via grupos de WhatsApp, alguns médicos comentaram... comentavam que foi passado. Mas via, assim, nada formalmente em reunião, para assinar, nada... Foi passado para eles via WhatsApp, falando que existia e que era para seguir, que deveria ser seguido aquilo...*
>
> **E5**: *Não, não. A gente só foi avisada que tinha sido aprovado e tudo. Aí já avisaram que não estava mais, que já tinha sido revogada. E, aí, avisaram, agora, de novo, que foi aprovada de novo* [risos]. *Não, mas não teve nada assim, diferente, não. Só avisaram mesmo.*

Ficou evidente que no caso em que houve comunicação oficial ela se restringiu a divulgar a notícia, sem apresentar qualquer diretriz ou outra recomendação.

As participantes apontaram algumas especificidades de cada instituição/serviço nos três momentos da Lei da Cesárea (aprovação, ação de inconstitucionalidade e vigência após julgamento no STF). As entrevistas me permitiram identificar três diferentes modos de ação nas nove instituições.

Houve serviço que buscou implementar a lei desde o primeiro momento, e mesmo durante o período em que ela foi considerada inconstitucional. E2 contou que a unidade em que ela atuava criou um termo que deveria ser assinado pelas mulheres que desejassem a cesárea (discuto melhor esse ponto no item sobre a organização dos serviços), que continuou valendo quando a lei foi julgada inconstitucional – essa entrevista, inclusive, foi realizada durante a vigência da sua inconstitucionalidade.

> **E2**: *No termo é até escrito a lei, como se ela ainda estivesse em vigor inclusive...*

Por outro lado, houve serviço em que a lei "não pegou" em nenhum momento, nem quando da sua promulgação, nem após o julgamento de constitucionalidade e retorno da sua vigência. Em entrevista realizada em novembro de 2021, E3 disse que era como se ela continuasse invalidada:

> **E3**: *A gente está parada no inconstitucional.*

Além desses dois modos de lidar com a lei, houve um terceiro, no qual os serviços seguiram o cronograma legal, comunicando pontualmente cada etapa do processo:

> **E5**: *É que já tinha tido ela* [a lei] *antes, aí tinha sido revogada, e, agora, retornou de novo, né? Como eu sou sócia da Febrasgo, aí a Febrasgo sempre encaminha e-mail com tudo que muda, de atualidade, né? E, aí, a gente recebeu também isso aí. E também nos grupos* [de WhatsApp] *dos hospitais, também mandaram também a atualização, entendeu? Que tinha voltado a Lei da Cesárea mesmo. Foi assim que eu soube que tinha.*

Esses relatos mostram que a comunicação da lei variou de acordo com a gestão e, também, segundo os contextos institucionais e profissionais. Seja como for, de forma geral nenhuma instância, quer fosse a Secretaria Estadual de Saúde ou a direção dos serviços, preocupou-se com a questão comunicacional, essencial porque envolvia mudanças importantes na atenção às mulheres durante o nascimento de seus bebês e, consequentemente, nas práticas profissionais.

> **E4**: *Mas foi tudo muito por cima. Não chegaram pra gente: "Olha, a partir de hoje, há a lei assim..." Não!*

Essa comunicação foi entendida pelas participantes como bastante falha, tendo causado certo desconforto às equipes e também às profissionais e às usuárias. A seguir trago detalhes sobre como aconteceu essa organização interna. Por ora, a fim de pontuar a questão informacional, trago duas passagens registradas em meu diário de campo e que ajudam a entender a complexidade da divulgação e comunicação da lei.

> *A Secretaria de* [Estado] *Saúde de São Paulo publicou hoje uma nota técnica. Divulgaram a nota em um grupo de WhatsApp, em um arquivo de PDF, e fui conferir no* Diário Oficial[60]. *Nesta nota há 7 recomendações: 1) sobre o momento da solicitação da cesárea; 2) que ela deve "comprovar" a idade gestacional,*

[60] São Paulo, Secretaria de Saúde do Estado. Resolução SS – 84, de 06/09/2019. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo,7 set. 2019. Poder Executivo - Seção I. 36 – São Paulo, 129 (170). Disponível em: <https://www.imprensaoficial.com.br/Certificacao/Certificador.aspx?caderno=Executivo%20I&link=/2019/executivo%20secao%20i/setembro/07/pag_0036_2480c78a7f929f57f4bb35a44d53916e.pdf>. Acesso em: 8 set. 2019.

através de USG e cartão do pré-natal; 3) que a escolha deve ser anotada no Plano de Parto, elaborado durante o pré-natal; 4) que o serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (quando a mulher chega na maternidade) deve acolher a gestante e suas demandas e ofertar, nessa ocasião, analgesia para o parto normal; 5) que após orientada sobre os riscos, deve assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que este deve ser anexado ao prontuário; 6) que se houver divergências entre o desejo da gestante e o médico, ela tem o direito de ser transferida para outra unidade de saúde; e por último, 7) caso a parturiente tenha menos de 18 anos, devem ser considerados o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código Civil. Neste primeiro momento o que mais me chamou a atenção foram as medidas adotadas para "garantir" que não ocorra a prematuridade iatrogênica, ou seja, uma prematuridade causada pela realização de uma cesárea sem indicação clínica antes do bebê estar totalmente maduro. Mas ainda sinto um clima de incertezas. A lei fora sancionada em 23 de agosto e a nota foi lançada agora, cerca de 15 dias depois (08/09/2019, trecho do diário de campo).

11 de setembro de 2019, seminário "Nascimento e parto: discussão sobre a Lei 17.137", no Anfiteatro João Yunes, da Faculdade de Saúde Pública[61]*. Estive presente nesse seminário, como estudante de doutorado e com interesse na referida lei. Participei como ouvinte, como obstetriz e também como pesquisadora. O auditório estava lotado. A primeira mesa teve como título: "Parto normal: evidências científicas na visão dos especialistas e movimento de mulheres" e a segunda foi intitulada: "Nascimento e parto: discussão sobre a Lei 17.137 (Ago/2019) – Cesárea no SUS". A maioria dos participantes eram gestores de saúde, secretários e secretárias municipais de saúde, diretores e diretoras de hospitais e maternidades, coordenadores e coordenadoras técnicas representando a classe médica e a enfermagem. Nunca tinha visto esse anfiteatro tão lotado! Esses gestores levantaram muitas dúvidas em relação à lei, principalmente no sentido da viabilidade, de como cumpri-la. Eles/as eram dos mais diversos municípios. Tinha gente de São Paulo e de hospitais e maternidades de municípios pequenos do interior, como, por exemplo, Guaratinguetá, Cabreúva. Também encontrei alguns rostos conhecidos (...). A discussão foi boa e apareceram questões bem diversas, afinal de contas, o impacto da Lei da Cesárea será diferente para cada município, uma vez que são contextos bastante diversos. No debate, algumas pessoas se referiram à falta de participação social na elaboração da lei. O representante do Cosems* [presidente José Eduardo Fogolin] *falou: "Há um vício de origem na lei: ela não foi amplamente discutida com os diversos setores da sociedade e da saúde" (...). A minha impressão é que a maioria das pessoas que falaram era contrária à lei e não acha viável a sua implementação no SUS. Muitos gestores/as apresentaram dúvidas bastantes concretas, como, por exemplo: como dar conta das cesáreas a pedido e ao mesmo tempo não ter profissional suficiente? (...) ao final do evento, foram feitas várias propostas e medidas de acompanhamento da lei, como maior publicização para gestores e serviços* (trecho do diário de campo).

[61] Esse seminário foi gravado e está disponível no canal do YouTube da Faculdade de Saúde Pública. Disponível em: <https://youtu.be/J9mKkJ1nAPU>.

É interessante observar que esse evento foi organizado pelos docentes da FSP/USP e pelo Cosems/SP. Havia uma preocupação genuína com os malefícios potenciais da lei para a saúde das mulheres e dos recém-nascidos, bem como para o próprio SUS e as/os profissionais da assistência ao parto e nascimento.

Após a publicação da Nota Técnica da Secretaria de Saúde paulista, em 07/09/2019, e a realização desse seminário poucos dias depois, em 11/09, não houve nenhuma outra grande repercussão em torno do assunto. Nesse sentido, não é de se estranhar a menção das participantes da pesquisa à falta de comunicação e à presença de canais de informação através dos quais tomaram conhecimento da lei. Se os gestores presentes no evento tinham tantas dúvidas, e se não foi identificado nenhum movimento de orientação oficial pelo governo estadual, é possível hipotetizar que essa lacuna reverberou nos serviços de saúde. Daí as profissionais terem ouvido apenas comunicações brevíssimas do tipo: *"A gente só foi avisada que tinha sido aprovado e tudo (...) mas não teve nada assim, diferente, não. Só avisaram mesmo"* [E4]; ou sobre a nota, *"Tem lá as 'regras', né? De estar acima de 39 semanas, em trabalho de parto"* [E7].

Segundo Inesita Araújo e Janine Cardoso (2007, p. 65), as estruturas de comunicação exercem um poder simbólico, trazendo

> [...] para a cena [da interação social] relações de poder, condições de vida, expectativas (moldados por experiências anteriores, palavra autorizada por legitimidade ou legalidade, conceitos de saúde), saberes e redes de pertencimento que, associados aos contextos situacionais, definem as possibilidades de circulação, compreensão e apropriação, básicas para qualquer estratégia comunicativa.

A afirmação das autoras tem desdobramentos quando pensamos nos processos de construção de políticas públicas. As diferentes vozes do campo do parto e nascimento aparecem e os argumentos "[...] disputam espaços e combinam sentidos" (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p. 71). Na construção da Lei da Cesárea – sua aprovação na Alesp – prevaleceu o discurso verticalizado, que apagou completamente as vozes engajadas do campo. Ocorre que seu caráter legal não foi suficiente para garantir a adesão das pessoas que estão no cotidiano dos serviços. Neles prevaleceu os discursos da ciência, que legitimam uma prática. No que tange ao processo da comunicação (e divulgação da nova ordem legal), a análise tornou perceptível que esse "poder foi dissolvido", ou seja, ele não se manteve, não se sustentou sozinho.

No caso, apesar da Lei da Cesárea em determinado momento possuir um *status* de poder – afinal, ela foi aprovada, sua elaboração partiu de um mecanismo vertical de cima para baixo –, no cotidiano dos serviços, a começar pela comunicação e divulgação, ela sofreu resistências. E esse movimento mostra como a implementação da lei depende também de contextos e dos discursos difundidos socialmente naquele momento.

E, pensando na elaboração e efetivação de políticas de saúde na perspectiva do SUS (ARAUJO e CARDOSO, 2007), esse é um exemplo de como as políticas devem ser orientadas por uma perspectiva coletiva, construída e elaborada em conjunto (através das conferências de saúde, por exemplo). E, principalmente, que se fundamentam em evidências científicas de modo que sejam legítimas para gestores, profissionais e, mais ainda, para as/os usuárias/os dos serviços de saúde.

6.3 IMPRESSÕES, SENTIMENTOS E COMENTÁRIOS SOBRE A LEI

A Lei da Cesárea afetou muito os profissionais que atuavam nos serviços obstétricos. As participantes da pesquisa relataram não somente as próprias impressões, mas também das/dos colegas, para os quais a mudança proposta impactaria o cotidiano de trabalho. Identifiquei três reações principais: contrárias à lei, favoráveis a ela e às cesáreas eletivas e temor de processos judiciais.

Todas as entrevistadas relataram ser contra a lei, por diversas razões. Mas houve um consenso: em essência, a medida contraria as evidências científicas e amplia uma prática que é também um problema de saúde, a cesárea eletiva. De certo modo, essa era uma posição esperada, já que a técnica para identificar potenciais participantes foi a *snowball sampling* (bola de neve): as principais sementes (primeiros contatos) eram críticas à lei e indicaram pessoas de suas redes. Assim, sucessivamente, o grupo entrevistado compartilhou de um mesmo sentido, uma leitura crítica problematizadora. Além disso, eu mesma sou conhecida por minhas posições favoráveis à humanização do parto.

Algumas afirmaram que nos serviços em que atuavam no momento da entrevista as equipes de parto também eram contrárias à lei. Por isso, decidiram que a melhor forma de minimizar os seus impactos era não oferecer cesáreas. Esse assunto entraria na pauta da equipe somente se as mulheres o invocassem:

> **E4**: *Os médicos, até nós também. Então, a grande maioria foi contra essa lei. Então, eles não falavam, falavam assim: "Se ela vier pedir, é uma coisa. A gente falar pra ela pedir é outra coisa, né?" E aí ficou assim...*

Elas reconheceram, contudo, a presença nos serviços de dois conjuntos de profissionais. O primeiro era formado por pessoas que mesmo antes da lei eram favoráveis ao parto normal e, por isso, entendiam que o texto legal só permitiria a escolha se a mulher já estivesse em trabalho de parto. Daí a decisão de só empreender esforços no parto normal:

> **E1**: *É... essas médicas que estão mais, assim, é, preocupadas com a indicação elas viravam e falavam assim: "Olha, tudo bem, mas você não tem elegibilidade para uma cesárea, é seu direito, é... só que é em trabalho de parto. Quando você entrar em trabalho de parto, romper bolsa, contração, apresenta sua cartinha. Até lá a gente vai fazer o acompanhamento normal." Aí, beleza.*

Entre aqueles profissionais que desde sempre foram favoráveis às cesáreas eletivas, o argumento da lei serviu para reforçar esse posicionamento:

> **E1**: *Agora os que (...) são cesaristas, que gostam das coisas programadinhas, agendadas, já botava logo: "Ah... no meu dia você vem, quarta-feira de manhã, as 8 horas, em jejum, já vou tá combinado com o anestesista e tudo."*
>
> **E6**: *O fluxo é a mesma coisa. Porque, na realidade, quando elas entram, depois quem vai determinar mesmo é o médico. Eu percebo assim: que tem médicos que já optam mesmo pela cesárea, são aquelas pessoas bem adeptas de cesárea. Tem equipes médicas que são bem adeptas, já querem: faz ultrassom, está normal, dá pra ser já o parto, está no tempo, já determina a cesárea. Mas tem médicos que eu acho que já são mais resistentes.*

Nesse ponto é importante lembrar que há casos em que o profissional médico combina com a gestante, durante a consulta pré-natal, o dia e o horário da internação, indicando até o jejum. Uma das entrevistadas observou:

> **E7**: *Tem plantão que tem um monte de cesárea, porque tem gente que tem preguiça de fazer parto normal. Então, você percebe, você olha: "Ah, aquela pessoa vai indicar cesárea!"*

É interessante notar que, apesar da decisão final continuar sendo das equipes médicas, a enfermagem também foi apontada como agente de influência das mulheres, muitas vezes as induzidas por essas/es profissionais a solicitar a via cirúrgica:

> **E7**: *E isso também é uma coisa que vai de plantão pra plantão, das enfermeiras que tem lá também. Eu tenho um plantão noturno, em que elas pegam uma paciente "chata" – entre aspas –, uma paciente que demanda mais atenção e tudo o mais, e quando elas cansam, elas viram e falam: "Olha, você pode pedir cesárea pro médico, tá?" Elas acabam induzindo. Então assim, tem este plantão, e tem um outro plantão, que é contralateral* [alternância entre plantões], *que é totalmente ao contrário, que é superparto normal e tudo mais. Então, estimula: "Não sei o quê, nã, nã, nã..." Conversa, conversa, conversa até não dar mais. Mas, mesmo assim, se a paciente quer a cesárea, e não sei o quê, aí elas* [as enfermeiras] *chamam a gente. E daí a gente chega lá, estimula, estimula, estimula, faz tudo a mesma coisa – é um plantão inteiro que funciona muito bem...*

Outro sentimento que permeou as falas foi o medo de processos judiciais. Várias participantes relataram que perceberam, sobretudo entre médicos/as, o temor de que a lei pudesse judicializar a atividade profissional, em especial se o desejo da mulher não pudesse ser atendido:

> **E1**: *O que rolou muito era dos médicos tentar, entre eles, se organizarem. Porque o que eu percebi, pelo menos lá, rolou muito medo deles serem processados, porque uma mulher queria uma cesárea e não foi feita. Porque a partir do momento,* [que] *tem uma lei, né?, que garante pra ela... e, aí, se ela quer e tá garantido por lei, e aí por um acaso esse bebê nasce de parto normal ou qualquer coisa, ou não é feito no momento que ela pediu, enfim... eles* [os profissionais] *se sentiram ameaçados nesse sentido... de que elas podem processar agora.*

Nesse sentido, a discussão dos processos judiciais contra os profissionais da medicina sofre uma inversão, já que historicamente ela está centrada nos denominados erros médicos, com o debate girando em torno da existência ou não de dolo ou de vontade premeditada do profissional de causar danos às pacientes (UDELSMANN, 2002). No cenário da Lei da Cesárea, esse temor está vinculado ao eventual descumprimento de uma determinação legal, mesmo que ele saiba que o procedimento previsto, a cesárea, pode causar danos à mulher e à criança.

Desse modo, parece que a lei transforma o médico em um vendedor e as usuárias e seus familiares em consumidores que, como tal, podem recorrer à justiça caso o serviço solicitado não seja executado. Essa noção é completamente contrária à ideia de decisão compartilhada

entre profissionais e usuárias de saúde, bem como de pesquisadores que têm estudado a denominada medicina baseada em preferências: “Os apoios de decisão são instrumentos que surgem como mecanismos de auxílio ao médico a expor riscos e benefícios de uma determinada tomada de decisão, sendo um mecanismo facilitador para a decisão compartilhada” (ABREU et al., 2006 p. 266).

6.4 A ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL/ MATERNIDADES

Como já mencionado, após a aprovação da Lei da Cesárea, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo divulgou uma nota técnica com as orientações para os serviços. Mas, de acordo com as entrevistadas, cada serviço organizou a seu modo a implementação da determinação legal. Nos relatos ficou demonstrado que alguns deles não seguiram nem as diretrizes da norma técnica nem a lei, conforme depreende-se do trecho a seguir:

> **E3**: *Por exemplo, assim, lá em* [nomeia o município], *essa cidade vizinha, né? Eu vejo que eles não focaram tanto nesse negócio da parturiente, dessa palavra. Então, a mulher chegava com 38 semanas, queria cesárea, eles faziam (...). Que o acordo que a gente teve, da administração, a orientação que a gente teve, era: acima de 39 semanas e em trabalho de parto. E firmaram isso, pelo menos. Que isso é importante também. Não adianta você dar uma orientação, e não seguir.*

É interessante observar que o texto afirma que a mulher deve estar em trabalho de parto, porém, em alguns serviços, pareceu prevalecer o argumento da escolha pela cesárea, já que eles ignoraram o tempo previsto para que essa opção pudesse acontecer. E essa conduta amplia os riscos para as mulheres e seus bebês. É o que diz também o CFM, na Resolução nº 2.144, que busca garantir a segurança do feto evitando a chamada prematuridade iatrogênica. Atualizado em 2020 pela Resolução CFM nº 2.284, o documento recomenda, em seu artigo 2º, que as cesarianas a pedido sejam realizadas somente a partir de 39 semanas completas, com pelo menos 273 dias de gestação. O CFM justifica: “[...] a norma foi editada para garantir a segurança do feto e dirimir eventuais dúvidas sobre a delimitação da idade gestacional” (CFM, 2020).

Historicamente os serviços de saúde orientam suas ações por protocolos clínicos próprios que auxiliam na padronização. A aprovação da Lei da Cesárea fez com que, no estado

de São Paulo, eles tivessem de criar protocolos e normatizações para orientar a atuação das equipes de nascimento e parto e, também, para documentar os procedimentos realizados. Segundo E4, a gestão da sua unidade desenhou um protocolo sem conversar com a equipe, o que gerou muita tensão:

> *Olha, muito por cima, muito por cima. Foi comentado, foi falando, daí apareceu esse protocolo. E, aí, os médicos, eles questionavam muito, né? Falavam: "Ah, mas se eu não quiser fazer isso?" Você entendeu? "Eu também tenho direito, porque eu sou médico" Aquela coisa, né? Aquela briga. Mas foi tudo muito por cima. Não chegaram pra gente: "Olha, a partir de hoje, há a lei assim..." Não!*

Esse relato evidencia que com a lei tirou dos médicos a autonomia na indicação clínica dos partos cirúrgicos, e, em hospitais como o dessa entrevistada, que impôs um protocolo com força legal, a situação ficou mais difícil. A frase "*Ah, mas se eu não quiser fazer isso? (...) Eu também tenho direito, porque eu sou médico*" indica que esse profissional estava disposto a continuar exercendo seu "direito" de pautar procedimentos baseados em seus próprios conhecimentos.

6.4.1 Dispositivos de Normatização

Os dispositivos para normatizar a implementação da lei no hospital apareceram nos relatos das participantes de diversas formas. Os três principais foram: desenho do fluxo e da agenda das cesarianas e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No caso da agenda e do fluxo, as entrevistas indicaram que esses dispositivos foram organizados tanto pelas/os profissionais, especialmente médicas/os, quanto pela gestão. Como já mencionado, nas falas apareceu diversas vezes a sensação de que os profissionais precisavam se "proteger" da lei, uma vez que eles poderiam ser processados. Essa expectativa os levou a pensar formas de organizar e criar mecanismos de proteção.

Alguns relatos deram a entender que essa organização era informal, uma vez que não houve referência a nenhuma diretriz vinda da gestão:

> **E4**: *Se não é uma urgência, não tem pra que fazer uma coisa rápida, assim, na hora. (...) Então, como à noite o número de funcionários é menor (os médicos eram dois só, à noite), então esse tipo de procedimento, a pessoa:*

> *"Ah, eu quero a cesárea!". Eles não vão fazer ali, na hora que ela quer, porque não é uma urgência. Então, geralmente, eles deixavam pro outro dia, ao amanhecer, depois das 8* [horas da manhã], *que a equipe é maior, e, aí, tem mais tempo, tem mais profissionais. Então, ficava assim, não era na hora que a pessoa queria, não. Eles programavam o horário sim!*

Esse trecho sugere que, na prática, o desejo da mulher não tem sido levado em conta pelos profissionais de saúde, já que o fluxo de agendamento do parto não considera as condições clínicas da gestante ou o trabalho de parto, mas sim a conveniência do serviço. A fala acima também demonstra que os horários do nascimento, quando possível, são programados para o momento em que há mais profissionais no serviço.

A impressão que tenho é que a lei institucionalizou nos hospitais públicos um fenômeno já comum nos privados: o parto cirúrgico com hora marcada. Muitos estudos postulam que a cesárea teria se popularizado no Brasil em decorrência da facilidade e da comodidade que dá a uma parte dos médicos, que graças a ela podem organizar e alinhar suas agendas de parto, consultório, plantões etc. (FAUNDES e CECATTI, 1991; TESSER et al., 2011).

Nessa perspectiva, explicaram as participantes de três serviços diferentes, com a imposição legal das cirurgias cesarianas, se a mulher chegasse à unidade pedindo o procedimento e seu caso não fosse emergência nem oportuno – para o médico obstétrico, para o anestesista ou para a equipe de forma geral –, esse pedido era negado e o parto cirurgico postergado para o horário mais conveniente.

> **E1**: *Tipo isso: "Não vou fazer uma eletiva de madrugada porque a equipe do centro cirúrgico é reduzida, e não sei o quê"... De final de semana é... equipe reduzida e tal. Essas coisas...*
>
> **E5**: *Agora, com relação à cesárea, a gente só respeita o jejum mesmo... a paciente que não é eletiva, pra operar, independente da hora que for. Porque a gente está trabalhando lá a noite toda mesmo, então, não tem problema. A não ser que tenham vários partos acontecendo, e não dê, aí a gente acaba deixando, postergando pro dia seguinte, pro horário normal, de dia. (...) Daí, à noite, fica mais pra urgências mesmo fazer cesárea de urgência; ou se tiver qualquer coisa no parto. Tudo à noite assim. Agora, as eletivas são agendadas de dia, isso em todos os hospitais que eu trabalho mesmo.*
>
> **E7**: *Até porque se eu viro pro... até o anestesista: se eu viro pro anestesista do meu plantão – que é sempre a mesma equipe, a gente já conhece todo mundo –, se eu viro pra ele e falo, 3 da manhã: "Tem uma cesárea a pedido". Ele vai falar: "Tá bom. Então, deixa ela em jejum, pra ser feito amanhã, 7 da manhã".*

Sabe-se que a realidade dos hospitais e maternidades no estado de São Paulo é bastante heterogênea. Como já apontado nas matérias jornalísticas analisadas no capítulo 5, uma das dificuldades da Lei da Cesárea diz respeito à estrutura e à capacidade de financiamento do procedimento no SUS. Na prática, isso quer dizer que há maternidades com recursos humanos bastante estruturados, enquanto outras têm grandes dificuldades para o preenchimento de vagas, principalmente na categoria médica, que apresenta intensa rotatividade[62] (bastante comum em regiões do interior paulista mais isoladas ou nas periferias de grandes centros, conforme relatado por um gestor de saúde no evento descrito no início deste capítulo).

Fragilidades como essa no sistema de saúde ocasionam a chamada peregrinação de gestantes pelos serviços. Apesar de já ter sido maior, esse fenômeno ainda é observado em estudos recentes, inclusive em município com os melhores Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado (MORAES et al., 2018), o que me leva a hipotetizar que ele também ocorre com maior frequência em situações mais críticas. Se não há obstetra de plantão, as mulheres que chegam à unidade em trabalho de parto geralmente não são admitidas, sendo encaminhadas para outros serviços da região. Isso porque, mesmo nos casos de risco habitual, os protocolos hospitalares estabelecem que a presença de médico obstetra é medida de segurança em casos de emergência. Essa foi outra realidade que levou a críticas à lei, aprovada sem uma estimativa dos custos de implementação.

Novamente, o direito da mulher – que é receber uma assistência qualificada e, no contexto do novo ordenamento legal, escolher individualmente a cesárea – parece não estar sendo respeitado, já que ela tem de esperar o horário mais conveniente para as equipes e os serviços. Espera que, é importante ressaltar, pode gerar angústias e medos.

Analisando os relatos das participantes deste estudo, foi possível concluir que apenas um hospital demonstrou preocupação em contratar um médico de sobreaviso para facilitar a realização das eventuais cesarianas. Mas esse esquema foi momentâneo, válido somente durante os primeiros meses de vigência da lei.

---

[62] COLLUCCI, C. Na zona leste de São Paulo, 45% dos médicos deixam posto em até um ano. ***Folha de S.Paulo***, 21 nov. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/11/na-zona-leste-de-sao-paulo-45-dos-medicos-deixam-posto-em-ate-um-ano.shtml>. Acesso em: 22 mar. 2022.

> **E3**: *Nesse período – não durou muito tempo (...), deve ter durado uns oito meses, logo depois da lei –, a gente ficou com três médicos. Eles se revezavam, mas durou uns oito meses isso. Ficava assim: dois trabalhando e um de sobreaviso. Porque, se tivesse cesárea, um ficava na porta, e os outros dois iam. Então, mudou isso (...) depois tiraram o médico, ficaram só dois mesmo presenciais e com um médico no final de semana, e um de sobreaviso, final de semana.*

É possível que neste serviço a expectativa de que houvesse um número maior de parturientes solicitando cesáreas, e, ao observar que não houve esse aumento, eles voltaram para o número habitual de profissionais de plantão.

6.4.2 TCLE para Cesárea

Todas as participantes relataram que nos serviços em que atuavam foi criado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O documento ora foi mencionado somente como termo, ora como termo de cesárea a pedido e mesmo como "cartinha". Ele é previsto no Artigo 1º, parágrafo 2º, da Lei da Cesárea: "A decisão deverá ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão".

O TCLE apareceu como tendo um papel central na dinâmica da "escolha" e da negociação entre usuária e profissionais de saúde, assumindo basicamente três diferentes sentidos. No primeiro deles, o termo foi visto pelas/os profissionais da equipe como uma segurança em casos de processos judiciais. Sabendo que cirurgias desnecessárias levam a um aumento de morbimortalidade, o documento é de fato uma garantia de que o pedido partiu da mulher, de que ela e seus acompanhantes estavam cientes de todos os riscos quando decidiram pela cesárea, supostamente isentando a equipe de quaisquer responsabilidades:

> **E5**: *Não, o termo, geralmente, é dado no hospital, pra ela* [mulher] *e o acompanhante dela dar uma olhada, e elas assinam. E o que está explicando é tudo que a gente, geralmente, já explica pra elas, por boca mesmo, entendeu? Dessas complicações que tem (...) Porque as pessoas acham que é só uma cirurgia simples, as pessoas acham que é só cortar, e tirar... que o cirurgião vai cortar, e, logo em seguida, está com o bebê, entendeu? E não é isso!*
> **E7**: *Então, isso é uma coisa que a gente explica muito pras pacientes. Eu gosto de explicar direito, porque eu deixo tudo isso anotado em prontuário*

também, que ela está ciente de todos os riscos. E também tem o termo de cesárea a pedido, que a gente dá pra elas lerem, e tudo o mais.

Mas o uso do TCLE extrapolou a dimensão da cesárea e passou a ser usado em outros casos. Uma das participantes relatou como esse documento tornou-se dispositivo de proteção da equipe em outras situações, como numa assistência ao parto normal:

E2: *E até pro parto normal mesmo... é uma... por exemplo, uma iterativa* [que tem cesárea anterior] *que chegou e queria parto normal. É... não existe termo de parto normal, mas foi descrito no prontuário que ela tava ciente de que ela queria, e... acho que até pediram pra ela assinar, como se fosse um termo, e... pra deixar tudo sempre registrado... Como se fosse pros dois lados, para estar tudo sempre bem escrito agora o porquê das coisas.*

Por um lado, é sempre bom que as pessoas passem por procedimentos de maneira informada e esclarecida, mas as participantes deixaram claro que muitas vezes o objetivo central parecia não ir no sentido de proteção da usuária, mas sim do profissional e da equipe de saúde.

Outro sentido do termo de consentimento foi em relação a uma garantia de orientação/ informação. As falas sinalizaram que, para além da proteção dos próprios profissionais, o documento garantiria que a orientação fora efetivamente realizada, ou seja, a lei foi cumprida.

E3: *[...] e a gente fazia assinar um papel, falando dos malefícios da cesárea, e ela assinava. Falando muito claramente, não era nada muito técnico assim. Então, a gente tinha isso, que a gente usava.*

Desse modo, parece que o TCLE explicitou nos serviços a importância de informar as mulheres e suas famílias o que é uma cesárea e seus possíveis impactos na saúde de mães e filhos. Foi o que depreendi do uso do verbo "fazer" no imperativo: *"Fazia assinar"*. Ou seja, o serviço (equipe/profissional) as obrigava a assinar o temo como condição para a cesariana. Assim, o papel/contrato passou a assumir grande centralidade.

Por fim, o documento – apesar de ser falado, discutido e esclarecido, segundo o relato das participantes –, apresenta uma dimensão de poder, instituída na relação profissional-paciente, intensificada pelas questões de gênero (LINO e DINIZ, 2015). Foi possível depreender que essa relação fica mais assimétrica quando o profissional é médico.

E7: *Então (...) Muitas vezes eu chamo o acompanhante pra responsabilidade também. Eu falo assim: "Você, que está assinando, você está ciente então. Estou colocando aqui, no prontuário, que você leu o documento, não sei o quê. Porque se acontecer alguma coisa, se o bebê nascer mal, a sua esposa acabar perdendo o útero, qualquer coisa, você está de acordo com isso." Aí, às vezes, eles ficam: "Ai, meu Deus! Deixa eu conversar de novo." Sabe, assim? Mas a maioria fala: "Ah, deixa que eu assino esse negócio.*

Como discutido na análise das matérias da *Folha de S.Paulo*, a questão da escolha esclarecida no momento do parto é muito complexa. Isso porque as mulheres e suas famílias estão numa situação de vulnerabilidade afetiva e física.

Em duas instituições, segundo as entrevistadas E1 e E2, a gestante já vinha com o termo assinado desde o pré-natal:

E1: *É... umas já vinham com a cartinha do pré-natal, que escolheu cesárea.*
E2: *[...] leem aquele termo de consentimento e responsabilidade no pré-natal, né? E, aí, ela já chega no dia agendada, com o termo assinado, em jejum para fazer a cesárea...*

Apesar de concordar, como profissional da prática obstétrica, que o pré-natal é o melhor momento para discutir o tipo de parto, preciso ressaltar que essa ação pode levar a cesáreas agendadas precocemente e fora do escopo da lei. Isso porque o texto legal preconiza a sua realização apenas em parturientes, ou seja, quando a mulher está em trabalho de parto.

Na maioria dos serviços, de acordo com as participantes deste estudo, o termo era assinado após a internação. Essa seria uma forma de garantir que a mulher atendesse aos requisitos da nota técnica.

E5: *Não, geralmente, a gente interna, porque ela tem que fazer uns exames. Pra ver do bebê também, porque tem que ver se está tudo bem com o bebê. Porque, se não estiver tudo bem, ela nem vai ter a opção de tentar parto normal, tem que ir direto pra cesárea. Então, tem toda a internação direitinho dela, das papeladas dela. E, aí, se ela estiver realmente em trabalho de parto, e ela quiser a cesárea, ela vai conversar calmamente com a gente e dar esse termo, entendeu? Então, não é no pronto-socorro; é quando ela interna mesmo, (...) durante a internação mesmo.*

A análise das entrevistas deu a ver que oito instituições não trabalhavam com esquema oficial de agendamento de cesáreas a pedido, exceto das iterativas (eletivas com indicação clínica)[63]. Apenas uma maternidade formalizava esse tipo de esquema.

No caso da cesárea a pedido, o agendamento era viável em um serviço graças ao programa de saúde municipal, pelo qual, ao final da gestação (a partir de 34 semanas mais ou menos), a mulher era encaminhada pela unidade de saúde do território diretamente para um ambulatório central, que funcionava próximo à maternidade. Ou seja, já existia, assim como em outros serviços, a agenda de cesáreas iterativas, com indicação clínica. Com a lei foram adicionadas nas agendas também as cirurgias cesarianas a pedido.

> **E2**: *Eu não sei exatamente quanto tempo depois que foi aprovada, que isso começou, tá? Mas a gente tem uma agenda de indução e de cesárea, que a gente marca as cesáreas... é, indicadas, né? Pélvico, iterativas, uma cesárea por dia, e duas induções por dia... Como aumentou muito esse fluxo de gestante com cesárea a pedido, então essa agenda também se transformou numa agenda de cesáreas a pedido... Então continua tendo que marcar uma cesárea por dia, mas como aumentou muito o fluxo, então pode ser duas cesáreas por dia e acabam agendando várias a pedido a partir das 39 semanas...*

Vera Menegon (2004), em estudo sobre os termos de consentimentos informados em clínicas de fertilidade, afirma que esses documentos têm múltiplos sentidos, estando sempre atravessados pela ambiguidade, no caso da saúde. De modo geral, os TCLE podem ser uma estratégia de humanização das relações, mas também um instrumento de proteção de profissionais:

> Uma relação face a face pode garantir o respeito pela autonomia de decisão independente de assinaturas. Depreende-se, então, que a importância do documento

[63] Iteratividade, segundo o dicionário, significa repetida, reiterada, que repete várias vezes. Na área obstétrica o termo "cesárea iterativa" é usado de forma banalizada para indicar que a mulher passou por cirurgia cesariana em gestação anterior. Segundo a literatura, ter uma cesárea anterior não é motivo para realização de uma segunda. O Relatório Conitec recomenda que nos casos de cesariana prévia sem contraindicações, pode ser realizado um parto vaginal, inclusive para evitar os riscos de uma nova cirurgia. Se houver duas cesáreas anteriores, o caso deve ser avaliado individualmente, considerando os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal. Segundo o mesmo documento, a cesárea é recomendada em mulheres com três ou mais cesarianas prévias. In: BRASIL. **Diretrizes de atenção à gestante:** a operação cesariana. Protocolo. nº 179. Março/2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf> . Acesso em: 28 mar. 2022.

> está na esfera legal: dependendo da formulação, pode servir mais como proteção ao profissional e à clínica do que ao cliente (MENEGON, 2004, p. 849-850).

Nesta pesquisa foi possível perceber como o termo de consentimento adquire essa ambiguidade. Nos três sentidos aqui identificados, a dimensão da proteção profissional foi a que mais me chamou atenção. Foi justamente a partir desse posicionamento que os profissionais demonstraram o quão desconfortável era realizar um procedimento sem indicação clínica, deixando bastante evidente que era a mulher (junto com a/o acompanhante) que estava tomando a decisão. Tal dinâmica reafirma, mais uma vez, a tese de que a decisão em saúde não deve ser tomada de maneira simplista e, acima de tudo, deve ser compartilhada (CHALMERS et al, 2018; PANDA, BEGLEY e DALY, 2018; SODRE,MERIGHI e BONADIO 2012).

6.4.3 A Placa Sobre a Lei

O terceiro dispositivo presente nos relatos das participantes foi a placa que deveria estar afixada, de acordo com a Lei da Cesária:

> Artigo 3º - Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: "Constitui direito da parturiente escolher a via de parto, seja normal, seja cesariana (a partir de trinta e nove semanas de gestação)".

Chamada de plaquinha pelas entrevistadas, ela adquiriu um sentido diferente em cada serviço. Em alguns lugares a gestão estava ciente da obrigação legal da placa, mesmo assim optou por não colocá-la:

> **E3**: *Ah, e também tem uma coisa que a gente não fez, não sei se isso... como eu falei, a gente tem que falar. Em* [nome da instituição], *eles tinham colocado a plaquinha na frente, porque na lei falava isso, né? E a administradora, na época, falou que não ia colocar, a não ser que desse muito boom; que tudo ia ser experimental, e que se viesse alguma gestante, com a lei, que a gente avaliasse todos os contextos* [trabalho de parto, idade gestacional], *entendeu? Então, já tinha essa orientação. Não era uma orientação visando o parto normal, tá? Era outro contexto, mas tinha esse contexto.*

Ela completou informado que o serviço estava sem a placa até novembro de 2021:

> **E3**: *Tanto que não tem a placa até hoje...*

Como a participante não acreditava que essa atitude fosse um modo de resistir e de garantir o parto normal, suponho que a atitude tenha sido pautada pela dificuldade do serviço em oferecer cesáreas para todas as possíveis solicitações. Desse modo, seria melhor não divulgar a lei.

Em outros lugares a repercussão do novo ordenamento legal teve um impacto maior na sociedade, e, após a reclamação das usuárias de saúde, a gestão sentiu-se impelida a colocar um cartaz:

> **E2**: *E, aí, quando isso foi parar lá na parte de direção do hospital* [uma reclamação – situação que envolveu usuária e profissional de saúde], *eles acharam por bem deixar isso por escrito. Para que não houvesse mais debates. Se a mulher chegasse e quisesse, teria ali o escrito que ela teria o direito de saber que ela podia escolher...*

Esse mesmo aviso, em formato de cartaz, porém, não durou muito tempo. Após alguns meses, a direção da maternidade o retirou sob a justificativa de controle de infecções hospitalares:

> **E2**: *O cartaz teve que tirar, porque a CCIH* [Comissão de Controle de Infecção Hospitalar] *mandou retirar todos os recados que tinha na parede.*

Outros serviços, por sua vez, criaram estratégias para "driblar" a obrigatoriedade da placa. Ela efetivamente era afixada, mas em espaços de difícil acesso às gestantes e aos seus acompanhantes:

> **E4**: *Teve esse informe aí, da lei, que ficava no nosso mural, no pré-parto.* [Era] *Uma folha de sulfite colada lá, pra gente saber. Mas a paciente mesmo não prestava atenção; estava lá, mas ninguém falava: "Ó, lê aqui" Entendeu? (...) Mas paciente, não, não tinha acesso a ele. Não era uma coisa visível, entendeu?*

Enquanto algumas instituições sequer chegaram perto de atender à exigência legal, outras mantiveram a placa somente até o primeiro julgamento de inconstitucionalidade, no TJSP, não retornando mesmo depois de declarada constitucional pelo STF. É o que se depreende dos excertos a seguir:

E5: *Eu não vi placa nenhuma, não. Em nenhum momento foi colocado, nem tirado, nenhuma placa.*

E7: *No* [nome do hospital], *na primeira vez lá da lei, teve uma placa falando da lei, ficava atrás da gente, no consultório.*

Pesquisadora: E hoje, a placa voltou ou não?
E7: *Nunca mais. Ficou no esquecimento.*

As estratégias de (in)visibilidade foram diferentes em cada lugar, segundo os recursos disponíveis. Enquanto alguns serviços "bancaram" atitudes "mais radicais", como escolher deliberadamente não colocar a placa, outros enxergaram nesse dispositivo um meio de resolução de conflitos, expresso no discurso da obediência – "fazemos o que está na lei". Já em outros locais esse posicionamento foi mais brando, alinhado com o dispositivo legal, mas com a fixação da placa em lugares pouco acessíveis às usuárias e aos seus acompanhantes ou simplesmente a retirando na primeira oportunidade, para nunca mais voltar.

Nesse sentido, é interessante pensar porque os hospitais/maternidades resistem à divulgação da lei. Como já dissemos, uma hipótese é o fato de que não é possível para os serviços atender a uma grande demanda de partos cirúrgicos, tanto em razão do espaço físico e dos recursos humanos (equipe médica, principalmente) quanto financeiros. Além disso, esse novo ordenamento apresenta muitos problemas e não tem respaldo nas evidências científicas, provocando em gestores e profissionais de saúde o receio de malefícios que as cesáreas eletivas possam causar às mulheres e aos seus bebês e, consequentemente, aos próprios serviços, caso tenham de realizar um grande número desse procedimento.

Uma hipótese mais otimista é tomar esse posicionamento como uma estratégia de resistência de gestores convencidos de que o parto cirúrgico é uma intervenção que deve ser realizada somente com indicação clínica. Essas questões precisam ser estudadas, e os gestores devem ser ouvidos, a fim de ajudar a ampliar a compreensão sobre o cenário de implementação da lei nos serviços de atenção obstétrica.

6.5 PRINCIPAIS MUDANÇAS PERCEBIDAS PELAS PROFISSIONAIS

Sobre os primeiros impactos da Lei da Cesárea no cotidiano das instituições, não foi objetivo deste trabalho avaliar as possíveis complicações epidemiológicas ou a relação das taxas de cirurgia cesariana e de parto normal – mesmo porque houve um vai-vem na aprovação do dispositivo legal. Nos relatos das entrevistadas, porém, foi possível identificar como a lei repercutiu no dia a dia do trabalho de diferentes categorias profissionais, impactando os serviços e a relação com as/os usuárias/os do SUS.

6.5.1 As Categorias Profissionais e a Recepção da Lei

No que diz respeito aos profissionais, a recepção à nova norma variou nas instituições. Nos serviços em que E4 e E5 atuavam tanto as equipes médicas quanto as de enfermagem foram contrárias e não fizeram nada para incentivar as mulheres a escolherem o procedimento cirúrgico:

> **E4**: *Então, a grande maioria foi contra essa lei. Então, eles não falavam, falavam assim: "Se ela vier pedir, é uma coisa. A gente falar para ela pedir é outra coisa, né?" E aí ficou assim.*
>
> **E5**: *Mas é porque, assim, a gente tem o porquê de não gostar, entendeu? Não é porque a gente não goste da cesárea. Porque, se for pensar, pro médico em si, pro ginecologista, é muito mais prático fazer uma cesárea; é mais rápido, pra ocupar o tempo dele, fazer uma cesárea do que você ficar acompanhando, às vezes, seis horas de parto normal, entendeu? Cesárea, às vezes, em meia hora, já termina a cesárea, entendeu? Então, não é, assim, questão de tempo pra gente. Porque, pra gente, é muito mais tempo você ficar em um parto normal do que em uma cesárea. A questão da gente não gostar muito é por ser uma cirurgia, que as pessoas não entendem isso muito, que é uma cirurgia. Como, geralmente, as pacientes só veem a cicatriz por fora, então, ninguém entende tudo que foi aberto lá dentro. Entendeu? Só vê a cicatriz por fora, que em 15 dias, 20 dias, no máximo, já está totalmente cicatrizada. Só que, assim, pra chegar até o bebê a gente abre um monte de camadas, e é um risco, porque, assim, é uma cirurgia que sangra, você abre.*

Por outro lado, a percepção de E2 deixou entrever que a equipe de enfermagem da unidade em que ela trabalhava resistiu à lei, enquanto as equipes médicas a aceitaram bem:

> **E2**: *Que eu me lembre, eu tenho a impressão que o pessoal da enfermagem sempre foi algo mais de resistência, de quem realmente gosta de atender parto, tem essa informação mais... é... ativa... é... teve um pouco mais de resistência de aceitar. E na verdade ainda tem. E... e pros médicos, eu tenho*

a impressão de que para eles, mesmo com plantonista, foi bem e eles aceitaram melhor essa questão.

Nesse sentido, é importante lembrar que a formação de obstetrizes e de enfermeiras obstétricas é centrada na importância dos partos vaginais em casos de baixo risco, bem como no cuidado à mulher (RIESCO e TSUNECHIRO 2002; MAIA, 2010). Provavelmente por isso, na opinião dessas profissionais, a Lei da Cesárea é prejudicial às mulheres, o que explica seu posicionamento tendencialmente contrário a ela. Além disso, a literatura indica que a presença de obstetrizes e enfermeiras obstétricas no parto está relacionada ao uso de boas práticas, à humanização e à oferta de cuidado integral às mulheres e suas famílias (NARCHI, CRUZ e GONÇALVES, 2013; GAMA et al., 2021; VARGENS, SILVA e PROGIANTI, 2017).

É notável observar no discurso das participantes uma resistência menor dos médicos à Lei da Cesárea, ainda que duas entrevistadas médicas tenham se declarado contrárias a ela. Isso, provavelmente, deve-se ao fato de ambas integrarem uma rede de profissionais que trabalham na perspectiva de humanização.

6.5.2 Impacto nas Relações de Trabalho

De várias maneiras, o novo ordenamento legal impactou as relações de trabalho nos serviços de saúde de assistência ao parto e nascimento. Algumas participantes disseram que ela repercutiu nessa dinâmica laboral provocando estresse e tumultos, sobretudo no início da sua vigência:

E7: *Então, eu acho que os plantões começaram a ser muito mais estressantes, acho que tanto pra elas* [mulheres], *quanto pra gente, no final das contas.*

E6: *[...] Teve essa confusão, no início, assim, um pouco. Aí, depois, passou de novo. Agora, ninguém fala mais nada (...) Acho que logo quando começou tinha mais pessoas que vinham, que exigiam, né? Agora, não. Agora, parece que deu uma amenizada. Agora, parece que o pessoal não sabe ainda que voltou, de novo. A maioria das pessoas está, meio assim, ninguém está falando. Tem muitas pessoas que querem decidir pela cesárea, mas não é como no início, que foi bem mais tumultuado.*

Para as entrevistadas, o aumento de cesarianas tem efeitos muito indesejáveis para o hospital e para as equipes. Elas lembraram que o procedimento amplia os custos hospitalares,

que além de pressionados por insumos cirúrgicos ainda são tensionados pelo tempo de internação maior. E mais, as cesáreas apresentam potencial para complicações, que por sua vez também redundam em mais despesas hospitalares:

> **E5**: *O que a gente também não entende é (...) do governo, o que eles quiseram fazer com isso, porque é um gasto maior. Se você faz cesárea em todo mundo, você vai ficar com elas 48 horas, no hospital, lá, de qualquer jeito internada, além de ter o gasto de material cirúrgico, sala cirúrgica, tudo isso, que é mais do que um parto normal.* [Na cesariana] *Você gasta com internação, período de internação. Além de ter mais chance de complicar, com a cesárea, que é maior também, de dar infecção em ferida operatória; ela também não conseguir levantar porque está com muita dor, não evacuar – por causa, geralmente, da cesárea, ela demora um pouco pra evacuar, e aí não tem alta também; acaba atrasando um pouco ter alta. Isso acaba demorando mesmo, isso, em qualquer lugar mesmo, no caso, assim, um período maior de internação pós-parto mesmo, quando é cesárea.*

Outra dimensão discutida por uma das participantes: o estímulo e o consequente aumento de cesáreas levariam obstetrizes e enfermeiras obstétricas consideradas excelentes no acompanhamento do parto vaginal a perderem funções dentro das equipes de atenção ao nascimento:

> **E7**: *Até porque (...) a equipe de enfermagem se sentiu um pouco... não desvalorizada, mas, assim, sem uso, com essa lei, porque, tanto no* [nome do hospital], *quanto no* [nome da maternidade], *elas tocam o pré-parto, fazem os partos, assim, lindamente, sabe? É uma equipe que a gente confia cegamente, de olhos fechados, (...) então, foi uma coisa que impactou a vida da equipe inteira, não foi uma coisa só para os médicos, né?*

As profissionais relataram ter observado esse aumento de cesarianas principalmente nos primeiros meses de vigência da lei, e, de acordo com elas, seus efeitos nas mulheres e bebês. Houve também maior número de infecções abdominais[64] e aumento do tempo de recém-nascidos em salas de observação para adaptação neonatal:

[64] Conhecidas também como infecções do sítio cirúrgico (ISC), são algumas das complicações operatórias mais comuns. "A infecção cirúrgica, como é o caso do abscesso de parede ocorrido após a cesárea, é definida como todo processo infeccioso inflamatório da ferida ou cavidade operada que drene secreção purulenta, com ou sem cultura positiva. Pode ser circunscrita à incisão ou envolver estruturas adjacentes à ferida, ou seja, tecidos outros que foram expostos ou manipulados durante a cirurgia". In: MEDEIROS, G. O.; SOUZA, L. M. Proposta de criação de protocolo de enfermagem para o cuidado de pacientes com abscesso de parede pós-

> **E2***: Sim... aumentou consideravelmente o número de cesáreas... principalmente as fora de trabalho de parto. Porque muitas primigestas não tão dando nem a chance de iniciar o trabalho de parto, e elas ligam, agendam, elas não querem esperar mais do que 39* [semanas]*, elas querem sempre com 39.*
>
> **E3**: *A única mudança que a gente começou a ter, que eu lembro, foi aumento significante de infecções de parede* [pós-operatórias] *(...) na época, eu lembro que começou a ter bastante, assim, mas parou. Tipo, agora, a gente não está tendo mais. (...) Então, nesse leve aumento de cesáreas, muitos bebês ficaram naquele processo adaptativo, no berçário, que envolve o quê? Umas seis horas, depois do parto, que é o processo adaptativo.*

Nos discursos das profissionais fica evidente que a lei foi bastante disruptiva em termos de rotina laboral:

> **E7**: *Mas, em um hospital que a gente tem 800 partos/mês, teve uma época que a gente ficava acordada a noite inteira. Logo que bombou a lei, a primeira vez – que aí depois caiu a lei, depois voltou, né? (...) – a primeira vez mesmo que ela veio a vigorar, era assim, um negócio absurdo de quantidade de cesárea. De ficar a noite inteira fazendo cesárea, porque a mulher sentia a primeira dor de parto, estava com três centímetros, não estava nem com dinâmica efetiva, ela já queria cesárea, assim, entendeu? Ela: "Não! Eu quero cesárea. Está na lei, eu quero a minha cesárea, eu quero a minha cesárea!" E, no final das contas, acabou virando uma dor de cabeça* [para o serviço].

Nessa fala é possível perceber muitos desdobramentos da lei na relação entre as mulheres usuárias dos serviços e as equipes. Como já disse em outros momentos, do ponto de vista da saúde ela foi muito mal escrita. Esse caso relatado por E7 é um exemplo evidente de que o seu texto permite várias interpretações sobre o que é e quem define "parturiente". É a mulher, a partir de suas impressões das contrações? São as/os profissionais de saúde, em razão de avaliações clínicas?

Parece-me que nem mesmo a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo tem clareza desse papel. Nenhuma das três notas técnicas sobre o tema publicadas pelo órgão define tecnicamente o parâmetro a ser seguido. Vejamos um trecho do meu diário de campo:

---

cesárea. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 9–20, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-575242>. Acesso em: 1 abr. 2022.

> *Hoje encontrei três versões da nota técnica. A primeira publicada em 7 de setembro de 2019, a segunda, em 26 de outubro de 2019, e a terceira, em 13 de novembro de 2019. Os diferentes textos de cada me chamaram a atenção, principalmente em relação à definição de quando a mulher pode solicitar a cesárea e sobre a confirmação da idade gestacional* [23 de janeiro de 2020].

A seguir, apresento um quadro detalhando cada uma delas (com destaque em itálico para as principais diferenças entre cada uma das notas):

Quadro 11 - Comparativo de três notas técnicas publicadas sobre a Lei da Cesárea.

Resolução SS – 84, de 6-9-2019 **Publicada em Diário Oficial. Poder Executivo - Seção I, p. 36** **Sábado, 7 de setembro de 2019**	**Resolução SS – 84, de 6-9-2019 (atualizada)** **Publicada em Diário Oficial. Poder Executivo - Seção I, p. 23** **Sábado, 26 de outubro de 2019**	**Deliberação CIB 75/2019, de 12-11-2019** **Publicada em Diário Oficial. Poder Executivo - Seção I, p.31** **Quarta-feira, 13 de novembro de 2019**
1- A mulher deve ***estar em trabalho de parto ativo*** no momento da solicitação do parto cesariano	1- A mulher deve estar ***com sinais de trabalho de parto*** no momento da solicitação do parto cesariano	1- A mulher deve estar ***em trabalho de parto*** no momento da solicitação do parto cesariano
2- É ***fundamental*** que a parturiente apresente, no momento da solicitação, as ultrassonografias (USG) realizadas durante o pré-natal, a fim de que se evite o parto prematuro (abaixo de 39 semanas) e a Caderneta da Gestante comprovando a realização do pré-natal	2- É ***recomendável*** que a parturiente apresente, no momento da solicitação, as ultrassonografias (USG) realizadas durante o pré-natal, a fim de que se evite o parto prematuro (abaixo de 39 semanas) e a Caderneta da Gestante comprovando a realização do pré-natal	2- É ***aconselhável*** que a parturiente apresente, no momento da solicitação, as ultrassonografias (USG) realizadas durante o pré-natal, a fim de que se confirme idade gestacional de 39 semanas ou mais, bem como a Caderneta da Gestante comprovando a realização do pré-natal
3- A opção pelo tipo de parto ***deve estar inserida preferencialmente em Plano de Parto*** construído com a mulher durante o pré-natal	3- A opção pelo tipo de parto ***deve ser feita preferencialmente o pré-natal***	3- ***Preferencialmente***, a opção pelo tipo de parto **deve ser *construída com a mulher durante o pré-natal e inserida em Plano de Parto conforme lei estadual 15759 de 25-03-2015***
4- O serviço de Acolhimento e Classificação de Risco, nos moldes da Portaria de Consolidação n. 3 de 03-10-2017 em seu Cap. I, art. 3º - I,	4- O serviço de Acolhimento e Classificação de Risco, nos moldes da Portaria de Consolidação 3 de 03-10-2017 em seu Cap. I, art. 3º - I, deve	4- O serviço de Acolhimento e Classificação de Risco, nos moldes da Portaria de Consolidação n. 3 de 03-10-2017 em seu Cap. I, art. 3º - I,

deve acolher e propor escuta qualificada à parturiente e ofertar, nessa ocasião, analgesia para o parto normal (métodos não farmacológicos e farmacológicos). Reiteramos que os processos de trabalho relativos ao acolhimento e escuta qualificada devem ser revistos e aprimorados continuamente a fim de que a mulher seja devidamente orientada e participe da oferta do cuidado	acolher e propor escuta qualificada à parturiente e ofertar, nessa ocasião, analgesia para o parto normal (métodos não farmacológicos e farmacológicos). Reiteramos que os processos de trabalho relativos ao acolhimento e escuta qualificada devem ser revistos e aprimorados continuamente a fim de que a mulher seja devidamente orientada e participe da oferta do cuidado	deve acolher e propor escuta qualificada à parturiente e ofertar, nessa ocasião, analgesia para o parto normal (métodos não farmacológicos e farmacológicos)
		5- Reiteramos que os processos de trabalho relativos ao acolhimento, escuta qualificada e oferta de analgesia devem ser revistos e aprimorados sob a responsabilidade de gestores estadual e municipais de forma contínua a fim de que a mulher seja devidamente assistida e participe do cuidado
5 – Após a orientação sobre os benefícios e riscos do parto normal e dos riscos de sucessivas cesarianas, (conforme Parágrafo 1º da Lei - 17.137), e a decisão da parturiente for pela cesariana, ela deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devendo o mesmo ser arquivado em prontuário da paciente	5 – Após a orientação sobre os benefícios e riscos do parto normal e dos riscos de sucessivas cesarianas, (conforme Parágrafo 1º da Lei 17.137), e a decisão da parturiente for pela cesariana, ela deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devendo o mesmo ser arquivado em prontuário da paciente	6- Após a orientação sobre os benefícios e riscos do parto normal e dos riscos de sucessivas cesarianas, (conforme Parágrafo 1º da Lei - 17.137), e a decisão da parturiente for pela cesariana, ela deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devendo o mesmo ser arquivado em prontuário da paciente
6- Em caso de divergência sobre o tipo de parto, a gestante será orientada e o estabelecimento procurará serviço em sua rede que aceite atender a gestante, transferindo a parturiente em segurança. O médico registrará as razões em prontuário da paciente; nos termos do art. 1º, § 3º da Lei - 17.137 de 23-08-2019	6- Em caso de divergência sobre o tipo de parto, a gestante será orientada e o estabelecimento procurará serviço em sua rede que aceite atender a gestante, transferindo a parturiente em segurança. O médico registrará as razões em prontuário da paciente; nos termos do art. 1º, § 3º da Lei 17.137 de 23-08-2019	7- Em caso de divergência sobre o tipo de parto, a parturiente será orientada e o médico registrará as razões em prontuário da paciente; nos termos do art. 1º, § 3º da Lei - 17.137 de 23-08-2019. ***Havendo condições clínicas para transferência***, o estabelecimento procurará serviço em sua rede que aceite

		atender a mulher, ***e a transferência só será realizada mediante vaga garantida e com a parturiente em segurança***
7- Em caso de parturiente menor de 18 anos, considerar o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código Civil	7- Em caso de parturiente menor de 18 anos, considerar o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código Civil	8- Em caso de parturiente menor de 18 anos, considerar o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código Civil
		9- ***A presente Nota Técnica deverá ser amplamente divulgada para a Rede de serviços SUS do Estado de São Paulo que realizam assistência ao pré-natal, parto e puerpério***

Fonte: elaborado pela autora com base nas notas técnicas da SES-SP (2019a, 2019b, 2019c)

A primeira nota é categórica: a mulher deve estar em trabalho de **parto ativo** para solicitar a cesárea. Já a segunda recomenda: ela deve estar **com sinais de trabalho de parto**. Talvez, aos olhos de pessoas não acostumadas com o repertório do campo do parto e nascimento essa diferença pode parecer sutil. No cotidiano de uma maternidade, porém, uma mulher em trabalho de parto ativo está numa fase avançada do processo, que é um indício de que o nascimento pode ocorrer nas próximas horas.

Já a expressão "sinais de trabalho de parto" é bastante vaga, uma vez que a gestante pode apresentar esses sinais, mas estar apenas numa fase de pródromos. Esse é um período em que há algumas mudanças no corpo indicando que a fase de trabalho de parto pode estar próxima. Nessa fase, contudo, não é possível identificar quando a mulher entrará de fato em trabalho de parto ou se o momento do nascimento está próximo.

Na última atualização, em novembro de 2019, aparece a expressão "**estar em trabalho de parto**". Essa mudança é menos ampla e subjetiva quando comparada à segunda versão da nota, mas ainda não tão específica quanto a primeira. Dessa forma, o texto abre brechas para interpretações diversas, uma vez que o trabalho de parto pode ser apenas um início do processo ou fase ativa.

Outra dimensão linguística sobre as diferenças entre as notas encontradas diz respeito aos adjetivos utilizados no item 2: **fundamental**; **recomendável** e **aconselhável**, que aparecem nessa ordem. Segundo o dicionário:

- fundamental: que tem caráter essencial e determinante; básico, indispensável;

- recomendável: encarregar formalmente alguém de; falar ou escrever em favor de; pedir com instância; advertir, aconselhar; e
- aconselhável: que pode dar conselhos; pedir direcionamentos; recomendar, sugerir, orientar-se.

Assim, é possível perceber certa gradação nos termos empregados pela SES-SP no que se refere à comprovação da idade gestacional. Na primeira nota era **fundamental** que a mulher apresentasse os documentos (exames e pré-natal) que comprovassem a idade gestacional, enquanto na última tal procedimento é apenas **aconselhável**. Ou seja, parece que essa questão deixou de ser um ponto central (era fundamental) e passou a ser apenas uma particularidade (aconselhável).

A primeira versão da nota técnica, publicada em 7 de setembro de 2019, teve bastante repercussão junto aos serviços e profissionais de saúde, sendo o primeiro documento a circular nas redes sociais. Também foi ela que ressoou nos discursos das participantes deste estudo.

Nas falas das entrevistadas ficou evidente que pautar as ações de cuidado em saúde a partir de uma lei escrita por legisladores que não conhecem a realidade dos hospitais/maternidades, muito menos as evidências científicas acerca dos efeitos das práticas de parto e nascimento na saúde das mulheres e dos seus bebês, teve impactos muito negativos na organização dos serviços, nas equipes profissionais e na saúde das usuárias do SUS.

6.6 OS DESDOBRAMENTOS NOS PROJETOS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Ao longo deste trabalho discuti a longevidade dos esforços de gestores/as, profissionais de saúde e do movimento de mulheres para implementar ações de parto seguro, bem como de humanização do nascimento. Em alguns serviços já era possível observar os resultados desses empreendimentos, que têm mais de 20 anos.

De acordo com as participantes, nos locais onde a cultura da humanização e do parto respeitoso estava mais consolidada foi mais fácil conversar com as mulheres e explicar as vantagens dos partos vaginais, dissuadindo-as de pedir uma cesárea sem indicação clínica:

> **E3**: [...] *eu acho que melhorou bastante porque a gente conseguia negociar com as mulheres. De certa forma, a gente dava "uma garantia" de que ela ia,*

talvez, ter um parto respeitoso. Então, isso, eu acho que abriu um pouco o leque, pra ser uma coisa menos brusca. Que parece que em [nome da cidade], *que é a cidade vizinha, lá já era uma cultura mais cesarista, quando entrou a lei, já estou falando, mas quando entrou, lá teve muito mais desse contexto assim.*

Outra estratégia utilizada para aconselhar as mulheres acerca dos benefícios do parto vaginal era informar sobre a possibilidade de utilização de métodos de redução da dor. Duas participantes contaram que a oferta de métodos não farmacológicos para o controle da dor contribuía para a desistência da cesárea a pedido:

E3: *Ah, outra coisa, que é importante: a gente não tem analgesia de parto farmacológica; o nosso hospital não tem. Temos anestesista, mas ele não fazia esse tipo de anestesia, na época. Aí a gente usava também, falando: "Olha, mas a gente vai fazer massagem, você vai andar, vai ter bola, vai ficar no chuveiro". Que é o que a gente usa até hoje.*

E4: *No nosso projeto, (...) faz toda essa parte de humanização ao parto normal, entendeu? Então, a gente tem tudo lá; o que dá pra gente fazer, a gente faz, pra amenizar as dores.*

A entrevistada E5 também disse acreditar que reduzir a dor durante o trabalho de parto foi uma estratégia eficaz para evitar cesarianas desnecessárias:

E5: *Mas como lá tem analgesia, a gente consegue driblar bastante essa parte, com elas, entendeu? E a gente sempre tenta explicar assim: quando elas pedem cesárea, a gente tenta explicar do jeito que eu te falei, tem as complicações (...).*

Sobre as ações de humanização do hospital, várias entrevistadas reforçaram que havia um projeto nesse sentido em andamento em suas unidades no momento da discussão e aprovação da lei, estimulando uma conduta mais acolhedora, respeitosa e baseada em evidências científicas. No caso da participante E3, especificamente sobre como essa "visão melhor do parto" por parte dos gestores – o incentivo – repercutiu diretamente na forma como a lei foi vista.

E3: *Mas lá a gente conseguiu começar com coisas, assim, não fazia ocitocina nas mulheres, não fazia episiotomia em todo mundo; foi muito da parte médica, depois que a... Agora, todas são enfermeiras obstetras/obstetrizes, acho que isso melhora bastante, bastante, o discurso; porque eu fui a*

> *primeira, de mais cinco, que foram contratadas; então, era um projeto. É isso que eu falo; gestão também, priorizar. E muito contexto, né, envolve várias coisas. Mas aí eu acho que isso mudou bastante o discurso* (grifos meus)

Como já dito, a construção social e do ideário da cirurgia cesariana como uma via de parto segura para mulher e bebê é muito forte na cultura brasileira. Nesse sentido, há no imaginário social repertórios que dão às cesáreas planejadas não somente o sentido de segurança, mas de "normalidade" ao nascer. Isso ocorre porque essa cultura privilegia o consumo e as tecnologias. Nakano, Bonan e Teixeira (2015 p. 894), analisando os discursos de mulheres que se submeteram a partos cirúrgicos no Rio de Janeiro e em São Paulo, identificaram: "A cesariana é reapresentada como algo inerente à condição 'moderna', uma 'evolução', um modo normal de parir e nascer 'nos dias atuais', adequado ao seu tempo, à 'mulher de hoje em dia'. Em contraste, o parto vaginal é 'primitivo', 'coisa de antigamente', 'coisa do passado'". Esses repertórios estão muito arraigados e, apesar de contrários às evidências científicas, são vistos pelas profissionais como algo difícil de romper.

Por outro lado, apesar de algumas se posicionarem contra a lei – *"não gostei"*, *"ninguém gostou"* –, para elas foi difícil falar contra um suposto direito, que era o da escolha. Elas ressalvaram, porém, que também circulam repertórios e conhecimentos, muitas vezes transmitidos oralmente, sobre as vantagens do parto vaginal, em especial durante o pré-natal, quando as mulheres são bem orientadas:

> **E5**: *A maioria quer trabalho de parto normal, pelo menos no posto do SUS* [pré-natal]. *Ali, elas têm vontade de ter.*
>
> **E7**: *(...) a maioria que chega pedindo, é por falta de informação. São poucas, realmente, que foram atrás, pesquisaram e viram e falam: "Não, doutora, eu sei de tudo, mas eu quero correr o risco, e é uma decisão minha, e ponto final.*

Um estudo que se tornou grande referência sobre o assunto no país, o *Nascer no Brasil* (DOMINGUES et al., 2014), mostrou que em meados dos anos 2010 apenas 27% das mulheres desejavam a cirurgia cesariana já no início do pré-natal. A maioria tinha preferência pelo parto normal, desejo que ia mudando ao longo da gestação. Ainda assim, apenas um terço continuava desejando a cesárea ao final, enquanto mais da metade tinha como resolução o nascimento por via cirúrgica.

No relato de uma entrevistada ficou evidente que, na cidade em que ela atuava, apesar da lei, as ações de humanização do parto e nascimento continuaram sendo implementadas:

> **E2**: *Os três quartos* [do CO] *viraram quartos PPP agora (...) as pacientes agora ficam todas sozinhas nos quartos, então é mais individualizado, é mais fechado, privativo, né? Mas isso não foi por conta da Covid, apesar de algumas pessoas terem falado, que a Covid fez a gente deixar o quarto sozinho. Mas não foi... foi por conta de algumas denúncias que a maternidade recebeu e uma saída foi deixar os quartos sozinhos... o que, quando a população ficou sabendo, favoreceu um pouco nas tentativas de irem parir lá...*

Um trecho do diário de campo ajuda entender o cenário dessa instituição:

> *Hoje entrevistei E2, que trabalha na maternidade* [nome da maternidade], *que é a única pública da cidade. Nesse município existe, já há alguns anos, um movimento ativo de mulheres pela humanização do parto e nascimento, e algumas iniciativas de incentivo dentro da própria maternidade (ora mais, ora menos). No contexto da chegada da Lei da Cesárea, em 2019, e da Covid, em 2020, ela comentou que começaram a surgir novas denúncias de violência obstétrica/institucional, e que o movimento da cidade começou a pressionar a gestão para uma atitude mais combativa. O que resultou numa mudança bastante significativa: a transformação de um centro obstétrico que tinha leitos compartilhados em um centro de parto normal, com leitos individuais, os chamados PPP*. [8 de julho de 2021]

A profissional se referia ao modelo denominado quarto PPP, que tem sido recomendado nas diretrizes. São quartos em que as parturientes passam todas as fases nascimento (pré-parto, parto e pós-parto) em um único ambiente, privativo. Eles são projetados para possibilitar a movimentação confortável da mulher e o uso de recursos não farmacológicos para alívio da dor, devendo possuir banheiro privativo (podem ou não ter banheira) para garantir a sua privacidade e a de seu/sua acompanhante (BRASIL, 2018). Segundo Pasche et al. (2021, p. 892), os quartos PPP

> [...] mostram que a adequação da ambiência do parto se apresenta como um importante passivo para a qualificação da atenção obstétrica brasileira, sobretudo na perspectiva de ampliação da frequência de boas práticas, muitas vezes impossibilitadas de serem exercidas sem constrangimento em salas coletivas.

Infelizmente, a mesma pesquisa mostrou que a maioria dos hospitais e maternidades no país ainda não possuía banheiro exclusivo com água quente para as parturientes. No presente estudo, das nove instituições, apenas três não ofereciam a estrutura de leitos PPP.

Além disso, a atual pandemia impactou também o atendimento ao parto e nascimento no Brasil como um todo. Especificamente na cidade onde trabalhava E2, foi fechado o único leito obstétrico do maior hospital privado, transformado em "ala covid". Com isso, muitas mulheres que tinham convênio procuraram a maternidade pública.

> **E2**: *[...] um único quarto PPP e que foi fechado por conta da Covid, eles transformaram em leito Covid. E todos os partos no hospital* [particular], *já são pouquíssimos, são feitos no centro cirúrgico, porque eles não têm mais nenhuma sala de parto. Então as poucas mulheres que ainda queriam ter parto normal no hospital* [particular], *optam por ir na* [maternidade pública].

Esse conjunto de fatores parece ter contribuído para a ampliação de ações de humanização na maternidade pública em que a entrevistada trabalhava. Isso indica que, a despeito dos impactos negativos da Lei da Cesárea no cotidiano das maternidades e no ideário do parto humanizado, muitas ações de humanização permanecem e possibilitam que as/os profissionais de saúde resistam.

7 CONSIDERAÇÕES

O cenário obstétrico brasileiro é bastante complexo, sendo a mortalidade materna elevada, os altos índices de cesárea, as violências institucionais e obstétrica, as iniquidades de gênero, étnico-raciais, econômicas, sociais e regionais apenas alguns dos exemplos que atravessam seu cotidiano.

Nessa conjuntura foi criada a Lei da Cesárea (nº 17.137), objeto desta pesquisa, abordando duas dimensões do dispositivo legal que amplia indiscriminadamente o acesso à cirurgia cesariana no Sistema Único de Saúde. A primeira nos sentidos produzidos pela cobertura do jornal *Folha de S.Paulo* durante a tramitação do projeto e aprovação da lei na Assembleia Legislativa de São Paulo; a segunda refere-se à perspectiva de profissionais da saúde sobre a sua implementação nos serviços.

Proposta em abril de 2019, a norma legal foi aprovada e promulgada poucos meses depois, em 23 de agosto, sem que houvesse uma ampla discussão pública quanto a sua efetividade, fosse por meio de debates técnicos ou de conselhos deliberativos e participação popular. Essa dinâmica está em desacordo com a estrutura do SUS, que é regulamentada e baseada em pactuações interfederativas – União, estados e municípios – , preconizando que em qualquer mudança legal-normativa é importante garantir um amplo debate e pactuações entre os atores que compõem e conduzem as políticas de saúde no país.

Este trabalho demonstrou que desde o início, ainda como projeto de lei, todo o processo foi objeto de muitas controvérsias. Por um lado, a comunidade especialista em saúde da mulher e saúde pública criticava a proposta apontando seus riscos e potenciais prejuízos que poderia causar às mulheres, aos bebês e ao SUS como um todo. Por outro, seus apoiadores debatiam a lei não como um tema do campo da saúde, mas sim como uma questão de direitos individuais, da esfera privada. As participantes desta pesquisa, profissionais vinculadas ao campo da obstetrícia, explicitaram os transtornos que a Lei da Cesárea causou à organização dos serviços, como a realização de cesarianas em mulheres fora de trabalho de parto e a ampliação do tempo de internação. Além disso, disseram elas, provocou a cisão das equipes e levou a condutas diferentes de ação dentro de uma mesma instituição. Ficou evidente que a nova normativa, não discutida nem pactuada, gerou inseguranças e o enfraquecimento de toda a rede de atenção ao parto e nascimento.

Importante dizer que mesmo antes dela já havia uma polarização que contrapunha narrativas e antagonizava vozes pró e contra o parto normal, gerando frequentemente debates inflamados. Essa perspectiva corrobora Araújo, Cardoso e Murtinho (2009), cujos estudos do campo da comunicação e saúde indicam que as relações de poder são um jogo de ordem discursiva que ocorre na intersecção da produção e circulação da palavra. Nesse sentido, há dois grandes discursos que sustentam o paradigma da mudança na assistência ao parto e nascimento no Brasil. De um lado, o discurso das evidências científicas, que sustentam as chamadas "boas práticas" e orientam as políticas públicas; de outro, o saber médico tradicional, carregado de estereótipos e conhecimentos que priorizam uma assistência hospitalocêntrica, bastante tecnocrática (DAVIS-FLOYD, 2001), não orientada por pesquisas científicas (LEAL et al., 2018). E é sob essa dinâmica de tensões que os discursos materializam práticas de saúde no cotidiano dos serviços.

Considerando esse contexto, este trabalho me possibilitou compreender que a Lei da Cesárea foi resultado de uma articulação de grupos conservadores que atuam no escopo da saúde e cujos argumentos negam as evidências científicas. Sob a lógica neoliberal, seus discursos transformam o cuidado obstétrico em um produto de mercado, circunscrito à relação comercial entre consumidoras/es e prestadores de serviços.

Analisar o tema sob os contornos de uma mídia jornalística foi importante para observar algumas das principais vozes presentes no debate público. Com isso pude perceber as principais estratégias utilizadas na construção do PL, a desqualificação do parto normal e o uso desonesto de informações, a criação de falsos argumentos baseados na desinformação e no negacionismo. Essas são estratégias típicas de um novo jeito de comunicação nas redes sociais, hoje, coordenadas sobretudo por grupos conservadores situados na extrema-direita do espectro político-ideológico, evidenciando as relações de poder imbricadas nas disputas discursivas (EMPOLI, 2019). A maneira como o tema apareceu no jornal e o enquadramento jornalístico de conflito reforçaram a polarização, cada vez mais intensa na sociedade brasileira contemporânea.

Já as entrevistas em profundidade demonstraram como a lei se estabeleceu, ou não, no dia a dia dos serviços de saúde. Assim, foi possível observar as resistências cotidianas, a ausência deliberada das placas de aviso sobre a lei, os usos dos termos de consentimento e, sobretudo, compreender as impressões e os sentimentos das profissionais sobre a norma legal e como ela foi traduzida na rotina de trabalho. Embora os relatos tenham indicado impactos bastante heterogêneos, foi possível perceber a

resistência como um elemento homogêneo no discurso das participantes. O que indica que gestoras/es e profissionais de saúde comprometidos com as evidências científicas e o cuidado à saúde da população conseguem encontrar estratégias para driblar uma norma que afronta o SUS e continuar prestando uma assistência ao parto e ao nascimento pautando-se pelas evidências. Sua postura crítica indica que as vozes a favor do parto humanizado reverberam e continuam em disputa no cenário do nascimento.

Nos serviços que reduziram ou não tiveram aumentos significativos nas taxas de cesárea, três fatores estavam presentes: a resistência profissional; a comunicação respeitosa com as parturientes assentada na orientação e tomada de decisão informada, favorecendo o parto vaginal; e o acesso a mecanismos de redução/controle de dor, tanto farmacológicos quanto não farmacológicos.

A resistência à Lei da Cesárea está intimamente associada à atualização continuada nas melhores práticas, na formação e na leitura crítica dos modelos de assistência obstétrica. A perspectiva de que o cuidado deve ser centrado nas mulheres possibilita uma comunicação em saúde mais horizontal entre usuárias e profissionais do SUS. Assim, aos atores do campo da saúde sexual e reprodutiva é imperioso reconhecer as necessidades das mulheres e, sobretudo, o seu protagonismo, bem como estratégias de cuidado individualizadas. Ou seja, no contexto da lei, o acolhimento, a orientação e a informação qualificada são especialmente imprescindíveis no processo de decisão sobre o tipo de parto. Como demonstram os estudos convocados nesta tese, estruturas de poder que basicamente colocam a mulher numa posição inferior em relação ao profissional de saúde, em especial o médico (EIDE e BÆRØE, 2021), influenciam o processo de decisão sobre o parto (THIRUKUMAR, HENRY e COATES, 2021). Nesse sentido, pensar sobre como a comunicação entre profissional e usuária acontece é importante tanto para fortalecer o vínculo entre ambos, além contribuir para que elas se sintam mais seguras na escolha da via de nascimento.

Até o encerramento desta pesquisa, esses fatores mostraram-se fundamentais para que não houvesse um grande aumento no número de cesáreas eletivas nos locais estudados. É preciso lembrar, porém, que o período deste estudo foi permeado pelas idas e vindas da lei e, também, pela pandemia de covid-19, muito disruptiva para os serviços de saúde. Assim, ciente de que esse cenário não é fixo/estável, é fundamental a realização de pesquisas que permitam acompanhar os desdobramentos da Lei da Cesárea na atenção

obstétrica e neonatal paulista e nacional, dado o potencial de reprodução de dispositivos legais similares em outras regiões do país.

Antes de finalizar é importante lembrar que a lei ora estudada está em sintonia com um modo de entender dispositivos legais e políticas de saúde não alinhado com o fortalecimento do SUS e da saúde como direito social universal. Elas emergem como moeda de troca eleitoreira e objeto de interesses pessoais, de grupos e de corporações. Essa não é uma tendência que observamos somente no caso da Lei da Cesárea, mas em várias vertentes normativo-legais que envolvem o campo da saúde pública, como a Emenda Constitucional 95/2016, que limitou os gastos públicos por 20 anos, afetando diretamente o SUS. Reis et al. (2016) apontam que essa medida desconsidera as necessidades de financiamento do sistema público de saúde e, consequentemente, de toda a população.

Outras ações nefastas impactam diretamente a política de atenção obstétrica. No momento em que escrevia essas considerações finais o Ministério da Saúde publicava a portaria que substituiu a Rede Cegonha pela chamada de Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Controversa desde sua elaboração, a medida desconsidera os posicionamentos de órgão importantes, como o Conass e o Conasems (conselhos deliberativos), que integram com o MS a chamada Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Assim como os deputados e o governo de São Paulo acataram a Lei da Cesárea ignorando pareceres técnicos, também o Ministério da Saúde baixou a nova portaria de forma unilateral, sem levar em consideração os posicionamentos de conselhos, ou seja, escancarando a falta de pactuação, uma das principais diretrizes e características do SUS.

Atitudes como essas afrontam toda a organização proposta pelo sistema público de saúde, agravando o cenário sobretudo porque não levam em consideração nem os postulados científicos, reconhecidos mundialmente, nem a construção coletiva de políticas públicas. A impressão que fica é que esses movimentos estão apenas e diretamente voltados para os interesses de grupos específicos, o que, no objeto estudado, parece dialogar muito mais com entidades da classe médica[65], caso do Cremesp. Nessas práticas verticalizadas, unilaterais, é possível perceber as relações de poder instituídas. Ao optar por não dialogar com as instâncias formativas do SUS, esses atores

[65] No caso da pandemia, em específico, foi a falta de posicionamento do Conselho Federal de Medicina em relação ao uso de medicamentos com ineficácia comprovada.

governamentais explicitam que não estão preocupados com a questão da saúde, muito menos com o seu sistema público.

Do ponto de vista discursivo, foi possível perceber nos argumentos a favor da Lei da Cesárea o negacionismo como contraponto às evidências científicas. Nessa perspectiva, é inevitável pensar que há uma política de enfraquecimento do SUS em vários níveis de governança. Prova disso é a postura negacionista dos ministros da Saúde que se sucederam ao longo da pandemia e dos seus principais assessores. Não bastassem a ausência de coordenação nacional e o boicote sistemático dos atores ministeriais às medidas básicas para enfrentamento ao vírus e da doença que ele provoca, como uso de máscaras, distanciamento social e estímulo à vacinação, o próprio mandatário da República estimulou o uso de medicamentos comprovadamente sem eficácia contra a covid-19, causando muita confusão e desinformação entre a população. Atitudes como essas são indiscutivelmente contrárias a tudo que o propõe o SUS.

Antes da Lei da Cesárea não havia nenhum dispositivo que determinasse o tipo de parto, proibindo a cesariana ou obrigando ao parto vaginal. O que sempre existiu foi o investimento em recomendações e políticas de incentivo a uma assistência qualificada e baseada em evidências científicas, todas elas reconhecendo a indicação de cesariana exclusivamente em condições clínicas específicas. Ou seja, não se trata de demonizar a prática cirúrgica, que quando bem indicada salva vidas.

O problema da lei paulista é que ela retira do campo da saúde a decisão sobre uma cirurgia de grande porte e coloca essa responsabilidade nas mãos das parturientes. Trata-se, assim, de relegar, pela força legal, a escolha da via de nascimento à uma instância individual, quando as melhores práticas de forma consistente entendem que essa decisão deve ser compartilhada com as/os profissionais de saúde, que reconhecidamente têm conhecimentos específicos que a maioria absoluta das gestantes não tem. É dizer que, apesar de se tratar do corpo das mulheres, é preciso lembrar que elas não têm todas as informações nem conhecimentos suficientes para decidir sozinhas sobre o tipo de parto. E é por isso que a lei coloca em situação de risco as gestantes e os médicos, que se veem obrigados a seguir as escolhas delas mesmo cientes de que essa não é a melhor decisão do ponto de vista clínico. Esse aspecto levou todos os serviços a implementarem rapidamente os termos de consentimento, que documentam a responsabilização individual das mulheres e suas famílias sobre as cesáreas eletivas.

O debate sobre os direitos teve um papel central não somente no processo de aprovação da lei, mas também nas práticas cotidianas em saúde, instaurando um dilema. Afinal, as/os profissionais são desafiados diariamente a se posicionarem sobre quais direitos vão garantir: o de uma escolha não informada num momento de vulnerabilidade/dor, e que poderá ter muitos impactos negativos na saúde da mulher e do seu bebê, ou o de assegurar às mulheres o direito à uma assistência pautada pelas boas práticas obstétricas e no cuidado compartilhado, centrado na lógica de promoção da saúde integral? Assim, esta tese reafirma a importância de se continuar investindo em ações dirigidas à formação profissional baseada em evidências, bem como nos princípios da humanização e no esclarecimento das mulheres e da sociedade quanto às indicações de cada tipo de parto.

REFERENCIAS

ABENHAIM, H. *et al*. Effect of Cesarean Delivery on Long-term Risk of Small Bowel Obstruction. **Obstetrics & Gynecology**, v. 131, n. 2, p. 354-359, 2018.

ABREU, M. *et al*. Apoios de decisão: instrumento de auxílio à medicina baseada em preferências - uma revisão conceitual. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 4, p. 266-272, 2006.

AGUIAR, J.; *et al*. Violência institucional, direitos humanos e autoridade tecno-científica: a complexa situação de parto para as mulheres. **Interface (Botucatu)**, v. 24, e200231, 2020.

ALLEN, V. *et al*. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. **Obstetrics & Gynecology**, v. 102, n. 3, p. 477–82, 2003.

ALMEIDA, R. Bolsonaro President: Conservatism, Evangelism and the Brazilian Crisis. **Novos Estudos CEBRAP**, v. 38, n. 1, p. 185–213, 2019.

ALVES, M. *et al*. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 837-846, 2021.

ACOG. **Definition of the term pregnancy**. Committee opinion, n. 579. WASHINGTON, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013. Disponível aqui https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy. Acesso em 15 de junho de 2022.

AMORIM, M.; SOUZA, A.; PORTO, A. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I / Evidence-based cesarean section indications: part I. **Femina**, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. Comunicação e saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2007

ARAÚJO, I.; CARDOSO, J.; MURTINHO, R. A comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. **ALAIC - Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, v. VI, n. 10, p. 104-115, 2009.

ALESP. **Sobre o Processo Legislativo**. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/processo-legislativo/sobre/. Acesso em: 23 maio. 2022.

BARBOSA, G. *et al*. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública,** v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BETRAN, A. *et al*. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 6, e005671, 2021.

BITTENCOURT, S. *et al*. Adequacy of public maternal care services in Brazil. **Reproductive**

Health, v. 13, n. 3, p. 258-265, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília DF 8 de abril 2005a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm . Acesso em 14 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento** [recurso eletrônico]. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_projetos_arquitetonicos_rede_cegonha.pdf. Acesso em: 16 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf. Acesso em 14 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.815, de 29 de maio 1998. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 47, 2 junho de 1998b. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2816_29_05_1998.html. Acesso em 14 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.816, 29 de Maio de 1998. Determinar que no Programa de Digitação de Autorizações de Internação Hospitalar, SISAIH01, seja implantada crítica, visando o pagamento do percentual maximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital, na seguinte conformidade: Limite de 40% - para o segundo semestre de 1998 Limite de 37% - para o primeiro semestre de 1999 Limite de 35% - para o segundo semestre de 1999 Limite de 30% - para o primeiro semestre de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de Maio de 1998b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2816_29_05_1998.html. Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 5 de agosto de 1999.

Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_985.pdf. Acesso em 14 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 572, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 110-E, Seção I, página 8 de 8.6.2000. 1 de junho de 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0572_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de julho de 2005b. Disponível em: http://bit.ly/37O9XY4. Acesso em 22 junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 de outubro de 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso em 12 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Ùnico de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de outubro de 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 12 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 de janeiro de 2015. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em 14 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em 16 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559. Acesso em: 20 de abril de 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 1.309.195/ SP. Lei Estadual nº 17.137, de 23 de agosto de 2019. Veto à referida lei que garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. **Inconstitucionalidade**. Recorrente: Mesa Diretora da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo; Procurador-Geral Do Estado De São Paulo. Recorrido: Diretório Estadual do Partido Trabalhista Brasileiro – PTB. Relator: Min. Ricardo Lewandowski, 30 de junho de 2021. Lex: jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, Brasília, 2021.

BUCKLEY, S. J. Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. **The Journal of Perinatal Education,** v. 24, n. 3, p. 145–153, 2015.

CAMPOS, L.; FERES JÚNIOR, J.; DAFLON, V. Administrando o debate público: O Globo e a controvérsia em torno das cotas raciais. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 11, p. 7–31, 2013.

CARVALHO, M.; SANTOS, R. As convocações biopolíticas da imprensa em prol da cesariana TT. **Revista Eletrônica de Comunição, Informação e Inovação em Saúde - RECIIS**, v. 14, n. 2, p. 416–30, 2020.

CAVALCANTI, M.; FERREIRA, R. A construção discursiva dos direitos humanos e suas tensões: o caso da extrema direita no Brasil. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 59, n. 2, p. 1239–1258, 2020.

CESAR, J.; *et al*. Cesarean section on demand: a population-based study in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 17, n. 1, pp. 99-105, 2017.

CHACHAM, A. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com "um risco" e a medicalização do parto no Brasil. In: JACÓ-VILELA, A.; SATO, L. **Diálogos em psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 420-451.

CHALMERS, I. *et al*. Key concepts for informed health choices: a framework for helping people learn how to assess treatment claims and make informed choices. **BMJ Evidence-Based Medicine**, v. 23, n. 1, p. 29-33, 2018.

CHIAVEGATTO FILHO, A. Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no Município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2413-2420, 2013.

CODATO, A.; BERLATTO, F.; BOLOGNESI, B. Tipologia dos políticos de direita no Brasil: uma classificação empírica. **Análise Social,** v. LIII, n. 229, p. 870–897, 2018.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**. Brasília, 05 abr. 2016a. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolo-clinico>. Acesso em: 20 abr. 2022

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Protocolos e Diretrizes.** Brasília, 7 de março de 2016b. Disponível em: <http://conitec.gov.br/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em: 20 abr. 2022

CFM. Resolução CFM nº 2.284, de 22 de outubro de 2020. Dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno-fetal, e revoga a Resolução CFM nº 2.144/2016, publicada no DOU de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, nº 96, seção 1, p. 143. 22 de outubro de 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.284-de-22-de-outubro-de-2020-321640891. Acesso em 14 de junho de 2022.

CFM. Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019**.** Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF nº 179, seção 1, p. 113,. 16 de setembro de 2019. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CFM-2232-2019-07-17.pdf. Acesso em 16 de junho de 2022.

COPELLI, F. *et al*. Determinants of women's preference for cesarean section. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 336–343, 2015.

DAHLEN, H. *et al*. Is society being reshaped on a microbiological and epigenetic level by the way women give birth? **Midwifery**, v. 30, n. 12, p. 1149-1151, 2014.

DAHLEN H., *et al*. The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. **Medical Hypotheses**, v. 80, n. 5, p. 656-662, 2013.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, Suppl 1, p. S5-S23, 2001.

DENEUX-THARAUX, C. *et al*. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery. **Obstetrics & Gynecoly**, v. 108, n.3, p. 541-548, 2006.

DENG, R. *et al*. Cesarean delivery on maternal request and its influencing factors in Chongqing, China. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 21, n. 384, p. 1-12, 2021.

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

DIJK, T. A. O giro discursivo. IN: IÑIGUEZ L (org). Manual de Análise do Discurso em Ciências Socias; tradução de Vera Lúcia Joscelyne. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

DINIZ, C. *et al*. Dias potenciais de gravidez perdidos: uma medida inovadora da idade gestacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 88, p. 1-7, 2020.

DINIZ, S. G. *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, S.; CHACHAM, A. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. I, n. 1, p. 80-91, 2006.

DOMINGUES, R. *et al*. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, Suppl 1, p. S101–S116, 2014.

EIDE K.; BÆRØE, K. How to reach trustworthy decisions for caesarean sections on maternal request: a call for beneficial power. **Journal of Medical Ethics**, v. 47, n. 12, p. e45-e45, 2021.

EIDE, K.T., MORKEN, NH. & BÆRØE, K. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n. 102, p. 1-10, 2019.

ENTMAN R. **Framing**: toward clarification of a fractured paradigm. Journal of Communication, Washington, DC, v. 43, n.4, p 51-58, 1993.

EMPOLI, Giuliano da. **Os engenheiros do caos**: como as fake news, as teorias da conspiração e os algoritmos estão sendo utilizados para disseminar ódio, medo e influenciar eleições. São Paulo: Vestígio, 2019. 192 p. Tradução de Arnaldo Bloch.

ESCOBAL, A. *et al*. Relationship between power and knowledge in choosing a cesarean section: women's perspectives. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, p. 1-8, 2022.

ESTEVES-PEREIRA AP, et al.. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. **PLoS ONE**, v. 11, n. 4, p. 1-13, 2016.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991

FERRARI, A. *et al*. Effects of elective cesarean sections on perinatal outcomes and care practices**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 3, p. 879-888, 2020.

FIGUEIREDO, J. *et al*. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 37-47, 2018.

FREIRE, N. *et al*. Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 237-247, 2011.

FREITAS, P.; SAVI, E. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 2009-2020, 2011.

GAMA, S. *et al*. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 919-929, 2021.

GAMA, S.; THOMAZ, E.; BITTENCOURT, S. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 772, 2021.

GAMA, A. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p.2480-2488, 2009

GAMBLE, J.; CREEDY, D. Women's Request For a Cesarean Section: A Critique of the Literature. **Birth**, v. 27, n. 4, p. 256–263, 2000.

GELBSPAN, R. **The heat is on**: the climate crisis, the cover-up, the prescription. Cambridge: Perseus Press, 1998.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, suppl 1, p. S146-S155, 1994.

GUTVIRTZ, G. *et al*. Pediatric cardiovascular morbidity of the early term newborn. The **Journal of Pediatrics**, v. 194, n. 1, p. 81-86, 2018.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, *[S. l.]*, n. 5, p. 7–41, 2009.

HILLMAN, N.; KALLAPUR, S.; JOBE, A. Physiology of transition from intrauterine to extrauterine life. **Clinics in Perinatology**, v. 39, n. 4, p. 769-783, 2012.

IBÁÑEZ-GRACIA, T. I. **O "giro linguístico"**. IN: IÑIGUEZ L (org). Manual de Análise do Discurso em Ciências Socias; tradução de Vera Lúcia Joscelyne. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

IÑIGUEZ L. **Prática da Análise do Discurso**. IN: IÑIGUEZ L (org). Manual de Análise do Discurso em Ciências Socias; tradução de Vera Lúcia Joscelyne. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

JAKOBSSON, H., *et al*. Decreased gut microbiota diversity, delayed Bacteroidetes colonization and reduced Th1 responses in infants delivered by caesarean section. **Gut**, v. 63, n. 4, p. 559-566, 2014.

KEAG, O.; NORMAN, J.; STOCK, S. Longterm risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine**, v. 15, n. 1, e1002494, 2018.

KÊNIA, M. **O nascimento biopolítico**: convocações dos dispositivos de mídia em prol da cesariana e do medo do parto. 2016. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Semiótica) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Comunicação e Semiótica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

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

LEAL, M. et al. Provider-Initiated Late Preterm Births in Brazil: Differences between Public and Private Health Services. **PLoS ONE**, v. 11, n. 5, p. 1-14, 2016.

LEAL, M. *et al*. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. 1-14, 2019.

LEAL, M. *et al*. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres

brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S17-S32, 2014.

LEAL, M. *et al*. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 823-835, 2021.

LEAL, M. *et al*. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

LEUNG, J. *et al*. Gestational age, birthweight for gestational age, and childhood hospitalisations for asthma and other wheezing disorders. **Paediatric and Perinatal Epidemioly**, v. 30, n. 2, p. 149-159, 2016.

LIMA, K.; PIMENTEL, C.; LYRA, T. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, suppl 3, p. 4909-4918, 2017.

LINO, H.; DINIZ, S. "Cuide das roupinhas que do parto cuido eu" - comunicação entre profissionais e pacientes e decisões sobre a via de parto no setor privado em São Paulo, Brasil. **Journal of Human Grouwth and Development**, v. 25, n. 1, p. 117-124, 2015.

LUMBIGANON, P. *et al*. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. **The Lancet**, v. 375, n. 9713, p. 490-499, 2010.

MAGALHÃES, M. *et al*. **Os Determinantes da Realização de Cesárias no Brasil**. São Paulo: Instituto de Ensino e Pesquisa Centro de Políticas Públicas – Insper, 2019.

MAIA, M. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MALINVERNI, C. **Epidemia midiática de febre amarela: desdobramentos e aprendizados de uma crise de comunicação na saúde pública**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2016.

MALINVERNI, Claudia. **Epidemia midiática**: um estudo sobre a construção de sentidos na cobertura da Folha de S.Paulo sobre a febre amarela, no verão 2007-2008. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. doi:10.11606/D.6.2011.tde-05122011-115046. Acesso em: 2022-06-07.

MALINVERNI, C.; BRIGAGÃO, J.; CUENCA, A. A produção de notícias de saúde pela imprensa: o contexto da cobertura da epizootia da febre amarela 2007/2008. **Physis**: revista de saúde coletiva, v. 22, n. 3, p. 853-872, 2012.

MALINVERNI, C.; BRIGAGÃO, J. COVID-19: Scientific Arguments, Denialism, Eugenics, and the Construction of the Antisocial Distancing Discourse in Brazil. **Frontiers in Communication**, v. 5, n.14, p. 1-30, 2020.

MALINVERNI, C.; BRIGAGÃO, J. I. M.; e CUENCA, A. M. B. A produção de notícias de

saúde pela imprensa: o contexto da cobertura da epizootia da febre amarela 2007/2008. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2022, v. 27, n. 7 [Acessado 15 Agosto 2022], pp. 2817-2825. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.18312021

MARTÍNEZ-NADAL, S. *et al*. Morbilidad neonatal en los recién nacidos a término precoz. **Anales de Pediatria**, v. 81, n. 1, p. 39-44, 2014.

MASCARELLO, K.; HORTA, B.; SILVEIRA, M. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 105, p. 1-12, 2017.

MATTAR, L.; DINIZ, C. Hierarquias reprodutivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-19, 2012.

MAZZONI, A. *et al*. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **BJOG**, v. 118, n. 4, p. 391-399, 2011.

McCOMBS, M. **A Teoria da Agenda**: a mídia e a opinião pública. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MENDES, A.; RÓZSA-FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R.; PIOLA, R.; ROA, A. **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS, 2016. p. 139-168.

MENEGON, V. Consentindo ambiguidades: uma análise documental dos termos de consentimento informado, utilizados em clínicas de reprodução humana assistida. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 845-854, 2004.

MILLER, S. *et al*. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. **The Lancet**, v. 388, n. 10056, p. 2176–2192, 2016.

MORAES, L. et al. Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, p. 1-14, 2018.

MUNIZ, V. **Mortalidade e letalidade materna por Covid-19 no Brasil**. Paraná: Rede Feminista de Saúde-Regional Paraná, 2021.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. **Reproductive Health** ,v. 13, Suppl 3, p. 245-265, 2016.

NAKANO, A.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis**: revista de saúde coletiva, v. 25, n. 3, p. 885–904, 2015.

NAKANO, A.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L.. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.23, n.1, p.155-172, 2016,

NARCHI, N.; CRUZ, E.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.4, p. 1059-1068, 2013.

NORONHA, J. *et al*. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2051-2059, 2018.

ODASHIMA, M. *et al*. O parto na TV: um olhar sob a perspectiva de Ivan Illich. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 23, n. e180171, p. 1-14, 2019

OLIVEIRA, B.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 939-948, 2019.

OLIVEIRA, R. et al. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 733-740, 2016.

OLIVEIRA, V.; PENNA, C. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Revista Brasileira de**

OLIVEIRA, V. **As Fabulações Jornalísticas e a Saúde**. In: LERNER, K.; SACRAMENTO, I. Saúde e Jornalismo: Interfaces Contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014, p. 35–60.

ONU. **2020 - Year of the Nurse and the Midwife**. Disponível em: https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020. Acesso em 2 de março de 2022.

OMS. Programa de Reprodução Humana. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: OMS, 2015.

OPAS. Saúde Materna. Disponível em: https://www.paho.org/pt/node/63100. Acesso em 2 de março de 2022.

OSIS, M. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. suppl 1, p. S25-S32, 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIXAO, E. *et al*. Associations between cesarean delivery and child mortality: A national record linkage longitudinal study of 17.8 million births in Brazil. **PLoS Medicine,** v. 18, n. 10, p. 1-18, 2021.

PANDA, S.; BEGLEY, C.; DALY, D. Clinicians' views of factors influencing decision-

making for caesarean section: a systematic review and metasynthesis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. **PLoS ONE**, v. 13, n. 7, p. 1-27, 2018.

PASCHE, D. *et al*. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 887–896, 2021.

PASCHOAL, J. Se a mulher quer fazer parto cesárea é um direito dela! **Youtube,** 11 set. 2018. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=i1uyPorbi2k&list=PLzoWfConCApMq7TlKDRljbxun72A8DMMf&index=16&t=2s. Acesso em: 13 mar. 2022

PAZ, L. *et al*. Evidence that children born at early term (37-38 6/7 weeks) are at increased risk for diabetes and obesity related disorders. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 217, n. 5, p. 588.e1 – 588.e11, 2017

PEREIRA, S. *et al*. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, suppl 3, p. 1313-1319, 2018.

PORTO, M. Enquadramentos da Mídia e Política. In: XXVI Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais – ANPOCS. **Anais** [...]. Caxambu/MG, 2002. p. 1-26.

POTTER J.; WHETHERELL M. **Discourse and social psychology**: beyond atitudes and behavior. Londres: Sage Publication, 1987.

RAJU, T. et al. Adults born preterm: a review of general health and system-specific outcomes. **Acta Paediatrica:** international journal of paediatrics, v. 106, n. 9, p. 1409–1437, 2017.

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

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, suppl 1, p. 759-768, 2009

REIS, A. *et al*. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, v. 40, n. spe, p. 122-135, 2016.

REIS, T.; EGGERT, E. Ideologia de gênero: uma falácia construída sobre os planos de educação brasileiros. **Educação & Sociedade**, v. 38, n. 138, p. 9-26, 2017.

RIESCO, M.; TSUNECHIRO, M. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 449-459, 2002.

ROBSON, M. Classification of caesarean sections. **Fetal and Maternal Medicine Review**, v. 12, n. 1, p. 23-39, 2001.

ROCHA, N.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 556–568, 2020

ROHDEN F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. suppl 2, p. S201–S212, 2003.

ROTHBERG, D. Enquadramento e metodologia de crítica de mídia. In: V Encontro Nacional De Pesquisadores Em Jornalismo. **Anais** [...]. Aracaju, SE, 2007. s/p.

SADOWSKA, M.; SARECKA-HUJAR, B.; KOPYTA, I. Cerebral Palsy: Current Opinions on Definition, Epidemiology, Risk Factors, Classification and Treatment Options. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 16, s./n., p. 1505-1518, 2020.

SALIM, N. **Contextos de nascimento: experiências, sentidos e práticas de cuidado**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2014.

SANDALL, J. *et al*. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1349–1357, 2018.

SANTOS, F.; TANSCHEIT, T. Quando velhos atores saem de cena: a ascensão da nova direita política no Brasil. **Colombia Internacional**, v. LIII, n. 99, p. 151–186, 2019.

SANTOS, I.; VIEIRA, F. The right to healthcare and fiscal austerity: The Brazilian case from an international perspective. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303–2314, 2018.

SAO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Lei Estadual n° 17.137, de 23 de agosto de 2019. Interposição à referida lei que garante à parturiente a possibilidade de optar lá cesariana a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Inconstitucionalidade. Requerente: Diretório Estadual do Partido Trabalhista Brasileiro - PTB. Requerido: Presidente da Assembleia legislativa do Estado de São Paulo. Relator: Alex Zilenovskyi, 1 de julho de 2020. Lex: jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo, São Paulo, 2020.

SCHANTZ, C. *et al*. How is women's demand for caesarean section measured? A systematic literature review. **PLoS One**, v. 14, n. 3, p. 1-14, 2019.

SCLOWITZ, I.; SANTOS, I. Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão. **Cadernos de Saúde de Publica**, v. 22, n. 6, p. 1129-1136, 2006.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Coordenadoria de planejamento de saúde. Deliberação CIB 75/2019, de 12 de novembro de 2019. A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo, em reunião realizada em 24-10-2019 aprova Nota Técnica CIB com as orientações que visam assegurar a qualificação da assistência, bem como, o direito da mulher a escolha do tipo de parto nos estabelecimentos públicos de saúde,

no âmbito do Estado de São Paulo, conforme Anexo I. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, SP, n. 129, seção 1, p. 31, 13 de novembro de 2019a.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. Resolução SS – 84, de 6 de setembro de 2019. Aprova a Nota Técnica de "Assistência a gestante que solicita o parto cesáreo", para o cumprimento da Lei - 17.137 de 23-08-2019 nos estabelecimentos públicos de saúde, no âmbito do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, SP, n. 129, seção 1, p. 36, 7 de setembro de 2019b. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/leisref/resource/?id=leisref.act.4574. Acesso em 16 de junho de 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Gabinete do Secretário. Resolução SS – 84, de 6 de setembro de 2019. Aprova a Nota Técnica de "Assistência a gestante que solicita o parto cesáreo", para o cumprimento da Lei n. 17.137 de 23-08-2019 nos estabelecimentos públicos de saúde, no âmbito do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, SP,n. 129, seção 1, p. 23, 26 de outubro de 2019c. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2019/iels.out.19/Iels204/E_R-SS-84-REP_060919.pdf. Acesso em 16 de junho de 2022.

SEGALOVICH, D. M. Democracia em crise: a constituição e o papel das narrativas históricas por trás da emergência do autoritarismo constitucional na Hungria e no Brasil. **Revista dos Estudantes de Direito da Universidade de Brasília**, v. 1, n. 17, p. 144–171, 2020.

SILVA, L. *et al*. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 931-940, 2021.

SOBHY, S. *et al*. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 393, n. 10184, p. 1973-1982, 2019.

SODRÉ, T.; MERIGHI, M.; BONADIO, I.C.; Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 5, p. 115-120, 2012.

SOUZA, A.; AMORIM, M.; PORTO, A. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, v. 38, n. 10, p. 505-516, 2010b

SOUZA, A.; AMORIM, M.; PORTO, A. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **Femina**, v. 38, n. 9, p. 459-468, 2010a.

SPINK, M. J. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. edição on-line: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2013.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde**: práticas, saberes e sentidos. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. **Produção de sentidos no cotidiano**: uma abordagem teórico-

metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. edição on-line: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2013.

SPINK, M. J; FREZZA, R. M.. **Práticas Discursivas e Produção de Sentido**: A perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. (org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. edição on-line: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 2013.

SPINK, M.J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, M.J.. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. suppl 1, p. 115-123, 2015.

SPINK, P. K.. **Pesquisa de campo em psicologia social:** uma perspectiva pós construcionista. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003.

TESSER, C. *et al*. Os médicos e o excesso de cesareanas no Brasil [Physicians and the excess of cesarean sections in Brazil]. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 2, n. 3, p. 4-12, 2011.

THEOPHILO, R.; RATTNER, D.; PEREIRA, E. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, 2018.

THIRUKUMAR, P.; HENRY, A.; COATES, D. Women's experiences and involvement in decision-making in relation to planned cesarean birth: an interview study. **The journal of perinatal education**, v. 30, n. 4, p. 213-222, 2021.

THOMOPOULOS, T. *et al*. Prelabor cesarean delivery and early-onset acute childhood leukemia risk. **European Journal of Cancer Prevention**, v. 25, n. 2, p. 155-161, 2016.

TRAJANO, A.; BARRETO, E. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200689, p. 1-16, 2021.

UDELSMANN, A. Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 2, pp. 172-182, 2002.

VARGENS, O.; SILVA, A.; PROGIANTI, J. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2017.

VICTORA, C. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, p. 32-46, 2011.

VILLAR, J. *et al*. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **The Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1819-1829, 2006.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Tematicas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977.

XIE, R. *et al*. Cesarean Section and Postpartum Depression in a Cohort of Chinese Women with a High Cesarean Delivery Rate. **Journal of Women's Health**, v. 20, n. 12, p. 1881-1886, 2011.

YUAN, C. *et al*. Association Between Cesarean Birth and Risk of Obesity in Offspring in Childhood, Adolescence, and Early Adulthood. **JAMA Pediatrics**, v. 170, n. 11, 2016.

ZORZAM, B. Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da Saúde Suplementar. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

ANEXO I – Lei nº17.137 de 23 de agosto de 2019

Ficha informativa
Texto compilado

LEI Nº 17.137, DE 23 DE AGOSTO DE 2019

(Atualizada até a decisão do Supremo Tribunal Federal no RE nº 1.309.195)

(Projeto de lei nº 435, de 2019, da Deputada Janaina Paschoal - PSL)

Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:
Faço saber que a Assembleia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:
Artigo 1º - A parturiente tem direito à cesariana a pedido, devendo ser respeitada em sua autonomia.
§ 1º - A cesariana a pedido da parturiente só será realizada a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, após ter a parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e dos riscos de sucessivas cesarianas.
§ 2º - A decisão deverá ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão.
§ 3º - Na eventualidade de a opção da parturiente pela cesariana não ser observada, ficará o médico obrigado a registrar as razões em prontuário.
Artigo 2º - A parturiente que optar ter seu filho por parto normal, apresentando condições clínicas para tanto, também deverá ser respeitada em sua autonomia.
Parágrafo único - Garante-se à parturiente o direito à analgesia, não farmacológica e farmacológica.
Artigo 3º - Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: "Constitui direito da parturiente escolher a via de parto, seja normal, seja cesariana (a partir de trinta e nove semanas de gestação)".
Artigo 4º - O médico sempre poderá, ao divergir da opção feita pela parturiente, encaminhá-la para outro profissional.
Artigo 5º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias.
Artigo 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.
Palácio dos Bandeirantes, 23 de agosto de 2019.
JOÃO DORIA
José Henrique Germann Ferreira
Secretário da Saúde
Rodrigo Garcia
Secretário de Governo
Antonio Carlos Rizeque Malufe
Secretário Executivo, respondendo pelo expediente da Casa Civil
Publicada na Assessoria Técnica da Casa Civil, em 23 de agosto de 2019.

ANEXO II – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública

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

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Lei da Cesárea: Processo de construção de políticas públicas e seus desdobramentos na comunicação e saúde

Pesquisador: Mariana De Gea Gervasio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36362820.3.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.236.614

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão do projeto apresentado para atender a pendência de adequação do TCLE. A apresentação do projeto segue inalterada em relação ao parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora removeu a informação de que uma via do TCLE ficaria sob responsabilidade do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e o TCLE apresentado na presente versão está adequado. Pendência atendida.

Recomendações:

Pela aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

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

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_1562737.pdf	24/08/2020 18:12:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	24/08/2020 18:12:18	Mariana De Gea Gervasio	Aceito
Folha de Rosto	PlataformaBrasilMarianaGervasio.pdf	04/08/2020 11:49:20	Mariana De Gea Gervasio	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasilfinal.pdf	30/07/2020 12:55:16	Mariana De Gea Gervasio	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 25 de Agosto de 2020

Assinado por:
Kelly Polido Kaneshiro Olympio
(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

APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: "Lei da Cesárea: Processo de construção de políticas públicas e seus desdobramentos na comunicação e saúde".

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: A comunicação e saúde é um importante alicerce no componente das relações e práticas de saúde entre usuário e profissional. É um campo em constante crescimento, sendo umas das áreas em grande destaque nos últimos anos. São dois campos que se articulam mutualmente, e nesse sentido, buscamos dar visibilidade à essas materialidades construídas no cotidiano. Nosso trabalho tem como objetivo entender o processo de construção de sentidos da Lei nº 17.137 de 23 de agosto de 2019 (Lei da Cesária) e seus possíveis desdobramentos para o campo da saúde pública brasileira. Especificamente, buscará entender como está ocorrendo a comunicação e relação entre usuário(a)s e profissionais da saúde após aprovação da lei e sua posterior inconstitucionalidade, nos atendimentos realizados nos acolhimentos em maternidades e hospitais que realizam assistência ao parto e nascimento. Você está sendo convidado/a a participar do estudo por meio de uma entrevista semiestruturada que irá abordar a temática da lei da cesárea no cotidiano do serviço de saúde. O conteúdo será gravado digitalmente para posterior transcrição e análise. O arquivo digital das entrevistas ficará guardado confidencialmente com a pesquisadora. Informamos que os resultados da pesquisa, incluindo os dados coletados somente serão utilizados nesta pesquisa, bem como em trabalhos científicos, apresentação em congressos e revistas da área.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Riscos e desconfortos mínimos: Você pode sentir-se exposto ou constrangido em relação ao tema da pesquisa em algum momento da entrevista. Caso isso ocorra a pesquisadora se compromete a qualquer sinal de desconforto, sinalizado físico ou verbalmente, elucidar possíveis questões e prestar os necessários esclarecimentos. A entrevista pode ser interrompida em qualquer momento se assim for o desejo do/a entrevistado/a. Esta pesquisa não lhe trará risco físico e nem despesas financeiras.

Benefícios: O(A) participante poderá ser beneficiado com a atualização da temática e sobre a importância da comunicação e saúde na relação profissional-usuário. Com esses conhecimentos, incentivar na formação e na prática de profissionais de saúde, seja como professor, gestor ou colega de trabalho. Os resultados da pesquisa poderá ser importante contribuição na formulação de políticas e programas de saúde, além de ampliar o debate sobre a construção de políticas públicas na saúde.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Se, depois da entrevista, você achar que deve acrescentar, ou mudar algo em sua narrativa, poderá fazê-lo por e-mail até dois meses após realizada a entrevista.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: É garantida sua confidencialidade (seu nome será substituído por um nome fictício e sua identidade será preservada). O Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício. Você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa que absorverá qualquer gasto relacionado garantindo assim não oneração de serviços de saúde.

Página **1** de **2**

O Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma **via** assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será arquivado sob responsabilidade da pesquisadora e outra será fornecida ao Sr(a). O estudo poderá ser interrompido mediante consideração prévia do CEP quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu,_____,
RG_____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa em curso de maneira clara e detalhada e tive minhas dúvidas esclarecidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. A pesquisadora Mariana De Gea Gervasio certificou-me de que todos os dados desta entrevista serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a pesquisadora Mariana De Gea Gervasio no telefone (11) 3061-7798 ou no endereço Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à ética da pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Assinei duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido, o qual também foi assinado pelo pesquisador que me fez o convite e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Uma **via** deste documento, devidamente assinada foi deixada comigo. Declaro que concordo em participar desse estudo.

Nome do/a participante	Assinatura do Participante	Data
Pesquisador	Assinatura da Pesquisadora	Data

APÊNDICE II – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Roteiro de entrevista semi-estruturada

Dados gerais	
Código do entrevistado:	
Data da realização da pesquisa:	
Local da entrevista (presencial ou remoto)	
Nome do participante:	
Cidade onde atua:	

1) IDENTIFICAÇÃO

- Idade
- Gênero

  ( ) Feminino ( ) Masculino

  ( ) Não-binário ( ) Prefiro não-responder
- Cor da pele (auto declarado, de acordo com IBGE):
- ( )Branco ( )Preta ( )Pardo ( )Amarelo ( )Indígena
- Profissão
- Formação profissional

2) INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS

- Instituição onde atua
- Local de atuação (sala de parto, acolhimento, etc)
- Cidade
- Tempo de atuação nessa instituição
- Cargo
- Tempo como profissional de assistência ao parto
- Tipo de regime de contratação (concurso, CLT, terceirizado)

3) ROTEIRO

a) Você já ouviu falar da Lei da Cesárea? Como foi que você ficou sabendo da Lei da Cesárea?

b) Você se lembra o que as profissionais falavam? E as mulheres e famílias?

c) Desde que a Lei foi aprovada, em agosto de 2019, houve alguma mudança no fluxo do seu trabalho após aprovação da Lei?

d) Houve algum tipo de conversa/orientação da equipe gestora para os profissionais sobre a assistência sobre a lei?

e) Você tem uma ideia de quantos partos normais e de quantas cesárias ocorrem por dia no serviço? Houve alguma mudança neste número após a aprovação da Lei?

f) Você percebeu se aumentou ou diminuiu o tempo de internação das mulheres? E em relação a complicações maternas? Notou algo? E para os bebês?

g) Vocês têm algum protocolo para indicação de parto normal e de cesárea? Quem são os responsáveis por garantir a implementação deste protocolo?

h) Na sua experiência nessa instituição em que momento da internação as mulheres e famílias expressam o desejo pela cesárea?

    (1) Tem algum tipo de documento para as mulheres assinarem? Quando ele é entregue? Saberia dizer se esse documento está disponível para acesso público?

i) Essa lei passou por vários julgamentos, foi aprovada em agosto de 2019. Mas em julho de 2020 foi julgada inconstitucional e deixou de valer. Em agosto de 2021 ela foi julgada novamente e considerada válida. Você chegou a ficar sabendo de toda essa "movimentação"? Se sim você se lembra se os/as profissionais comentaram? E as mulheres e famílias?

j) Houve alguma mudança no fluxo do trabalho após a reversão da aprovação da Lei? Em 2020 ou em 2021?

k) Houve algum tipo de conversa/orientação da equipe gestora para os profissionais sobre a assistência depois dessas mudanças na Lei? As mulheres e famílias comentaram sobre a suspenção da lei?

l) Na sua opinião a pandemia da covid-19 teve impacto nas indicações de cesárea no seu serviço? Aumentou o número? Teve alguma justificativa formal para isso? E informal o que as pessoas falam?

m) Você gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE III – EXEMPLO TRANSCRIÇÃO SEQUENCIAL

Quem fala	Sobre o que fala	Tema
P	Pergunto sobre dados gerais de identificação	
E	Responde	
P	Falo que vou começar a perguntar os itens do meu roteiro sobre a temática da lei da cesárea e faço a primeira pergunta	
E	Responde como foi que ela ficou sabendo num primeiro momento e já falando sobre um sentido negativo e depois ficou sabendo já formalmente quando foi instituído na maternidade	Divulgação /comunicação
P	Pergunto se ela se lembra o que os profissionais falavam nessa época – como eram as conversas no cotidiano	
E	Responde sobre a diferença entre os pessoal da enfermagem e outras categorias profissionais	Impactos diretos sentidos por profissionais
P	Pergunto como os médicos reagiram	
E	Responde comentando sobre a categoria	Impactos diretos sentidos por profissionais
P	Pergunto sobre as mulheres e famílias, sobre o que elas comentavam	
E	Responde acentuando a questão da divulgação – que a divulgação foi acontecendo aos poucos	Divulgação /comunicação
P	Fico com dúvida e pergunto especificamente como foi esse processo na cidade	
E	Relata que sente que na cidade demorou um tempo para começar a falar sobre o direito Conta sobre uma situação em que a maternidade foi obrigada a colocar um aviso na parede	Divulgação/ comunicação Organização interna e dispositivos (placa)
P	Faço uma pergunta de esclarecimento	
E	Ela confirma a situação	
P	Pergunto se as mudanças foram organizadas via gestão	
E	Confirma que sim, que foi a reclamação direto na gestão sobre o caso – com a finalidade de não ter mais “debates”	Divulgação /comunicação
P	Pergunto se teve algum topo de orientação da gestão nesse sentido	
E	Responde que oficialmente não teve nenhuma ação. Foram apenas informações informais	Divulgação /comunicação
P	Pergunto sobre o fluxo de trabalho, o que mudou	
E	Explica a nova dinâmica do agendamento de cesáreas eletivas – como aumentou o número de pedidos	Organização interna e dispositivos
P	Pergunto quem é o responsável pelo agendamento	Organização interna e dispositivos (agenda)

E	Explica e detalha o fluxo organizacional do agendamento	Organização interna e dispositivos (agenda)
P	Explico para ver esse entendi o correto	
E	Responde acrescentando a importância do termo de consentimento e como funciona na maternidade	Dispositivos (TCLE)
P	Pergunto se ela sentiu alguma diferença nas taxas de cesárea e parto normal após a aprovação da lei	
E	Responde que aumentou consideravelmente o número de cesáreas, principalmente entre as primeiras gestações que não estão dando nem a chance de entrar em trabalho de parto – acrescenta que direto com 39 semanas já tem o agendamento, que muitas não querem nem esperar tanto tempo – com o argumento de quem elas nem querem entrar em trabalho de parto	Impactos diretos
P	Comento sobre essa mudança	
E	Acrescenta comentando que várias que tiveram partos normais anteriores, agendaram a cesárea com a justificativa que o parto normal anterior foi traumático	Efeitos / repercussões da lei
P	Pergunto sobre o fluxo de atendimento de rotina	
E	Explica comentando e detalhando a rotina e os fluxos	Cotidiano
P	Pergunto sobre a rotina	
E	Explica como eram os protocolos antes e depois da lei	Cotidiano /efeitos da lei
P	Pergunto em qual momento da internação as mulheres pedem a cesárea	
E	Explica a diferença entre quem agenda e quem escolhe a cesárea no momento do parto	Cotidiano / efeitos da lei Dispositivos (TCLE)
P	Pergunto se existem protocolos de indicação de parto normal e cesárea	
E	Pede alguns esclarecimentos	
P	Explico melhor a pergunta	
E	Refere que acha que até existe o protocolo, mas não sabe dizer se algo foi mudado em relação a lei da cesárea	
P	Pergunto sobre o momento da inconstitucionalidade da lei	Contexto da lei
E	Responde dizendo que não houve esse período e que as principais mudanças no serviço se mantiveram mesmo nesse período e sobre novas formas de descrever no prontuário	Cotidiano Efeitos da lei Dispositivos (TCLE)
P	Pergunto sobre essa questão do prontuário	
E	Responde comentando frisando a importância e necessidade de relatar todos os detalhes, inclusive fazendo a mulher assinar o prontuário (como uma forma de TCLE)	Cotidiano Efeitos da lei Dispositivos

Legenda: P – Pesquisadora; E - Entrevistada

APÊNDICE IV – EXEMPLO DE MAPA DIALÓGICO

Impactos diretos	**Divulgação / Comunicação**	**Organização do serviço**	**Dispositivos**
Pesquisadora (L33-34): aprovou num dia e no dia seguinte as mulheres já queriam cesárea?			
	Entrevistada (L35-39): Não... aqui não... eu senti que demorou um tempo ainda pro pessoal poder, começar a falar que existia esse direito... tanto que teve uma época que ainda tava tendo essa controvérsia da paciente pedir, o plantão aceitar, até estabelecer mesmo como protocolos e a gente não tinha nenhum documento visual para informar as mulheres de que isso poderia ser realizado...		
			(L39-42) ... e ai uma entrou não sei se com um ação ou uma reclamação e que a gente foi obrigada a colocar na parede visualmente que elas tinham esse direito...
	(L41-43)... Que a maioria ainda não estavam sabendo que elas tinham esse direito... então aqui foi mais devagar...		

		Pesquisadora (L49): E foi tudo via gestão? Direto...	
		Entrevistada (L50-52): Foi tudo via gestão... a gestão... foi uma reclamação na gestão, provavelmente... eu não lembro exatamente, né..., mas provavelmente ela queria cesárea...	
(L52-57)...alguns médicos ainda são resistentes, então ele negou, ele falou que ela não tinha o direito de escolha, e ela brigou falando que ela tinha por causa da lei... e ai ficou aquele debate... e ai quando isso foi parar lá na parte de direção do hospital, eles acharam por bem deixar isso por escrito para que não houvesse mais debates, se a mulher chegasse e quisesse, teria ali o escrito que ela teria o direito de saber que ela podia escolher...			

Exemplo adaptado para reprodução na tese.

Currículo Lattes

Mariana De Gea Gervasio

Bolsista de Doutorado do CNPq

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/6673372697871433
ID Lattes: **6673372697871433**
Última atualização do currículo em 20/04/2022

Obstetriz formada pelo curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP). Mestra em Ciências pelo Programa de Pós Graduação em Mudança Social e Participação Política pela EACH/USP. Doutoranda em Saúde Pública pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública pela FSP/USP. É integrante do grupo de pesquisa Comunicação e Informação Científica em Saúde Pública, coordenado pela Profa Dra Angela Maria Belloni Cuenca. Possui experiência (assistência, docência e extensão) nas áreas saúde da mulher, saúde coletiva e interdisciplinar. Foi integrante da Associação de Obstetrizes da USP e Conselheira Municipal de Saúde. Atualmente pesquisa sobre a construção de sentidos de políticas de saúde no cotidiano. Principais temas de pesquisa: saúde de mulheres, saúde coletiva, direitos sexuais e reprodutivos, políticas públicas, comunicação e saúde, práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Mariana De Gea Gervasio
Nome em citações bibliográficas	GERVASIO, M. G.;Gervasio M D G;GERVASIO, M;GERVASIO, MARIANA DE GEA
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/6673372697871433

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2018	Doutorado em andamento em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, FSP, Brasil. Título: Lei da Cesárea: processo de construção de políticas públicas e seus desdobramentos na comunição e saúde, Orientador: Angela Maria Belloni Cuenca. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Comunicação e Saúde; Práticas discursivas e produção de sentidos. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde da Mulher. Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Comunicação / Subárea: Comunicação e Saúde.
2012 - 2015	Mestrado em Mudança Social e Participação Política. Escola de Artes, Cirências e Humanidades, EACH, Brasil. Título: Saúde da Mulher na perspectiva dos profissionais e gestores de saúde de Corumbataí,Ano de Obtenção: 2015. Orientador: Elizabete Franco Cruz. Palavras-chave: Saúde da Mulher; Saúde Coletiva; Relações de Gênero; Integralidade; Humanização. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
2008 - 2012	Graduação em Obstetrícia. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Angela Maria Belloni Cuenca

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/9289612477584785
ID Lattes: **9289612477584785**
Última atualização do currículo em 21/02/2022

Docente da Faculdade de Saúde Pública da USP pelo Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, orientadora na pós-graduação, em nível de mestrado e doutorado, na área de Comunicação Científica em Saúde Pública, e responsável pela disciplina Metodologia da Divulgação do Artigo Científico. Ainda na Pós-Graduação integra o Mestrado Profissional em Entomologia. Na graduação ministra disciplinas de Acesso e Uso da Informação Bibliográfica para o Curso de Nutrição e o Bacharelado em Saúde Pública. Coordena o grupo de pesquisa em Comunicação Científica em Saúde Pública, desenvolvendo pesquisas que abrangem análise de citações em revistas científicas, bibliometria, altmetria e redes sociais online, acesso e uso da informação científica, comunidades acadêmicas, competência em informação. Foi Diretora da Biblioteca/Centro de Informação e Referência da FSP/USP de 2003 a 2013. Graduada em Biblioteconomia pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (1977), Mestrado (1998) e Doutorado (2004) em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo. Colabora na Revista de Saúde Pública como editora executiva. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Angela Maria Belloni Cuenca
Nome em citações bibliográficas	CUENCA, A. M. B.;CUENCA, ANGELA MARIA BELLONI;CUENCA, A
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/9289612477584785
Orcid iD	? https://orcid.org/0000-0002-9434-5362

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade. Avenida Dr Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617996 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

2000 - 2004	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: O uso da internet por docentes da área de saúde pública no Brasil, Ano de obtenção: 2004. Orientador: Ana Cristina d'Andretta Tanaka. Palavras-chave: Internet; Saude Publica; Programas de Pós-Graduação; Docentes universitários. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Comunicação / Subárea: Ciência da Informação.
1992 - 1997	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Faculdade de Saúde Pública, USP, Brasil. Título: Usuario da Busca Informatizada: Avaliacao do Curso Medline/Lilacs no Contexto Academico,Ano de Obtenção: 1997. Orientador: Profa. Dra. Midori Ishii. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Grande área: Ciências da Saúde