



VULNERABILIDADES NO NASCER DE CESÁREA NO BRASIL: UMA ANÁLISE BIOÉTICA¹

VULNERABILITIES IN CESAREAN BIRTH IN BRAZIL: A BIOETHICAL ANALYSIS

MS, Leandro Feijó Sonnberger

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-4142-9546>
fejiosonnberger@hotmail.com

Dra. Caroline Filla Rosaneli

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3710-5829>
caroline.rosaneli@gmail.com

Mtra, Renata Cristina Alves da Rocha

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-5360-118X>
renatacrisrocha0610@gmail.com

Drda, Patrícia Alves Paiva de Oliveira

Universidade Estadual de Montes Claros

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-6565-0587>
patriciaalvespaiva@gmail.com

Dra, Orlene Veloso Dias

Universidade Estadual de Montes Claros

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-9374-8074>
orlenedias@yahoo.com.br

¹ Artigo parte integrante da dissertação de Leandro Feijó Sonnberger. Pesquisas desenvolvidas no Grupo de Pesquisa Saúde Pública, Bioética e Direitos Humanos, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

Resumo

Este estudo teve por objetivo analisar e correlacionar os tipos de vulnerabilidades existentes no parto cesariana nas mulheres brasileiras. A análise das vulnerabilidades foi descrita e catalogada segundo os critérios de Ayres *et al.* (2006) e subdivididas em individual, social e programática. Foram recuperados textos completos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola dos últimos cinco anos, totalizando 59 artigos, os quais foram submetidos à revisão, resultando em 18 artigos. Como descritores utilizamos as palavras “cesárea”, “nascer” e “Brasil”. O levantamento dos artigos demonstra que o nascimento por cesárea implica um processo multifatorial de conflitos morais que carecem de avaliações individualizadas para que se possa conduzir cada paciente de forma particularizada e assim entender que um único sujeito social pode estar submetido a diversas vulnerabilidades distintas mesmo quando se respeita os critérios básicos de autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência.

Palavras-chave

Brasil – Cesárea – Nascer – Vulnerabilidades - Bioética.

Licencia Creative Commons Attribution Nom-Comercial
3.0 Unported (CC BY-NC 3.0) Licencia Internacional



**CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL**

Abstract

This study aimed to analyze and correlate the types of vulnerabilities existing in cesarean delivery in Brazilian women. The vulnerability analysis was described and cataloged according to the definition criteria by Ayres *et al.* (2006) and subdivided into individual, social and programmatic. Full texts were retrieved, in Portuguese, English and Spanish from the five years, totaling 59 articles, articles were provided for full review, which resulted in 18 articles. As descriptors we used the words “cesarean”, “nascer” and “Brazil”. The survey of moral conflicts by cesarean sections can demonstrate that a multifactorial process of moral conflicts can be a unique individualized process for birth so that it can understand a unique process of distinct vulnerabilities even if it can be a unique process of different vulnerabilities even if it can be a process one respects the basics of autonomy, justice, beneficence and non-maleficence.

Keywords

Brazil – Cesarean – Born – Vulnerabilities - Bioethics.

Introdução

As mudanças no processo de nascimento historicamente estão ligadas a inclusão da tecnologia ao processo de parto, ao passo que o nascimento saiu

das casas e migrou para a instituição de saúde, inúmeras alterações foram desencadeadas, onde o ser feminino perdeu parte de seu protagonismo e diversos sujeitos sociais passaram a fazer parte do contexto, alterando a maneira, o momento e as características dos nascimentos².

A literatura atual referente ao tema nascimento possui inúmeras publicações e avaliações técnicas do procedimento cesárea comparando-o com o parto natural, comprovando cientificamente que o parto natural do ponto de vista técnico e orgânico seria natural à gestante e ao recém-nascido quando transcorre de maneira fisiológica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que a taxa ideal de cesárea em um país seria entre 10% e 15%. No entanto, em alguns países como o Brasil, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes. De acordo com especialistas da OMS, quando as cesáreas são realizadas por motivos médicos, podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, mas que não existem evidências de cesarianas realizadas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga algum benefício³.

A OMS destaca que as taxas de cesáreas em diferentes hospitais variam em função das características obstétricas das mulheres atendidas naquele local, sua capacidade e recursos, e conforme os protocolos clínicos de conduta que são usados em cada instituição.

O modelo de atenção obstétrica e neonatal que predomina no Brasil é tecnocrático e hipermedicalizado, reforçando representações do parto e nascimento como situações de risco, doença e sofrimento. Em 2018, o Brasil registrou um dos índices mais elevados de cesarianas no mundo, aproximadamente 56% dos partos⁴. Apesar do alto índice de cesáreas no Brasil, é importante ressaltar que a proporção de cesariana apresenta distribuição desigual no país, sendo maior nas mulheres com maior idade, escolaridade, com assistência pré-natal em serviços privados e residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, sendo determinada, em muitos casos, por fatores não clínicos.

As altas taxas de cesarianas são questionadas e criticadas pela comunidade acadêmica no campo da obstetrícia, devido a sua associação a eventos indesejáveis para a mãe e filho, como, por exemplo, o nascimento de

²Sabrina Lins Seibert, Jéssica Louise da Silva Barbosa, Joares Maria dos Santos, Octavio Muniz da Costa Vargens, "Medicalização X Humanização: O Cuidado Ao Parto Na História", Rev. Enferm. UERJ Vol: 13 num 02 (2005): 245-51.

³Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS (2014).

⁴Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Marcos Augusto Bastos Dias, Marcos Nakamura Pereira, Jacqueline Alves Torres, Eleonora d'Orsi, Ana Paula Esteves Pereira, Arthur Orlando Correa Schilithz, Maria do Carmo Leal, "Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final", Cad. Saúde Pública Vol: 30 num Sup: S101-S116 (2014): 101-116.

neonatos prematuros, de baixo peso, com transtornos respiratórios e neurológicos e ainda pela alta incidência de infecções maternas puerperais⁵.

É necessária a oferta de serviços humanizados e qualificados que promovam uma atenção pré-natal e puerperal adequada, através de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias.

A epidemia de partos operatórios, especialmente, a partir da década de 1980 no país, trouxe à tona dilemas bioéticos característicos do sistema de saúde⁶.

As discussões referentes ao tema se concentram no contexto da bioética principialista, debatendo dilemas sobre autonomia da paciente e paternalismo da equipe médica, se concentrando em definições e possíveis desvios dos preceitos bioéticos acarretados pelo atendimento às pacientes e não se debruçam, na individualidade e nas necessidades da mulher quando inserida em um meio social, na maioria das vezes, persuasivo e alvitante de normas e condutas.

Ao refletir sobre o tema pode-se levantar questionamentos que nos orientam na investigação da individualidade dentro do sistema de nascimento por cesárea no Brasil, sistema esse alicerçado em duas frentes de atenção cada qual com suas particularidades legais e com suas divergências ético-morais.

Esta discussão não se sustenta nos dilemas principialistas visto que foram analisados, exaustivamente e de maneira adequada, por outros autores. Faz-se imprescindível a reflexão sobre o cerne individual de cada gestante envolvida nessa rede de atenção ao parto, através da análise das diferentes vulnerabilidades inseridas em cada diferente sistema de atenção à saúde no Brasil. As perguntas que nortearam essa revisão foram: Quem são os reais vulnerados nos sistemas de atenção à saúde no Brasil? Existe uma via de nascimento ideal para todas as pessoas? Apenas o SUS apresenta vulnerados?

Para refletir sobre essas e outras questões, uma revisão de literatura foi realizada analisando as diferentes vulnerabilidades segundo os conceitos trazidos por Ayres *et al.*, (2006)⁷. Essa avaliação permite refletir sobre os

⁵Laura Leismann de Oliveira, Annelise de Carvalho Gonçalves, Juvenal Soares Dias da Costa, Ana Lucia de Lourenzi Bonilha, "Fatores Maternos E Neonatais Relacionados À Prematuridade", Rev. Esc. Enferm. USP Vol: 50 num 03 (2016): 382-389.

⁶Elvis Vieira da Silva, Mariana Amorim de Andrade Costa, Karine Cristine de Almeida, Laís Moreira Borges Araújo, Natália de Fátima Gonçalves Amâncio, "Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais", Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. (Online) Vol: 20 num 1 (2020): 241-247.

⁷José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Gabriela Junqueira Calazans, Haraldo César Saletti Filho, Ivan França-Júnior, "Risco vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde", In. Tratado de saúde coletiva, editado por Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria

dilemas que mulheres e profissionais vivenciam no processo de nascimento brasileiro em especial nos partos do tipo cesárea. O debate bioético somado à análise técnica do processo de nascimento poderá apontar ferramentas úteis para o desenvolvimento de políticas de saúde e melhorias na atenção humanizada à gestante brasileira.

A identificação e o levantamento das vulnerabilidades presentes aplicadas no nascer de cesárea no Brasil nos permitem levantar questionamentos individuais, sociais e programáticos, especialmente, em saúde pública para que dilemas bioéticos possam ser minimizados. Ao se alicerçar em um sistema dual de saúde pública e privada, o Brasil apresenta discrepâncias no acesso, qualidade, abrangência e respeito aos usuários dos sistemas de saúde que frequentemente se deparam com ações que ferem os preceitos bioéticos de autonomia, justiça e de equidade, e apresentam em certas ocasiões o paternalismo na atuação das equipes de saúde⁸.

Essa avaliação faz refletir sobre os dilemas que mulheres e profissionais vivenciam no processo de nascimento brasileiro. O debate bioético somado à análise técnica do nascer de cesárea no Brasil pode apontar ferramentas úteis para o desenvolvimento de políticas de saúde de atenção humanizada à gestante brasileira.

Esta revisão buscou investigar os fatores de vulnerabilidades presentes no nascer de cesárea no Brasil.

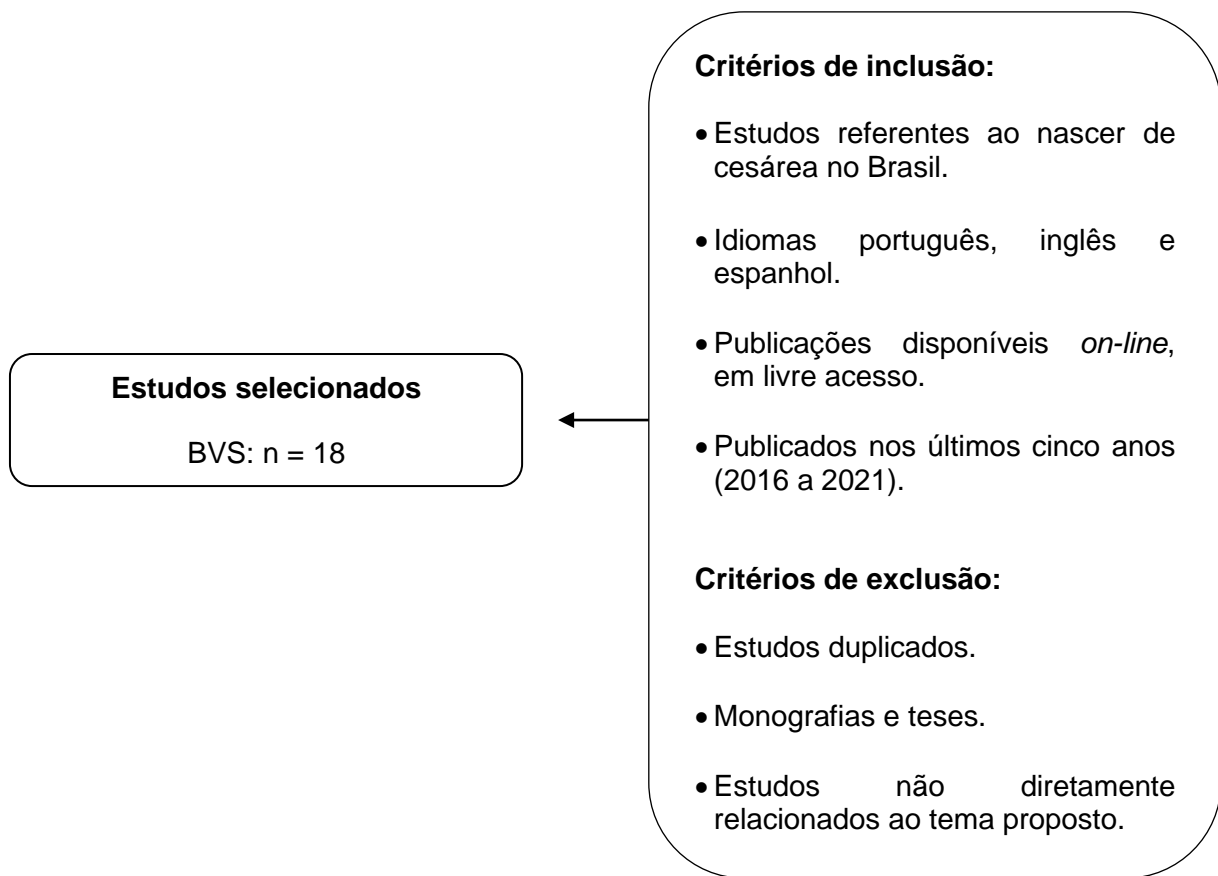
1. Métodos

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Para o levantamento dos artigos realizou-se uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados Bireme e SciELO. A busca foi realizada no ano de 2021. Foram recuperados textos completos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola dos últimos cinco anos. Esses estudos foram submetidos à revisão integrativa, resultando em 18 artigos.

Para a categorização e discussão da temática de vulnerabilidade utilizou-se as dimensões das análises de vulnerabilidade, que compreende fatores de vulnerabilidade individual, social e programática. No fluxograma 1 apresenta-se o roteiro de buscas.

Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Júnior, Yara Maria de Carvalho. Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz. 2006. 375-417.

⁸Bernardo Jefferson de Oliveira, Sônia Lansky, Kleyde Ventura dos Santos, Erica Dumont Pena, Clara Karmaluk, Amélia Augusta Lima Friche, "Sentidos do Nascer: exposição interativa para a mudança de cultura sobre o parto e nascimento no Brasil", Interface, Botucatu Vol: 24 (2020): 1-18.



Fluxograma 1
Percurso metodológico do levantamento de dados da literatura.
Fonte: Elaborado pelos autores, (2021).

2. Resultados e discussão

Os artigos utilizados são apresentados sequencialmente, de acordo com o ano de publicação em ordem decrescente.

N°	Título	Autores	Ano	Periódico
01	Racial inequality in perinatal outcomes in two Brazilian birth cohorts	Fonseca JM, et al.	2021	Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 54(1), 1-9
02	Magnitude e determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal em Goiânia, Goiás: um estudo de coorte retrospectivo, 2012	Saloio CÁ, et al.	2020	Epidemiologia e Serviços de Saúde. 29(5), 1-12
03	Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais	Silva EVD, et al.	2020	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 20(1), 249-256
04	Influência das características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil	Zaiden L, et al.	2020	Cadernos de Saúde Pública. 36(1), 1-14
05	Sentidos do Nascer: exposição interativa para a mudança de cultura sobre o parto e nascimento no Brasil	Oliveira BJD, et al.	2020	Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 24, 1-18
06	Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos	Leal MDC, et al.	2019	Cadernos de Saúde Pública. 35(7)
07	Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados	Velho MB, et al.	2019	Cadernos de Saúde Pública. 35(3)
08	Síndromes hipertensivas na gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer	Santos Lopes L, et al.	2019	Revista Baiana de Saúde Pública. 43(3), 599-611
09	Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and birth weight in the BRISA cohort	Lima RJCP, et al.	2018	Revista de Saúde Pública. 52(46)
10	Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento	Souto RMCV, et al.	2017	Ciência & Saúde Coletiva. 22(9)
11	O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do "parto cesáreo" entre obstetras	Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA.	2017	Physis: Revista de Saúde Coletiva. 27(3)
12	Taxa de cesariana nas primigestas atendidas numa maternidade pública com assistência humanizada no município de Juiz de Fora – MG	Damasceno VC, et al.	2017	HU Revista. 43(2), 121-126

13	Fatores associados à saúde materno-infantil no Rio Grande do Sul, Brasil	Mattei F, Carreno I.	2017	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 17, 527-537
14	Neonatal near miss and mortality: factors associated with life-threatening conditions in newborns at six public maternity hospitals in Southeast Brazil	Kale PL, et al.	2017	Cadernos de Saúde Pública. 33(4)
15	O impacto do tipo de hospital e tipo de parto sobre a idade gestacional ao nascer no Município de São Paulo, 2013-2014	Raspantini PR, et al.	2016	Revista Brasileira de Epidemiologia. 19(4)
16	Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012)	Diniz CSG, et al.	2016	Saúde e Sociedade. 25(3)
17	Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança	Sampaio ÁRR, Bousquat A, Barros C.	2016	Epidemiologia e Serviços de Saúde. 25, 281-290.
18	Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade	Oliveira LLD, et al.	2016	Revista da Escola de Enfermagem da USP. 50(3)

Quadro 1

Caracterização dos artigos quanto aos títulos, autores, ano de publicação e periódicos ou instituições publicadas.

Fonte: Elaborado pelos autores, (2021).

A análise dos estudos permitiu a identificação de diferentes fatores de vulnerabilidade da mulher brasileira frente ao parto cesárea, algumas vezes encontrados de forma comum entre os estudos, em outras, vindo a acrescentar de forma colaborativa com a pesquisa. Os fatores identificados no estudo serão apresentados em forma de quadro e foram subdivididos em categorias (individual, social e programática) para análises e discussões (QUADRO 2).

Categorização	Fatores de Vulnerabilidade	Artigos de referência
Vulnerabilidade Individual	Medo, falsas crenças	05, 06
	Situação física	01, 02, 03, 08, 09, 14, 18
	Relações afetivo-sexuais	10
Vulnerabilidade Social	Condições socioeconômicas	02, 04, 07, 13, 14, 18
	Raça / etnia	16
	Acesso a informações	07, 13
Vulnerabilidade Programática	Organização do setor saúde	03, 04, 05, 07, 12, 13, 15, 18
	Preparo técnico científico dos profissionais e equipe	03, 08, 11, 17

Quadro 2

Principais fatores de vulnerabilidades encontradas nos estudos.

Fonte: Elaborado pelo autor, (2022).

Alguns estudos enfatizaram que a realização de cesarianas pode provocar danos ao recém-nascido, como problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia, mortalidade neonatal, além do aumento da probabilidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva, destacando a vulnerabilidade geral a que pacientes submetidas ao parto cesárea sem indicação técnica estariam sujeitas⁹.

Agendar o nascimento (via indução do parto ou cesárea eletiva) pode prejudicar os processos hormonais que precedem o parto a termo, os quais ajudam a preparar o sistema imunológico, respiratório e gastrointestinal fetal, e proteger o cérebro fetal do *stress* do parto, propiciando um trabalho de parto mais eficiente e com mais proteção contra hemorragia. Esse mesmo estudo enfatiza que, ao longo prazo, crianças nascidas por cesariana possuem maior risco de desenvolver doenças autoimunes como asma, alergias, diabetes tipo 1, e pode existir uma forte associação entre cesariana e fatores como sobrepeso ou obesidade¹⁰.

⁹Franciele Mattei, Ioná Carreno, "Fatores associados à saúde materno-infantil no Rio Grande do Sul, Brasil", Rev. Bras. Saúde Mater. Infant Vol: 17 num 3 (2017): 527-537.

¹⁰Carmen Simone Grilo Diniz, Luís Eduardo Batista, Suzana Kalckmann, Arthur O. C. Schlitz, Marcel Reis Queiroz, Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho, "Desigualdades

2.1 Vulnerabilidade individual

A vulnerabilidade individual se caracteriza por fatores biológicos, comportamentais, valores, as crenças, as atitudes, as relações familiares, a situação material e psicoemocional do indivíduo frente a um contexto. Os fatores de vulnerabilidade individual encontrados foram: medo e falsas crenças, situação física, relações afetivo-sexuais (violência sexual)¹¹.

O estudo “Nascer no Brasil” mostrou que o principal motivo para a preferência das mulheres pela cesariana no país é o medo da dor no parto¹². Esse estudo mostrou, também, que o modelo de atenção vigente utiliza de forma excessiva e, muitas vezes, desnecessárias, intervenções que geram dor e sofrimento. Portanto, segundo os autores, uma das premissas para a redução de cesarianas no Brasil é a melhoria da assistência ao trabalho de parto e ao parto vaginal visando à promoção da autonomia, do protagonismo e do bem-estar das mulheres¹³.

O medo da dor do parto seria fator importante na escolha da via de parto cesárea e destaca que a melhoria na atenção humanizada aliada à presença de acompanhante e métodos não farmacológicos de diminuição da dor seriam linha para o combate dessa falsa crença. Além de que, o fator idade e escolaridade da paciente também se relaciona com maiores taxas de parto cesarianas, sendo que pacientes mais alfabetizadas e com maior idade possuem uma tendência a optar pela cesárea em especial no serviço privado de saúde¹⁴.

Além do medo de sofrerem violência no parto, o modelo atual de atenção obstétrica no Brasil é reforçado pela cultura do consumo e da praticidade, que faz com que muitas gestantes “optem”, ou seja, induzidas à realização de cesarianas eletivas desnecessárias¹⁵.

sociodemográficas na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012)”, *Saúde e Soc Vol: 25 num 3 (2016): 561-572.*

¹¹José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Gabriela Junqueira Calazans, Haraldo César Saletti Filho, Ivan França-Júnior, “Risco, vulnerabilidade e práticas... 375-417.

¹²Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Marcos Augusto Bastos Dias, Marcos Nakamura Pereira, Jacqueline Alves Torres, Eleonora d’Orsi, Ana Paula Esteves Pereira, Arthur Orlando Correa Schilithz, Maria do Carmo Leal, “Processo de decisão... 101-116.

¹³Maria do Carmo Leal, Sonia de Azevedo Bittencourt, Ana Paula Esteves-Pereira, Bárbara Vasques da Silva Ayres, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de A. Silva, Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz, et al, “Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos”, *Cad. Saúde Pública Vol: 35 num 7 (2019).*

¹⁴JM Fonseca, AAM Silva, PRH Rocha, RLF Batista, EBAF Thomaz, F Lamy-Filho, H Bettiol, “Racial inequality in perinatal outcomes in two Brazilian birth cohorts”, *Braz. J. Med. Biol. Res Vol: 54 num 1 (2021): 1-9.*

¹⁵Bernardo Jefferson de Oliveira, Sônia Lansky, Kleyde Ventura dos Santos, Erica Dumont Pena, Clara Karmaluk, Amélia Augusta Lima Friche, “Sentidos do Nascer:... 1-18.

Alguns estudos destacam que o risco de baixo peso ao nascer e a prematuridade está associado à realização de cesárea devido à situação física como idade materna, raça e ganho excessivo de peso no pré-natal^{16,17}.

O estudo de Silva *et al.* (2020) destaca que aumenta a porcentagem de cesarianas à medida que aumenta a idade da mulher (especialmente acima de 35 anos). Estas apresentam uma maior frequência de complicações, como hipertensão e outras doenças crônicas, ocasionando maiores chances de realização de cesárea. O aumento na taxa de cesáreas pode gerar consequências negativas para a saúde materna, já que o risco de morte é dez vezes maior quando realizado esse procedimento se comparado ao parto normal. A cesariana está associada, também, a outros riscos como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar e complicações anestésicas¹⁸.

O estudo com gestantes brasileiras observou que o ganho excessivo de peso durante a gravidez aumenta o risco de parto cesáreo e, que a indicação de parto cesáreo para mulheres com excesso de peso pode ser uma forma de prevenir o sofrimento fetal¹⁹.

Ainda com relação à saúde da gestante, embora as Síndromes Hipertensivas na Gestação sejam patologias que precisem de uma assistência de alto risco, não significa que seja obrigatório evoluir para uma cesariana. Nesses casos, não há indicação na literatura, desde que os níveis tensionais da gestante estejam controlados, a vitalidade fetal dentro da normalidade e a mulher sinta-se confortável para um parto normal²⁰.

No estudo de Damasceno *et al.* (2017)²¹, as distócias foram as causas mais comuns (37,8%) de indicação de parto operatório no momento da internação, e

¹⁶Tabatha Costa Lana, Laís Vanessa Assunção Oliveira, Eunice Francisca Martins, Nágela Cristine Pinheiro Santos, Fernanda Penido Matozinhos, Mariana Santos Felisbino-Mendes, "Prevalência, fatores associados e desfechos reprodutivos relacionados ao ganho de peso gestacional excessivo", *Rev Enferm UERJ* Vol: 28 (2020): 1-8.

¹⁷Raina Jansen Cutrim Propp Lima, Rosângela Fernandes Lucena Batista, Marizélia Rodrigues Costa Ribeiro, Cecília Cláudia Costa Ribeiro, Vanda Maria Ferreira Simões, et al, "Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and birth weight in the BRISA cohort", *Rev Saúde Pública* Vol: 52 num 46 (2018): 1-10.

¹⁸Elvis Vieira da Silva, Mariana Amorim de Andrade Costa, Karine Cristine de Almeida, Laís Moreira Borges Araújo, Natália de Fátima Gonçalves Amâncio, "Relação do tipo... 241-247.

¹⁹Bernardo Jefferson de Oliveira, Sônia Lansky, Kleyde Ventura dos Santos, Erica Dumont Pena, Clara Karmaluk, Amélia Augusta Lima Friche, "Sentidos do Nascer:... 1-18.

²⁰Lhayse dos Santos Lopes Moraes, Alba Maria Bomfim de França, Aldrya Ketly Pedrosa, Ana Paula Miyazawa, "Síndromes hipertensivas na gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer", *Rev. Baiana Saúde Pública* Vol: 43 num 3 (2019): 599-611.

²¹Vívian Campos Damasceno, Leonardo Pandolfi Caliman, Nathália Cristina Mezzonato Machado, Ana Beatriz Clemente Gonçalves, Leonardo César Mendes de Miranda, "Taxa de cesariana nas

como segunda causa encontrou-se os distúrbios hipertensivos maternos (35,0%), sendo a pré-eclâmpsia grave a mais apontada dentre elas.

O estudo de Kale *et al.* (2017)²² enfatiza que existe uma forte associação entre a morbidade materna, como sangramento vaginal e pressão alta durante a gravidez, e cesariana. Sendo assim, a cesariana pode atuar como fator protetor contra desfechos adversos da gravidez, resultando em benefícios para a mãe e o recém-nascido. Por outro lado, a cesariana pode ser um fator de risco para desfechos perinatais adversos, como a prematuridade.

A violência sexual é outro fator de vulnerabilidade e risco importante que repercute na gestação. Seu estudo demonstrou que as vítimas de estupro tiveram maiores percentuais de cesárea, início tardio e menor número de consultas de pré-natal; e seus bebês tiveram menor peso ao nascer²³.

Esta revisão demonstra que a vulnerabilidade individual presente no parto do tipo cesárea, na maioria das vezes, transita em uma grande parcela das gestantes entre o medo de algumas mulheres, aliadas à presença de situações físicas não limitantes ao parto natural e a violência sexual.

A presente análise nos remete a uma indagação importante: “Quais os agentes realmente vulnerados nesse contexto de nascimento ao se refletir sobre a vulnerabilidade individual?”. Seria a mulher, que mesmo com seu direito pessoal de autonomia garantido, se submete a um procedimento cirúrgico que em tese seria mais arriscado? Ou seria a paciente do Sistema Único de Saúde, às quais são negadas suas possibilidades de escolha, ou seja, sua autonomia?

No contexto da vulnerabilidade individual a violência obstétrica, violência no parto, violência institucional ou violência estrutural na atenção ao parto se apresenta corriqueiramente como a gênese do medo em relação ao parto descrito em diversos trabalhos anteriormente citados. Esta terminologia é usada para identificar atos praticados a gestantes pela equipe de saúde ou aos seus bebês durante a assistência, que signifique desrespeito a sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências²⁴.

primigestas atendidas numa maternidade pública com assistência humanizada no município de Juiz de Fora – MG”, HU Revista Vol: 43 num 2 (2017): 121-126.

²²Pauline Lorena Kale, Maria Helena Prado de Mello-Jorge, Kátia Silveira da Silva, Sandra Costa Fonseca, “Neonatal near miss and mortality: factors associated with life-threatening conditions in newborns at six public maternity hospitals in Southeast Brazil”, Cad. Saúde Pública Vol: 33 num 4 (2017).

²³Rayone Moreira Costa Veloso Souto, Denise Lopes Porto, Isabella Vitral Pinto, Carlos Cezar Flores Vidotti, Laura Augusta Barufaldi, Mariana Gonçalves de Freitas, “Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento”, Ciênc. Saúde Colet. Vol: 22 num 9 (2017): 2909-2918.

²⁴Carmen Simone Grillo Diniz, Ana Flavia D’Oliveira, “Gender violence and reproductive health”, Int J Gynaecol Obstet Vol: 63 num Supl. 10 (1998): 33-42.

A violência obstétrica foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres, fazendo parte do contexto da violência a mulher²⁵.

Ausência de acompanhante durante o parto, posição litotômica, realização da manobra de Kristeller, separação precoce do bebê após o parto, demora na assistência, recusa de internações nos serviços de saúde, cuidado negligente, recusa na abreviação da dor, maus tratos físicos, verbais e/ou psicológicos, desrespeito a privacidade e liberdade de escolhas, realização de procedimentos coercitivos, entre outros, são exemplos práticos de violência obstétrica que se apresenta no cuidado as gestantes e interfere de forma importante no processo de escolha e na vulneração individual das gestantes brasileiras²⁶.

Já o despreparo da equipe que atende a paciente contribui também ao processo de vulneração individual visto que situações clínicas que poderiam ser conduzidas de maneira fisiológica são urgencializadas, como no caso de pacientes com doenças não limitantes ao parto natural sendo submetidas a cesarianas devido tais alterações; o paternalismo se apresenta no caso das pacientes vítimas de violência sexual visto que estudos demonstraram uma tendência a realização de cesárea nessas pacientes sem o cuidado da deliberação respeitosa e adequada para que a melhor opção possa ser escolhida pelos envolvidos²⁷.

2.2 Vulnerabilidade social

A vulnerabilidade social refere-se às normas sociais, relações de gênero, relações de etnia, relações entre gerações, normas e crenças religiosas, suporte social, acesso à saúde, acesso à educação, acesso à justiça, acesso à cultura, lazer e esporte, acesso à mídia, participação política e cidadania²⁸.

Os fatores de vulnerabilidade social encontrados referem-se às condições socioeconômicas, raça/etnia, acesso à educação e escassez de informação à gestante.

²⁵Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação... 2014.

²⁶Elvis Vieira da Silva, Mariana Amorim de Andrade Costa, Karine Cristine de Almeida, Laís Moreira Borges Araújo, Natália de Fátima Gonçalves Amâncio, "Relação do tipo... 241-247.

²⁷Carmen Simone Grilo Diniz, Luís Eduardo Batista, Suzana Kalckmann, Arthur O. C. Schlitz, Marcel Reis Queiroz, Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho, "Desigualdades sociodemográficas... 561-572.

²⁸José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Gabriela Junqueira Calazans, Haraldo César Saletti Filho, Ivan França-Júnior, "Risco vulnerabilidade... 375-417.

No Brasil, a distribuição das prevalências de cesarianas é heterogênea, sendo maiores nas regiões economicamente mais favorecidas (Sudeste, Sul e Centro-Oeste), em mulheres com maior poder aquisitivo, mais velhas e com mais anos de escolaridade. Evidenciou-se, também, que os números encontrados nas regiões Sul e Sudeste denotam um uso excessivo da cesárea eletiva, mesmo no sistema público de saúde²⁹.

A cesárea, quando clinicamente indicada, salva mães e bebês, no entanto, seu uso indiscriminado pode aumentar o risco de complicações para ambos, em seu estudo os autores relataram que 14,8% das pacientes submetidas à cesárea possuíam mais de 34 anos e 65% escolaridade maior ou igual a 11 anos de estudo³⁰.

Mattei e Carreno (2017)³¹ destacam que a maior escolaridade materna, a presença de companheiro e o número adequado de consultas no pré-natal reduzem a frequência de parto vaginal, sendo a proporção de cesarianas de 62%. Esse mesmo estudo indica que alguns autores supõem que residir nas regiões mais ricas do país, como a Região Sul, favorece a utilização de serviços privados de saúde, que por sua vez, apresentam altas taxas de cesariana, entre 80% e 90%.

Com relação ao fator raça/etnia, quanto à assistência ao parto, observou-se um quadro contraditório: apesar de mais mulheres negras ou pardas terem partos vaginais (considerados desfechos mais saudáveis), tiveram menos acompanhantes e ficaram mais vulneráveis à violência na assistência^{32,33}.

Outro fator de vulnerabilidade é a escassez de informações, é possível observar que as mulheres confiam nas informações fornecidas durante o pré-natal e acreditam que as indicações para a realização de uma cesárea resultaram em maior segurança, sem, no entanto, atentar-se que essa prática pode comprometer

²⁹Caio Átila Saloio, Otaliba Libânio de Moraes Neto, Dayanne Augusta Gonçalves, Hugo Estevam Marques Bessa, Jadson Pinheiro Coelho Júnior, May Socorro Martinez Afonso, "Magnitude e determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal em Goiânia, Goiás: um estudo de coorte retrospectivo, 2012", *Epidemiol. Serv. Saúde* Vol: 29 num 5 (2020): 1-12.

³⁰Laura Zaiden, Marcos Nakamura-Pereira, Maria Auxiliadora Mendes Gomes, Ana Paula Esteves-Pereira, Maria do Carmo Leal, "Influência das características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil", *Cad. Saúde Pública* Vol: 36 num 1 (2020): 1-14.

³¹Franciele Mattei, Ioná Carreno, "Fatores associados... 527-537.

³²Laura Leismann de Oliveira, Annelise de Carvalho Gonçalves, Juvenal Soares Dias da Costa, Ana Lucia de Lourenzi Bonilha, "Fatores Maternos... 382-389.

³³Carmen Simone Grilo Diniz, Luís Eduardo Batista, Suzana Kalckmann, Arthur O. C. Schlitz, Marcel Reis Queiroz, Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho, "Desigualdades sociodemográficas... 561-572.

sua vida reprodutiva futura, pelo maior risco de complicações placentárias, em gestações subsequentes³⁴.

Estudo verificou a falta de informações em linguagem adequada para leigos em sites de associações médicas e que sites leigos pouco falam sobre o parto natural e se destacam informações sobre cesarianas, fato esse demonstra a implicação da informação adequada no contexto da assistência a gestante, o que é repassado à população sobre o processo de nascimento? Essas informações são claras, fidedignas e verdadeiras? Tais informações implicam na decisão final da gestante e de sua família e contribuem para o processo de vulneração das pacientes ao passo que não se apresenta de forma adequada e precisa todos os pontos relacionados ao parto natural *versus* o parto cesárea³⁵.

Em quais situações temos vulnerados? Partos normais sem possibilidade de deliberação e escolhas; ou nas cesáreas sem reflexões e/ou entendimento? A vulnerabilidade pode migrar individualmente? O sujeito vulnerado do ponto de vista social pode estar sendo protegido de uma vulnerabilidade técnica? Podemos generalizar decisões em um grupo de sujeitos sociais distintos? O excelente para uma determinada pessoa pode ser altamente nefasto para outra?

Nesse contexto podemos buscar na bioética ferramentas para os conflitos expostos, situações específicas, analisadas com coerência, deliberação e entendimento podem trazer uma decisão conjunta, não arbitrária e bioeticamente aceita para todos os envolvidos na questão de assistência a saúde das gestantes e especialmente em relação ao tipo de parto mais adequado a cada mulher. A deliberação em saúde entendida como avaliação dos valores e deveres envolvidos em determinada situação, para que seja encontrada a solução ótima, ou menos prejudicial deve ser ferramenta de atuação na área de atenção a gestante; o uso do processo deliberativo é caminho ótimo para que a relação médico paciente possa evoluir eticamente da medicina hipocrática e contratualista que se baseiam no paternalismo e no termo de consentimento para uma relação mais humanizada e baseada na pessoa; a relação deliberativa entre gestante e equipe de saúde³⁶.

³⁴Manuela Beatriz Velho, Odaléa Maria Brüggemann, Christine McCourt, Silvana Granado Nogueira da Gama, Roxana Knobel, Annelise de Carvalho Gonçalves, “Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados”, *Cadernos de Saúde Pública* Vol: 35 num 3 (2019).

³⁵Beatriz Fioretti-Foschi, “Dando um google na qualidade das informações sobre cesárea, para leigos, no Brasil em 2018”, Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

³⁶J Judez, Diego Gracia, “La deliberación moral: el método de la ética clínica”, *Med Clin (Barc)* Vol: 117 (2001): 18-23.

2.3 Vulnerabilidade programática

A vulnerabilidade programática refere-se ao compromisso dos governos, das políticas públicas específicas, do planejamento e avaliação das políticas, da participação social no planejamento e avaliação, dos recursos humanos e materiais para as políticas, da governabilidade, do controle social, da sustentabilidade política, da qualidade dos serviços, da integralidade da atenção, da equidade da atenção, das equipes multidisciplinares, dos enfoques interdisciplinares, da integração entre prevenção, da promoção e assistência, do preparo técnico-científico das equipes, do respeito, da proteção e da promoção de direitos humanos³⁷.

Ocasionada pelas dificuldades que o paciente sofre para ter acesso aos serviços e como ocorre o atendimento, tais dificuldades vulneram programaticamente a paciente, pois desmotivam o tratamento e o cuidado. A impotência diante a situação fragiliza também os profissionais, impossibilitados de acessar os meios necessários para atender satisfatoriamente às necessidades dos usuários, o que pode ocasionar estresse e angústia, fica claro eticamente que o problema reside no fato de vulnerarem os usuários e os profissionais pela interdependência entre o sistema de saúde e o contexto social em que ele se insere³⁸.

A identificação dos fatores de vulnerabilidade programática pode favorecer a organização dos serviços de saúde, as ações de prevenção e o controle de agravo além do acesso e do vínculo da população com o serviço³⁹.

Os fatores de vulnerabilidade programática encontrados nos artigos analisados foram: Organização do setor saúde (setor público x privado) e preparo técnico-científico dos profissionais e equipe.

De acordo com estudo de Oliveira *et al.* (2016), há diferenças entre o setor público e o setor privado em relação aos fatores que levam à realização do parto vaginal ou cesárea. Os autores evidenciaram, em seu estudo, que a taxa de cesariana foi maior no setor privado (93,8%) do que no Sistema Único de Saúde (SUS) (55,5%)⁴⁰. Oliveira *et al.* (2020) ressaltam em sua pesquisa que no Sistema

³⁷José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Gabriela Junqueira Calazans, Haraldo César Saletti Filho, Ivan França-Júnior, "Risco vulnerabilidade... 375-417.

³⁸José Roque Junges, Rosângela Barbiani, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, "Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde", Trabalho, Educação e Saúde Vol: 16 num 3 (2018): 935-953.

³⁹José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Gabriela Junqueira Calazans, Haraldo César Saletti Filho, Ivan França-Júnior, "Risco vulnerabilidade... 375-417.

⁴⁰Laura Leismann de Oliveira, Annelise de Carvalho Gonçalves, Juvenal Soares Dias da Costa, Ana Lucia de Lourenzi Bonilha, "Fatores Maternos... 382-389.

Único de Saúde (SUS) as taxas de cesariana sem justificativa técnica são menores que as realizadas nos setores privados, podendo indicar interesses comerciais de setores do sistema privado de saúde⁴¹. Para Damasceno *et al.* (2017) a elevada taxa de cesarianas tem demonstrado a banalização desse procedimento⁴².

A pesquisa de Zaiden *et al.* (2020)⁴³, enfatiza diversos estudos que mostram que no setor privado a frequência de cesarianas é alta em todo o país, entretanto, no que se refere ao setor público – Sistema Único de Saúde (SUS) – estes números podem sofrer variações importantes de acordo com o tamanho do hospital, o tipo de hospital (público ou misto) e, provavelmente por sua localização, se nas capitais ou no interior dos Estados. Segundo os autores, algumas pesquisas já evidenciaram associação entre características hospitalares e as prevalências de cesariana. Esse mesmo estudo observou que a chance de cesariana foi maior nos hospitais com estrutura mais precária, quando esperava-se encontrar mais cesarianas eletivas nos hospitais com UTI neonatal, geralmente aptos a receber gestações mais complicadas⁴⁴.

De acordo com a pesquisa de Raspantini *et al.* (2016), a mudança na distribuição da idade gestacional ao nascer (menos de 40 semanas) no município de São Paulo, entre 2013-2014, está relacionada ao tipo de hospital em que ocorrem os nascimentos e à alta frequência de cesáreas na rede privada⁴⁵.

A pesquisa de Santos Lopes *et al.* (2019), sugere que a realização de cesariana pode estar associada às melhores condições socioeconômicas da população⁴⁶. No entanto, Rattner e Moura (2016), ressaltam que o crescimento do número de cesarianas entre as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) também contribuiu para o aumento das taxas no país⁴⁷.

⁴¹Bernardo Jefferson de Oliveira, Sônia Lansky, Kleyde Ventura dos Santos, Erica Dumont Pena, Clara Karmaluk, Amélia Augusta Lima Friche, “Sentidos do Nascer:... 1-18.

⁴²Raina Jansen Cutrim Propp Lima, Rosângela Fernandes Lucena Batista, Marizélia Rodrigues Costa Ribeiro, Cecília Cláudia Costa Ribeiro, Vanda Maria Ferreira Simões, et al, “Pregpregnancy body...1-10.

⁴³ Laura Zaiden, Marcos Nakamura-Pereira, Maria Auxiliadora Mendes Gomes, Ana Paula Esteves-Pereira, Maria do Carmo Leal, “Influência das características ... 2020.

⁴⁴Pauline Lorena Kale, Maria Helena Prado de Mello-Jorge, Kátia Silveira da Silva, Sandra Costa Fonseca, “Neonatal near miss... 2017.

⁴⁵Priscila Ribeiro Raspantini, Marina Jorge de Miranda, Zilda Pereira da Silva, Gizelton Pereira Alencar, Simone Grilo Diniz, Marcia Furquim de Almeida, “O impacto do tipo de hospital e tipo de parto sobre a idade gestacional ao nascer no Município de São Paulo, 2013-2014”, Rev Bras. Epidemiol. Vol: 19 num 4 (2016): 878-882.

⁴⁶Tabatha Costa Lana, Laís Vanessa Assunção Oliveira, Eunice Francisca Martins, Nágela Cristine Pinheiro Santos, Fernanda Penido Matozinhos, Mariana Santos Felisbino-Mendes, “Prevalência, fatores associados... 1-8.

⁴⁷Daphne Rattner, Erly Catarina de Moura, “Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas”, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Vol: 16 num 1 (2016): 39-47.

Leal *et al.* (2019)⁴⁸ evidenciam, em seu estudo, a redução das cesarianas (intraparto e anteparto combinadas) no setor privado, o que não ocorreu no setor público, onde houve, de fato, uma substituição de cesarianas anteparto por cesarianas intraparto, com a manutenção da taxa de partos vaginais. No entanto, segundo os autores, é importante destacar que os percentuais de cesarianas do setor privado são quase o dobro do praticado no setor público, sendo, portanto, mais suscetíveis a intervenções visando à sua redução⁴⁹.

Outro fator de vulnerabilidade é o preparo técnico-científico dos profissionais e equipe. A pesquisa de Sakae e colaboradores em 2009 constatou que o perfil do médico obstetra tinha importante fator decisivo para o aumento do número de operações cesarianas. Os autores perceberam que os obstetras que tinham uma característica mais intervencionista realizaram quase três vezes mais cesáreas em relação aos colegas médicos que escolhiam partos com menos intervenção⁵⁰.

O estudo de Silva *et al.* (2020) ressalta que uma outra questão a ser levada em consideração é a crença dos médicos na preferência das mulheres pela cesárea. No entanto, essa crença seria apenas uma forma de justificar o aumento nas taxas do procedimento, já que o real motivo seria a pouca habilidade dos profissionais para assistir o parto vaginal e a maior conveniência e rentabilidade⁵¹.

A continuidade no atendimento pelo mesmo profissional implica, muitas vezes, na realização de um procedimento cirúrgico com data e hora marcada, evidenciado pela baixa prevalência de mulheres que entraram em trabalho de parto e pela realização da cesárea antes da 39ª semana de gestação⁵².

De acordo com Nakano, Bonan e Teixeira (2017) o processo de normalização da cesárea se relaciona ao desenvolvimento de um estilo de

⁴⁸ Leal, Maria do Carmo, Bittencourt, Sonia de Azevedo, Esteves-Pereira, Ana Paula, Ayres, Bárbara Vasques da Silva, Silva, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de A., Thomaz, Erika Barbara Abreu Fonseca, et al., "Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos". Cad. Saúde Pública Vol: 35 num 7 (2019).

⁴⁹ José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Gabriela Junqueira Calazans, Haraldo César Saletti Filho, Ivan França-Júnior, "Risco vulnerabilidade... 375-417.

⁵⁰ Thiago Mamôru Sakae, Paulo Fontoura Freitas, Eleonora D'orsi, "Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário", Rev. Saúde Pública Vol: 43 num 3 (2009): 472-480.

⁵¹ Elvis Vieira da Silva, Mariana Amorim de Andrade Costa, Karine Cristine de Almeida, Laís Moreira Borges Araújo, Natália de Fátima Gonçalves Amâncio, "Relação do tipo de parto... 241-247.

⁵² Rayone Moreira Costa Veloso Souto, Denise Lopes Porto, Isabella Vitral Pinto, Carlos Cezar Flores Vidotti, Laura Augusta Barufaldi, Mariana Gonçalves de Freitas, "Estupro e gravidez... 2909-2918.

pensamento da comunidade de práticas dos obstetras, que opera uma mudança do conceito de cesariana de um procedimento cirúrgico para uma forma de parto normal. Os mesmos autores evidenciam que, em estudos precedentes, observou-se que há um estilo de pensamento médico obstetra materializado em um conjunto de práticas, técnicas, tecnologias e saberes que cria disposições para o entendimento da cesariana como um modo normal de nascer⁵³.

O modelo de atenção obstétrica do Brasil é tido como intervencionista. A pesquisa realizada pelos autores demonstra que, no Brasil, a taxa de cesárea é a maior expressão desse modelo e está entre as mais elevadas do mundo⁵⁴. Souza e Pileggi-Castro apontaram em 2014 que a alta taxa de cesáreas no Brasil indicava o grau de hipermedicalização da maternidade. Observam que a prática abusiva de cesáreas é um problema complexo e multifatorial, o qual envolve, entre outros fatores, o protagonismo dos obstetras na assistência ao parto sem uma equipe de apoio com doulas, enfermeiras obstetras e demais profissionais com a convicção da medicina baseada em evidências, mas também com uma visão ética e deliberativa dos processos de atenção à saúde, as armadilhas do sistema que tornam a cesárea mais conveniente para muitos profissionais de saúde, influenciando decisões e maculando a autonomia da paciente somado a uma percepção de considerável parcela da população sobre uma possível superioridade do parto cesariana em relação ao parto normal⁵⁵.

Para Diniz *et al.* (2016), com relação à saúde perinatal, o principal desafio científico a ser enfrentado no Brasil é a mudança de cultura institucional em direção a uma assistência fortemente baseada em evidências e orientada pelos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, e de seus bebês. Para os autores, o quadro atual consiste na alta medicalização e falta de regulação da assistência ao parto (uso de intervenções potencialmente danosas no parto vaginal e abuso de cesáreas)⁵⁶.

Ao analisar a temática da vulnerabilidade programática, reflexões importantes como deliberação, paternalismo e autonomia vêm à tona. Até que ponto as pacientes são ouvidas e esclarecidas para a tomada de decisões? Essas

⁵³Andreza Rodrigues Nakano, Claudia Bonan, Luiz Antônio Teixeira, “O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras”, *Physis: Revista de Saúde Coletiva* Vol: 27 num 3 (2017): 415-432.

⁵⁴Ádila Roberta Rocha Sampaio, Aylene Bousquat, Claudia Barros, “Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança”, *Epidemiol. Serv. Saúde* Vol: 25 num 2 (2016): 281-290.

⁵⁵João Paulo Souza, Cynthia Pileggi-Castro, “Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária”, *Cad. Saúde Pública* Vol: 30 num Supl 5 (2014): 511-513.

⁵⁶Carmen Simone Grilo Diniz, Luís Eduardo Batista, Suzana Kalckmann, Arthur O. C. Schlitz, Marcel Reis Queiroz, Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho, “Desigualdades sociodemográficas... 561-572.

decisões respeitam o fator autonomia e afastam o paternalismo? O fato de nascer bem e com uma família esclarecida sobre os fatores envolvidos na decisão da via de parto sendo ele normal ou cesárea não seriam mais importantes do que taxas e percentuais a serem alcançados? Reflexões sobre a individualidade dos casos e a possibilidade de deliberação seriam sim análises mais aprofundadas e que respeitariam a integridade moral e física dos agentes sociais inseridos nesse contexto.

A temática ensino das práticas obstétricas deveria estar mais inserida no contexto bioético de respeito a individualidade, a deliberação e ao se evitar o paternalismo na prática de assistência à saúde das gestantes. Afinal de contas o melhor parto deveria ser aquele em que todos os agentes envolvidos pudessem manter sua integridade física e emocional inabalada.

A respeito desse grupo de vulnerabilidade programática do tipo compromisso e responsabilidade profissional algumas reflexões podem vir à tona. O grupo de gestantes atendidas pelos planos de saúde e ou consultas particulares, ainda que com melhores indicadores socioeconômicos, estaria submetido a uma maior propensão de partos do tipo cesárea devido a uma cultura social que imputa a cesariana como procedimento superior e mais seguro que o parto normal, devido a uma assistência a gestante sem isenção que interferem o processo de autonomia verdadeira e devido a um processo deliberativo frágil e ineficaz.

Já as gestantes que participam do SUS, estariam submetidas a uma maior dificuldade em deliberar sobre suas decisões, receber informações e assim exercer sua autonomia com um mínimo de conhecimento e menor influência externa, sendo ainda submetidas às amarras do sistema.

Reis *et al.* (2017) avaliaram as práticas de assistência à saúde que interferem no exercício da autonomia das mulheres brasileiras no parto e nascimento. Os autores identificaram práticas positivas para o exercício da autonomia feminina como assistenciais extra-hospitalares, atitudes de apoio e conforto e assistência educativas⁵⁷.

Em contrapartida verificaram práticas negativas ao exercício da autonomia como atitudes autoritárias, assistência padronizada, práticas que aumentam a sensação dolorosa do parto e atenção impessoal. Apresentou-se um grande

⁵⁷Thamiza Laureany da Rosa dos Reis, Stela Maris de Mello Padoin, Thayla Rafaella Pasa Toebe, Cristiane Cardoso de Paula, Jacqueline Silveira de Quadros, “Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura”, Revista Gaúcha de Enfermagem Vol: 38 num 1 (2017).

descompasso entre o cotidiano assistencial e as recomendações governamentais do sistema de saúde.

Estudo denominado “Indenizações em obstetrícia” estudo das decisões do Superior Tribunal de Justiça do Brasil de 2004 a 2014, realizado por Rodrigues e Nunes (2018), verificou que grande percentual de sequelas irreversíveis e processos está associado à prática do parto normal, que as instituições ainda carecem de melhorias no aparato de trabalho dos profissionais de saúde e que determinar que o aumento da taxa de cesarianas recaia somente ao fator médico seria uma análise superficial. Tal estudo nos apresenta mais um fator que colabora para a prática do parto cesárea, visto que diante de tal situação os profissionais que assistem a gestante podem por precaução estarem tendenciosos à prática da cesárea⁵⁸.

Considerações finais

A presente revisão levanta reflexões sobre o processo de nascimento no Brasil analisado no contexto de vulnerabilidade; fatores distintos e variados expõem as gestantes brasileiras a situações de vulnerabilidade.

O uso da tecnologia no parto, através da cirurgia cesárea, foi sem sombra de dúvida um avanço de grande valia na área de atenção à saúde das gestantes; que salvaguardou e ainda evita mortes de milhares de mães e recém-nascidos no mundo.

Ao se analisar esse avanço depara-se com seu uso além do recomendado pela OMS no nosso país, e no restante do planeta. O uso da cirurgia cesárea, atualmente, se alicerça em justificativas que vão além da indicação técnica. Questões multifatoriais e extensamente debatidas nos estudos existentes, cada qual com intuito de apontar um culpado para o uso indiscriminado da cirurgia cesárea.

Em um contexto individual os estudos demonstraram que o medo, situação física e questões afetivo-sexuais estavam presentes no contexto da realização do parto tipo cesárea, já ao se analisar o contexto social da vulnerabilidade se pode identificar que as condições socioeconômicas, raça/etnia e acesso às informações foram os fatores apresentados nos estudos recentes sobre o tema, já na análise programática da vulnerabilidade se pôde identificar os fatores organização do setor saúde, preparo técnico-científico dos profissionais e equipe e a responsabilidade social e jurídica dos serviços.

⁵⁸Thaís Mara Leal Cintra Rodrigues, Altacílio Aparecido Nunes, “Indenizações em obstetrícia: estudo das decisões do Superior Tribunal de Justiça do Brasil de 2004 a 2014”, R. Dir. Sanit. Vol: 19 num 1 (2018): 121-143.

Tal levantamento nos apresenta um leque extenso de “culpados” para o incremento do procedimento cesárea nas últimas décadas, todos eles importantes e interligados no contexto atual de organização do serviço de assistência ao parto no Brasil e no mundo. A vulnerabilidade individual do tipo medo da dor do parto está intimamente ligada com a vulnerabilidade social do tipo acesso às informações e pode estar correlacionada com a vulnerabilidade programática do tipo preparo técnico-científico dos profissionais e equipe.

Haja vista que essa paciente durante seu acompanhamento de pré-natal, poderia se aprofundar no conhecimento leigo sobre a dor do parto e maneiras de minimizá-la através de busca em revistas, livros e Internet; ao passo que os profissionais envolvidos em seu cuidado poderiam identificar tal vulnerabilidade e auxiliar essa gestante através de esclarecimentos técnicos sobre o tema, palestras e orientações de como encontrar informações confiáveis sobre o tema em livros ou *sites*, minimizando ou até mesmo anulando a vulnerabilidade individual do tipo medo em muitas pacientes.

A vulnerabilidade individual do tipo situação física está correlacionada, em uma grande parcela dos casos, com a vulnerabilidade programática do tipo preparo técnico-científico dos profissionais e equipe e responsabilidade social e jurídica dos serviços. Gestantes com idade avançada estariam mais propensas a desenvolver doenças durante a gestação como hipertensão, obesidade, diabetes; tais repercussões acarretam uma tendência maior à escolha de cirurgias cesáreas para o tipo de parto, por despreparo de equipes de atenção à saúde para condução dessa paciente de risco e por receio de litígios jurídicos que a tentativa do parto natural poderia trazer à equipe.

A vulnerabilidade individual do tipo relações afetivo-sexuais está intimamente relacionada com as vulnerabilidades programáticas do tipo organização do setor de saúde e preparo técnico-científico dos profissionais e equipe.

No contexto da vulnerabilidade social do tipo condições socioeconômicas há relação estreita com a vulnerabilidade social do tipo raça/etnia, acesso a informações e a vulnerabilidade programática do tipo organização do setor saúde no país. O sistema de atenção à saúde obstétrica apresenta uma dualidade de autonomia para pacientes, sua escolha de via de parto é aceita em serviços particulares ao passo que sua escolha não é levada em consideração no sistema público. A mulher que possui uma autonomia respeitada, mas na maioria das vezes maculada por questões pessoais, culturais e sociais e a paciente que tem sua autonomia negada sem um processo deliberativo adequado estão sendo vulneradas, pois entendendo autonomia como decisão baseada em conhecimento e compreensão na ausência de influências externas pode-se vislumbrar uma ferramenta para a questão da escolha da via de parto.

As orientações, benefícios e riscos de cada tipo de procedimento (parto natural e parto cesariana) deveriam ser parte de um processo deliberativo cuidadoso desde o início dos cuidados de pré-natal; sempre realizado de maneira uniforme pela equipe de saúde que assiste a paciente, evitando a todo custo influências e interesses pessoais que possam macular a sua escolha.

A valorização de aspectos técnicos sobre o parto deveria também levar em consideração aspectos psicológicos dessa paciente e dessa forma exercer um processo de deliberação seguro e eficaz, a tomada de decisão baseada exclusivamente em fatos técnicos sem analisar os valores individuais não possuem amparo moral.

Entretanto a realidade não se apresenta dessa forma, as decisões sobre a via de parto no SUS recaem sobre a equipe de saúde a qual não possui um treinamento adequado para deliberação e somado a isso as normativas técnicas de saúde tampouco permitem que a paciente possa opinar sobre suas vontades, medos ou convicções; ao passo que a saúde suplementar apresenta uma falsa autonomia, na grande maioria das vezes, que se apresenta maculada por decisões fortemente influenciadas pela equipe de saúde e pela sociedade em geral gerando decisões por vezes sem isenção e com forte apelo social, familiar e institucional.

A desinformação sobre o parto aliada à dualidade do serviço de saúde no Brasil contribui para que haja esse incremento às taxas de cesáreas. Todos esses contextos com fatores diversos são contribuintes para a epidemia de cesarianas no nosso país.

Referências

Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita; Calazans, Gabriela Junqueira; Saletti Filho, Haraldo César; França-Júnior, Ivan. “Risco vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde”. In. Tratado de saúde coletiva, editado por Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz. 2006. 375-417.

Damasceno, Vívian Campos; Caliman, Leonardo Pandolfi; Machado, Nathália Cristina Mezzonato; Gonçalves, Ana Beatriz Clemente; Miranda, Leonardo César Mendes de. “Taxa de cesariana nas primigestas atendidas numa maternidade pública com assistência humanizada no município de Juiz de Fora – MG”. HU Revista Vol: 43 num 2 (2017): 121-126.

Diniz, Carmen Simone Grilo; Batista, Luís Eduardo; Kalckmann, Suzana; Schlitz, Arthur O. C.; Queiroz, Marcel Reis; Carvalho, Priscila Cavalcanti de Albuquerque.

“Desigualdades sociodemográficas na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012)”. *Saúde e Soc Vol: 25 num 3 (2016): 561-572.*

Diniz, Carmen Simone Grilo; D'Oliveira, Ana Flavia. “Gender violence and reproductive health”. *Int J Gynaecol Obstet Vol: 63 num Supl. 10 (1998): 33-42.*

Domingues, Rosa Maria Soares Madeira; Dias, Marcos Augusto Bastos; Pereira, Marcos Nakamura; Torres, Jacqueline Alves; d'Orsi, Eleonora; Pereira, Ana Paula Esteves; Schilithz, Arthur Orlando Correa; Leal, Maria do Carmo. “Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final”. *Cad. Saúde Pública Vol: 30 num Sup: S101-S116 (2014): 101-116.*

Fioretti-Foschi, Beatriz. “Dando um google na qualidade das informações sobre cesárea, para leigos, no Brasil em 2018”. Tese (Doutorado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Fonseca, JM; Silva, AAM; Rocha, PRH; Batista, RLF; Thomaz, EBAF; Lamy-Filho, F; Bettioli, H. “Racial inequality in perinatal outcomes in two Brazilian birth cohorts”. *Braz. J. Med. Biol. Res Vol: 54 num 1 (2021): 1-9.*

Judez, J; Gracia, Diego. “La deliberación moral: el método de la ética clínica”. *Med Clin (Barc) Vol: 117 (2001): 18-23.*

Junges, José Roque; Barbiani, Rosangela; Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone. “Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde”. *Trabalho, Educação e Saúde Vol: 16 num 3 (2018): 935-953.*

Kale, Pauline Lorena; Mello-Jorge, Maria Helena Prado de; Silva, Kátia Silveira da; Fonseca, Sandra Costa. “Neonatal near miss and mortality: factors associated with life-threatening conditions in newborns at six public maternity hospitals in Southeast Brazil”. *Cad. Saúde Pública Vol: 33 num 4 (2017).*

Lana, Tahbatha Costa; Oliveira, Laís Vanessa Assunção; Martins, Eunice Francisca; Santos, Nágela Cristine Pinheiro; Matozinhos, Fernanda Penido; Felisbino-Mendes, Mariana Santos. “Prevalência, fatores associados e desfechos reprodutivos relacionados ao ganho de peso gestacional excessivo”. *Rev Enferm UERJ Vol: 28 (2020): 1-8.*

Leal, Maria do Carmo; Bittencourt, Sonia de Azevedo; Esteves-Pereira, Ana Paula; Ayres, Bárbara Vasques da Silva; Silva, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de A.; Thomaz, Erika Barbara Abreu Fonseca, et al. “Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos”. *Cad. Saúde Pública Vol: 35 num 7 (2019).*

Lima, Raina Jansen Cutrim Propp; Batista, Rosângela Fernandes Lucena; Ribeiro, Marizélia Rodrigues Costa; Ribeiro, Cecília Cláudia Costa; Simões, Vanda Maria Ferreira, et al. "Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and birth weight in the BRISA cohort". *Rev Saúde Pública* Vol: 52 num 46 (2018): 1-10.

Mattei, Franciele; Carreno, Ioná. "Fatores associados à saúde materno-infantil no Rio Grande do Sul, Brasil." *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant* Vol: 17 num 3 (2017): 527-537.

Moraes, Lhayse dos Santos Lopes; França, Alba Maria Bomfim de; Pedrosa, Aldrya Ketly; Miyazawa, Ana Paula. "Síndromes hipertensivas na gestação: perfil clínico materno e condição neonatal ao nascer". *Rev. Baiana Saúde Pública* Vol: 43 num 3 (2019): 599-611.

Nakano, Andreza Rodrigues; Bonan, Claudia; Teixeira, Luiz Antônio. "O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do "parto cesáreo" entre obstetras". *Physis: Revista de Saúde Coletiva* Vol: 27 num 3 (2017): 415-432.

Oliveira, Bernardo Jefferson de; Lansky, Sônia; Santos, Kleyde Ventura dos; Pena, Erica Dumont; Karmaluk, Clara; Friche, Amélia Augusta Lima. "Sentidos do Nascer: exposição interativa para a mudança de cultura sobre o parto e nascimento no Brasil". *Interface, Botucatu* Vol: 24 (2020): 1-18.

Oliveira, Laura Leismann de; Gonçalves, Annelise de Carvalho; Costa, Juvenal Soares Dias da; Bonilha, Ana Lucia de Lourenzi. "Fatores Maternos E Neonatais Relacionados À Prematuridade". *Rev. Esc. Enferm. USP* Vol: 50 num 03 (2016): 382-389.

Organização Mundial de Saúde. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS (2014).

Raspantini, Priscila Ribeiro; Miranda, Marina Jorge de; Silva, Zilda Pereira da; Alencar, Gizelton Pereira; Diniz, Simone Grilo; Almeida, Marcia Furquim de. "O impacto do tipo de hospital e tipo de parto sobre a idade gestacional ao nascer no Município de São Paulo, 2013-2014". *Rev Bras. Epidemiol.* Vol: 19 num 4 (2016): 878-882.

Rattner, Daphne; Moura, Erly Catarina de. "Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas". *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* Vol: 16 num 1 (2016): 39-47.

Reis, Thamiza Laureany da Rosa dos; Padoin, Stela Maris de Mello; Toebe, Thayla Rafaella Pasa; Paula, Cristiane Cardoso de; Quadros, Jacqueline Silveira de. "Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura". *Revista Gaúcha de Enfermagem* Vol: 38 num 1 (2017).

Rodrigues, Thaísa Mara Leal Cintra; Nunes, Altacílio Aparecido. "Indenizações em obstetrícia: estudo das decisões do Superior Tribunal de Justiça do Brasil de 2004 a 2014". *R. Dir. Sanit.* Vol: 19 num 1 (2018): 121-143.

Sakae, Thiago Mamôru; Freitas, Paulo Fontoura; D'orsi, Eleonora. "Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário". *Rev. Saúde Pública* Vol: 43 num 3 (2009): 472-480.

Saloio, Caio Átila; Moraes Neto, Otaliba Libânio de; Gonçalves, Dayanne Augusta; Bessa, Hugo Estevam Marques; Coelho Júnior, Jadson Pinheiro; Afonso, May Socorro Martinez. "Magnitude e determinantes da mortalidade neonatal e pós-neonatal em Goiânia, Goiás: um estudo de coorte retrospectivo, 2012". *Epidemiol. Serv. Saúde* Vol: 29 num 5 (2020): 1-12.

Sampaio, Ádila Roberta Rocha; Bousquat, Aylene; Barros, Claudia. "Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança". *Epidemiol. Serv. Saúde* Vol: 25 num 2 (2016): 281-290.

Seibert, Sabrina Lins; Barbosa, Jéssica Louise da Silva; Santos, Joares Maria dos; Vargens, Octavio Muniz da Costa. "Medicalização X Humanização: O Cuidado Ao Parto Na História". *Rev. Enferm. UERJ* Vol: 13 num 02 (2005): 245-51.

Silva, Elvis Vieira da; Costa, Mariana Amorim de Andrade; Almeida, Karine Cristine de; Araújo, Laís Moreira Borges; Amâncio, Natália de Fátima Gonçalves. "Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais". *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* (Online) Vol: 20 num 1 (2020): 241-247.

Souto, Rayone Moreira Costa Veloso; Porto, Denise Lopes; Pinto, Isabella Vitral; Vidotti, Carlos Cezar Flores; Barufaldi, Laura Augusta; Freitas, Mariana Gonçalves de. "Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento". *Ciênc. Saúde Colet.* Vol: 22 num 9 (2017): 2909-2918.

Souza, João Paulo; Pileggi-Castro, Cynthia. "Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária". *Cad. Saúde Pública* Vol: 30 num Supl 5 (2014): 511-513.

Velho, Manuela Beatriz; Brüggemann, Odaléa Maria; McCourt, Christine; Gama, Silvana Granado Nogueira da; Knobel, Roxana; Gonçalves, Annelise de Carvalho. “Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados”. Cadernos de Saúde Pública Vol: 35 num 3 (2019).

Zaiden, Laura; Nakamura-Pereira, Marcos; Gomes, Maria Auxiliadora Mendes; Esteves-Pereira, Ana Paula; Leal, Maria do Carmo. “Influência das características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil”. Cad. Saúde Pública Vol: 36 num 1 (2020): 1-14.

**REVISTA
INCLUSIONES**
REVISTA DE HUMANIDADES M.R.
Y CIENCIAS SOCIALES

**CUADERNOS DE SOFÍA
EDITORIAL**

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.