



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Cleydson Assis Coelho

O processo de mercantilização das cesarianas no Brasil

Rio de Janeiro
2017

Cleydson Assis Coelho

O processo de mercantilização das cesarianas no Brasil

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Rio de Janeiro
2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C672 Coelho, Cleydson Assis.
O processo de mercantilização das cesarianas no Brasil / Cleydson Assis
Coelho . – 2017.
131 f.

Orientador: Paulo Henrique de Almeida Rodrigues.

Dissertação (mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Cesárea – Teses. 2. Mercantilização – Teses. 3. Parto – Teses. I. 4.
Seguro saúde – Teses. I. Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.
Título.

CDU 618.5-089.888.61

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Cleydson Assis Coelho

O processo de mercantilização das cesarianas no brasil

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovado em 27 de março de 2017.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social - UERJ (Orientador)

Prof. Dr. André Luís de Oliveira Mendonça
Instituto de Medicina Social /UERJ

Prof^a. Dra. Cristiani Vieira Machado
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Luis Antonio Teixeira
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro
2017

DEDICATÓRIA

À Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e a todos os funcionários, alunos, docentes e colaboradores, que resistem à violência administrativa do governo atual. Esta dissertação é uma simples prova que a UERJ RESISTE.

AGRADECIMENTOS

É com extrema alegria e satisfação que aproveito estas poucas linhas para agradecer a todos que contribuíram para que esta dissertação pudesse se tornar realidade.

Ao Instituto de Medicina Social, aos funcionários, aos amigos discentes, aos professores e ao Grupo SEM, que me deram oportunidade de participar de um ambiente acolhedor e de intensa produção de conhecimento

Ao professor Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, pela paciência, pelo direcionamento, e pelo seu conhecimento, que me permitiu a possibilidade de navegar por um novo universo de conhecimento e a amizade e o acolhimento de toda sua família.

Aos professores Cristiani Machado, André Mendonça e Ronaldo Teodoro que deram contribuições essenciais para este trabalho.

Aos amigos do Instituto Fernandes Figueira e os amigos de saúde coletiva Isa Magno e Victor Bier, Ana Paula, ao médico apaixonado pela humanização do parto Ricardo Herbert Jones pela ajuda e inspiração. E a todos que de algum modo estiveram ao meu lado nesta caminhada.

Agradeço simplicidade e carinho de minha mãe, Maria das Dores, ao meu pai, Sebastião, meus irmãos, Waldercley e Sildiscley, a Josina, Gilmar, Luana, Dayana, Renan e minhas sobrinhas Laura e Manuela que alegram cada dia de minha vida, e me faz seguir em frente.

Em especial à minha esposa Fabiana, que divide a mesa todos os dias em nossa casa, e me escuta, pacientemente, expressar minhas dúvidas e questionamentos sobre um tema antagônico ao seu como engenheira.

Agradeço à Deus por todas as coisas.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente
você estará fazendo o impossível”.

São Francisco de Assis

RESUMO

COELHO, Cleydson Assis. **O processo de mercantilização das cesarianas no Brasil**. 2017. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A cesariana é o procedimento cirúrgico mais realizado no mundo e no Brasil, alcançou índices preocupantes tanto no setor público, quanto no setor privado. Este problema de saúde pública é constantemente discutido desde a década 1960, se tornando, conseqüentemente, um importante tema de publicação na grande imprensa brasileira. Diversas ações foram realizadas pelas autoridades responsáveis pelas políticas de atenção ao parto para o desestímulo deste procedimento, no entanto, nenhuma delas obteve o resultado esperado, levando os diversos atores a opiniões diferentes sobre os motivos causadores deste problema. Nesta perspectiva, o objetivo geral deste trabalho foi compreender o desenvolvimento e a influência dos interesses de mercado nos altos índices de cesariana no Brasil. Os objetivos específicos é analisar o desenvolvimento da atenção ao parto no Brasil, com ênfase no período compreendido entre 1960 e 1990, quando se deu o grande crescimento da proporção de cesarianas; e analisar a transformação da cesariana numa mercadoria e os interesses privados envolvidos nos serviços a ela relativos. Para atingir o objetivo, foi realizada uma pesquisa documental utilizando, como principal fonte, as publicações sobre cesariana encontradas nos acervos dos jornais O Globo e Folha de São Paulo. Um estudo, neste aspecto, faz uma narrativa histórica do processo de mercantilização da cesariana no país, baseadas principalmente em matérias publicadas pela mídia e uma síntese dos elementos históricos que propiciaram uma transformação da cesariana, que inicialmente era um ato familiar, humano e natural, para um produto de mercado altamente lucrativo.

Palavras-chave: Cesárea. Mercantilização. Parto. Seguro Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

COELHO, Cleydson Assis. **The process of commodification of caesarean sections in Brazil**. 2017. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The cesarean section is the most performed surgical procedure in the world, in Brazil reached worrying rates in public and private sectors. This public health problem has been constantly discussed since the 1960s, becoming an important issue published in the Brazilian press. Several actions were taken by the authorities responsible for care policies to discourage this procedure. However, none of them obtained the expected result, taking the various actors to different opinions on the reasons causing this problem. In this perspective, the general objective of this study was to understand the development and market interests influence in the high rates of cesarean sections in Brazil. The specific objective is analyze the development of delivery care in Brazil, with emphasis on the period between 1960 and 1990, when it gave the large increase in the proportion of caesareans; and analyze the transformation of cesarean section in goods and private interests involved in services relating thereto. To achieve the goal, a documentary research was carried out using, as main source, publications about cesarean section found in the archives of the newspapers O Globo e Folha de São Paulo. In this aspect, this study makes a historical narrative of the process of commodification of cesarean section in the country, based mainly on material published by the media, and a synthesis of historical elements that led to a transformation of cesarean section, which was initially a family, human and natural act, for a highly profitable market product.

Palavras-chave: Cesarean Section. Commodification. Childbirth. Health Insurance. Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA – Associação Médica Americana

AMB – Associação Médica Brasileira

ANS – Agencia Nacional de Saúde Suplementar

CAPs – Caixas de Aposentadorias de Pensões

CFM – Conselho Federal de Medicina

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

EUA – Estados Unidos da América

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

FSP – Folha de São Paulo

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto nacional de assistência médica da previdência social

MS – Ministério da Saúde

NR – Norma Regulamentadora

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Beneficiários de planos privados de saúde.....	40
Tabela 2 –	Taxa de cobertura dos planos privados de saúde.....	41
	Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação.....	
Tabela 3 –	Beneficiários dos planos de saúde por idade e sexo	42
Tabela 4 –	Brasil, partos por tipo, segundo a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), 1994 a 2013, números absolutos.....	43
Tabela 5 -	Brasil, partos por tipo, segundo a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), 1994 a 2013, números relativos.....	64
Tabela 6 –	Porcentagem de Cesariana por operadora de plano de saúde.....	65
Tabela 7 –	Nascidos Vivos, números relativos e absolutos, por local de nascimento.....	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Taxas de cesariana por países.....	59
Figura 2 –	Índice de cesariana no mundo.....	60
Figura 3 –	% de cesarianas nos países como os maiores PIB	60
Figura 4 –	Taxas de cesarianas países da América do Sul.....	60
Figura 5 –	Brasil, partos por tipo, segundo a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), 1994 a 2013, números relativos.....	66
Figura 6 –	Relação entre Parto Normal x cesariana no sistema privado de saúde.....	67
Figura 7 –	Ações da ANS para o incentivo do parto normal, 2004- 2015.....	69
Figura 8 –	Print Screen página principal do site Acervo FSP.....	73
Figura 9 –	Print Screen página principal do site Acervo O GLOBO.....	73
Figura 10 –	Organização dos dados coletados junto ao acervo da FSP.....	74
Figura 11 –	Organização dos dados coletados junto ao acervo de O Globo.	75
Figura 12 –	Propaganda Golden Cross incentivo a dedução no Imposto de Renda.....	80
Figura 13 –	Propagandas da Golden Cross publicadas em O Globo.....	81
Figura 14 –	Imagem ilustrativa da FSP sobre os valores relacionados ao parto.....	83
Figura 15 –	Publicidades publicadas em O Globo sobre o curso de gestante promovido pelas organizações Globo com patrocínio da Nestlé.....	84
Figura 16 –	Planejamento no INAMPS de ações para a redução de cesarianas.....	90
Figura 17 –	Luiza Brunet como protagonista da Golden Cross.....	93
Figura 18 –	Promoção do Parto Natural.....	95
Figura 19 –	Primeiro bebê pós Constituição.....	98
Figura 20 –	Leitor não consegue médico para realizar um parto normal.....	101
Figura 21 –	Notícia em O Globo sobre a RN 368 da ANS.....	102
Figura 22 –	O Renascimento do Parto (2013).....	104
Figura 23 –	Matéria sobre filmagem do parto.....	112

Figura 24 -	Coquetéis nas maternidades.....	113
Figura 25 -	Cesarianas em datas especiais.....	114
Figura 26 -	Oferta de emprego a Obstetras com valores maiores para a cesariana em relação ao parto normal.....	116

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	MERCADO DE SAÚDE E PROFISSÃO MÉDICA	17
1.1	Economia de mercado e o liberalismo econômico	17
1.1.1	<u>O surgimento do mercado capitalista</u>	17
1.1.2	<u>A mercadoria, o elemento central da economia de mercado</u>	22
1.2	<u>O surgimento da profissão médica e sua íntima relação com o mercado</u>	24
1.2.1	<u>A formação e o desenvolvimento da profissão médica, uma busca por 'status social'</u>	24
1.2.2	<u>O hospital como centro da atenção médica</u>	27
1.2.3	<u>Dos Estados Unidos para o Brasil, à influência da reforma Flexner</u>	31
1.3	Entidades de representação profissionais	34
1.4	Os sistemas de atenção à saúde	36
1.5	Seguros privados de saúde	38
1.6	O papel da mídia na formação da opinião pública	43
1.7	Políticas públicas de incentivo ao mercado privado nas décadas de 1960 e 1970	47
2	O PARTO E A MEDICINA	51
2.1	A cirurgia cesariana e o processo de medicalização	53
2.2	As taxas de cesarianas em diferentes países	57
2.3	O parto no Brasil	61
3	OBJETIVOS E MÉTODOS	71
3.1	Objetivos	71
3.2	Métodos e procedimentos	72
3.2.1	<u>Período de estudo</u>	73
3.2.2	<u>Escolha da fonte de dados</u>	73
3.2.3	<u>Procedimento de coleta de dados</u>	74
3.2.4	<u>Procedimentos de análise</u>	75
4	O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO AO PARTO NO CONTEXTO DE FORTALECIMENTO DO MERCADO NA SAÚDE BRASILEIRA	77

4.1	O debate sobre a cesariana ao longo do tempo	77
4.1.1	<u>A emergência do tema da cesariana na imprensa</u>	77
4.1.2	<u>O efeito na imprensa das políticas públicas de incentivo ao mercado a partir de 1966</u>	80
4.1.3	<u>A década de 1980 e a equiparação dos preços entre Parto19 Normal e Cesariana</u>	87
4.1.4	<u>A cesariana pós o SUS o debate na imprensa</u>	98
4.2	Síntese do processo da mercantilização da cesariana	105
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
	REFERÊNCIAS	121
	ANEXO A - A operação cesariana segundo Michel Odent	127
	ANEXO B - Rotinas Assistenciais Operação Cesariana – Maternidade Escola Da Universidade Federal do Rio De Janeiro	130

INTRODUÇÃO

A discussão sobre o grande número de partos cesarianas não é recente, ela já está presente, embora de forma discreta, nas discussões da mídia brasileira e do meio acadêmico desde da década de 1970. O aumento do número de cirurgias cesarianas foi justificado por diversos motivos, mas mesmo com esta preocupação inicial, as taxas de cesariana continuaram em crescimento no Brasil, o que acarretou o título de “O País das Cesarianas”, chamando a atenção não somente da sociedade, mas também da mídia e das organizações internacionais como da OMS. Com o advento da internet e das redes sociais abriu-se um espaço para um intenso debate, blogs dedicados a esta temática tem-se mostrado influentes nas discussões, organizando grupos que pressionam o Estado para políticas públicas de transformação deste cenário. Conseqüentemente, esta grande evidência do tema suscitou uma discussão entre os diversos atores da atenção ao parto, e dos órgãos governamentais, mas apesar de um grande esforço, as ações do Estado para desestimular a cesariana no país não apresentaram resultados significativos. Outro fator extremamente importante é que no modelo Brasil de saúde mista entre público e privado (SANTOS, 2009), as taxas de cesarianas são acima de 80% (ANS, 2016), na saúde privada contra 56 % na saúde pública. Os dois índices estão acima do recomendado pela OMS, entretanto, ao se evidenciar taxas de 80% na rede privada se faz necessária uma compreensão mais ampla, para que as políticas públicas sejam mais efetivas.

Diversas ações já foram propostas para a mudança da atenção ao parto no Brasil, porém durante mais de uma década de políticas públicas voltadas a este tema, não houve mudanças significativas na melhoria deste cenário. A Agência Nacional de Saúde (ANS) em 2015 divulgou, pela primeira vez, dados de uma pequena mudança discreta, mas positiva. Entretanto, em uma sociedade de mercado e em um setor de saúde privado, que tradicionalmente é marcado pela inserção de alta tecnologia de saúde, devemos, para ter um panorama da atenção ao parto, procurar entendê-lo como um produto dentro de uma sociedade de mercado.

Não se pretende, neste estudo, seguir na direção da importância da “humanização do parto” para a mudança do atual modelo de atenção ao nascimento prevalente no Brasil. Este tema já é amplamente discutido na mídia, na academia e até mesmo no cenário político. Pretende-se neste estudo chamar a atenção para outro

aspecto do problema: os interesses do mercado em torno da cesariana. Os objetos desta análise são: as influências do mercado nas cesarianas, o processo de transformação do nascimento humano em um produto de mercado, que culminou nas maiores taxas de cesarianas no mundo, principalmente no setor privado de saúde. Para justificar esta hipótese foi necessária uma revisão histórica da transformação social da profissão médica e sua íntima ligação com o mercado, das empresas médicas, e a organização da atenção à saúde na lógica do sistema de mercado. Neste objetivo, este trabalho faz um levantamento de dados, tendo como a principal fonte a grande imprensa que dentro de suas funções diante a sociedade está como descritor de fatos e de formador da opinião pública.

Envolvido neste tema durante toda a minha carreira profissional na atenção à saúde, iniciei-me como técnico de enfermagem realizando a função de maqueiro entre 2003 a 2006 em um hospital da rede privada de saúde, onde, tendo contato direto com o centro cirúrgico em meus três anos de serviços, presenciei apenas um ou dois partos normais. Entretanto, minha pouca caminhada acadêmica e pouca informação sobre o assunto me impediu, naquele momento, de levar adiante alguns questionamentos. Ingressei na graduação de enfermagem também em 2003, na Universidade Salgado de Oliveira em Juiz de Fora. Ao término da graduação transfiri-me para o Rio de Janeiro onde trabalhava como técnico no Instituto de Traumatologia e Ortopedia (INTO/MS) e como enfermeiro na estratégia de saúde da família, realizando o acompanhamento do pré-natal e pós-parto das gestantes das gestantes. Em 2011 ingressei no Instituto Nacional da Mulher, Criança e Adolescente – Fernandes Figueira (IFF), no setor de maternidade, onde tenho contato mais direto com o pré, trans. e pós-parto. No Instituto Fernandes Figueira meus questionamentos relacionados à cesariana, anteriormente simples, tornarem centrais, na busca do porquê e como a cesariana se tornou epidêmica no Brasil.

Para esta reflexão tive como principais referências teóricas Karl Marx e Karl Polanyi, como pensadores sobre a economia. Utilizo de Paul Starr o livro “*La transformación social de la medicina em los Estados Unidos de América*” (1991) que descreve a influência do mercado na formação da profissão médica americana. Como fonte de reflexão e histórico sobre a profissão médica também usarei dois outros autores, Eliot Freidson (2009) e Roy Porter (2008), cujos estudos chegam a conclusões muito próximas às de Starr. Michel Foucault e suas obras como “O

Nascimento do Hospital” (2014) e “O Nascimento da Clínica” (2013) é a discussão sobre o processo de configuração do hospital e da medicina ocidentais contemporâneos. Em se tratando da realidade brasileira, Hesio Cordeiro (1984) faz um estudo crítico fundamental sobre a formação do sistema de saúde brasileiro.

A fundamentação teórica foi estruturada em dois capítulos com as temáticas: mercado, profissão médica e cesariana. No primeiro capítulo realizei uma fundamentação quanto ao mercado e a mercadoria, segundo a visão de Polanyi (2012a e 2012b) e Karl Marx (2013) onde discorri sobre a influência e as relações de consumo e o fetichismo da mercadoria. Tão logo Paul Starr (1991) fundamentou bases sólidas sobre o mercado e o desenvolvimento da medicina dos Estados Unidos e também a formação da indústria medicamentosa e de seguros de saúde.

No segundo capítulo realizei uma fundamentação sobre a cesariana e seu desenvolvimento como um procedimento para solucionar as distorcias do parto vaginal. Apresentei também uma caracterização da situação atual dos partos no Brasil em um cenário mais amplo com base em estudos já apresentado até o momento atual por organismos mundiais com a OMS (Organização Mundial de Saúde) e o MS (Ministério da Saúde).

A discussão dos dados coletados é apresentada no capítulo quatro e foi organizada em duas partes: a primeira trata-se de uma narrativa histórica da cesariana, com base nas matérias publicadas pela grande imprensa brasileira, a segunda procura fazer uma síntese desta narrativa, enfatizando os elementos corroboraram para a mercantilização da cesariana. Este estudo procura entender as razões que estão por trás das elevadas taxas de cesariana no Brasil, especialmente o processo que levou a cesariana a se tornar um objeto desejável para muitas mulheres no Brasil e uma mercadoria que permite o ganho financeiro por parte de diferentes atores – médicos, proprietários de hospitais, fabricantes de medicamentos e insumos médico-hospitalares, entre outros. Para tanto, foi necessário trazer e discutir elementos subjetivos defendidos pelos diversos atores envolvidos na mercantilização deste procedimento cirúrgico.

1 MERCADO DE SAÚDE E PROFISSÃO MÉDICA

1.1 Economia de mercado e o liberalismo econômico

Como este trabalho procura investigar a configuração atual da cesariana como uma mercadoria, é importante entender como ocorreu a formação do mercado no sistema capitalista, suas características principais e o conceito de mercadoria.

1.1.1 O surgimento do mercado capitalista

Segundo Polanyi (2012a, p.48), “o conceito da economia nasceu com os fisiocratas franceses, simultaneamente a emergência da instituição de mercado como mecanismo de oferta, procura e preço”. Este fenômeno, até então desconhecido, originou a independência dos preços flutuantes, afetando diretamente a sociedade, o que facilitou a expansão do comércio, instituição esta muito mais antiga nas articulações da vida cotidiana do que as instituições da sociedade de mercado. Segundo ele, o termo economia possui dois significados com raízes distintas e independentes uma da outra. O primeiro significado provém da relação entre os meios e se concluiu no verbo “economizar”. É uma ação do qual o sujeito dispõe a economizar para conseguir algo a baixo do preço normal. O segundo significado, substantivo, é o processo do qual a natureza e os outros seres humanos fornecem meios para atender as necessidades dos indivíduos e garantir sua sobrevivência (POLANYI, 2012a).

Segundo Polanyi (2012a), o surgimento do mercado é algo ainda obscuro, contudo o mercado não é algo antigo na história, sua formação é posterior ao comércio e ao dinheiro. O autor relata que há dois significados para o mercado. O primeiro é no sentido de ‘lugar’ – local tipicamente aberto onde estão disponíveis produtos como alimentos, e produtos que podem ser comprados em geral por valores pré-estabelecidos. O segundo sentido é o de mecanismo de oferta – procura – preço, por meio pelo qual se realiza o comércio, entretanto, este mecanismo não está pré-estabelecido em um local e nem tão pouco se restringe as necessidades diárias da vida, como os alimentos.

Obviamente o mercado, no sentido de lugar, precedeu qualquer mecanismo de oferta-procura-preço. Apenas dois mil anos após o sentido de mercado como ‘lugar’,

houve o estabelecimento de um mercado autorregulado que se formou na Europa Ocidental e se espalhou por grande parte do globo, nesta pesquisa utilizarei este sentido de mercado autorregulado, pois é muito mais abrangente do que uma simples variação do comércio (POLANYI, 2012a). Naturalmente, em nossa época o interesse se volta para o sistema autorregulados de mercados que dominou o século XIX.

Em nossa época e fortíssima a tentação de ver a economia de mercado como um objetivo natural de uns 3 mil anos de desenvolvimento do Ocidente [...] o pensamento ocidental só consegue conceber-lo como os primórdios modestos que acabaram crescendo e se transformando na economia da era moderna que abarca o mundo inteiro. Isso é um imenso equívoco. O comércio de mercado e, mais tarde, a moderna economia de mercado resultaram não de um processo de crescimento iniciado em primórdios modestos, mas das convergências de fenômenos originalmente separados e independentes, que não podem ser entendidos fora de uma análise dos elementos institucionais que entraram em sua formação (POLANYI, 2012a, p.185).

No sentido institucional do mercado, o termo não é necessariamente um mecanismo simples oferta-procura-preço, mas de uma conjunção de traços institucionais da qual Polanyi (2012a) chama de elementos de mercado, são estes – “local fisicamente existente, mercadorias disponíveis, grupo ofertante, grupo demandante, legislação, costume e equivalências” – (POLANYI, 2012a, p.185). A transformação gradativa dos mercados que, essencialmente eram locais internos e estritamente controlados, se expande para um mercado externo com flutuação mais ou menos livre dos preços. Neste sentido, o que até então eram simples mercados isolados, converteram-se num sistema autorregulado. E com a ascensão do novo sistema economia de mercado surge uma nova sociedade “Uma economia de mercado só existe em uma sociedade de mercado” (POLANYI, 2012a, p. 177).

[...] há mercados para todos os componentes da indústria, não apenas para os bens (sempre incluindo serviços), mas também para todos o trabalho, a terra e o dinheiro, sendo seus preços chamados, respectivamente de mercadorias, salários, aluguel e juros. Os próprios termos indicam que os preços formam rendas: juros é o preço para o uso do dinheiro e constitui a renda daqueles que estão em posição de fornecer-lo. Aluguel é o preço para o uso da terra e constituem a renda daqueles que a fornecem. Salários são os preços para o uso da força do trabalho, que constitui a renda daqueles que a vendem. Finalmente os preços das mercadorias contribuem para renda daqueles que vendem seus serviços empresariais, sendo a renda chamada de lucro, na verdade, a diferença entre dois conjuntos de preços, os preços dos bens produzidos e seus custos, i. e., os preços dos bens necessários para produzi-los. Se estas condições são preenchidas toda a renda

derivarão das vendas no mercado e as rendas serão apenas suficientes para comprar todos os bens produzidos (POLANYI, 2012a, p.74).

O liberalismo econômico foi o princípio norteador de uma sociedade engajada na criação de um sistema de mercado. Como vimos anteriormente, a terra e o trabalho foram disponibilizados para a compra e venda, o sistema autorregulado de preços nasce como um sistema para a “salvação” da sociedade. Neste sentido, este sistema foi defendido como modelo ideal para a sociedade, inicialmente como um projeto de desburocratização e depois como uma fé verdadeira de salvação da sociedade (POLANYI, 2012a, 2012b).

Diante deste sistema que se desenvolveu aos saltos, englobando todo o planeta, a sociedade, as gerações ainda não nascidas e também a criação de imensos corpos fictícios chamados de corporações, a difusão do liberalismo de mercado, cria o que Polanyi (2012b) chama de duplo movimento: liberalismo x autodefesa da sociedade. Segundo o autor, esta ação surge de um comportamento defensivo da sociedade frente às mudanças no modo de vida.

Segundo Polanyi:

A predominância dos mercados não surgiu como uma mudança gradual, mas como um salto qualitativo. [...] somente há aproximadamente um século¹ nasceu um mercado livre para a mão de obra na Inglaterra. A lei da Pobreza de 1834, de triste fama, aboliu na Grã-Bretanha os dispositivos legais toscos, mas eficazes, criados para os pobres pelos governos patriarcais. De refúgio que eram para os desvalidos, os asilos para pobres transformaram-se em locais de vergonha e tortura mental, aos quais a fome e a miséria eram preferíveis. Com isso criou-se um mercado de trabalho nacional e competitivo. Em menos de uma década, a Lei dos Bancos (1844) estabeleceu o padrão-ouro; a cunhagem da moeda foi retirada das mãos do governo [...]. Simultaneamente, a reforma da legislação fundiária e a revogação das Leis dos Cereais (1846) criaram um cartel mundial dos cereais, o que deixou o desprotegido agricultor camponês da Europa continental sujeito aos caprichos do mercado. Foi assim que se estabeleceram os três pilares do liberalismo econômico [...]: o trabalho deveria encontrar o seu preço no mercado; a moeda deveria ser fornecida por um mecanismo autorregulador; e as mercadorias deveriam circular livremente de um país para o outro [grifos meus],

¹ Polanyi escrevia no início da segunda metade do século XX.

quaisquer que fossem as consequências [...] (POLANYI, 2012b, p. 217-218).

Há uma diferença enorme entre as visões de Marx (2013) e de Polanyi (2012a, 2012b) em relação ao papel do econômico na estrutura social (Marx), ou nas instituições sociais (Polanyi). Embora o segundo autor se defina como um marxista, ele teve acesso aos estudos de antropólogos como Malinowski² e Richard Thurnwald³, publicados na primeira metade do século XX, desconhecidos por Marx, que morreu em 1883, os quais trouxeram uma perspectiva completamente distinta sobre o papel da economia nas sociedades. Marx teve contato e usou os resultados do antropólogo Lewis Henry Morgan⁴, que estudou as relações de parentesco, mas não teve acesso aos trabalhos dos antropólogos que trataram das relações econômicas nas sociedades tribais. Para Polanyi, o determinismo econômico seria fruto da mentalidade de mercado, que teria criado um pensamento economicista e uma visão anacrônica e etnocêntrica que tende a interpretar as instituições sociais progressas à sociedade, pelo viés do mercado. A isso ele chama de “falácia economicista” (POLANYI, 2012a p.47-61 e 64), ou “armadilha teleológica” (POLANYI, 2012a p.185 e 199).

Segundo Polanyi (2012b, p.73) a economia de mercado é um sistema econômico controlado regulado e dirigido apenas por mercado; a ordem na produção e distribuição dos bens é confiada a esse mecanismo autorregulável. Uma economia desse tipo se origina da expectativa de que os seres humanos se comportem de maneira tal a atingir o máximo de ganhos monetários. Ela pressupõe mercados nos quais o fornecimento dos bens disponíveis (incluindo serviços) a um preço definido igualarão a demanda a esse mesmo preço. Pressupõe também a presença do dinheiro que funciona como poder de compra nas mãos de seus possuidores. A produção será então, controlada

² Malinowski viveu entre 1884 e 1942, publicou sua principal obra “Argonautas do Pacífico Ocidental”, em 1922.

³ Thurnwald viveu entre 1869 e 1954, publicou sua principal obra “*Economics in primitive communities*” em 1932.

⁴ Morgan foi contemporâneo de Marx, tendo vivido entre 1818 e 1881, tendo publicado em 1877 “*Ancient Society*”, a partir de sua investigação sobre os índios iroqueses.

pelos preços, pois estes formam rendimentos e é com a ajuda desses rendimentos que os bens produzidos são distribuídos entre os membros da sociedade. Partindo desses pressupostos, a ordem na produção e na distribuição de bens é assegurada apenas pelos preços.

A economia de mercado através de uma “mão invisível” determinou as relações sociais humanas.

“[...] o mecanismo de mercado criou a ilusão do determinismo econômico como lei geral para toda a sociedade humana. As classes sociais [...] foram delimitadas pelos respectivos mercados da terra, moeda e capital e seus usos, ou de vários outros serviços. A renda dessas classes foi fixada pelo mercado, e sua posição e seu prestígio, pelos seus rendimentos. Isso representou uma inversão completa da praxe secular. Segundo a famosa frase de Maine, o ‘contrato’ substituiu o ‘status’, ou como preferia dizer Tönnies, a ‘sociedade’ sobrepôs-se à ‘comunidade’; ou ainda, [...] em vez de o sistema econômico enraizar-se nas relações sociais, essas passaram a se enraizar no sistema econômico” (POLANYI, 2012^a, p. 220-221).

A presença do liberalismo econômico em uma sociedade de mercado desenvolve-se cada vez mais nos diversos setores, o avanço da tecnologia, a expansão do comércio interno e externo e as demandas de uma sociedade de mercado promoveram um aumento do número de mercadorias. Marx (2013) tem como objeto central de seu trabalho a mercadoria, trazendo uma análise das relações sociais no mundo capitalista e como a mercadoria satisfaz as necessidades humanas em qualquer setor, principalmente no setor de saúde.

É importante deixar claro que para Polanyi, tal processo não foi natural, suas instituições foram criadas e apoiadas pelo Estado. De forma que não é possível pensar no mercado sem a proteção do Estado, pode-se dizer que para esse autor, o mercado é um filho dileto do Estado. Foi na Inglaterra, durante o século XIX que foram criadas as condições para o surgimento dos três mercados principais: o mercado da força de trabalho, o mercado da terra e o mercado do dinheiro. Assim, o ser humano e a natureza, assim como o dinheiro, uma criação estatal que visava inicialmente o fortalecimento da capacidade militar do Estado – a tributação necessária à

manutenção do monopólio sobre a força armada e ao financiamento da guerra – se transformaram em mercadoria⁵.

1.1.2 A mercadoria, o elemento central da economia de mercado

Para Marx (2013, p.165), a mercadoria é uma coisa, um objeto externo, que satisfaz as necessidades humanas de qualquer espécie. “A natureza das necessidades humanas, sejam elas do estômago ou da fantasia, não altera o sentido da coisa da mercadoria. Neste mesmo contexto não trata como o objeto satisfaz as necessidades humanas, sejam ele como um objeto de consumo, ou indiretamente como meio de produção”. Na análise de Marx (2013), há duas propriedades para as mercadorias, a primeira delas é seu valor de uso ligado ao caráter de coisa da mercadoria, esta não satisfaz as necessidades dos produtores, mas as demandas da sociedade. Portanto, o valor de uso nada tem a ver com a força de trabalho dispendido para a produção. O produto do trabalho, por si mesmo, não adquire um valor de troca.

A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso. [...]. Esse seu caráter não depende de se a apropriação de suas propriedades úteis custa ao homem muito ou pouco trabalho. O exame dos valores de uso pressupõe sempre sua determinação quantitativa, como dúzia de relógios, vara de linho, tonelada de ferro etc. [...] O valor de uso realiza-se somente no uso ou no consumo. Os valores de uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta (MARX, 2013, p. 165).

⁵ Num período de apenas 34 anos, entre 1821 e 1855, o Estado inglês criou as bases legais que tornaram a economia de mercado não apenas possível, mas como a instituição dominante da sociedade moderna capitalista. Tais lei foram: a legislação bancária de 1821, que instituiu o Padrão ouro, baseado na ideia de que haveria relação causal entre o movimento internacional dos metais preciosos e o nível de preços (LICHTENSZTEJN e BAER, 1987, p.19; e MAGNOLI e BARBOSA, 2011: 166); a Lei dos Pobres, de 1834, que transformou, na prática, o ser humano em mercadoria (POLANYI, 2012b: 70 e 80); a *Real Property Act*, de 1845, que permitiu a compra e venda da terra, transformando a natureza em mercadoria (POLANYI, 2012b, p.180); pode-se acrescentar a esta lista, ainda, a Lei da sociedade por ações (1844), ou *Joint Stock Companies Act* (ROBINS, 2012, p.248).

A segunda característica da mercadoria, segundo Marx (2013), é o valor de troca. Para o autor o valor de troca consiste na sua capacidade de correspondência de valor com outros produtos, para a existência desta relação é necessária uma proporção quantitativa com outro produto, esta troca pode acontecer entre duas mercadorias ou através do dinheiro.

O valor de troca aparece, de início, como a relação quantitativa, a proporção na qual valores de uso de uma espécie se trocam contra valores de uso de outra espécie, uma relação que muda constantemente no tempo e no espaço. O valor de troca parece, portanto, algo casual e puramente relativo; um valor de troca imanente, intrínseco à mercadoria (*valeur intrinsèque*), portanto uma *contradictio in adjecto* (MARX, 2013, p.165).

Na análise de Marx (2013), as mercadorias só se tornam produtos por serem frutos do trabalho humano. As relações sociais entre os produtores, porém, são mediadas por coisas – as mercadorias – e é isto que Marx denomina de “fetichismo da mercadoria”. O dicionário Houaiss (2014) define ‘fetiche’ como: “Objeto a que se atribui poder mágico” (p.346). Marx usa este termo para caracterizar o poder das mercadorias no sistema capitalista. A mercadoria, como fruto do trabalho, passa a ser o elo entre os produtores no processo de troca, ou seja, não há uma relação social direta entre as pessoas, mas entre coisas.

Para relacionar essas coisas umas com as outras como mercadorias, seus guardiões têm de estabelecer relações uns com os outros como pessoas cuja vontade reside nessas coisas e que agir de modo tal que um só pode se apropriar da mercadoria alheia e alienar a sua própria mercadoria em concordância com a vontade do outro, portanto, por meio de um ato de vontade comum a ambos (MARX, 2013, p.219).

No processo de troca, o produtor torna-se apenas um detentor da mercadoria. Para concretização deste processo o produtor tem que aliar às suas vontades e necessidades às do outro detentor de mercadoria, sendo assim o produtor relaciona sua mercadoria a um equivalente da mercadoria alheia e vice-versa. A mercadoria da qual ele possui não detém um valor de uso para si, mas para outrem, o valor para si é apenas o fato de servir como meio de troca. Este processo não somente gera a satisfação do outro, mas o processo de troca satisfaz as necessidades do detentor das mercadorias (MARX, 2013).

Uma coisa pode ser valor de uso sem ser valor. É esse o caso quando sua utilidade para o homem não é mediada pelo trabalho. Assim é o ar, a terra virgem, os campos naturais, a madeira bruta etc. Uma coisa

pode ser útil e produto do trabalho humano sem ser mercadoria. Quem, por meio de seu produto, satisfaz sua própria necessidade, cria certamente valor de uso, mas não mercadoria. Para produzir mercadoria, ele tem de produzir não apenas valor de uso, mas valor de uso para outrem, valor de uso social. {E não somente para outrem (MARX, 2013, p.164)

A troca é um movimento bidirecional de bens entre pessoas orientadas para o ganho que cada uma delas obtém dos termos resultantes. Dito de maneira mais simples, o escambo ou permuta é o comportamento de pessoas que trocam bens para obter o máximo proveito. (POLANYI, 2012b, p.91)

A mercadoria é apropriada pelo capitalista, mas neste sistema as mercadorias são como se fossem dotadas de vida própria. As relações entre objetos, coisas, mercadorias mascaram as relações sociais envolvidas por trás da produção destas. A mercadoria se apresenta as pessoas como quem quer desperta a necessidade de consumi-las e satisfazer as vontades do capital segundo afirma Marx (2013) “personificação das coisas e coisificação das pessoas” (p. 254). O lucro do produtor para satisfazer suas necessidades é retirado através da ‘mais valia’, que é a disparidade entre o trabalho realizado e o valor do produto no mercado.

1.2 O surgimento da profissão médica e sua íntima relação com o mercado

1.2.1 A formação e o desenvolvimento da profissão médica, uma busca por ‘status social’

O processo de formação e o desenvolvimento da profissão médica nos Estados Unidos da América (organização da profissão, integração das práticas de saúde na lógica de mercado, modelo de ensino) teve uma grande influência sobre os modelos educacionais e profissionais no mundo e inclusive no Brasil. Neste capítulo, faço uma reflexão sobre importantes aspectos do início da formação médica e do sistema de saúde americano, dentre eles a procura por status social, a íntima ligação com o sistema de mercado e a formação de um sistema privado de saúde baseado na oferta de produtos para suprir as necessidades de uma sociedade de mercado.

O processo de formação da profissão médica dos Estados Unidos teve como característica principal a busca dos profissionais por uma profissão aos moldes europeus, principalmente da medicina Inglesa, modelo de profissão reconhecidamente soberana e elitizada. Segundo Starr (1991) o início da profissão

médica nos Estados Unidos apresentou-se com grande dificuldade em seu estabelecimento devido a falta de regulação, controle, e estabelecimento no mercado de trabalho que dignificasse a profissão, esta desorganização levou a uma demanda de “não médicos” como religiosos e cidadãos de classes inferiores que se empossaram do título. O primeiro movimento dos médicos americanos foi a busca por ‘status’ social, os profissionais que tinham a profissão como sua principal ocupação, migraram para a Europa e retornavam trazendo consigo a ambição de criar nos Estados Unidos a mesma normatização e dignidade dos quais os médicos europeus desfrutavam. Estes movimentos migratórios trouxeram alguns avanços para medicina americana. Primeiramente foi a criação de escolas médicas, Starr (1991) relata que a primeira escola médica nos Estados Unidos foi criada na Filadélfia em 1765. Em segundo momento a organização da Associação Médica de New Jersey, esta que será a origem das diversas corporações da profissão médica nos EUA, e de suas especialidades como a obstetrícia, e também a mais importante de todas, a Associação Médica Americana (AMA) (STARR, 1991).

As Associações Médicas tiveram um importante papel na consolidação, regulamentação, reconhecimento da profissão, estabelecimento dos honorários, e defesa de seus interesses. Mas, inicialmente, seus objetivos eram constantemente frustrados, fato este que gerou a necessidade de uma Associação Médica Americana (AMA). Segundo Starr, (1991) a AMA iniciou-se definitivamente na convenção em 1846 em *New York*, depois de várias tentativas anteriores. Suas competências iniciais eram elevar os requisitos para a obtenção de títulos e colocar um código de ética em vigor, principalmente para restringir o acesso à medicina de praticantes não detentores de titulação (FREIDSON,2009) (STARR,1991).

O Advento da profissão médica somente foi consolidado após a Guerra de Secessão e durante a segunda revolução industrial ocorrida nos séculos XVIII e XIX. O advento da indústria, transporte e do pensamento liberal marcaram consideravelmente a história da profissão. Houve uma progressão nas instituições médicas, na urbanização das cidades, na formalização dos honorários médicos e no desenvolvimento dos transportes e da comunicação (STARR,1991).

Antes da Segunda Revolução Industrial, os médicos passavam grandes partes de sua vida em deslocamento, como não havia o telefone apenas poderiam realizar o atendimento médico se o mesmo comparecesse pessoalmente. Portanto, nos preços

dos honorários médicos eram embutidos o valor gasto com a despesa de transporte, o que deixava o atendimento mais caro. Os dados contidos nas tabelas de preços dos serviços médicos não indicavam uma relação de preços diretos e indiretos, mas indicavam um valor médio do preço do serviço, e um valor relativo de diferentes serviços. Os valores das tabelas no século XIX agregam tanto o preço de custo pelo deslocamento quando o médico precisa sair da cidade. Os custos de transporte do qual o médico tinha para a cobertura da assistência médica oneravam consideravelmente o preço real da consulta. Os recibos de honorários médicos do século XIX variavam de uma região para outra. Passa-se, portanto, a calcular o custo do deslocamento e o tempo dispendido para o tratamento. Mas algumas variantes podem interferir nesta relação, uma cirurgia de grande porte pode abaixar o preço do encargo da distância percorrida, contrapondo a isto, uma consulta de baixa custo poderia encarecer os custos indiretos (STARR,1991).

O advento da urbanização e da construção de estradas, construção de canais, o maior número de botes a vapor e ferrovias e o aparecimento do telefone fez com que o mercado da medicina se ampliasse, trazendo também uma grande transformação no cálculo dos preços. Outros dois fatores que colaboraram para o desenvolvimento da medicina foram o telefone, que teve seu início nos EUA em 1877, o qual, curiosamente, estabelecia uma conexão entre uma drogaria com 22 médicos locais, o que facilitou a comunicação entre o médico e seus clientes; e o automóvel, os quais os profissionais médicos foram uns dos primeiros a adquirir este produto, este fato era tão relevante que algumas revistas sobre medicina da época publicavam também assuntos relacionados a veículos. O mesmo efeito dos médicos foi sentido também pelos pacientes, estes produtos possibilitaram aos clientes visitarem seus médicos com mais frequência. A expansão de tecnologias de mobilidade urbana para ambos foi relativamente importante para a fixação dos preços dos serviços médicos e a ascensão da profissão (STARR,1991). A ampliação do acesso ao atendimento médico teve também um efeito psicológico: cada vez mais se esperava sua intervenção. O acesso maior trouxe consigo, uma consolidação da profissão médica diante o mercado. Com a consolidação definitiva das Associações e a reestruturação do ensino por Flexner, a profissão se consolida na área da saúde.

1.2.2 O hospital como centro da atenção médica

O hospital tem um papel importante no contexto da atenção ao parto, apesar da grande diversidade no contexto mundial dos locais onde são realizados os partos, no contexto brasileiro os nascimentos são majoritariamente hospitalares. Entretanto, há um movimento social grande de readequação deste modelo de nascimento hospitalocêntrico, principalmente no Brasil, que tem como característica uma grande oferta de instituições da rede privada de saúde principalmente nos grandes centros urbanos. Neste ponto de partida é importante revisarmos sobre a constituição do hospital como modelo centrado para a cura, a relação entre a profissão médica e o hospital e qual o seu poder nas funções hospitalares.

O estudo de Foucault (2015) descreve que o hospital se constitui como uma instituição terapêutica em 1780.

Antes do século XVIII o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo, [...]. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se corretamente, nessa época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. (FOUCAULT, 2015 p.174).

Até então, a prática médica nada tinha com a instituição hospitalar. A primeira transformação positiva foi a intervenção para anular os efeitos negativos que esta instituição trazia para a sociedade. O medo da desordem hospitalar e da propagação de doenças foi o motivo norteador para a primeira intervenção hospitalar, que foi realizada no hospital marítimo que era diretamente correlacionado com o comércio marítimo. Os traficantes usavam da simulação de doenças para burlar e traficar objetos de valor para dentro da França, tão logo regulamentada a primeira norma hospitalar, ou seja, a inspeção dos cofres dos marinheiros, médicos e boticários que trabalhavam nos hospitais. Outro problema que surge nos hospitais marítimos são as quarentenas, que a princípio não eram intervenções com o objetivo de cura, mas um meio de impedir que estes recém-chegados fossem um agente de desordem do

sistema econômico ou trouxessem doenças para sociedade. O medo e a possibilidade de uma desordem econômica faziam com que a disciplina militar fosse o primeiro ato para a reorganização da estrutura hospitalar. O processo de medicalização posterior, e da entrada da atenção médica só foi possível a partir dos mecanismos disciplinares implantados nas instituições militares (FOUCAULT 2015).

No sistema epistêmico ou epistemológico da medicina do século XVIII, o grande modelo de inteligibilidade da doença é a botânica, a classificação de Lineu. Isto significa a exigência da doença ser compreendida como um fenômeno natural. Ela terá espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento como toda planta. A doença e a natureza, sobre o indivíduo. O indivíduo sadio, quando submetido a certas ações do meio, é o suporte da doença, fenômeno limite da natureza. A água, o ar, a alimentação, os regimes gerais constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doença. De modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação etc. É uma medicina do meio que está se constituindo à medida que a doença é concebida como um fenômeno natural obedecendo a leis naturais (FOUCAULT, 2015 p.183)

A compreensão da interação entre o meio ambiente e os indivíduos faz com que o processo de disciplina do ambiente hospitalar seja fundamental na visão da medicina. Porém, a presença e o controle da medicina foram indispensáveis para a transformação no interior da instituição hospitalar, que foi se expandindo cada vez mais. A medicalização do espaço, a organização para evitar a doença e o modelo de intervenção baseada na foi posteriormente difundido por toda Europa no século XIX. (FOUCAULT, 2015).

Para Starr (1991), a instituição do hospital como uma instituição moralmente aceitável somente ocorreu ao final do século XIX e isto se deve à sua reestruturação e o domínio pela medicina da organização e do processo curativo que o mesmo ofertava. Nos Estados Unidos, os médicos tiveram provavelmente toda a sua educação e formação bem longe das instituições hospitalares. Entretanto, entre 1870 e 1910, os hospitais passaram de uma instituição concentrada nas periferias, para o centro da formação médica americana. Mas esta transformação hospitalar nos EUA não era baseada somente o avanço da ciência, mas nas demandas de uma sociedade capitalista, no desenvolvimento industrial e principalmente nos centros urbanos que atraíam uma grande quantidade de pessoas. Este fato, além de enaltecer a profissão

médica, eliminou a concorrência das medicinas tradicionais e familiares, as organizações das instituições hospitalares foram passadas para o controle de médicos e administradores, o hospital transforma-se de uma instituição de cuidados de caridade e dor, para um local de oferecimento de um trabalho produtor de saúde.

Com a centralização da prática médica no hospital, houve também um aumento do controle da elite médica, que detinha o direito da prática hospitalar. Quando um paciente ficava doente procurava qualquer médico, mas quando precisava de uma internação, este paciente era repassado para médicos responsáveis pelo paciente durante sua internação hospitalar. Porém, os médicos ‘externos’, que encaminhava seus pacientes ao hospital, viam seus pacientes sendo capturados pelos médicos hospitalares, mesmo depois de sua alta hospitalar. Para a solução desta perda constante de clientes, os médicos não detentores do “direito hospitalar” começam a tomar decisões, mesmo que vitais, com objetivo unicamente assegurarem os vínculos com seus clientes.

Las palabras “publico” y “privado” se refieren tanto a la experiencia individual (su visibilidad para otras personas) como a la estructura de las instituciones (su relación con el Estado). En estos dos sentidos, la atención hospitalaria de Estados Unidos ha tenido, en general, un carácter más privado que en otras partes. Los hospitales estadounidenses no solamente tienen médicos privados, sino que su propia arquitectura contempla más espacios privados para el tratamiento de los enfermos. En Europa y otros lugares los hospitales ofrecen gran parte de sus servicios en grandes salas abiertas, en tanto que los hospitales de Estados Unidos suelen ser más pequeños y con espacios más privados (STARR, 1991, p.179)

As características dos hospitalares americanos eram diferentes das já estabelecidas na Europa, os objetivos de suprir as demandas baseadas no sistema capitalista fazem com que a oferta deste produto seja cada vez mais enquadrada nas necessidades e nas demandas de uma sociedade de consumo. Hospitais com serviços de hotelaria e conforto, individualização dos espaços, e uma organização arquitetônica que influenciará principalmente na organização do sistema privado de atenção médica no Brasil. Ao final do século XIX, a atenção à saúde se converteu em uma gigantesca indústria, e o domínio profissional aliado a uma orientação voltada ao mercado foram elementos suficientes para a consolidação deste modelo de hospitais como empresas comerciais.

Segundo Freidson (2009), o avanço da tecnologia de serviços de saúde no hospital tornou-se o mais importante local de prática médica. Mas em consequências trouxe algumas disputas entre os profissionais médicos na busca de clientes.

O médico comum, que não puder encaminhar seus pacientes ao hospital e supervisionar o cuidado que estiverem recebendo, deve estar preparado para ver alguns de seus pacientes serem transferidos para outros médicos que possam acompanhá-los ao hospital". Se este médico quiser ter uma prática estável, deverá encontrar uma forma de encorajar seus pacientes a voltar a procurá-lo depois deixarem no hospital. Estas formas são muito variadas em muitos hospitais europeus, por exemplo, existe uma separação rígida entre a prática comunitária e a prática hospitalar, que impede que o médico comunitário acompanhe o paciente ao hospital, mas que também impede que os pacientes recorram ao hospital como um consultório para o atendimento diário. Se o médico comunitário 'perde' seu paciente para o hospital certamente ele a reconquista quando sai de lá (FREIDSON, 2009, p.131-132).

Como citado no capítulo anterior, o mercado estava cada vez mais presente na sociedade e esta força fazia com que esta estivesse em constante movimento, não obstante estava a instituição hospitalar, ao desenvolver, torna-se mais lucrativas ofertando cada vez mais novos produtos. Nos Estados Unidos e também no Brasil, os hospitais foram peças centrais para a oferta de serviços, e para o ensino da saúde.

Segundo Freidson (2009):

O hospital privado é uma propriedade privada com fins lucrativos. Na medida em que os serviços que o hospital oferece são da competência exclusiva dos médicos diplomados e na medida em que estes médicos controlam o acesso à instituição e persuadem os pacientes a serem hospitalizados e decidem o que deve ser feito com eles, conseqüentemente quer os médicos sejam ou não os proprietários do hospital (o que aparentemente é comum), sua política parece visar a acomodar-se às necessidades e aos desejos dos médicos, atendendo de alguma maneira às demandas dos pacientes e obedecendo aos imperativos de ordem econômica e as exigências de lucro. O médico que trazer para o hospital o maior número de pacientes ou os melhores pagadores terá mais influência política na instituição. E a política em geral será dominada pelo princípio do 'laissez faire'; o médico estará livre para fazer, mais ou menos, o que lhe aprouver, com pequena ou nenhuma supervisão de seu empenho médico. Este tipo de hospital é uma extensão liberal da prática médica (FREIDSON, 2009, p.133)

O desenvolvimento do hospital perpassa por caminhos que vão desde instituições cuja função principal era abrigar os "indesejáveis", até uma das maiores

indústrias do sistema capitalista. A busca por novos clientes e a fidelização dos mesmos é essencial diante de um sistema que visa o mercado e o lucro.

1.2.3 Dos Estados Unidos para o Brasil, à influência da reforma Flexner

Na análise do sistema de saúde americano, é vital a compreensão do modelo privado de saúde hospitalocêntrico, da inserção de tecnologias, da formação médica e do livre mercado, características que posteriormente irão influenciar no modelo de atenção médica do sistema privado no Brasil.

O relatório Flexner “*Medical Education in the United States and Canada*”, mais conhecido como “Flexner Report” foi o documento responsável pela mais profunda mudança na formação médica americana. A adoção do relatório pela *General Education Board* da Rockefeller fez com que além da proposta, houvesse grande financiamento para à divulgação e dispersão desta proposta pelo mundo, inclusive no Brasil. Os impactos foram a nível mundial, não somente na educação médica, mas também nas estruturas curriculares do ensino superior e nos países industrializados. (CAMARGO, 2009) (FILHO, 2010).

Não cabe, neste momento, realizar uma discussão profunda sobre este relatório tão polêmico, mas apresentarei de forma sucinta os principais tópicos: padrões de entrada para a profissão; tempo de duração do curso; estímulo à docência em tempo integral; diminuição do número de alunos e de escolas médicas; expansão do ensino clínico especialmente hospital; a introdução do ensino laboratorial; vinculação entre as escolas médicas e às universidades; pesquisa biológica como alternativa para a substituição do empirismo; especialização médica; ciência e educação e controle do exercício profissional por organizações médicas (CAMARGO,2009) (FILHO, 2010).

Alguns autores são extremamente críticos no relatório, pois apontam que os termos da reforma de Flexner eram, em relação à admissão de novos membros, extremamente elitizados e racistas, o que conseqüentemente causando um déficit na assistência aos mais pobres. Segundo Starr (1991) “*En su informe, Flexner negó que el ‘muchacho pobre’ tuviera el menor derecho para estudiar medicina, a no ser que sea lo mejor para la sociedad que él estudie*” (p.154). Para Flexner, os médicos iriam ter uma “dispersão espontânea” e migrariam para as comunidades mais carentes.

Contudo, a suposição de Flexner estava equivocada, com o advento da urbanização e do capitalismo, os médicos migraram se concentraram nos grandes centros urbanos (STARR,1991). Outro ponto da reforma bastante discutido e abordado era os estímulos as especializações:

[...] Dentro de la medicina propiamente dicha, la división del trabajo, entre especialistas y médicos generales fue también un punto conflicto. Cuando los especialistas afirmaban que varias técnicas y procedimientos exigían sus capacidades, condenaban, junto al personal no médico, a los médicos generales. Los tocólogos que expresaban que as parteras estaban insuficientemente preparadas para manejar partos opinaban con frecuencia lo mismo de los practicantes generales. Vemos, pues, que no mismo terreno ocurrían dos conflictos diferentes. Los especialistas buscaban ascendencia en sus campos sobre los especialistas no médicos: los tocólogos sobre las parteras, los oftalmólogos sobre los optometristas, los anesthesiólogos sobre las enfermeras anestesistas, etc. Y al mismo tiempo buscaron hacer ver a los médicos generales los límites de sus habilidades. (STARR, 1991 p.266)

Os resultados do Relatório Flexner foram muito além dos limites da profissão, a restrição do acesso à sociedade de baixa renda e negra, a promoção do sistema privado, e a interferência maciça de empresas americanas no financiamento deste modelo em uma esfera mundial (CAMARGO, 2009).

A abrangência do Relatório Flexner era muito maior do que os limites da medicina, causando a fusão e fechamento de escolas médicas e de vagas oferecidas. Houve uma mudança na composição da classe social que compunha a profissão médica, e esta tornou-se um nicho reservado às classes média-alta e alta. Escolas médicas destinadas a negros foram fechadas e o número de alunos negros matriculados nas escolas remanescentes foi significativamente reduzido.

[...]

Os profissionais da medicina, por meio da Associação Médica Americana (AMA), além de grandes indústrias, apoiaram a origem e consecução do relatório. A AMA criada em 1847, com a finalidade precípua de defender a alopátia ameaçada, naquele período, pela homeopatia, na verdade se tornou um campo de debates entre médicos clínicos e cientistas, até que estes últimos assumissem o controle da AMA na busca de uma medicina mais científica. A medicina científica ou o sistema médico do capital monopolista institucionaliza-se hegemonicamente por meio da ligação orgânica entre o capital, as universidades e a corporação médica. Evidentemente, este fato trouxe mudanças substantivas no conceito de "objeto" da prática médica e, como consequência, alterou-se a relação doente x médico (CAMARGO, 2009, p.1- 2)

Segundo Camargo (1996), o Relatório Flexner não teria êxito sem a força das instituições privadas americanas como a *Education Board* da Rockefeller que investiram cerca de 300 milhões para sua implantação. A relação paciente x médico, antes vista como humanística, passa a ser vista como um objeto de estudo e um potencial consumidor das tecnologias de saúde. Segundo Camargo (1996) o médico começa a ser visto como um prestador de serviços, o que Freidson (2009) chama de profissão de consulta. Em 1919, a fundação Rockefeller concedeu bolsas de estudos a Horácio de Paula e Souza e Francisco Borges Vieira, cátedras da Escola de Medicina de São Paulo para um estágio de dois anos em *Jonhs Hopkins University*. Posteriormente, 1922 a 1925, tentaram implantar uma reformulação do ensino médico na Escola de Medicina de São Paulo, mas um número enorme de críticas ao modelo baseado em Flexner causaram a rejeição da proposta. Outra tentativa, no Rio de Janeiro, foi feita por Antônio da Silva Melo que apresentou um relatório com propostas baseadas no modelo flexneriano, contudo, sua proposta, assim como a anterior, foi reduzida e não aplicada (FILHO, 2010). A grande transformação brasileira da educação médica foi em 1968, durante a ditadura militar, com a imposição da reforma universitária sob a Lei 5.540 de 1968 (NEVES et.al, 2005), apesar de algumas diferenças alguns autores relatam características flexnerianas no modelo implantado, que perduram até os dias atuais. Rego (2004) em seu estudo demonstra que no Brasil há uma resistência das escolas de medicina com os velhos paradigmas flexneriano.

1.3 Entidades de representação profissionais

As organizações de representação profissional estão presentes na história de qualquer profissão, sejam como associações, sociedades, sindicatos ou conselhos. Originalmente associadas à defesa dos interesses comuns dos profissionais, buscam, entre outras coisas, a consolidação e a legitimação da profissão através de limites legais que reservam determinadas atividades para um determinado grupo profissional, assegurando aos mesmos um retorno financeiro e social.

A regulamentação de algumas atividades é fruto, às vezes, de manobras de envolvimento do legislador por profissionais com o fim de reservar-se o privilégio de exclusividade do exercício sem autêntica razão de existência. Otávio Bueno Magano vê possível inconstitucionalidade sempre que essa regulamentação restrinja a

liberdade de trabalho por outro critério que não seja o estritamente profissional (CARRION, 2006 p.199).

Os conselhos profissionais no Brasil são autarquias federais ligadas ao Ministério do Trabalho.

Esse poder do estado de interferir na atividade para limitar o seu livre exercício só se justifica se o interesse público assim o exigir. E por certo que a exigência do interesse público não é pela especificação ou reserva de direitos para um determinado segmento econômico-profissional e sim pela imposição de deveres em favor da coletividade consumidora de seus serviços que, se praticados por pessoas desprovidas de um mínimo de conhecimentos técnicos e científicos especializados, poderiam acarretar sério dano social, com riscos à segurança, à integridade física, à saúde, à educação, ao patrimônio e ao bem-estar (COSTA e VALENTE, 2008, p.4).

Conforme a citação de Costa e Valente (2008), a função norteadora dos conselhos regionais seria a salvaguarda da sociedade contra potenciais danos decorrentes da imperícia, imprudência ou negligência, assim como, registrar os profissionais garantindo assim a qualificação técnica necessária para seu exercício. Entretanto, o autor relata que tal motivação nem sempre é o objeto principal da constituição ou das ações dos conselhos profissionais, mas sim dos interesses profissionais que garantem exclusividade dentro de uma sociedade. Segundo Costa e Valente (2008).

[...] não há que se confundir a natureza jurídica e as funções finalísticas desses órgãos com as próprias de entidades sindicais e associativas. Conquanto aquelas entidades tenham a prerrogativa de defender a classe, a luta por conquistas trabalhistas compete aos próprios profissionais da área, organizados em associações ou sindicatos, de livre filiação. Nesse caso, não é o interesse da coletividade que predomina e sim o da própria categoria organizada coletivamente. Essa confusão de papéis tem levado muitos conselhos de fiscalização profissional a atuarem de modo corporativo, em defesa apenas de seus filiados, em claro prejuízo dos interesses da sociedade.

O autor deixa claro que as entidades sindicais e associativas são por maioria das vezes instituições que atuam de modo corporativo em defesa dos interesses das classes e em prejuízo dos interesses da sociedade. São regulamentadas pela Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, cujo matéria 1º define “Os Conselhos Federal e Regionais a que se refere [...] constituem, em conjunto, uma autarquia federal vinculada ao Ministério do Trabalho”, o que reafirma o caráter público e de defesa do interesse da sociedade. Neste conturbado contexto de interesse profissional em

oposição à defesa da sociedade, surgem os conselhos federais de representação profissional. O Conselho federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) fundamentais na discussão na fundamentação deste trabalho, pois são organizações que participam diretamente da atenção ao parto. É importante frisar que estas autarquias federais são subdivididas em autarquias regionais, de acordo com os seus respectivos entes federativos.

Assim como foi nos EUA, as associações médicas foram fundamentais para a consolidação da profissão. No Brasil características da medicina americana foram marcantes na formação médica brasileira, principalmente aquelas que estabeleceram os parâmetros o ensino da profissão de medicina no Brasil.

A Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia é de fundamental importância no contexto da atenção ao parto no Brasil. Esta federação é uma instituição que luta pelos interesses dos profissionais, em seu portal se apresenta como:

A FEBRASGO foi fundada em 30 de outubro de 1959, na cidade de Belo Horizonte, durante a XI Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, com as seguintes finalidades: Patrocinar, promover, apoiar e zelar pelo aperfeiçoamento técnico e científico, pelos interesses econômicos e pelos aspectos éticos do exercício profissional de ginecologistas e obstetras; Promover a realização de conclave científicos, outorgar o Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia (TEGO) e manter publicações que divulguem os conhecimentos da especialidade; Manter relacionamento com outras organizações médicas nacionais e estrangeiras; Representar oficialmente as Federadas junto a autoridades federais (FEBRASGO, 2016, acesso em: 09/06/16).

As atuações das entidades associativas são fundamentais para compreendermos a política de saúde e os interesses mercado subjetivos na cesariana. Notas, pareceres e entrevistas à imprensa são constantes quando se deparam com alguma mudança no cenário do parto no Brasil

1.4 Os sistemas de atenção à saúde

O desenvolvimento do capitalismo e a concentração cada vez maior do capital nas mãos de poucos gerou um crescimento da desigualdade social acentuando cada vez a necessidade de ações voltadas às sociedades. Conseqüentemente esta

mudança de ação faz com que o Estado renuncie as ideias de liberdade e neutralidade e se obriga a investimentos no sentido do Bem-Estar Social ou Welfare States para sanar as necessidades sociais da população. Nesta fundamentação, diante da complexidade do Welfare States, abordaremos à saúde como foco principal da discussão.

Os regimes de proteção social (ou de bem-estar social) são compostos por direitos e políticas sociais e visam o atendimento das necessidades básicas das pessoas e a garantia das condições mínimas de igualdade entre os cidadãos de um país. Tais direitos e políticas dizem respeito a uma série de áreas, como: a saúde, educação, previdência social (aposentadorias e pensões) e assistência social (sistemas de proteção para grupos mais vulneráveis da população: idosos, crianças, pobres, portadores de deficiência, entre outros). (RODRIGUES e SANTOS, 2011, p.11)

Ao se examinar as variações internacionais dos direitos sociais podemos agrupá-las em três sistemas diferentes: Conservador, Liberal e o Social Democrático. O regime Conservador associa a classe ou “status” para que o cidadão possa acessar o direito social, ou seja, o trabalho é o elo entre o cidadão e o direito social (ESPING-ANDERSEN, 1991). O segundo modelo compreende as nações com conceitos universalistas, ou seja, que as políticas sociais sejam promovidas a todos sem distinção de classes. O modelo Social Democrata pretende fornecer as mesmas condições de assistência social procurando manter a igualdade dentre as diversas classes sociais.

O modelo liberal é um modelo que estabelece o mercado como garantidor dos direitos sociais, onde todos os benefícios de saúde, educação e demais direitos sociais estariam sobre a livre determinação do mercado. A assistência social é apenas aos indivíduos comprovadamente pobres. Também dentro da definição de liberal, uma característica importante é que para promover saúde, o Estado compra os serviços de atenção do sistema privado, movimentando assim diretamente o mercado de saúde.

[...] corresponde ao entendimento mais restrito do direito social. Os países que o adotam consideram que as necessidades sociais das pessoas devem ser atendidas principalmente pelo setor privado, em troca de um pagamento em dinheiro, devendo o Estado ser responsável apenas pela organização desses serviços para os cidadãos mais pobres, que não têm condições de pagar pelos serviços e sistemas de aposentadoria e saúde. Uma característica importante das políticas sociais deste tipo de regime de bem-estar é a de estarem

baseadas em “teste de meios”, ou seja, a comprovação da situação de pobreza das pessoas, para que elas possam ter acesso aos benefícios sociais. (RODRIGUES e SANTOS, 2011, p.12)

O segundo descrito por Esping Andersen (1990) é o modelo conservador. Sua característica principal é o vínculo entre o trabalho ou e o direito social. Alguns países como a Alemanha e Japão, embora, com sensíveis diferenças, adotam este modelo de estado de bem-estar social. No Brasil, o vínculo entre trabalho e o direito social permaneceu por longos anos, embora, neste mesmo período, tenhamos em paralelo, características também do modelo liberal.

“Um [outro...] modelo dominante adota o seguro social estatal e compulsório com benefícios bastante fortes. Mas [...] isto não assegura de forma automática uma desmercadorização substancial. [...] A Alemanha foi a pioneira no seguro social [...]. Os benefícios dependem fundamentalmente das contribuições [de trabalhadores e empregadores], e, portanto, no trabalho e no emprego” (ESPING-ANDERSEN, 1990, p.22)

O terceiro modelo de sistema de saúde é o socialdemocrata, que tem como característica principal a universalidade do direito social e conseqüentemente do acesso ao sistema de saúde. Vejamos o que relata Esping-Andersen (1990):

“[...] o tipo Beveridgiano de benefícios de cidadania, parece ser o que mais desmercadoriza. Ele oferece benefícios básicos e iguais para todos, independentemente de ganhos prévios, contribuição ou desempenho. [...]” (ESPING-ANDERSEN, 1990 p.22-23).

No caso brasileiro, o sistema de saúde brasileiro perpassa, em sua história, pelos três modelos apresentados por Esping-Andersen. O início do desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro foi marcado pela relação entre trabalho e direitos sociais (modelo conservador), porém, no decorrer do movimento de Reforma Sanitária, e na luta pela redemocratização pós regime militar, a proposta de um modelo social democrata foi defendida pelos sanitaristas da época, mas, com a pressão dos atores que lucravam com o sistema liberal, foi constituído um sistema duplicado (público e privado) (SANTOS, 2009).

Em relação ao tipo de arranjo do sistema de saúde brasileiro, toda a população tem o direito de usar o sistema público, que cobre serviços em todos os níveis de atenção. Ao mesmo tempo, está aberta a possibilidade de aquisição de seguro privado que, quando ocorre, duplica a cobertura de serviços de saúde, sobretudo se for considerado que a maior parte da clientela de seguros privados tem contratos com cobertura para serviços médicos e hospitalares, o que

ocorre com mais de 90% dos que têm seguro privado segundo os microdados da PNAD/IBGE de 2003, mais de 92% segundo os dados da ANS de 2008 e com mais de 97% dos segurados da região metropolitana de São Paulo segundo a Pesquisa de Condições de Vida (PCV/Seade) de 1998 (como mostrado no Capítulo 4). Portanto, as informações sobre a extensão dos serviços cobertos mostram que a cobertura é duplicada para uma ampla gama de serviços de saúde para a quase totalidade dos segurados e, mesmo para os que não tem ambas as coberturas, ambulatorial e hospitalar, nos serviços que estiverem cobertos estarão configurando a duplicação de cobertura, com todos seus possíveis efeitos negativos (SANTOS, 2009 p.156 - 157).

No Brasil conforme relatou Santos, (2009), enquanto toda a população tem direito de acesso ao sistema público, ao mesmo tempo há uma oferta do sistema privado de saúde. Na atenção ao parto, esta duplicidade é extremamente importante, pois encontraremos características importantes e preocupantes quando falamos de taxas de cesarianas entre o sistema público e o setor privado de saúde.

1.5 Seguros privados de saúde

Os seguros de saúde são uma chave para a compreensão da atenção ao parto no Brasil. O perfil sociodemográfico da população que pode pagar por uma assistência privada de saúde é extremamente importante para a compreensão dos índices de cesariana apresentadas pelo sistema privado e discutido neste trabalho. Para compreender esta questão, descreverei brevemente sobre o seguro privado de saúde, perpassando pelo seu surgimento nos Estados Unidos até a realidade brasileira atual.

Os seguros são um produto que surgiu pós revolução industrial, que tem o objetivo de um pagamento de um prêmio do qual o segurador se obriga ao pagamento de uma compensação para um determinado risco. Os prêmios são calculados de maneira em que a empresa seguradora possa obter lucro e sanar os gastos com a administração. A empresa seguradora aposta contra a probabilidade do risco, o conjunto de segurados faz com que se tenha uma diluição, fazendo com que as perdas individuais sejam compensadas pelo conjunto de segurados. Em ambos dos países, Brasil e EUA, o seguro privado teve seu início sendo financiado pelos empregadores principalmente a indústria automobilística. A expansão do seguro para a área de saúde começa inicialmente com a necessidade de atender a ânsia dos trabalhadores

e seus problemas de saúde, mas também para não perder mão-de-obra qualificada e para atrair novos funcionários. Porém, o controle da assistência médica pelo empregador restringia a autonomia da profissão médica, pois a assistência era administrada e controlada pela empresa. Deste confronto de interesses e de uma necessidade de expansão de mercado nasce os seguros coletivos de saúde nos EUA, administrados pelos médicos, permitiam aos trabalhadores acesso as consultas e aos hospitais de suas preferências, fato que teve um efeito direto na autonomia profissional médica (BAHIA,1999).

A expansão da cobertura dos seguros de saúde é lenta no início dos anos 30, entretanto se intensifica à medida que chega o fim da resseção de 1929 atingindo 12,3 milhões de americanos numa população de cerca de 66 milhões. Em 1950, no tratado de *Detroid*, o número de segurados passava de 76,6 milhões, e em 1960 a quase 137 milhões de pessoas atingindo mais da metade da população (REED, 1965). Os dois maiores mercados do mundo para o seguro privado de saúde, atualmente são o norte-americano e o brasileiro e, em ambos, a maior fatia do mercado é ocupada pelos planos ou seguros privados de saúde patrocinados pelos empregadores – nos EUA são os chamados de *'employer's sponsored insurance'* em inglês, que, segundo dados do *United States' Census Bureau*, 80,05% dos clientes dos seguros privados de saúde tinham seguros patrocinados pelos empregadores (EUA: acesso em: 09/08/15).

No Brasil há duas formas de contratação do Planos de Saúde: a Coletiva e a individuais/familiar, segundo a ANS em junho de 2015, 66,96% dos 50,2 milhões de clientes de seguros privados de saúde – ou beneficiários na linguagem eufemística oficial – tinham planos de tipo “coletivo empresarial”, ou seja, patrocinados integral ou parcialmente pelos empregadores e este índice está em constante elevação (ANS, 2016). Esta forma de contratação é realizada através de sindicatos e associações de trabalhadores, com um custo mais baixo e sem interferência da ANS na regulação dos índices de reajustes de preços, esta modalidade tem se difundido rapidamente no Brasil. A contratação de planos individuais/familiar é a forma de contratação onde o cliente realiza um contrato de assistência de saúde diretamente com o prestador. Entretanto, esta modalidade tem se apresentado como uma modalidade de maior custo, com reajustes regulados pela ANS, sendo nos dias atuais cada vez mais raras.

O mercado de seguros de saúde teve um grande crescimento no Brasil, segundo dados da ANS de 2005 a 2014 a saúde suplementar teve um aumento de

mais de 15 milhões de novos beneficiários, o que correspondeu em 2014 a uma taxa de 26% de cobertura no país. Estes números são expressivos e estão mais detalhadamente representados na Tabela 1 e Tabela 2 a seguir.

Tabela 1- Beneficiários de planos privados de saúde

Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2005-2015)		
Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
dez/05	35.441.349	6.204.404
dez/06	37.248.388	7.349.643
dez/07	39.316.313	9.164.386
dez/08	41.468.019	11.061.362
dez/09	42.561.398	13.253.744
dez/10	44.937.350	14.514.074
dez/11	46.152.717	16.934.652
dez/12	47.740.378	18.978.577
dez/13	49.373.689	20.195.323
dez/14	50.496.436	21.155.403
dez/15	49.730.405	21.950.463

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2015

Tabela 2- Taxa de cobertura dos planos privados de saúde

Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde (Brasil - 2005-2015)	
Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia
dez/05	19,2
dez/06	19,9
dez/07	20,8
dez/08	21,9
dez/09	22,2
dez/10	23,6
dez/11	24
dez/12	24,6
dez/13	25,5
dez/14	26
dez/15	25,6

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2015

A outra forma de contratação dos planos de Saúde é a individuais/familiar, esta é uma forma de contratação onde o cliente realiza um contrato de assistência de saúde diretamente com o prestador. Entretanto, esta modalidade tem se apresentado como uma modalidade de maior custo, com reajustes regulados pela ANS, sendo nos dias atuais cada vez mais raras. A outra forma de contratação são os planos coletivos, estes são oferecidos entre com vínculo trabalhista, ou através de sindicatos e associações de trabalhadores. Com um custo mais baixo, e sem interferência da ANS na regulação dos índices de reajustes de preços, esta modalidade tem se difundido rapidamente no Brasil. A Tabela 3, abaixo, demonstra os beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação e a Tabela 4 demonstra a relação de beneficiários por idade e sexo.

Tabela 3 - Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação

Beneficiários de planos privados de saúde, por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano (Brasil - Dezembro/2015)			
Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano	Total	Novo	Antigo
Assistência médica com ou sem odontologia	49.730.405	44.395.105	5.335.300
Individual ou Familiar	9.672.134	8.433.160	1.238.974
Coletivo Empresarial	33.123.445	30.842.700	2.280.745
Coletivo por adesão	6.625.478	5.109.081	1.516.397
Coletivo não identificado	9.153	9.153	0
Não Informado	300.195	1.011	299.184

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2015

Tabela 4 - Beneficiários dos planos de saúde por idade e sexo

Tipo de contratação do plano e faixas etárias	Total		
	Total	Feminino	Masculino
Total (1) (2)	50.261.602	26.679.216	23.582.386
0 a 9 anos	6.880.727	3.367.858	3.512.869
10 a 19 anos	5.892.818	2.942.285	2.950.533
20 a 29 anos	8.608.643	4.566.947	4.041.696
30 a 39 anos	10.228.224	5.463.368	4.764.856
40 a 49 anos	7.088.686	3.760.573	3.328.113
50 a 59 anos	5.455.287	2.937.959	2.517.328
60 a 69 anos	3.266.222	1.849.083	1.417.139
70 a 79 anos	1.782.092	1.083.228	698.864
80 anos e mais	1.057.045	707.030	350.015

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – dezembro/2015

Na Tabela 4 foi possível visualizar um o universo uma média de 26 milhões de mulheres que ao engravidarem serão expostas ao sistema privado de saúde, cujas taxas de cesarianas são maiores que 80%, neste cenário, e primordial políticas públicas que visem tanto à conscientização e informação das usuários quanto a promoção de programas de incentivo do parto normal no setor privado de saúde.

1.6 O papel da mídia na formação da opinião pública

A influência da mídia na formação do imaginário social e da opinião pública pode ser considerada como uma das ‘armas’ usada pelas classes dominantes para o controle da sociedade, como pode ser depreendido dos argumentos de Walter Lippmann no seu livro “Opinião Pública” (2008) e de Edward Bernays em “Propaganda” (2004), que se baseou no primeiro autor para construir suas formulações que fundam a propaganda como uma das mais importantes ferramentas em favor do mercado. O livro de Lippman é um clássico, escrito em 1922, para o entendimento de temas como opinião pública e propaganda, constitui uma espécie de chave para o entendimento do uso da ideologia no capitalismo. Edward Herman e

Noam Chomsky, por exemplo, se apoiam nas ideias daquele para construir seu “modelo de propaganda” (2002). Lippmann elucida como a opinião pública pode ser conduzida ou construída pela propaganda através da hábil exploração e manipulação dos estereótipos que dominam a mente das pessoas e são fruto da cultura e do senso comum. O autor discute como a propaganda pode moldar a opinião pública, explorando os estereótipos e o pseudoambiente que formam o imaginário dos diferentes grupos sociais, o que é feito principalmente pela mídia.

Segundo Lippman (2008), as percepções sobre o ambiente são sempre limitadas e orientadas pelos estereótipos de certo grupo social. Estes determinantes da opinião e o que Lippman chama de pseudoambiente.

Na maior parte dos casos nós não vemos em primeiro lugar, para então definir, nós definimos primeiro e então vemos. Na confusão brilhante, ruidosa do mundo exterior, pegamos o que nossa cultura já definiu para nós, e **tendemos a perceber aquilo que captamos na forma estereotipada para nós por nossa cultura** [grifos meus]. (LIPPMAN, 2008, p.85)

Para Lippman, os indivíduos ao emitirem opinião sobre alguma coisa ou evento usam de seu imaginário mental, ou seja, seu pseudoambiente para concluir suas visões sobre o mundo. Entretanto, a opinião formada nem sempre é fruto do próprio indivíduo, a propaganda, através da mídia, faz com que segmentos da sociedade tenham interesse direto na manipulação do imaginário social. Para alcançar este objetivo os detentores dos meios de comunicação usam da propaganda que ele conceitua como:

[...] o esforço de alterar a imagem à qual os homens respondem, substituindo um padrão social por outro? O que é a consciência de classe senão uma forma de percepção do mundo? Um outro jeito de consciência nacional? (LIPPMANN, 2008, p. 38)

As opiniões reconhecidas como públicas, então, seriam as opiniões que são construídas para atingir o público e não meras opiniões surgidas do público. Neste aspecto, a grande mídia, tem uma grande responsabilidade na construção da opinião e cultura de uma sociedade (LIPPMANN, 2008).

Na maior parte dos casos nós não vemos em primeiro lugar, para então definir, **nós definimos primeiro e então vemos**. Na confusão brilhante, ruidosa do mundo exterior, **pegamos o que nossa cultura já definiu para nós, e tendemos a perceber aquilo que captamos na forma estereotipada** para nós por nossa cultura [grifos meus]. (LIPPMAN, 2008 p. 85)

Diante de interesses e incentivos econômicos e políticos, a mídia faz que se escondam alguns fatos e se evidencie outros, conforme os interesses dos detentores da comunicação e da informação, informando à população apenas o que convém e moldando a opinião na sociedade. O que torna a opinião do indivíduo algo não individual, mas a opinião que certo grupo social quer que ele tenha.

Aprendemos a chamar isso de propaganda. Um grupo de homens que pode impedir o acesso independente a este evento, **manipula as notícias sobre o mesmo para adequá-las a este propósito** [grifos meus]. Que o propósito neste caso seja patriótico não afeta absolutamente o argumento. Eles utilizaram seu poder para fazer os públicos aliados verem os fatos da forma que eles desejavam que fossem vistos. (LIPPMANN, 2008 p.50)

Tratando do uso da propaganda na formação da opinião pública sobre a guerra, Noam Chomsky nos diz que “as pessoas não veem motivo para se envolver em aventuras externas, mortes e tortura. Portanto, você tem de instigá-las. E para instigá-las é preciso amedrontá-las” (CHONSKY, 2015 loc.204). O medo também é usado na propaganda, para seus promotores conseguirem o que desejam. Na interação entre os sujeitos de uma sociedade de mercado, a propaganda é o instrumento de indução ao que se deseja, seja ela uma vontade política, ou um produto de obtenção de lucro. Neste contexto, a propaganda pode ser realizada tanto para promover determinado produto, quanto uma política e lança mão, muitas vezes, do medo para conduzir as escolhas do público. No caso do parto, lançou-se mão do medo da dor para induzir as parturientes para optar pelas cesarianas, no lugar do parto natural, como vai ser mostrado adiante.

Edward Bernays publicou originalmente seu livro Propaganda em 1928, inspirando-se declaradamente em Lippmann, é considerado o verdadeiro pai da moderna propaganda tendo protagonizado as mais importantes campanhas do início do século XX. Em seu livro ele mostra, entre outras coisas, a importância do uso da figura do médico para vender produtos que possam ser associados à saúde, mesmo quando os mesmos façam mal a elas, como é o caso do bacon, que ele promoveu como fundamental para que as pessoas tivessem mais energia para suas atividades diárias. A campanha de propaganda organizada por Bernays, por exemplo, defendia pretensos benefícios do bacon, usando declarações de médicos sempre fotografados trajando seus jalecos brancos, foi tão eficaz que se atribui a ela o hábito norte-

americano de consumir bacon com ovos no café da manhã. Um elemento especialmente importante da propaganda para Bernays é a ‘dramatização’:

Business must express itself and its entire corporate existence so that the public will understand and accept it. It must dramatize its personality and interpret its objectives in every particular in which it comes into contact with the community (or the nation) of which it is a part. (BERNAYS, 2004, p.34)

O entendimento aberto por Lippman e Bernays das formas de manipulação da consciência humana em benefício dos interesses tanto do mercado, quanto dos Estados, permitiram um enorme aperfeiçoamento dos instrumentos de propaganda, de forma que muitos entendimentos que as pessoas e grupos formam e entendem como seus, são na verdade plantados em suas mentes, pela máquina de propaganda, formando o que se conhece por opinião pública.

1.7 Políticas públicas de incentivo ao mercado privado nas décadas de 60 e 70

É impossível realizar uma discussão sobre a cesariana sem correlacioná-la com as transformações econômicas, políticas e sociais no mundo e no Brasil. A fundamentação teórica deste trabalho nos proporciona um amplo entendimento sobre uma “sociedade de mercado”, orientada teoricamente para a promoção do livre mercado como foi descrito por (Polanyi, 2011). As transformações dos pensamentos econômicos e políticas influenciam diretamente nas ações políticas no Brasil e modificaram durante décadas o sistema de saúde brasileiro. Portanto, é recomendável que, para uma boa discussão sobre da cesariana concomitante, tenhamos uma periodização com grandes marcos da história política e econômica evidenciando as transformações no sistema de atenção à saúde no Brasil.

A análise de dados se baseará em dois momentos do século passado, que foram iniciados por mudanças políticas que tiveram reflexos sobre o sistema de saúde brasileiro. O primeiro teve início nos anos 1960, em que uma crescente polarização política levou ao Golpe militar de 1964, sob forte influência da profunda disputa ideológica do período da Guerra Fria. O historiador norte-americano Thomas Skidmore (1982) relata que a partir de 1962, passou a haver pressão direta do governo dos Estados Unidos sobre a política brasileira, conspirações começam a ser organizadas com o objetivo de derrubada de Goulart, o que se conclui em 1964 com

a retirada deste e o início do Governo Militar de Castelo Branco (1982 p.274). O regime militar que assumiu o poder em 31 de março de 1964 promoveu profundas mudanças políticas e econômicas que afetaram profundamente o setor de saúde, em benefício dos interesses de mercado.

Durante o período militar a inserção de novas tecnologias e a aplicação de ideias capitalistas e anticomunistas foram muito marcantes no Brasil. Neste contexto, em 1966 três importantes medidas influenciaram diretamente na oferta dos serviços privados de saúde. A primeira foi a aprovação do Plano de Ação para a Previdência Social (PAPS), que estabelecia a utilização sistemática de serviços de terceiros para a assistência médica (CORDEIRO, 1984, p.49). Orientação mantida quando o Decreto-lei nº. 72/1966 da Presidência da República unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões num órgão único, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985, p.196; SANTOS, 1994, p.24; BRASIL/ Presidência da República: 31/07/12).

A segunda medida foi definida pelo Novo Código Tributário Nacional (Lei nº 5.172, de 25/10/1966), que permitiu o desconto no imposto de renda das despesas com saúde por parte das pessoas físicas e jurídicas (LEVCOVITZ, 1997 p. 29). Ação esta que se configura como subsídios indiretos ao setor privado de saúde. Baseado neste momento histórico, para as políticas de saúde brasileiro e expansão dos planos de saúde assim como sua promoção pela política tributária, estabeleci o período anterior ao ano de 1966 e posterior com a política de saúde no governo militar.

A terceira medida foi a publicação do Decreto-Lei nº. 200, de 25 de fevereiro de 1967, que reformou a administração pública e cujo matéria 156, § 3º dava preferência à celebração de convênios com o setor privado na assistência médica, no lugar da expansão da rede pública (LUZ, 1979, p.58; CORDEIRO, 1984, p.56; OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985, p.211.). Por conta dessas medidas houve durante o regime militar um grande crescimento do setor privado de saúde no país, que pode ser bem exemplificado pelo fato de que as unidades com fins lucrativos passaram de 14,4% do total em 1960, para 45,2% em 1975 (BRAGA e PAULA, 1986 p.110).

O segundo momento a ser analisado teve início com o processo de redemocratização iniciado em meados dos anos 1970, que levou ao fim do governo militar em 1985 e a criação do SUS, sem a supressão do setor privado. Este setor privado, que ganhara grande impulso durante o regime militar, veio ganhando um

caráter cada vez mais empresarial, com forte incentivo dos órgãos públicos da Previdência Social, principalmente O INPS, como chama a atenção Hesio Cordeiro:

Contudo a político médico – assistencial que viria a ser implementada pelo INPS seria o resultado de articulações mais estreitas, de novos canais de acesso aos centros de decisão da Previdência Social, que interligariam segmentos da burocracia previdenciária, particularmente aqueles oriundos do antigo IAPI, aos setores de médico – empresariais. O resultado viria a ser a aceleração do processo de empresariamento da medicina, com dois períodos distintos (1967 – 1970 e 1973 – 1979) de clara opção pela prestação de serviços médicos hospitalares pelo setor médico – empresarial, com um breve interregno de fortalecimento dos serviços próprios e convênios com sindicatos (1970 – 1972). (1984 p.66)

Resumindo muito os acontecimentos do segundo momento analisado, cabe mencionar que em 1977, durante o regime militar, o governo Geisel reorganizou o INPS, criando o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que incluía o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS), no âmbito do INPS. A criação do INAMPS separou as atividades de assistência médica das demais atividades da Previdência Social. Este Instituto, manteve as características anteriores dos antigos IAPs e do INPS em relação à oferta de serviços de saúde como contrapartida das contribuições, e não como direito, além de oferecê-los através tanto de rede própria, quando de um número crescente de serviços privados conveniados com o mesmo. Os serviços prestados pela rede privada eram remunerados por tabelas de procedimentos. Tais características – o crescimento da rede privada conveniada e o pagamento por serviços – constituíram importantes objetos de crítica por parte do movimento de Reforma Sanitária, que surgiu na metade dos anos 1970, em oposição ao regime militar e ao sistema público de saúde existente.

O movimento sanitário foi constituído por diversos movimentos sociais que passaram a lutar pela redemocratização e pela melhora das condições de saúde do povo brasileiro, incorporando o ideal da universalização do acesso à saúde pública, criticando o sistema vigente que limitava esse acesso aos trabalhadores que contribuía com o sistema previdenciário. Tais ideais contribuíram para que na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 – primeira conferência aberta à população e principal marco histórico no sentido da afirmação da saúde como direito

de todos e dever do Estado (BUSS e LABRA 1995, p.81). Nas palavras de Hesio Cordeiro,

Decidiu-se convocar a VIII Conferência Nacional de Saúde, através de decreto presidencial, marcando-se sua realização para 17 a 21 de março de 1986, em Brasília. A conferência seria precedida de pré-conferências e reuniões estaduais preparatórias a serem realizadas em todo o país e seriam elaborados documentos técnicos que serviriam de base para estas reuniões prévias e de teses a serem debatidas na VIII CNS. Para a presidência da VIII CNS foi designado o prof. Antônio Sérgio da Silva Arouca, presidente da Fiocruz, ficando a vice-presidência com o dr. Francisco Xavier Beduschi, superintendente da SUCAM e Guilherme Rodrigues da Silva, da FMUSP foi designado relator geral. Os temas propostos foram: 'Saúde como Direito', 'Reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'Financiamento do Setor'. (1984, p.13-14)

Um dos primeiros resultados das propostas da Conferência foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), durante a gestão de Hesio Cordeiro no INAMPS, um passo importante no sentido da transformação do sistema no rumo de sua universalização. Pode-se dizer que o mais importante resultado da Conferência, entretanto, foi resumido na resolução de número 13, do tema 1, que propunha: “ampla mobilização popular para garantir [...] que se inscrevam na futura Constituição [...] a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde”, entre outras coisas. De fato, tais propostas acabaram fazendo parte do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/1990), que define as principais características do sistema. Entretanto, diante deste relato surge uma pergunta. A criação do SUS não acabou, entretanto, com a existência do setor privado de saúde, uma vez que o matéria 199 da Constituição Federal assegurou que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, além disso, o matéria 4º da Lei 8.080/1990 estabeleceu que “§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar” (BRASIL, 1990).

Com a instituição de um sistema de saúde duplicado, com um lado público, que atende a todos, com base no reconhecimento do direito à saúde e um sistema privado voltado para uma minoria da população que é consumidora de seguros privados de saúde, manteve-se um claro incentivo ao mercado, inclusive com a continuidade do subsídio fiscal estabelecido em 1966. O setor privado complementar ao SUS, se alimenta diretamente deste, oferecendo serviços, em geral os mais complexos e

caros, em troca de recursos públicos. Desta forma, o reconhecimento do direito à saúde e a garantia de acesso como dever do Estado vem sendo feita ao lado do incentivo deste ao mercado, fato que sem dúvida, favoreceu a expansão dos interesses desses, inclusive na oferta de serviços na forma de mercadoria, como as cesarianas.

2 O PARTO E A MEDICINA

Para compreendermos melhor a atenção ao parto e a ascensão da cesariana como procedimento prevalente dos nascimentos no Brasil, precisamos contextualizar a história do nascimento, principalmente em como o parto se tornou um procedimento de domínio médico. Os partos eram essencialmente realizados no seio familiar por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, doulas, comadres, ou mesmo, parteiras leigas. Estas mulheres acompanhavam as puérperas durante o trabalho de parto, assim como, em outras circunstâncias como aborto e as doenças venéreas. Este cuidado era praticado exclusivamente por elas, e não havia, portanto, a presença masculina na atenção obstétrica.

A introdução do médico no contexto da atenção ao parto se deu na Europa nos séculos XVII e XVIII, onde foram denominados de parteiros ou médicos parteiros, esta mudança levou ao início da “divisão do corpo feminino”, segundo Boltanski (2008), a sociedade impõe ao indivíduo um uso determinado pela medicina do corpo individual, até mesmo a percepção da doença e a dor são referências a fatores cognitivos e sensoriais determinados socialmente. A medicina e o consumo de medicamentos são também determinados pelo consumo de medicações acessíveis por determinada classe social e pelo acesso a Medicina científica, que estabelece padrões sociais de uso do próprio corpo. O autor promove um debate sobre o indivíduo e a cultura numa sociedade de classe, determinando a produção do saber anatômico e fisiológico do corpo feminino. A medicina adentra a obstetrícia para a determinação do uso do corpo, principalmente o feminino, com a intenção de busca pela exclusividade da atenção ao parto, a confiança das puérperas e o pensamento anátomo-biológico (BRENES, 1991).

Segundo o mesmo autor:

“Mesmo antes de dominar técnicas como o fórceps e a cesariana com sucesso para a mulher e a criança durante o parto, a obstetrícia proclama a sua exclusividade desde 1840” (BRENES, 1991 p.137)

A primeira escola de medicina do país data de 1808, com a chegada da Corte Portuguesa no Brasil, primeiramente fundada na Bahia, e posteriormente fundada no Rio de Janeiro, funcionou precariamente nos primeiros anos do século XIX, (BRENES,

1991). Tão logo a implantação de escolas de medicina, a obstetrícia é divulgada e incentivada.

[...] A introdução da medicina acadêmica, neste espaço dominado pelas parteiras, seguindo à uma tendência europeia em obstetrícia, inaugurou-se não só a experimentação clínica articulada com o discurso anatomopatológico, como produziu um discurso baseado na penetração da figura masculina no saber e práticas obstétricas. Está posto novamente o problema do corpo. Aos médicos cabia alcançar dois objetivos: um local para observação do corpo —a clínica de partos, a maternidade, o hospital junto à escola. Inúmeras vezes os médicos reclamaram sobre a falta de prática durante o curso, especialmente na área obstétrica, a falta de uma clínica de partos junto às escolas. O segundo objetivo a ser alcançado pelos médicos é o que nos interessa mais nesse momento, ou seja, conseguir trazer à clínica, ao hospital, ao consultório a mulher ou, também, pode-se dizer, o corpo feminino (BRENES, 1991, p.137)

Inicialmente, não houve um o retorno esperado pela corporação médica na consolidação da atenção à puérperas pelos profissionais de medicina. A busca pelo reconhecimento da profissão e a consolidação desta parcela de mercado obteve grande resistência nos primeiros anos.

[...] houve todo um esforço por parte da corporação médica em construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população. Porém, isto ainda foi pouco para conseguir levar as mulheres à presença do obstetra e muito menos, ainda, para convencê-las e se abrirem para eles. A partir desta problemática, o discurso médico criou como que um "jogo" com a população feminina do Brasil Império. Jogo, porque, por um lado, o discurso médico, em harmonia com os demais discursos presentes no momento, utilizando as estratégias que lhe eram permitidas pelas circunstâncias, forjou para a mulher uma nova subjetividade, que, entre as alterações imediatas que possibilitou à esta, garantiu-lhe um novo papel na sociedade, abrindo-lhe as portas para uma vida social mais intensa, esboçando nova configuração dentro do lar, da família, tornando-a, enfim, um ser bem mais vivo que a mulher da sociedade patriarcal da colônia. Porém, o de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina (BRENES, 1991 p.145).

A corporação medica não media esforços para que as parturientes confiassem no médico diante do parto, entretanto, estes esforços eram insuficientes para garantir a confiança e principalmente para que elas se abrissem para eles. No início do século XX, o professor Fernando de Magalhães, patrono da Obstetrícia no Brasil, e o professor Jorge de Rezende na segunda metade do século, defendiam a narcose e o uso do fórceps, empregando-os no sentido da humanização da assistência obstétrica. Entretanto, a igreja católica defendia que o sofrimento aliado a dor do parto faziam

parte dos desígnios do criador e também como penalidade ao “pecado original”. Neste contexto, a obstetrícia reivindica seu papel como defensora das mulheres, aliviando a dor e o sofrimento durante o penoso trabalho de parto.

Se considerarmos a profissão médica atualmente, fica claro que sua principal característica é sua preeminência. E preeminente não apenas no prestígio, mas também na autoridade relativa à sua especialidade. Isto para dizer que o conhecimento médico sobre as doenças e seu tratamento é considerado autorizado e definitivo (FREIDSON, 2009 p.25)

Ao passar dos anos a obstetrícia se torna hegemônica na atenção ao parto, consolidando, portanto, seu nicho de mercado para o desenvolvimento da profissão. Com a criação do fórceps pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain, o desenvolvimento da técnica e as investidas da medicina para garantir o reconhecimento da profissão e captar a confiança das mulheres, leva ao declínio da profissão de parteira. Permitindo a intervenção completa da medicina aos cuidados do parto, substituindo uma assistência não intervencionista, cujo propósito era a confiança entre mulheres no ambiente familiar, para uma atenção anatomopatológica com controle total do médico.

2.1 A cirurgia cesariana e o processo de medicalização

A cesariana é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos da história. Sua origem ainda é muito contraditória, consistindo de diversas versões. Representa também a cirurgia com maior frequência em mulheres em todo o mundo, o que caracteriza sua importância para a medicina a níveis globais (ZUGAIB, 2012). Segundo Rezende (2013), o conceito de Cesariana, Cesária ou Tomotocia é o ato cirúrgico que consiste em incisar o abdômen e a parede de útero para liberar o conteúdo aí desenvolvido. Para Zugaib (2012) a cesariana consiste no procedimento que se dá por meio de incisão cirúrgica abdominal, ou seja, laparotomia e incisão uterina, histerotomia. Um relato interessante de Michel Odent (2004) sobre a cesariana nos traz uma visão detalhada sobre o procedimento, onde ele apresenta a cirurgia como ela é, não se prendendo a protocolo de assistência (Anexo 1). Para completar este relato, apresento no Anexo 2 um protocolo de assistência ao parto da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A origem do termo cesariana é um outro tema obscuro na literatura, diversas linhas são atribuídas à origem deste termo. Não falarei especificamente sobre a origem do termo. Sobre a origem do procedimento, alguns historiadores relatam que as cesarianas eram realizadas em mulheres moribundas ou após seu falecimento na Era Clássica, ou possivelmente antes, para proteção do feto (ZUGAIB, 2012). Na era moderna, a cesariana era um procedimento de extrema cautela entre os médicos, pois seus índices de mortalidade eram extremamente altos. Contudo, com o advento do “Tripé cirúrgico de ouro” (antisepsia, anestesia e antimicrobianos) a cesariana se tornou um procedimento amplamente difundido (ZUGAIB, 2012). No Anexo 3, faço um resumo breve dos três pilares que chamamos de “Tripé cirúrgico de ouro” para melhor compreensão.

O processo de medicalização do parto é um fator paralelo à história do parto. Segundo Conrad (2004) a medicalização é “um processo pelo qual problemas não-médicos são definidos e tratados como médicos, usualmente em termos de doenças e transtornos” (p.209) Para o autor a medicalização pode ou não ser resultados das forças da medicina nas relações sociais, mas sim o resultado das interações entre os indivíduos dentro de um processo sociocultural. Não é, portanto, de exclusividade da medicina o processo de medicalização, mas de vários autores como a indústria farmacêutica, associações de pacientes, organizações de pacientes e profissões, dentre outras. A forma de atuação dos diversos atores e que varia. Na medicina atual, é uma forma e aumentar seu campo de atuação oferecendo seu produto (serviços). As grandes indústrias se destacam ao organizar para aumentar o lobby de doenças, assim aumentando o alcance de novos produtos ou introduzindo novos. Já as associações de pacientes estão no contexto de requisitarem para si um diagnóstico a fim de solicitar ao Estado uma garantia ou benefício. Para Conrad (2004), os processos de medicalização tiveram características que a difundiram e aumentaram os limites da medicina nas relações sociais, dentre elas, a fomenta da indústria farmacêutica pela expansão do mercado, a medicina influenciada pelas necessidades de saúde da sociedade. A problematização de problemas humanos, e a hegemonia do discurso médico, utilização de alta tecnologia para o tratamento de algo anormal. Fatores estes que minimiza e/ou ignora a natureza social do comportamento humano.

Em uma sociedade de mercado, medicalizada, a atenção ao parto sofreu consideráveis modificações através do tempo, a ascensão de tecnologias ligadas à

assistência de saúde proporcionou grandes avanços na medicina. Contudo, o parto além de institucionalizado teve um grande processo de medicalização, se tornando um procedimento médico, principalmente no Brasil. Os avanços da medicina na área tecnológica contribuíram para a diminuição dos índices de mortalidade infantil e materna, entretanto, a mulher passou de parturiente a “paciente”, com uma acintosa perda de autonomia sobre o seu corpo.

Tradicionalmente, o parto era acompanhado por mulheres de confiança da parturiente no próprio ambiente domiciliar e eram chamadas de parteiras, aparadeiras e comadres. A presença masculina era muito pequena e contrariava os padrões culturais da época, assistência ao parto era considerado um assunto exclusivo as mulheres (PROGIANTI e BARREIRA, 2001).

Sob influência de François Mauriceau, da escola de obstetrícia francesa, a posição litotômica ou posição horizontal do parto foi adotada no intuito de facilitar as intervenções médicas. Segundo a Febrasgo:

A mulher pode adotar a postura em que se sentir mais confortável (ereta ou sentada, de cócoras, de quatro ou de mãos-jelho e em decúbito lateral esquerdo), e o profissional que a assiste deve conhecer as vantagens e desvantagens de cada uma delas. A posição litotômica tradicional deve ser reservada somente aos partos vaginais operatórios por restringir a perfusão útero-placentária (síndrome da hipotensão supina) podendo levar à acidemia fetal (SILVA ET AL, 2007 p. 101).

Além da posição litotômica, outros procedimentos foram adaptados de modo que facilitasse as diversas intervenções, dentre estas a episiotomia, fórceps, aumento o controle do profissional no procedimento

A incorporação do parto a medicina se deu na Europa entre os séculos XVII e XVIII. A medicina enquanto instituição incorporou esta prática como uma de suas atribuições, intitulado-a como Arte Obstétrica e denominou como parteiro ou médico parteiro os profissionais por ela formado (Brenes,1991). A introdução da medicina neste espaço teve como consequência a introdução de uma visão anatomopatológica do parto, ou seja, a medicalização do processo de nascimento e a introdução da figura masculina.

Segundo Brenes (1991) ”O discurso anatomopatológico permitia a interrupção da gravidez pelo parteiro (ou medico-parteiro) desde que algum sinal anatômico indicasse risco de vida para a mulher (p. 135 - 136). O parto se tornou um evento

médico, cujo profissional, poderia através de seus conhecimentos anatomopatológicos, indicar procedimentos ou interromper a gravidez se achar necessário (BREMES, 1991). Apesar da aproximação médica nos séculos anteriores, foi apenas nos séculos XVIII que a medicina como prática e como sujeito da atenção ao parto se legitima. A criação do fórceps pelo inglês Peter Chamberlain e o desenvolvimento de novas técnicas de assistência ao parto, representaram o declínio da profissão das parteiras, legitimando a introdução da figura masculina na assistência ao parto. Passa-se a consolidar a medicina como uma profissão certificada pela ciência a atuar no parto e introdução o conceito do parto como um evento perigoso. Não somente a como meio de facilitar as intervenções médicas no parto, a medicina começa a adotar a posição horizontal para o parto. (SEIBERT, ET AL, 2005)

O avanço do capitalismo industrial acabou por culminar no monopólio dos médicos na atenção ao parto. O desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, anestesia e o uso de assepsia durante o parto foi fundamental para a institucionalização do parto. As diminuições das taxas de mortalidade materna contribuíram para a aceitação da hospitalização perante a sociedade.

Outro ponto importante da transformação da cesariana como um procedimento aceitável para as mulheres é o que Michel Odent chama de “a revolução do biquíni” (2004, p.23). Segundo o próprio, até o final da década de 1960 a incisão da pele era realizada por um corte vertical que incomodava as mulheres devido a cicatriz. Com a evolução do procedimento, Hermann Pfannenstiel, cirurgião e ginecologista desenvolveu uma nova técnica que usava um corte longitudinal acima da região pubiana. Apesar da relutância da medicina em adotar tal procedimento, a nova técnica foi adotada aos poucos pelos médicos inclusive pelo próprio Michel Odent, então médico e obstetra. Ele mesmo relata com suas palavras a posição das mulheres sobre esta determinada técnica.

As mulheres começaram a comparar sua minúscula cicatriz, quase indivisível entre os pelos pubianos, com as cicatrizes verticais. E a cesariana tornou-se mais aceita do que nunca (ODENT, 2004 p.23)

Neste contexto, a obstetrícia e a atenção ao nascimento, o que antes era realizado dentro do seio familiar, começa a ser inserido dentro de um contexto acadêmico, de avanços tecnológicos, e principalmente com o grande monopólio da classe médica.

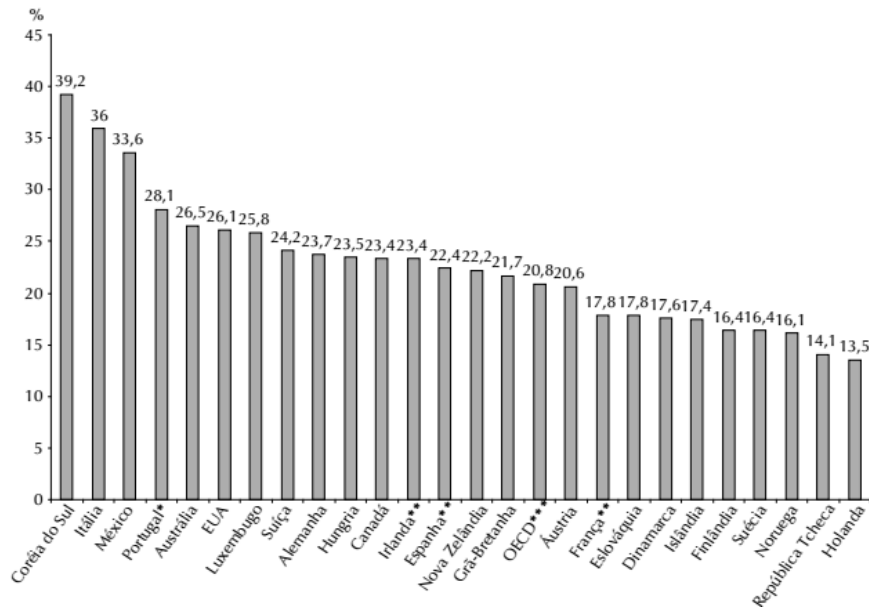
2.2 As taxas de cesarianas em diferentes países

Os modelos de atenção ao parto adotados no mundo têm significativas diferenças entre os países. Estas diferenças têm relações diretas com as características destas sociedades, elas variam entre: cultura do local, as características do sistema de saúde, o local culturalmente definido para realização do nascimento, o profissional responsável pela assistência, o nível socioeconômico dentre outros fatores. As cesarianas, entretanto, tiveram um significativo aumento no contexto mundial devido a seu objetivo que de garantir a mãe e seu filho um parto seguro com o mínimo de intervenções possíveis. Desde a invenção deste procedimento, a cesariana é cada vez mais segura e realizada em todo o mundo (PATAH & MALIK, 2010 p.188) (WHO, 2015).

Nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em Fortaleza, no Brasil, e que diz: “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%” (1). O grupo de especialistas baseou essa afirmação em uma revisão dos poucos dados disponíveis na época, provenientes principalmente de países no norte da Europa, que mostravam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea. (WHO, 2015 p.1)

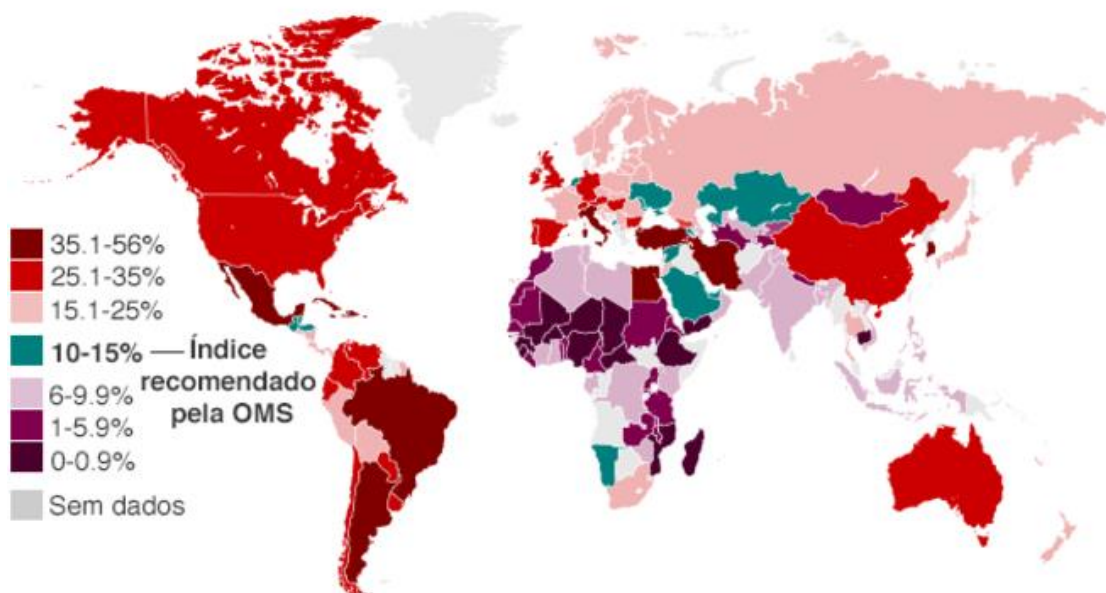
Segundo a WHO (2015), por diversos motivos a preferência pela cesariana tem-se tornado cada vez mais frequente tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. As causas destes altos índices de cirurgias e diversa, geralmente, os níveis de cesariana são reflexos direto do nível de acesso da população a esta intervenção. A Figura 1, de Patah & Malik (2010), faz uma análise dos índices de cesariana em diferentes locais no mundo.

Figura 1 - Taxas de cesariana por países



Fonte: Adaptado por Patah & Malik (2010) e WHO (2010)

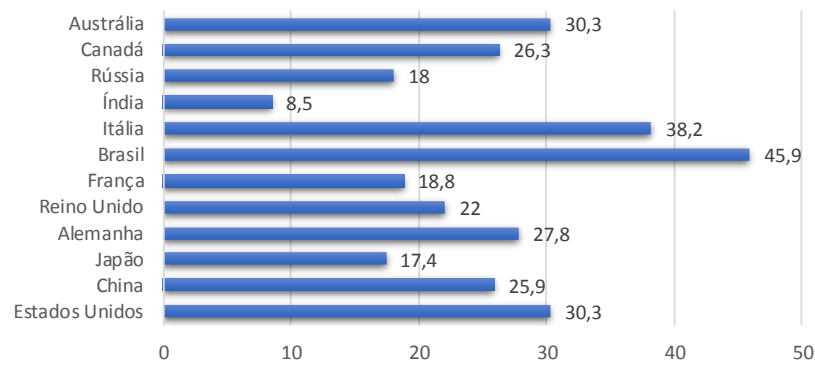
Figura 2 - Índice de cesariana no mundo



Fonte: Perasso (2015) BBC apud. WHO (2016)

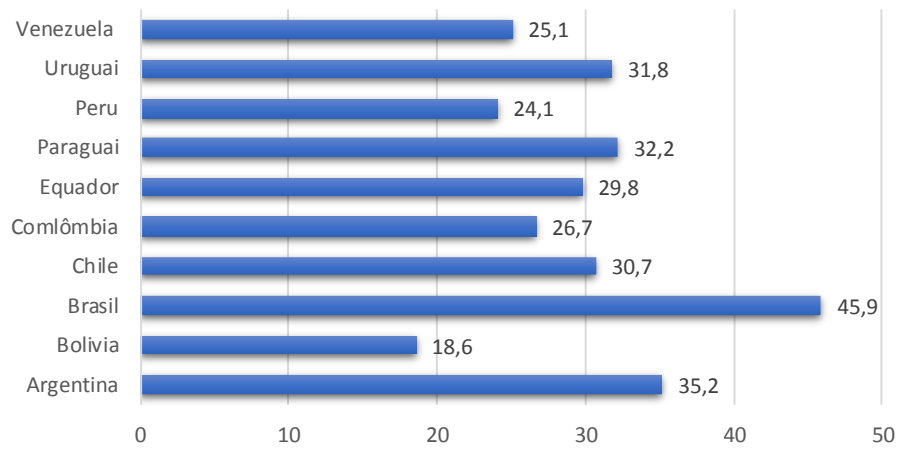
Um estudo realizado pela OMS em 2010 (Figura 2, Figura 3) constatou que 54 países tiveram taxas de cesariana abaixo de 10%, enquanto 69 tiveram taxas acima de 15% e 14 países entre 10 e 15%. Estima-se que houve 3,18 milhões de cirurgias cesarianas desnecessárias das 18,5 milhões de cirurgias realizadas (OMS, 2008 p.15-19). No estudo, foram coletados dados de 137 países dos 192 estados associados, totalizando 95% dos nascimentos no mundo. Na Figura 4 podemos ver as taxas de cesariana dos países da América do Sul.

Figura 3 - % de cesarianas nos países como os maiores PIB



Fonte: WHO, 2010 p.15-19

Figura 4 - Taxas de cesarianas países da América do Sul



Fonte: WHO, 2010 p.15-19

Como vimos, as cesarianas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, com exceção da Índia, apresentaram índices superiores aos recomendados pela OMS. Na análise da América do Sul (Figura 4) o menor índice e na Bolívia (18,6%) e o segundo maior índice e na Argentina (35,2%). O Brasil apresenta taxas de 45,9%, as maiores do mundo, tornando-se evidência no contexto mundial, e conseqüentemente motivo de publicação na mídia. Sendo necessário, portanto, aprofundar a discussão, e definir quais os elementos do contexto histórico brasileiro elevaram as taxas de cesariana.

2.3 O parto no Brasil

A Brasil é o país com maior número de cesarianas no mundo. Fato este divulgado na grande mídia nacional com o título “Brasil, o Campeão das cesarianas”. Mas este lamentável título não é uma invenção da mídia, mas do reflexo de uma infeliz realidade brasileira. A disparidade da relação entre cesarianas x parto normal no seguro privado em relação aos índices apresentados no sistema público é um fato de ainda mais evidência. Neste capítulo pretendo fazer um panorama deste diagnóstico, caracterizar esta situação que muitos já se referem como uma epidemia.

O avanço da tecnologia foi fundamental para o aumento dos recursos tecnológicos ligados ao parto. Os recursos propedêuticos disponíveis para atenção ao parto têm permitido uma melhor avaliação da gestação, o que eventualmente pode contribuir para o aumento do número de gestações (Yazlle, et.al, 2001). As indicações dos procedimentos são diversificadas entre os autores: Filho (1991) divide as indicações em absolutas e relativas, as absolutas são aquelas que o feto não pode ser extraído através da bacia, ou seja, a cesariana seria a via única quando não há possibilidade de obter o conceito vivo por via vaginal; as indicações relativas seriam as quais a cesariana é um processo melhor para a parturiente de feto do que a via vaginal. O quadro 1 a seguir mostra as considerações segundo Filho e Montenegro (2013) das indicações para a cesariana.

Quadro 1 - Indicações para a cesariana, segundo a literatura médica

Absolutas
Placenta Prévia total ou parcial
Malformações genitais (i.e., atresias e septos intestinais)
Tumorações prévias
Desproporção cefalopélvica com feto vivo.
Relativas
Maternas
Cardiopátias específicas (i.e., síndrome de Marfan com dilatação da aorta, doença coronariana instável)
Pneumopatias específicas (i.e., hipertensão pulmonar grave, síndrome de Guillain Barré)
Dissecção de Aórtica
Condições associadas a elevação de pressão intracraniana.
História de fístula retrovaginal
Fetais
Sofrimento fetal
Prolapso de cordão
Apresentação pélvica ou cônica
Gemelidade com 1 feto não cefálico
Gemelidade monoamniótica
Macrossomia presumida (peso fetal estimado > 4500g em diabéticas e de 5000g em não diabéticas)
Malformações fetais específicas (p ex. mielomeningocele, hidrocefalia com macrocrania etc.
Herpes genital ativo
HIV com carga viral > 1000 cópias
Materno - fetais
Cesária prévia
Deslocamento prematuro da placenta com feto vivo
Placenta prévia marginal e placenta baixa distando, < 2cm do orifício interno do colo.

Fonte: Filho e Montenegro (2013 p.1080)

As indicações para a cesariana são constantemente discutidas no meio acadêmico, o documento “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias (CONITEC) do Ministério da Saúde tem como finalidade nortear as cesarianas como prática, baseando-se em evidências científicas, este documento coloca em dúvidas as diversas ações já comumente praticadas no âmbito da obstetrícia, como as apresentadas anteriormente por Filho (2013). Diversas instituições em nível internacional denunciam a grande quantidade de cesarianas no Brasil.

Em condições ideais, a operação cesariana é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Além disso, quando realizada em decorrência de razões médicas, a operação cesariana é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Desta forma, seu valor na obstetrícia moderna deve ser reconhecido e enaltecido. Entretanto, a operação cesariana é frequentemente utilizada de forma desnecessária em nosso meio, sem razões médicas que as justifiquem. É importante salientar que o conjunto de evidências

científicas não sugere benefício da operação cesariana em mulheres que não precisam realmente dela (CONITEC, 2015 p.17).

A cesariana é um procedimento importantíssimo para a redução da mortalidade infantil e materna, porém, não há evidência científica que a cirurgia cesariana tenha algum benefício ao realiza-la em todas as gestações. Em 1985 a OMS realizou um estudo para investigar a aspectos relacionados a cesariana, concluiu-se que:

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 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. 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 (OMS,2015 p.1).

Os índices de cesariana no sistema público e privado são amplamente discutidos na comunidade médica, e à medida que surgem movimentos a favor do parto normal, as comunidades médicas se pronunciam a refutar tais índices de cesarianas estabelecidos pela OMS.

Ademais, fixar percentuais de cesáreas em 15% usando dados antigos da OMS é desconhecer que estes índices não são, nos dias atuais, alcançados por nenhum país de primeiro mundo com assistência obstétrica bem estruturada. Tampouco serão atingidos em nosso país, na saúde suplementar ou na saúde pública, por melhor sucedido que possa ser qualquer programa de incentivo ao parto normal. (SOGESP, 2016)

Os índices de cesarianas no Brasil são preocupantes, a taxa de cesarianas teve uma constante e preocupante ascendência no Brasil, entretanto é primordial diferenciar as taxas de cesariana no sistema privado de saúde em relação ao SUS. O SUS tem apresentado taxas ascendentes e preocupantes, mas, porém, muito abaixo das apresentadas pelo sistema privado de saúde, segundo o DATASUS de 1994 a

2013 as ocorrências de nascimentos por tipo de nascimento apresentaram os seguintes números, apresentados na tabela 5 e tabela 6.

Tabela 5 - Brasil, partos por tipo, segundo a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), 1994 a 2013, números absolutos

Ano do nascimento	Vaginal	Cesário	Fórceps / outro	Ignorado	Total
1994	1.333.677	823.475	21.366	393.053	2.571.571
1995	1.633.287	1.119.775	30.196	41.471	2.824.729
1996	1.723.495	1.185.008	-	36.922	2.945.425
1997	1.792.614	1.205.847	-	28.197	3.026.658
1998	1.923.665	1.200.402	-	23.970	3.148.037
1999	2.026.461	1.201.500	-	28.472	3.256.433
2000	1.974.790	1.211.494	-	20.477	3.206.761
2001	1.910.541	1.186.204	-	18.729	3.115.474
2002	1.867.185	1.182.238	-	9.979	3.059.402
2003	1.814.987	1.213.842	-	9.422	3.038.251
2004	1.756.180	1.263.634	-	6.734	3.026.548
2005	1.717.970	1.311.689	-	5.437	3.035.096
2006	1.613.318	1.325.781	-	5.829	2.944.928
2007	1.542.359	1.343.733	-	5.236	2.891.328
2008	1.510.879	1.419.745	-	4.204	2.934.828
2009	1.436.062	1.441.692	-	3.827	2.881.581
2010	1.362.287	1.496.034	-	3.547	2.861.868
2011	1.340.324	1.565.564	-	7.272	2.913.160
2012	1.283.546	1.615.928	-	6.315	2.905.789
2013	1.253.726	1.644.557	-	5.744	2.904.027
Total	32.817.353	25.958.142	51.562	664.837	59.491.894

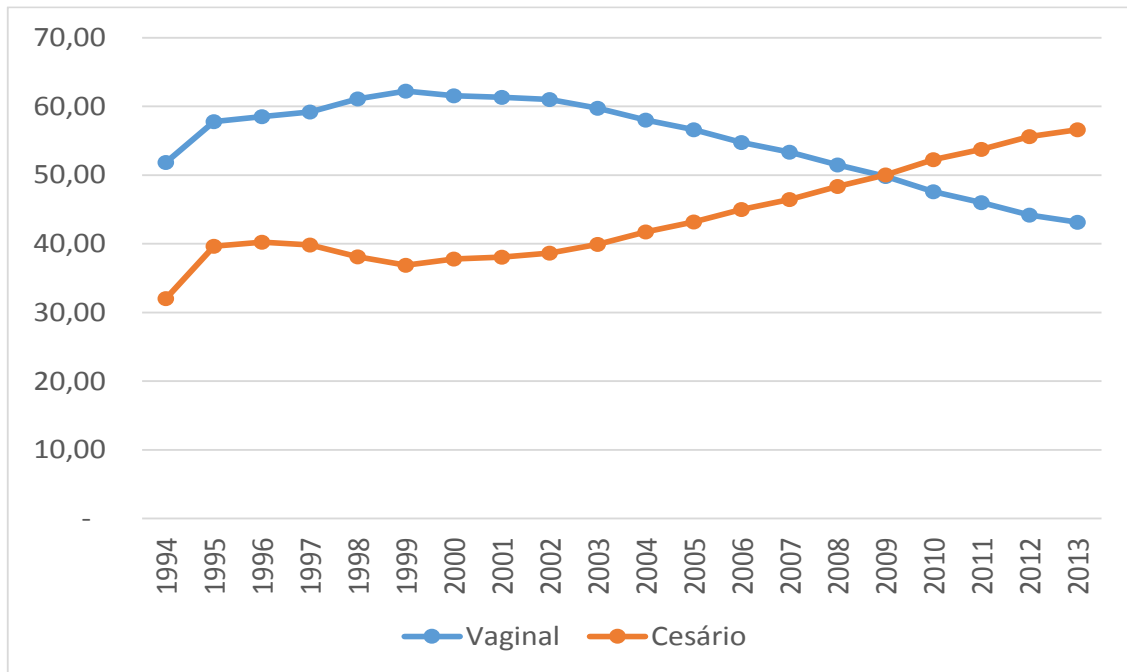
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Tabela 6 - Brasil, partos por tipo, segundo a Declaração de Nascidos Vivos (DNV),
1994 a 2013, números relativos

Ano do nascimento	Vaginal	Cesário	Fórceps/ outro	Ignorado	Total
1994	51,86	32,02	0,83	15,28	100,00
1995	57,82	39,64	1,07	1,47	100,00
1996	58,51	40,23	-	1,25	100,00
1997	59,23	39,84	-	0,93	100,00
1998	61,11	38,13	-	0,76	100,00
1999	62,23	36,90	-	0,87	100,00
2000	61,58	37,78	-	0,64	100,00
2001	61,32	38,07	-	0,60	100,00
2002	61,03	38,64	-	0,33	100,00
2003	59,74	39,95	-	0,31	100,00
2004	58,03	41,75	-	0,22	100,00
2005	56,60	43,22	-	0,18	100,00
2006	54,78	45,02	-	0,20	100,00
2007	53,34	46,47	-	0,18	100,00
2008	51,48	48,38	-	0,14	100,00
2009	49,84	50,03	-	0,13	100,00
2010	47,60	52,27	-	0,12	100,00
2011	46,01	53,74	-	0,25	100,00
2012	44,17	55,61	-	0,22	100,00
2013	43,17	56,63	-	0,20	100,00
Total	55,16	43,63	0,09	1,12	100,00

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Figura 5 - Brasil, partos por tipo, segundo a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), 1994 a 2013, números relativos



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

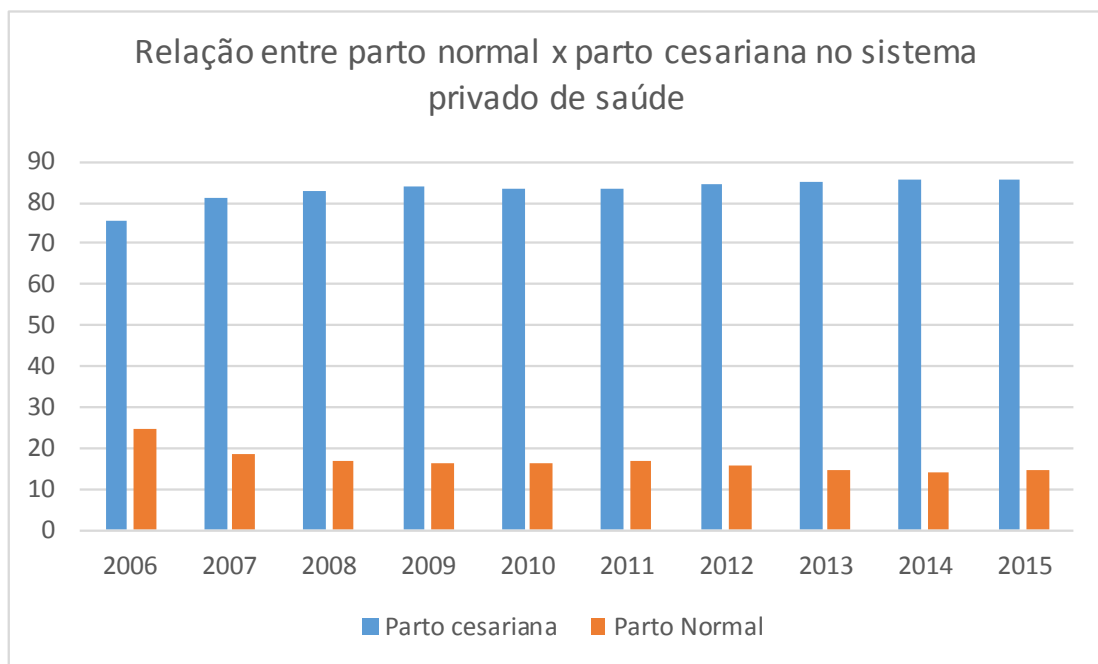
O índice de cesariana no Sistema Privado de Saúde é pouco divulgado pela ANS, o mesmo só está amplamente disponível devido às recentes políticas de incentivo ao parto normal, a ANS começou a disponibilizar as taxas de cesarianas por operadora de plano de saúde no ano de 2013. A tabela 7 corresponde à relação entre a operadora e a porcentagem de cesarianas realizadas, podemos observar que 464 operadoras de saúde no país têm taxas de cesarianas superiores a 90% e apenas seis operadoras se adequam aos 15% recomendados pela OMS. A figura 6 é uma relação entre parto normal x cesarianas no setor privado de saúde.

Tabela 7 - Porcentagem de Cesariana por operadora de plano de saúde

Faixas de % de cesarianas	Operadoras
100%	90
Maior ou igual a 90%	464
Maior ou igual a 70%	702
Maior ou igual a 50%	731
Menor que 50%	17
Menor ou igual a 11%	6

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da ANS (2013)

Figura 6 - Relação entre Parto Normal x cesariana no sistema privado de saúde



Fonte: ANS, (2015)

A atenção ao parto no sistema privado de saúde está sendo foco de atenção da ANS, as recentes notícias na mídia a nível nacional e mundial tem despertado uma reflexão sobre a necessidade de uma mudança na atenção, porém este é um fato que não se resume apenas a um setor específico, e tampouco tem culpados definidos. As

recentes ações da ANS apesar de ter pequeno retorno não tiveram como resultado uma queda brusca nas taxas de cesarianas.

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. 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. (OMS, 2015 p.1).

O movimento de contraposição ao modelo cesarista no parto no Brasil está em crescimento e tem colaborado para a mudança da atenção ao parto no Brasil. A conscientização dos riscos proeminentes da cirurgia cesariana e também dos benefícios do parto normal é fundamental para a mudança de comportamento de alguns profissionais da atenção ao parto, assim como os enfermeiros e as mães. Aproveitando a ânsia por adequações dos procedimentos obstétricos e a necessidade de mudança da atenção, a ANS lança em janeiro de 2015 a RN 368 que “Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar” (ANS, 2015). Esta RN teve como objetivo a autonomia e informação aos pais, beneficiários do sistema privado de saúde sob os índices de cesarianas por médicos, hospitais e planos de saúde. A figura 7, traz uma cronologia das ações da ANS de 2004 até 2015.

Figura 7 - Ações da ANS para o incentivo do parto normal, 2004- 2015



Fonte: ANS (2015)

A atenção ao parto está em evidência no Brasil e constantes ações vem sendo implementadas para a mudança deste cenário. Entretanto, poucas mudanças foram observadas durante os anos, a mudança deste paradigma tem sofrido resistência enorme e não tem apresentado um retorno satisfatório, o MS e a ANS assim como movimentos sócias de apoio ao parto tem-se mobilizado e demonstrado evidencias científicas mais concretas sobre os benefícios e malefícios das altas taxas de cesarianas. Mas porquê, apesar de uma grande quantidade de evidencias científicas

a favor do parto normal, não evidenciou uma diminuição dos índices de cesariana? Porque as ações de promoção do parto normal da ANS e do MS tem se mostrado ineficaz para diminuir os índices a valores aceitáveis? Neste sentido uma discussão mais ampla se faz necessária, uma sociedade de mercado, e a transformação durante anos da cesariana como uma mercadoria de consumo tem uma grande influência neste cenário, e sem discuti-los profundamente podemos ter mudanças pequenas, mas não a mudança que desejamos.

3 OBJETIVOS E MÉTODOS

3.1 Objetivos

O objetivo geral deste trabalho pode ser formulado da seguinte forma: compreender o desenvolvimento e a influência dos interesses de mercado nos altos índices de cesariana no Brasil.

Os objetivos específicos são:

1. Analisar o desenvolvimento da atenção ao parto no Brasil, com ênfase no período compreendido entre 1960 e 2000, quando se deu o grande crescimento da proporção de cesarianas; e
2. Analisar a transformação da cesariana numa mercadoria e os interesses privados envolvidos nos serviços a ela relativos.

3.2 Métodos e procedimentos

Para procurar atingir tais objetivos, realizei uma pesquisa documental, principalmente obtidas junto ao noticiário dos jornais de maior circulação no país. Segundo Antônio Carlos Gil (2010), pesquisa documental consiste no tratamento de dados coletados de maneira indireta obtidos junto a documentos como livros, jornais, papéis oficiais, registros estatísticos, fotos, discos, filmes e vídeos. Segundo o autor:

Para fins de pesquisa científica são considerados documentos não apenas os escritos utilizados para esclarecer determinada coisa, mas qualquer objeto que possa contribuir para a investigação de determinado fato ou fenômeno. Assim, a pesquisa documental tradicionalmente vale-se dos registros cursivos, que são persistentes e continuados. Exemplos clássicos dessa modalidade de registro são os documentos elaborados por agências governamentais. Mas muitas pesquisas utilizam registros episódicos e privados, constituídos principalmente por documentos pessoais e por imagens visuais produzidas pelos meios de comunicação de massa. (GIL, 2010, p.147)

Para Gil (2010), as coletas documentais podem ser os registros estatísticos, registros institucionais escritos, documentos pessoais, análise de conteúdo e comunicação em massa. Nesta linha metodológica relatada por Gil (2010), realizei uma coleta de documentos que relataram as diversas opiniões dos atores da história

do parto no Brasil, que deram subsídios para a discussão sobre a hipótese do trabalho. A escolha do método possibilitou o conhecimento do passado e possibilitou a discussão para uma abordagem mais ampla, assim como, foi primordial para avaliação das mudanças do processo cultural da sociedade. Como As principais fontes de dados serão: os jornais de maior circulação no Brasil: Folha de São Paulo e O Globo e como fonte secundária e complementar o Ministério da Saúde; ANS; Conselhos profissionais – nos quais procurarei relatórios, atas de reuniões, legislações, documentos registrados, dentre outros.

3.2.1 Período de estudo

Como foi apontado anteriormente, o estudo se concentrou nas três décadas compreendidas entre 1960 a 1990, quando se deu o maior desenvolvimento e consolidação do mercado privado no sistema de saúde brasileiro, que constitui o pano de fundo do processo de mercantilização da cesariana no país.

3.2.2 Escolha da fonte de dados

Dois fatores foram determinantes para a escolha das referências na grande mídia brasileira. A primeira foi a consulta ao ranking circulação de jornais impressos, ou seja, quais os jornais com maior quantidade de exemplares vendidos no Brasil? Para esta informação foi consultado Instituto Verificador de Circulação (IVC) ao que, no seu ranking demonstrava a Folha de São Paulo como o jornal mais vendido, seguido do O Globo em segundo lugar. O segundo critério para a escolha das fontes de informação foi a disponibilidade do acervo. O acervo do primeiro jornal é aberto ao público através do website: <http://acervo.folha.uol.com.br/> “Acervo Folha” (ver Figura 8, a seguir).

Figura 8 - Print Screen página principal do site Acervo FSP



Fonte: Acervo FSP 2015-2016

Em relação ao acervo do jornal O Globo, foi necessário fazer uma assinatura com pagamento mensal que daria direito a disponibilidade dos dados, constantes do *website* <http://acervo.globo.com/> “Acervo O Globo” (Figura 9, a seguir). A primeira matéria referente ao descritor “cesariana” datava de 06 de outubro de 1925.

Figura 9 - Print Screen pagina principal do site Acervo O GLOBO



Fonte: Acervo O GLOBO 2015-2016

3.2.3 Procedimento de coleta de dados

Dentre as opções de busca do termo para a coleta de dados, mais precisamente dentro dos acervos do O GLOBO e FSP, procurando artigos,

reportagens, publicidades e cartas dos leitores relacionados à cesariana, deparei-me com um conjunto de palavras sinônimas que se referem ao mesmo procedimento. São elas tomotocia, cesárea e cesariana, para a definição de qual destes termos seria usado na busca, procurei encontrar dentre eles, o termo que me resultou em um maior número de artigos na FSP e no O Globo. Para este levantamento foi escolhido o descritor 'cesariana', que permitiu a obtenção de uma quantidade maior de artigos. Ao buscar o termo 'cesárea' foram encontrados 1.123 artigos no Acervo O Globo e 550 artigos no Acervo Folha. Quanto ao termo 'tomotocia' não foi encontrado nenhuma matéria nos dois acervos. Ao procurar pelo termo 'cesariana' foram encontrados 5.144 resultados no Acervo O Globo e 1.104 resultados no Acervo Folha.

Para a posterior análise dos dados coletados nos dois jornais, foi necessário utilizar uma planilha do Excel © para cada um deles, que permitisse identificar e quantificar as matérias – artigos, publicidades, reportagens e cartas dos leitores – sobre cesariana. As Figura 10 e Figura 121, a seguir, apresentam o formato das tabelas em Excel © onde foram organizados os dados coletados.

Figura 10 - Organização dos dados coletados junto ao acervo da FSP

Data:	Tema:	Título:	Assunto:
06/03/1960	Cesariana	Cesária "pós morte m": O registro deste evento deve ser compulsório	Uma cesariana pós falecimento materno, onde Jorge de Rezende se pronuncia sobre a notificação compulsória deste evento
21/12/1960	Cesariana	A operação cesariana	A notícia fala sobre a operação cesariana é sua segurança como uma cirurgia, também relata que o procedimento é seguro e que se podem fazer varias intervenções sem nenhum problema
26/06/1962	Cesariana	Convém Saber	Informação sobre a recomendação de que todas as mulheres que já tiveram cesarianas devem ter seus próximos filhos com esta mesma técnica. Porém, estudos americanos demonstram que 75% de mulheres com cesarianas que tiveram cesarianas, tiveram filhos parto normal após o procedimento
11/03/1963	Cesariana	Repetição de Cesariana	Estudo relata a não e indicação do parto normal após uma cesariana, porém alerta para o risco de prematuridade
13/12/1963	Cesariana	Respiração Dificil em Recém Nascidos	Observa-se que os RN nascidos por cesarianas tem uma dificuldade de respiração, porém, a medicina relata que tal fato e devido a anestesia e recomenda-se que se use menos anestesia possível, também recomenda que se postergue o corte do cordão umbilical
12/01/1965	Cesariana	Repouso Prós operatório	Tempo internação parto normal 4 dias e volta a trabalhar 11 dias, e cirúrgico de 10 dias a 1 mês
12/01/1965	Cesariana	Repouso Prós operatório	Tempo internação parto normal 4 dias e volta a trabalhar 11 dias, e cirúrgico de 10 dias a 1 mês
15/05/1965	Cesariana	Útero Duplo	"Durante o parto, se há alguma coisa imprevista, o obstetra pode resolver o problema com uma cesariana".

Fonte: elaboração própria, com base no acervo da FSP.

Figura 11 - Organização dos dados coletados junto ao acervo de O Globo

Data	Título	Assunto
12/09/1979	O Aleitamento materno diminui com a subida da classe social	Classe social e cesariana
06/07/1979	INAMPS não vai fechar a maternidade Praça 15	Índices de cesariana
03/04/1979	Suspeita de Médica	Carta ao leitor
18/10/1978	Cesarianas batem recorde no Brasil	Posições da medicina, culpa da paciente, índices de mortalidade menor para RN
19/07/1978	Professora mostra como evitar questões juvenis	Uma posição importante da pediatria sobre aumento da mortalidade por cesariana
27/04/1978	Porque a Golden Cross falam com tanto entusiasmo sobre sua proteção de saúde	Uma propaganda da Golden Cross que enfatiza o gasto com cesariana
13/11/1977	Associação Médica dos Estados Unidos Crítica parto Artificial	Uma crítica sobre a cesariana nos EUA
26/08/1977	Escritora disse que violência contra mulher são atenuadas	Sobre a violência contra a mulher

Fonte: elaboração própria, com base no acervo de O Globo.

Nos jornais foi possível ter acesso ao posicionamento de entidades profissionais como o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), as sociedades brasileiras de Obstetrícia e Pediatria e de alguns conselhos regionais de medicina e enfermagem. Como forma acessória de levantamento, foram consultados documentos disponíveis nos *websites* de órgãos governamentais como o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além dos conselhos profissionais acima mencionados. Dos *websites* dessas fontes foram colhidos alguns documentos seus respectivos, assim como discursos em congressos e outros encontros de representantes dessas organizações.

3.2.4 Procedimentos de análise

Como procedimento metodológico de análise, procurei inicialmente utilizar como referência a ‘análise de conteúdo’ (BARDIN, 2004). Ao realizar o que aquela autora chama de “leitura flutuante” para chegar a uma possível categorização dos diferentes posicionamentos sobre o tema, cheguei à conclusão que o tratamento do tema seria melhor feito através de uma narrativa histórica do contexto político e econômico das décadas de 1960 e 1970, procurando identificar os documentos que me fornecessem um panorama sobre a hipótese. Neste sentido, a escolha dos artigos da grande mídia me forneceria um panorama de posições que corroborariam para a discussão proposta.

Ao começar a realizar a coleta de dados no Acervo Folha me deparei com uma enorme quantidade de dados e uma necessidade de organização por assuntos pois haviam muitos artigos que apesar de aparecerem na busca pelo descritor “cesariana” não estavam diretamente relacionados ao tema. Foram então eliminados dos dados os artigos que tinham o descritor “cesariana”, mas tinham enfoque na temática. Dentre estes estavam: procedimentos em animais, cesariana pós morte, artigos associados a nascimentos de trigêmeos, quadrigêmeos, quíntuplos e demais, violência, nascimentos de celebridades, jogos de cruzadas, novelas, política, uso da palavra cesariana como metáfora, nascimento de filhos de jogadores, avanços da medicina, nascimento de bebê de profeta, dentre outros.

A organização dos dados proporcional uma leitura de um contexto histórico de fácil pesquisa e organização simplificando o processo de leitura e análise dos documentos obtidos. Apesar da grande quantidade de dados, seu conteúdo gerou informações fundamentais para a discussão dos objetivos deste trabalho.

4 O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO AO PARTO NO CONTEXTO DE FORTALECIMENTO DO MERCADO NA SAÚDE BRASILEIRA

A atenção ao parto – inclusive à cesariana - sofreu diversas transformações ao longo das décadas de 1960 e 1990, tais transformações podem ser diretamente associadas ao conceito de ‘fetichismo da mercadoria’ de Marx (2013). Dentre elas podem-se mencionar a inserção de novas tecnologias, em que algumas vezes trata-se de mera adaptação do procedimento a desejos construídos pelo mercado como ‘necessidades’ dos clientes – parturientes e familiares. Tais transformações corresponderam também, como vai ser visto, a interesses comerciais dos médicos, hospitais, fabricantes de bens do setor de saúde – medicamentos, equipamentos biomédicos e insumos – e, mais recentemente, aos interesses de serviços de hotelaria – comidas, bens de conforto, comunicação, entretenimento que vieram sendo adicionadas gradualmente ao crescente e cada vez mais diversificado mercado da cesariana.

Neste sentido, ao analisar os dados coletados e realizar a discussão, surgiram duas necessidades para a melhor compreensão do processo de mercantilização da cesariana. Em primeiro lugar, foi necessário compreender a evolução da cesariana do ponto de vista das transformações do setor de saúde brasileiro no período histórico estudado, usando como base o reflexo do tema nos dois jornais de maior circulação no país, com base na teoria da formação da opinião pública de Lippmann (2008). Em seguida, foi necessário fazer uma síntese dessa evolução, destacando os elementos do sistema de mercado que evidenciam a mercantilização da cesariana, com base nas ideias de Polanyi (2012b), Marx (2013) e Starr (1991), que é o objeto do segundo item deste capítulo.

4.1 O debate sobre a cesariana ao longo do tempo

4.1.1 A emergência do tema da cesariana na imprensa

A inserção de novas tecnologias na área da saúde no período posterior à Segunda Guerra Mundial elevou os gastos com a assistência médica, no âmbito da Previdência Social, a assistência médica passou de 7,3% para 29,6% do total das despesas entre 1949 e 1966, como reflexo direto do aumento da prestação privada,

da tecnificação, especialização crescentes e da concentração da atenção nos hospitais (BRAGA e PAULA, 1986, p.71 a 74). Nesse período não foram encontrados um número grande de matérias nos dois grandes jornais do país sobre assuntos relacionados a saúde. Tanto O Globo, como a FSP, tinham poucas páginas e suas matérias eram bastante compactas em relação as atuais. Em O Globo existia uma seção chamada “O que você deve saber sobre medicina”, a qual trazia diversos artigos relacionados a saúde e alguns relacionados à gravidez. As notícias relacionadas à cesariana estavam relacionadas principalmente aos procedimentos feitos após a morte das mulheres – “*Cesárea Post-Mortem*” era a terminologia utilizada à época. Nesse período o procedimento encontrava-se em fase inicial de expansão e de inserção de tecnologias no país, inspirando matérias, com ênfase aos avanços tecnológicos, deste procedimento. Outra preocupação, no período, é se era possível realizar um parto normal depois que uma mulher tivesse se submetido a uma cesariana, alguns profissionais médicos sustentavam a máxima segundo a qual: “Uma vez cesariana sempre cesariana”. Nesta perspectiva, outro tema relacionado era o limite de cesarianas que poderiam ser feitas sem prejuízo para a saúde das mulheres. Um exemplo desse debate é apresentado, a seguir, nos trechos destacados de matérias publicadas nos jornais.

[...] **O parto por operação cesariana** não é tão raro quanto se pensa usualmente e a **própria operação é uma das mais seguras intervenções abdominais** [grifos meus]. Além disto, não prejudica necessariamente os futuros partos, pois já tem sido realizada com êxito até 6 operações cesarianas sucessivas na mesma mulher e a opinião médica não estabelece limites para isso. [...] Um exame da literatura médica mostra que são numerosas as razões pelas quais o médico pode recorrer à operação cesariana. Pode haver uma desproporção entre a cabeça do feto e a entrada pélvica, ou um extremo estreitamento da saída pélvica: pode haver contrações que dificultam a entrada da cabeça do feto na cavidade pélvica. [...] (FSP, 21/12/1960 p.8).

Outro artigo publicado no jornal O Globo trata do contexto da cesariana e das discussões em torno do procedimento.

Há anos acredita-se que uma mulher não poderia tolerar mais de três cesarianas. Temia-se que os músculos se tornassem de tal modo enfraquecidos que não dilatariam convenientemente no caso de outra gravidez. Recomendara-se, assim, a esterilização atando as trompas ou através de uma histerectomia. [...]

Enquanto isso, tomara-se conhecimento de casos de mulheres que tinham sido submetidas a mais de três cesarianas sem dificuldades [...]

Muitos médicos adotam a opinião de que **“uma vez cesariana sempre uma cesariana”** [grifos meus]. Embora se possa discordar dessa crença, já que se sabe que muitas mulheres que tiveram partos normais depois de cesarianas, é uma preocupação tomada de modo geral, porque ao adota-la o médico não mais se preocupa com a possibilidade de ruptura do útero em virtude de uma forte contração durante o parto. (O GLOBO, 15/09/1967 p.10)

Como podemos notar, no trecho do artigo publicado pela Folha a cesariana já era noticiada como uma intervenção segura e sem riscos, além de tratar de indicações técnicas sobre o procedimento. Entretanto, no artigo do jornal O Globo percebe-se que havia pouco conhecimento científico que fornecesse argumentos baseados em evidências. Na contramão do discurso sobre a segurança do procedimento para a mulher, foi publicada matéria crítica na Folha em 13 de dezembro de 1963 com o título “Respiração difícil em recém-nascidos”, na qual já se discutia uma posição da medicina pediátrica que demonstrava uma preocupação quanto a dificuldade respiratória do recém-nascido.

As crianças que nascem através de da operação cesariana geralmente têm dificuldade quando começa a respirar. O cérebro pode ter sido afetado pelos anestésicos dados a mãe. Por isso, quando se faz necessária a cesariana procuramos dar a paciente ou mínimo de anestésico possível. [...] Algumas vezes o coração falha justamente quando a circulação sanguínea exige grandes modificações, obrigando o cirurgião a fazer aquilo que a natureza não fez.

Uma séria dificuldade para o início da respiração é a presença nos pulmões dos recém-nascidos, especialmente nos prematuros, do que é chamado “a membrana de hialina pulmonar”. Cerca de 50% dos prematuros que morrem tem essa membrana. Porém, algumas vezes, as dificuldades na respiração não são devidas a essas membranas, mas a obstrução das estreitas passagens para o ar nos pulmões. (FSP, 13/12/1963 p.3)

A preocupação quanto à dificuldade respiratória dos recém-nascidos vinha dos pediatras, que associavam sua causa à elevada quantidade de anestésicos e analgésicos usados na cirurgia cesariana. Este suposto exagero de medicamentos levaria à “deficiência na membrana de hialina”. A solução para o problema, segundo o artigo, seria a diminuição do fármaco nas cirurgias cesarianas.

4.1.2 O efeito na imprensa das políticas públicas de incentivo ao mercado a partir de 1966

Como vimos, as medidas de política administrativa e tributária tomadas em 1966 influenciaram diretamente a favor do aumento da oferta dos serviços privados de saúde – preferência na contratação de serviços privados pela Previdência e subsídio fiscal para os gastos com saúde privada. Em especial o subsídio fiscal à saúde privada estabelecido pelo Código Tributário Nacional (LEVCOVITZ, 1997 p.29), que passou a ser explorado, como propaganda, pelas empresas de seguro privado de saúde, como mostra a propaganda apresentada na Figura 12, a seguir.

Figura 12 - Propaganda Golden Cross incentivo a dedução no Imposto de Renda



Fonte: O GLOBO 15/01/1975 p.17

O Código Tributário constituía um claro incentivo ao consumo de serviços privados de saúde, inclusive seguros privados e o mercado não perdeu tempo em se aproveitar do mesmo para conquistar mais clientes.

O período iniciado em 1966, até 1973, correspondeu ao chamado "milagre econômico", com taxas de crescimento anuais do PIB de 11,1%, inflação reduzida e superávits comerciais externos. Tal ambiente trouxe uma grande expansão da moeda e do crédito – média de 17,3% - especialmente para o setor privado, cujo acesso ao crédito se expandiu a uma taxa de até 25%) no período (VELLOSO ET AL, 2008, p.222 - 226). Houve, portanto, durante o governo militar, um grande volume de investimentos em diversas áreas econômicas, inclusive à incorporação de novas

tecnologias, que beneficiou muito a oferta privada de serviços de saúde. A Figura 13, a seguir, ilustra bem como a empresa Golden Cross utilizou de uma propaganda com uma linguagem bastante agressiva no período. Essa empresa, fundada em 1971, publicou apenas em O Globo 406 páginas de publicidade na década de 1970, com periodicidade praticamente semanal.

Figura 13 - Propagandas da Golden Cross publicadas em O Globo

1



2



3



Fonte: O GLOBO 1- 15/02/1977, p.33; 2 - 01/02/1977, p.39; 3 -11/10/1973, p.17.

Nos anos 1970, os avanços tecnológicos facilitaram que a cesariana entrasse no rol de procedimentos do setor privado de saúde como um produto consumível, ou uma mercadoria. O procedimento era apresentado como altamente seguro e confortável, uma forma de despertar seu desejo como objeto de consumo principalmente entre as camadas mais ricas da população. Os dados coletados demonstram que 41 artigos jornalísticos no O Globo e 37 artigos na FSP foram publicados discutindo a cesariana na década de 70, um crescimento considerável, em relação aos anos 60, de informações sobre o procedimento.

Basicamente são utilizados três processos, atualmente. O primeiro é o parto normal, sem a intervenção de meios mecânicos, ou quando

muito com a realização de episiotomia (pequena incisão para facilitar o processo expulsivo).

O segundo consiste no parto operatório, com a utilização do fórceps. São usados dois tipos de fórceps: o de extração mais antigo (ou de Simpson e Brown) e o de condução, mais moderno (ou de Marelli).

O terceiro cada vez mais difundido e aconselhado pelos médicos é a cesariana [grifos meus]. Alguns anos atrás esse processo inspirava muito medo as parturientes. Quando se dizia que determinado parto havia sido realizado por cesariana, isso significava problemas. A cesariana era assim utilizada como último recurso. (FSP, 27/04/1972 p.2)

Como podemos observar, os artigos jornalísticos informativos dos anos 1970 começam a outorgar um foco maior à cesariana em relação aos outros tipos de parto. No contexto do artigo citado anteriormente, a frase destacada em negrito merece reflexão: “cada vez mais difundido e aconselhado pelos médicos”. A ideia contida nela fortalece e dá legitimidade à medicina, induzindo o leitor a pensar que a cesariana é a melhor escolha dentre as opções de via de parto. Sobre a legitimidade conferida à medicina, Freidson (2009) diz que

[...] a posição da Medicina hoje em dia está próxima das antigas religiões do Estado – ela tem um monopólio aprovado oficialmente sobre o direito de definir o que é doença e de tratá-la. (FREIDSON, 2009 p.25)

Neste aspecto, podemos dizer que a posição do médico sobre a melhor via de parto, é legitimada pela sua preeminência diante da sociedade e sua autoridade na área da saúde, como vimos anteriormente com Starr (1991) Freidson (2009) deixando à autoridade de outros atores em segundo plano.

Outro importante tema abordado neste período são os artigos que questionam a elevação dos custos na saúde privada, e conseqüentemente o alto custo da cesariana. Na Figura 14 apresentam-se imagens publicadas na FSP em 27 de abril de 1972 e 15 de junho de 1975 a respeito do custo de ter filhos para as famílias, ressaltando também o maior custo da cesariana em relação ao parto normal.

Figura 14 - Imagem ilustrativa da FSP sobre os valores relacionados ao parto

11

Os gastos até o nascimento

CONSULTA MÉDICA COM OBSTETRA EM SÃO PAULO

Primeira consulta de uma consulta Cr\$ 100,00
Preço de 11 consultas Cr\$ 1.100,00

EXAMES DE LABORATÓRIO

Primeira análise de urina Cr\$ 50,00
Entrega do laudo RH Cr\$ 20,00
Cultivo de Sêles Cr\$ 50,00
Urina tipo 1 Cr\$ 30,00

PARTO NORMAL (EXCLUÍDOS OS HONORÁRIOS DO MÉDICO)

	Apto. \$	Quarto r \$	Enfermaria f \$
4 Fianças	400,00	280,00	160,00
Sala de parto	180,00	150,00	100,00
Beceiros	150,00	120,00	100,00
TOTAL	730,00	550,00	360,00

HONORÁRIOS DO MÉDICO de Cr\$ 400,00 a Cr\$ 800,00

PARTO COM CESARIANA (EXCLUÍDOS OS HONORÁRIOS DO MÉDICO)

	Apto. \$	Quarto r \$	Enfermaria f \$
4 Fianças	400,00	280,00	160,00
Sala de parto	180,00	150,00	100,00
Anestesia	500,00	400,00	300,00
Beceiros	150,00	120,00	100,00
TOTAL	1.230,00	950,00	660,00

HONORÁRIOS DO MÉDICO de Cr\$ 400,00 a Cr\$ 1.500,00

OBSERVAÇÃO Os preços indicados são uma média dos preços dos hospitais e maternidades da Capital. Não estão incluídos os preços de medicamentos, material de uso médico, taxa de alimentação para acompanhantes, nos casos de quartos e apartamentos.

22

Preço real nada tem a ver com a tabela

OS PREÇOS DA MEDICINA (Cr\$)

	Medicina liberal (°)	tabela da ABM
consultas	150,00	49,32
cirurgia apêndice	1.500,00	577,50
amígdalas	1.500,00	490,00
obstetrícia parto (normal)	2.000,00	493,20
cesariana	4.500,00	959,00
exames eletro-cardiograma	500,00	114,12
raio X	800,00	16,44

(°) custo aproximado apurado em balneiros de classe média da Capital.

Fonte: 1- FSP, 1- 27/04/1972 p.2; 2-15/06/1975 p.33.

O alto índice de inserção tecnológica e o avanço da técnica da cesariana que efetivamente deu mais segurança para a realização do procedimento, facilitou sua venda para o público e passou a ser fartamente abordado pelos jornais. Diversos artigos publicados nos anos 1970 apresentavam as diferentes posições a favor e contra a cesariana. Destaco dessa discussão matérias que apontavam os custos mais altos das cesarianas e a preferência dos hospitais pelas mesmas, à qual pode ser motivada pela busca de mais lucros pelas administrações dos hospitais. Um artigo do O Globo de 27 de dezembro de 1974 apresenta o seguinte argumento bastante direto sobre este ponto:

“Com relação ao parto segundo fontes do INPS **certas casas de saúde submetem a gestante à cesariana em casos em que o parto poderia ser normal apenas pelo fato da cesárea ser mais cara [grifos meus]**”. (O GLOBO 27/12/1974 p.2)

A promoção da cesariana como um procedimento recomendável e seguro e defendido pela medicina obstétrica durante a década de 1970. Para reforçar esta posição e promover as convicções e defender os interesses da categoria médica e dos hospitais, O Globo promoveu, juntamente com a Sociedade de Obstetrícia do Rio

de Janeiro (SCORJ), com patrocínio da Nestlé cursos anuais na forma de seminários, entre 1971 e 1976, sobre a atenção ao parto. A realização desses seminários era intensamente divulgada no jornal nos meses anteriores seus resultados continuavam a ocupar espaço no noticiário. Na Figura 15, a seguir, são apresentadas chamadas públicas para o curso/seminário voltado para gestantes e realizado no anfiteatro de O Globo.

Figura 15 - Publicidades publicadas em O Globo sobre o curso de gestante promovido pela organizações Globo com patrocínio da Nestlé

Curso para gestantes começa amanhã no auditório de O GLOBO

Comença amanhã no auditório de O GLOBO o curso de gestantes "A Gestante e o Recém-Nascido", em promoção da Nestlé, coordenado pelo Dr. Fernando Veloso, obstetra e médico. As inscrições, grátis, podem ser feitas no Departamento de Promoções e nas agências de O GLOBO. As aulas serão sempre às quintas-feiras das 20h30m às 22 horas, com entrega dos certificados no dia 14 de outubro.

O PROGRAMA

MES DE SETEMBRO — A OPERAÇÃO CESARIANA — Prof. Jerônimo de Barros.
 — O CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO — Doutor Ovídio Botelho.
 — CUIDADOS ESPECIAIS APÓS O PARTO — Dr. Fernando Veloso.
 Dia 14, 8.ª-feira — PROTEÇÃO SOCIAL À MATERNIDADE — IMPORTÂNCIA ATUAL DA PUERICULTURA — Dr. David Sarmento de Barros.
 — ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA À GESTANTE — Dr. Leopoldo Fereschi.
 Dia 21, 8.ª-feira — O PARTO SEM DOR — Dr. Afonso Ladeira.
 — O RECÉM-NASCIDO NORMAL — Doutor Rômulo de Sá.
 — A ALIMENTAÇÃO DA GESTANTE — Dr. Leôncio Sarmiento.
 Dia 28, 8.ª-feira — VARIOS GRAVIDEZES — Dr. Waldemar Pólio Duarte.
 — O PARTO EM — Dr. Galvão José da Silva Filho.
 — IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO PRE-NATAL — Dr. Wenceslau Magalhães.

MES DE OUTUBRO
 Dia 7, 8.ª-feira — A GESTAÇÃO NORMAL — Dr. Henrique Magalhães.
 — CUIDADOS ESPECIAIS COM O RECÉM-NASCIDO — Dr. Fernando Veloso.
 — O PLANEJAMENTO DA FAMÍLIA — Dr. Fernando Veloso.
 Dia 14, 8.ª-feira — ENTREGA DOS CERTIFICADOS.

Parto cesariano: vantagens ou desvantagens?

Vantagens ou desvantagens do parto cesariano: este será o tema de suas discussões no Hospital do Anfitrião de O GLOBO, às 20h30m, no curso "A gestante e o recém-nascido", promovido por este jornal sob o patrocínio da NESTLÉ. Será exposto pelo Dr. Isaac Amar, obstetra da Maternidade Carmela Dutra e professor da Faculdade de Medicina e Cirurgia e de Faculdades de Medicina de Valença.

Outros temas serão "A proteção social da gestante", pelo Dr. José Vital, pediatra, acadêmico executivo do Bem-Estar do INPS, e "O recém-nascido normal", pelo Dr. David Sarmento de Barros, chefe do Serviço de Partos e do Hospital do Anfitrião de O GLOBO.

Cada palestra terá a duração de vinte minutos e entre uma e outra serão proferidas filmes cinematográficos. Um selo, cedido pela Secretaria de Saúde do Estado, mostrará a formação da criança no ventre da mãe. Um outro ensinará as gestantes as melhores formas de dar banho nos recém-nascidos.

O curso tem a coordenação geral de Hércules Simões, coordenador médico do Dr. Moisés Botelho, e supervisão do Dr. Fernando Veloso.

Curso para orientar as gestantes sobre ela e o recém-nascido

Planejamento da família, reações emocionais do recém-nascido, ginástica da gestante com o recém-nascido, cesariana, vantagens, o futuro do recém-nascido, cuidados pré-natais, cuidados com o recém-nascido e sistema de boa forma: estes serão os temas do III Curso de Orientação "A Gestante e o Recém-Nascido", que o GLOBO promove em seu auditório nas quintas-feiras do setembro, sob o patrocínio da NESTLÉ, coordenação do pediatra Moisés Botelho e supervisão do Dr. Fernando Veloso. As inscrições, grátis, estão abertas no Departamento de Promoções de O GLOBO e nas agências deste jornal. É limitado o número de vagas, para que as gestantes assistam às aulas em conforto. haverá também projeção de filmes complementando as palestras.

Especialistas

O planejamento da família, dia 4, será abordado pelo Dr. Fernando Veloso, supervisor do curso, ginecologista e obstetra do INPS e médico do Hospital Agamenon Magalhães, de Recife. As reações emocionais do recém-nascido, o tema do pediatra Diógenes Botelho, chefe do Serviço de Pediatría do Hospital Carlos Chagas, O Dr. Nilo Vidigal e a Professora Marília Bernardes de Carvalho, chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetria do Hospital da Polícia Militar e ambos membros da Clínica Viciari, ensinarão as gestantes (todas as mães, jovens, exerceções respiratórias, neuromusculares e de relaxamento). O Dr. Isaac Amar, obstetra da Maternidade Carmela Dutra e professor da Escola de Medicina e Cirurgia e da Faculdade de Medicina de Valença, falará sobre a cesariana. O Dr. Adriano de Castro Filho, pediatra, orientará sobre a alimentação do recém-nascido. O Dr. Waldemar Pólio Duarte, da Clínica Vasculiar do Hospital do INPS na Lagoa, falará sobre as variadas da gestante. O Dr. David Sarmento de Barros, chefe do Serviço de Pediatría do Hospital do Anfitrião, abordará o tema "O futuro do recém-nascido". O Dr. Wenceslau Magalhães, obstetra do Hospital da Lagoa e do Miguel Couto e ginecologista do Hospital do Anfitrião, ensinará os principais cuidados pré-natais. O Dr. Moisés Botelho, idealizador e coordenador do curso, orientará sobre os cuidados com o recém-nascido. Planejamento: O Dr. A. Partida de Melo, obstetra do Hospital do Anfitrião e coordenador do curso de Parto Sem Dor do Hospital Naval Jesus Coimbra da Olinda, falará sobre o retorno da mulher à boa forma, após o parto.

Inscrições

Para inscrever-se é preciso: 1 — estar em estado de gestação; 2 — preencher uma ficha (grátis) numa das seguintes agências de O GLOBO: Rio Branco (rua da Almirante Barroso), Copacabana (Rua de Rocha, 9), Largo do Machado (Gleba Condor), Ineuze Mariano (Largo do nome edição-esal), Tijuca (Cidade de Bonfim), no lado do Art-Palácio e Nazar (Trocenete Cerqueira Leite). As aulas serão às terças-feiras de setembro, sempre às 20h30m, terminando sempre no máximo às 22 horas.

Fonte: O GLOBO: 1- 08/09/71, p. 5; 2- 11/10/72, p. 4; 3- 05/09/72, p. 4

Os interesses da obstetrícia em divulgar suas opiniões, misturavam argumentos supostamente científicos, com defesas de interesses de mercado, numa clara demonstração do que Lippmann chamou de "a luta simbólica dos atores pelo controle do imaginário social" (2008, p. 14) na formação da opinião pública. Num

daqueles seminários, por exemplo, o palestrante Isaac Amar associa o parto normal a uma condição de *stress* para o bebê.

O parto em sua fase cérvico-dilatação, representa, sem dúvida, uma condição de “stress” para o organismo fetal cuja a gravidade e intensidade dependem, entre outros fatores, da paridade da proporcionalidade feto-pelviana. E, quando no período expulsivo, há duplicação da força resultante da cooperação voluntária (a paciente ajuda com os músculos abdominais), as condições de “stress”, presentes durante a fase anterior, se agravam nitidamente. Surgem então alterações, por vezes sérias, mormente relacionadas com os batimentos cardíacos do feto, podendo ocasionar o seu óbito intra-útero ou nascendo com precárias manifestações de vitalidade imediata – **aumentando da legião neomortos** (O GLOBO, 13/10/1972).

Depois de chamar a atenção para “condições de *stress*” associadas ao parto normal, Isaac Amar usa expressão especialmente dramática para explorar o medo em relação aos supostos riscos dos partos normais: “aumentando legião neomorto”, numa demonstração clara de um dos mecanismos centrais do uso da propaganda que Edward Bernays (2004) destaca: a necessidade de dramatização. Logo a seguir à dramatização, Amar começa a apresentar a cesariana como um procedimento simples e de “grande singeleza”, apelando para autores de renome técnico/científico:

Esta intervenção cirúrgica e **grande singeleza**, não permitindo o empobrecimento das estatísticas. Seu emprego é cada vez mais difundido, e nesse particular é justo que se ressalte a **orientação fecunda do mestre Jorge de Rezende** [grifos meus]. (O GLOBO, 13/10/1972 p.16)

Podemos notar nesses trechos uma considerável contraposição no discurso entre o parto natural e a cesariana apresentadas no curso. Enquanto o parto natural é associado ao “*stress*” e à ameaça de morte para os bebês, a cesariana tem características como a ‘singeleza’ e a orientação e indicação de mestres de grande reputação técnico/científica. Ressalta-se o uso do medo na dramatização, mecanismo fortíssimo no uso da propaganda, tanto para Lippmann (2008), quanto por Bernays (2004). Na mesma época, os índices de cesariana no país começam a aumentar e se tornar notícia nos jornais. Alguns artigos na época começam a considerar as altas taxas de cesariana como um importante assunto, já se apontava muito a desproporcionalidade dos índices de cesariana praticados no país em relação aos outros países. Uma reportagem com o título “Walter Leser: Gestante precisa de mais

atenção”, publicada em 1975, relatou sobre uma pesquisa do importante médico sanitaria Carlos Gentile de Mello realizada em 1968:

Carlos Gentile de Mello, médico sanitaria carioca, apresentou sua pesquisa realizada na Guanabara em 1968 cujo objetivo foi verificar em que medida a cesariana era praticada com base em fatores técnicos. Sua conclusão depois de considerados 85.000 partos foi de que as operações realizadas nem sempre se fundamentavam em fatores técnicos, já que **a incidência desta prática entre as mulheres atendidas gratuitamente era quase nula, em contraposição às de classe média ou alta onde se realizava a cesariana cada vez com mais frequência.** “Isso quer dizer que não é a escola ou a linha obstétrica que determina a cesariana, e sim o pagamento **já que esta operação custa mais caro que o parto normal** [grifos meus]. (FSP, 16/10/1975 p.10)

Carlos Gentile de Mello, além de importante médico sanitaria de formação crítica, assinava uma coluna semanal no jornal FSP, chamava constantemente a atenção para o grande número de cesarianas sem indicação técnica, o que o faz concluir que a cesarianas estariam sendo realizadas devido ao maior pagamento deste procedimento. No trecho destacado do artigo, fica clara a associação feita por Gentile de Mello com os interesses comerciais que estavam por trás do crescimento do número de cesarianas no país, tratava-se de procedimento realizado principalmente em mulheres mais abastadas e apresentava custo mais elevado do que o parto normal.

Gentile de Mello ressaltava que como o INPS, e depois o INAMPS pagavam por unidades de serviço, ou seja, por procedimentos realizados, o valor do parto normal era menor do que na cesariana, e mesmo no setor público estava se gerando uma preferência à cesariana, por motivos financeiros. O estudo de Gentile de Mello voltou a ser citado novamente em artigos dos dias 21 de janeiro de 1977 e 26 de dezembro 1977, evidenciando o interesse dos jornalístico pelo tema:

[...] No caso do regime de pagamento por unidade de serviço, todas as pesquisas, no Brasil e no exterior, comprovam sem exceção, sua alta virulência.

No Brasil, os estudos técnicos realizados nos hospitais universitários e os de ensino comprovaram, sem qualquer margem para dúvidas, a ocorrência de lamentáveis distorções. Investigação realizada na esfera da assistência obstétrica, na cidade do Rio de Janeiro, revelou que, **com o pagamento por unidade de serviço, a incidência de cesariana aumenta consideravelmente.** Essa ocorrência foi verificada não apenas nas casas de saúde controladas do INPS, mas,

por igual, nos hospitais filantrópicos e de ensino. Em algumas maternidades da área universitária foi observado o registro de duas taxas de cesarianas: uma entre as indigentes e outra, mais elevada, entre as beneficiárias do INPS, durante o mesmo período de estudo, com os mesmos docentes.

Em outras palavras, **o regime de pagamento por unidade de serviço constitui, invariavelmente, um fator incontrolável de corrupção**, ainda que na esfera do ensino, **com a circunstância agravante de envolver jovens estudantes de medicina, comprometendo a sua formação** [grifos meus]. (FSP, 21/01/1977 p.3)

As denúncias de Gentile de Mello são bastante eloquentes. Ele mostra que embora inicialmente as cesarianas fossem praticadas no setor privado em mulheres abastadas, o mecanismo de pagamento adotado pelo setor público vinha promovendo um aumento das cesarianas entre as usuárias dos serviços privados contratados pelo INPS, depois INAMPS. A forma de pagamento por procedimento incentivava o interesse comercial com recursos públicos e constituía, além disso, um mecanismo de corrupção tanto no interior do sistema público, quanto em relação aos médicos, que eram expostos sem crítica a essas práticas no processo de formação.

4.1.3 A década de 1980 e a equiparação dos preços entre Parto19 Normal e Cesariana

A década de 1980 começa em meio a uma grande turbulência na política de saúde brasileira. O principal sistema de saúde pública da época, o INAMPS, era objeto de duras críticas e denúncias sobre constantes escândalos de corrupção e superfaturamento. O conflito entre a administração do Instituto e os hospitais contratados se tornaram insustentáveis, dando origem a debates sobre a necessidade de sua reestruturação. Um importante artigo de Carlos Gentile de Mello – “Diagnostico do Caos” –, publicado em 14/01/1980 na FSP, dava uma boa ideia da situação da saúde brasileira em 1980:

[...] **1. Serviços próprios.** Hospitais de boa linhagem técnica. Instalações altamente diferenciadas. Custos operacionais elevados. Frequente capacidade ociosa. Administração amadorista. Total despreocupação com a economicidade. Médicos mal remunerados, trabalhando em regime de tempo parcial.

2. Hospitais contratados. Fonte geradora de distorções. Internações desnecessárias. Pacientes fantasmas. Emergências forjadas. Cobrança de serviços não prestados. Paciente com duplo diagnóstico,

um deles para efeito de faturamento. Absoluta impossibilidade de controle, com ou sem o auxílio dos computadores da Dataprev. Seus donos, ou sócios, não raro ocupam cargos de direção e assessoramento no INAMPS.

3. Hospitais filantrópicos. Perderam suas características e finalidades filantrópicas. São casas de saúde para a prática de médicos credenciados da Previdência Social. Administradores recrutados entre as figuras destacadas da sociedade. Recusa-se a empregar métodos não convencionais para aumentar o faturamento. Vivem, por isso, em crise.

4. Profissionais credenciados. Remuneração por unidade de serviço, fator incontrolável de corrupção. Indicações cirúrgicas sem fundamento técnico. **Coeficiente de cesariana sem respaldo em qualquer escola obstétrica** [grifos meus]. Tendência ao emprego de métodos diagnósticos e terapêuticos melhor contemplados na tabela de honorários do INAMPS. Controle impossível em qualquer parte do mundo.

5. Convênios com empresas. Firmados com organizações industriais e comerciais de grande porte. Clientela altamente diferenciada com renda média elevada. Os grupos e cooperativas médicas não assumem a responsabilidade de tratamento da tuberculose, doenças mentais, implantes, transplantes, hemodiálise, cirurgias cardíaca e tudo de custo elevado. (FSP: 14/01/80, p.3)

Neste artigo, o autor denuncia, entre outras coisas, a realização de um alto índice de cesarianas sem indicação técnica. Nesse ambiente de controvérsias, o INAMPS equiparou os honorários médicos entre o parto cesariana e o parto normal (INAMPS, 01/03/80), medida que, apesar de não surgir o efeito esperado, explicitou a relevância do tema à época. Em 01 de março de 1980, reportagem de O Globo comentou esta medida do INAMPS, fornecendo números sobre os altos índices de cesarianas e as diferenças entre o que acontecia no setor público e no privado. Nesta mesma reportagem aparecem diversas posições diferentes diante dos altos índices de cesarianas, dentre elas a posição do obstetra José de Souza Costa:

[...] O presidente da sociedade Ginecologia e Obstetrícia da Bahia, José de Souza Costa, disse ontem que o número de cesariana “subiu assustadoramente na Bahia, nos últimos anos, e **uma das razões é a má remuneração do médico pelo parto natural**”.

O fato de que o parto natural “**dá muito mais trabalho ao médico pois o prende à paciente por horas a fio, enquanto que a cesariana resolve a questão rapidamente, além de ser muito melhor remunerada**” [grifos meus] faz com que o percentual das cesarianas, nos grandes centros médicos, e nos hospitais mais

sofisticados de Salvador, chega a 70% do total de partos. (O GLOBO, 01/03/80, p.6).

A mesma reportagem mostrava opinião diametralmente oposta do médico Souza Barros que disse:

[...] A opção pela cesariana é feita, na maioria dos casos, **por comodidade da própria parturiente, que prefere não sentir dor, e do médico, pois basta marcar o horário**, [grifos meus] e é duas vezes maior nas pacientes particulares do que nas atendidas pelo INAMPS, afirmou o presidente da cooperativa dos Serviços Médicos de Brasília, médico Souza Barros. (O GLOBO, 01/03/1980 p.6)

Outro ponto de vista diferente divulgado na mesma reportagem foi o do presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais, cujo nome foi omitido pelo jornal:

[...] - **Não admito nem acredito – disse ele – que médicos queiram fazer cesarianas com finalidade lucrativa. O que ocorre é que as pacientes preferem, ou por medo, ou por que querem aproveitar a ocasião para fazer a anticoncepção cirúrgica definitiva** [grifos meus]. A frequência da cesariana tem aumentado no mundo inteiro em consequência da sua facilidade e da disponibilidade de antibióticos. (O GLOBO, 01/03/1980 p.6)

Como vimos, uma mesma reportagem continha três linhas distintas de defesa de médicos favoráveis à cesariana. A primeira delas justificava a opção pelas cesarianas em função tanto da má remuneração do parto normal, quanto do maior trabalho que este daria, a segunda divide o ônus da decisão entre as parturientes e os médicos (comodidade) e a terceira procura negar a lógica de mercado e a busca pelo lucro. Os motivos da alta incidência de cesarianas ainda incluíam entre os motivos da opção: a solicitação da mulher por laqueadura tubária pós cesariana; o medo da dor, a conveniência médica; o melhor valor pago pelo procedimento; e o elevado tempo de disponibilidade do médico, no caso, o parto natural. No mesmo sentido, outra reportagem de O Globo, de 09 de agosto de 1981, voltava a discutir a questão da cesariana, mencionando a preocupação do INAMPS quanto às elevadas taxas (Figura 16, a seguir).

Figura 16 - Planejamento no INAMPS de ações para a redução de cesarianas

Inamps planeja redução do número de cesarianas

Numa iniciativa pioneira no Brasil, o Inamps está elaborando um plano de redução do número de cesarianas em suas unidades, hospitais conveniados e contratados. Para isso, a presidência, em colaboração com a Dataprev, iniciou um levantamento dessas intervenções em todo o País, apurando-se o seguinte quadro: em 1970 o número de cesáreas era de 7,9 por cento nos hospitais do antigo INPS, enquanto nos hospitais contratados a proporção era de 14,6 por cento. Em 1980, portanto dez anos depois, as unidades do Inamps apresentaram um índice de 18 por cento, ao passo que os contratados atingiram os 38 por cento —

mais de um terço do total de partos realizados.

Diante desse quadro, a direção do Inamps resolveu equiparar, desde o ano passado, os valores dos honorários médicos para qualquer tipo de parto. Assim mesmo, contudo, o índice de cesarianas não se modificou, o que significa haver outras causas contribuindo para o crescimento dessas intervenções no País. A 1 de abril último foi criada uma Comissão Especial para estudar o problema em profundidade e propor soluções, e dela participam representantes das entidades especializadas na área de Ginecologia e Obstetrícia e várias associações médicas.

Fonte: O GLOBO, 09/08/1981 p.28.

Esta reportagem relata que os esforços da direção do INAMPS que, além de equiparar os valores dos procedimentos, criou uma comissão, em 1981, encarregada de estudar o problema para buscar soluções para a redução das taxas de cesariana. Na polêmica em torno da opção entre o parto natural e a cesariana, a Pediatria levantava a discussão sobre o elevado número de cesarianas estava implicando em maior proporção de prematuros. Reportagem publicada em O Globo, em 03 de abril de 1983 – “Cesarianas podem causar prematuridade” – apresenta os argumentos utilizados na época em torno dos possíveis motivos da associação entre o procedimento e a prematuridade dos recém-nascidos:

A prematuridade, um dos fatores responsáveis pelos problemas respiratórios que levam à morte um grande número de crianças no período pré-natal, tem muito a ver com os altos índices de operação cesariana no Brasil.

Como explica o presidente do Simpósio Internacional de Pediatria, médico Fernando Olinto, na cesariana, **além de a criança geralmente não está madura por antecipação do parto**, [grifos meus] não sofre compreensão do parto normal, quando então expele toda e qualquer secreção de líquido amniótico, que envolve o feto. (O GLOBO, 03/04/1983, p.17).

O pediatra mencionado associa claramente o aumento da prematuridade dos nascimentos ao crescimento das cesarianas. Outro tema tratado em diversas matérias dos jornais, é a questão da elevação do custo dos nascimentos para as famílias. Uma reportagem da FSP, em 24 de junho de 1984, mostrava o quanto custava ter um filho no Brasil para as famílias:

No entanto, como no Brasil o governo está mais preocupado em desenvolver programas de controle de natalidade e não oferece à população uma boa assistência médica e hospitalar, apesar de todos descontarmos para o INPS, **a opção é recorrer a entidades particulares, um atendimento que custa caro**. Um parto normal ou cesariana, com a internação de 3 a 5 dias, por exemplo, custa nas maternidades conceituadas, de CR\$ 400 mil a CR\$1 milhão, fora despesas extras e honorários médicos. Para a classe média, portanto, bancar essas despesas resulta em ter de optar por convênios ou planos de seguros de saúde - que só cobre as despesas de parto e internação desde que a pessoa seja associada, no mínimo, a 10 meses - **ou pela escolha de maternidade que parcele o pagamento ou ainda buscar solução no empréstimo bancário** [grifos meus]. (FSP 24/06/84, p.11)

A reportagem associa os custos elevados do nascimento e a presumida má qualidade de serviços prestados pelo INPS à opção crescente de parte da população por 'planos de saúde'. Sem 'planos de saúde', as famílias que procuravam o setor privado chegavam a ter de recorrer a empréstimos bancários para arcar com os custos dos nascimentos. O tom da reportagem sugeria que a má qualidade do serviço público constituía um incentivo indireto ao mercado, uma vez que levava as famílias com maior poder aquisitivo a procurar soluções privadas para a atenção ao parto. A matéria tratava a suposta 'má qualidade' dos serviços públicos sem apresentar qualquer evidência para a mesma, como se fosse um atributo da mesma, o que também pode ser interpretado como uma posição favorável à mercantilização do parto em geral e das cesarianas em particular.

Matéria publicada no caderno de Economia da FSP, em 10 de junho 1984, mostra que as maternidades começavam a explorar um novo nicho de mercado na atenção ao parto, os 'planos de maternidade':

Ainda eficiência da Previdência Social fez com que muitos hospitais de São Paulo introduzissem os chamados **planos de maternidade, para quem pretende um melhor atendimento na hora do parto** [grifos meus]. Esta é uma alternativa acessível apenas as classes média e alta. Os preços dos planos estão na faixa de 600 mil até 2, 13 milhões, dependendo da Escolha das acomodações e da forma de pagamentos. (FSP, 10/04/1984, p. 39)

Tanto a matéria acima, quanto outra publicada em 10 de junho de 1984, correlacionam os supostos maus serviços de atenção ao parto prestados pela Previdência Social, ao surgimento dos 'planos maternidade' oferecidos pelas maternidades. Na matéria seguinte, é possível perceber a exploração comercial de diferentes itens de hotelaria pela Maternidade São Paulo, aos quais correspondiam variados 'pacotes de serviços', vendidos a preços diferenciados:

[...] 1. Standard - Apartamento simples, sem banheiro interno e sem telefone, com direito a acompanhante. As prestações são de Cr\$ 70,8 mil

2. Especial- Apartamento com o telefone, banheiro intermediário no corredor, com direito a acompanhante. Prestações de Cr\$ 97,5 mil.

3. Superior- Apartamento com telefone e banheiro privativo, com acompanhante. Pagamentos mensais de Cr\$125,5 mil se a parturiente preferir o seu médico particular os honorários correm por sua conta, e as parcelas pagas do hospital caem para Cr\$ 95mil.

4. Executivo - Suíte com sala de visita, quarto para enfermeira particular, berçário interno, copa com uma geladeira, telefone, banheiro privativo, e direito acompanhante. Prestações de Cr\$177,56 mil, se o médico for particular as prestações caem para Cr\$144 mil. (FSP, 10/06/1984, p.39)

Além das comodidades de hotelaria, comercializadas com diferentes preços, pode-se ver que o processo de mercantilização abrangia, também o trabalho do médico, que poderia ser remunerado diretamente pelas famílias, ou incluído em alguns 'pacotes de serviços' mais caros. Essa prática não era restrita à maternidade mencionada. A mesma matéria menciona que outras maternidades, como a Pro-Matre, Albert Einstein, Maternidade São Luiz e Sântitas, além de precificar os 'pacotes de serviços', de acordo com as escalas de conforto e serviços, cobravam preços diferentes para partos normais e cesarianas. A tratar da Maternidade São Luiz relata que seu 'plano-maternidade': "também é de pré-pagamento, dividido em 4 parcelas de Cr\$ 162 mil para partos normais, ou Cr\$ 213 mil para cesarianas, sem o pagamento

de honorários médicos”. Pode-se notar que já se praticava preços consideravelmente diferentes entre os serviços para parto natural e cesarianas.

Figura 17 -Luiza Brunet como protagonista da Golden Cross

Gravidez de Luiza Brunet é usada em campanha pela Golden Cross



Free-Lance para o Falta

A gravidez da modelo Luiza Brunet começa, este mês, a ser veiculada em uma campanha institucional da Golden Cross Assistência Internacional de Saúde. A campanha publicitária, que está sob a responsabilidade da Premium Propaganda, será dividida em duas etapas: a primeira enfatizará a fase pré-parto e a segunda, veiculará a imagem de Luiza Brunet a Yaxxon (nome escolhido pelo casal Armando Fernandez e Luiza).

Segundo o superintendente de marketing da empresa, Sérgio César de Azevedo, a campanha custará Cr\$ 60 milhões por mês e inclui dois filmes, propaganda em jornais, rádio e outdoor (em São Paulo serão fixados 200 cartazes, já nas outras cidades do país ainda não definida a quantidade de outdoors). O cachê da modelo é um sigilo absoluto, mas segundo seu marido e empresário, Armando Fernandez, é o maior contrato de Luiza. “Já só para comprar uma cobertura em Ipanema”, comentou a garota-propaganda da Golden Cross.

O fato de Luiza Brunet emprestar sua imagem à Golden Cross, diz Azevedo, não significa que a empresa esteja esperando um retorno de venda em relação a seus planos de saúde. Hoje, cerca de 45% dos atendimentos são de eventos na área de obstetrícia; deste total, 65% são de pedidos de cesariana e o restante de partos normais.

É para investir neste projeto, completou Azevedo, não foi preciso aumentar a verba que, anualmente, é destinada ao departamento de marketing: do faturamento total da empresa, cerca de 4% é aplicado em propaganda. Para este ano, concluiu ele, a Golden Cross espera registrar um crescimento de 2% sobre o faturamento de Cr\$ 1,2 bilhões.

Luiza só aceitou fazer esta campanha porque sua imagem não é vinculada à venda de nenhum produto específico. E para a Golden Cross o contrato veio à calhar. Primeiro, porque o bebê de Brunet vai nascer em maio (o tradicional mês das mães); e segundo, porque a modelo é reconhecida pelo plano Vig. Royal (o melhor plano da empresa que dá direito à escolha do médico e do hospital tanto no país como no exterior).

Brunet empresária

No final de junho chega aos principais lojas do país o perfume Luiza Kite e o primeiro lançamento que a empresária Luiza Brunet fará este ano para dar início aos novos investimentos da modelo. Além do perfume, já estão previstos outros produtos para sua grife: linha de cosméticos e vestuário.

Todos esses lançamentos, segundo a empresária, serão feitos em forma de “franquia” no caso do perfume. > *Exclusiva foi assinada com uma empresa de Curitiba (PR) chamada Pharma Antiga. Seus produtos pretendem atingir o público feminino com mais de 25 anos (LM).*

A modelo Luiza Brunet, grávida de oito meses, começa a campanha este mês

Fonte: FSP 13/04/1988 p. d2.

Nesse processo de mercantilização da atenção ao parto, os planos de saúde usam pessoas famosas para atrair novos clientes. Uma campanha da Golden Cross de 1988 utiliza a imagem da modelo Luiza Brunet, grávida de oito meses, como protagonista da campanha de venda dos seus planos de saúde (Figura 17).

O tema era central na formação médica no país. Neste sentido, uma entrevista publicada pela FSP em 17 de fevereiro de 1983, apresenta o pensamento de Jorge de Rezende, conhecido como o ‘pai da cesariana no Brasil’, que se posiciona da seguinte forma:

- **Professor, cesariana ou parto normal?** [R:] A pergunta como está formulada, terá objetivos que me escapam. Suponho se deseja saber minha opinião sobre a operação sistemática eletiva, **contraposta aos modismos do chamado parto “natural”, de cócoras, entrega a sua sorte. A Obstetrícia levou milênios para libertar-se do empirismo, da magia, do feiticismo, e hoje não dispensa requintada tecnologia, geminada assistência moderna do parto, sedado, monitorado, abreviado, propiciando segurança integral à**

gestante e a seu conceito. A cesárea, malgrado índices sempre ascendentes, talvez exagerados, em algumas clínicas, espelha a evolução da tocologia, a cristalização de uma **técnica inexcedível** em seus resultados e nos propósitos de proteger integralmente mãe e feto, sou cesareanista. [grifos meus] (FSP, 17/02/1983, p.2)

A citação acima e um discurso do professor Jorge de Rezende cátedra da UFRJ considerado ‘pai da cesariana no Brasil’ detêm uma enorme influência no campo da obstetrícia e na formação de novos médicos. Seu livro sobre obstetrícia foi uma das principais fontes da obstetrícia brasileira, e o livro de seu filho, Jorge de Resende Filho, é uma das principais fontes técnicas e científicas para a obstetrícia.

Na mesma época, ganhava corpo o movimento de humanização do parto, como uma alternativa ao modelo cesarista vigente. Propunha-se humanizar o parto, fazendo-o em domicílio, utilizando a posição de cócoras, etc. Tratava-se de uma luta contra a medicalização do parto e as cesarianas, mas sem crítica à questão da mercantilização do parto. Tal movimento surge como um contra movimento social, na linha do princípio da autodefesa da sociedade, tratado por Polanyi (2012b), a Figura 18, a seguir, revela algumas matérias publicados na época sobre essa temática.

Figura 18 - Promoção do Parto Natural



Fonte: O GLOBO 1- 06/10/82, p. 10; 2- 04/11/84, p.7; 3- 23/11/80, p.14.

Como podemos notar na Figura 18, matérias nos jornais incentivavam outras formas alternativas ao parto medicalizado e às artificiais cesarianas, como o parto de cócoras:

O parto de cócoras é duas vezes mais rápido que o normal e, assim, diminui pela metade as dores da mãe, aumenta a oxigenação do feto que provoca menos sofrimento ao bebê [grifos meus]. A comprovação das vantagens desse tipo de parto está sendo realizado pelo departamento Ginecologia da Unicamp. (O GLOBO 23/11/80), p. 14)

Como se pode ver, a promoção de modelos alternativos ao parto medicalizado também era feita com argumentos ‘científicos’, que poderiam caber perfeitamente numa lógica de mercantilização do parto natural – “duas vezes mais rápido”, “diminui pela metade as dores da mãe” e “provoca menos sofrimento ao bebê”. Este tema ocupava cada vez mais espaço na imprensa nos anos 1980. Uma carta de uma leitora publicada em O Globo demonstra a visão da mesma, como consumidora de produtos médicos, ao opinar sobre as altas taxas de cesariana:

Assisti ao programa “A palavra é sua” do dia 24 de abril, onde estavam tratando do tema “aumento desordenado número de parto cesárea”.

Falando o senhor José Noronha, Secretário Estadual de Saúde, disse que **“a remuneração do parto cesárea foi equiparada ao parto normal para corrigir distorção”**.

Perguntado ao pediatra Nicola Albano a causa da maior residência de cirurgia em mulheres de classes mais abastadas, ele respondeu, aparentemente convicto, que há “preferência, por parte dos próprios parturientes, por medo do parto normal”.

Revoltada que sou com a frieza da maioria dos médicos com os sentimentos de uma parturiente, quero esclarecer, ao senhor José Noronha, **que a questão não é a remuneração apenas; é principalmente por uma questão de rotina de trabalho. O médico programa os dias e os horários em que operará suas pacientes, evitando o incômodo de partos à noite ou em fim de semana, ou até mesmo prejudicando o horário de atendimento em seu consultório** [grifos meus].

E ao Doutor Nicolau Abano, quero informar, porque já passei por essas amarga experiência, que as parturientes se deixam operar não por escolha própria, mas porque os obstetras dizem sempre que o feto está correndo riscos. **Qual mulher [...] teria coragem de contrariar opinião do médico? Poucas mulheres aceitariam se expor aos riscos de uma cirurgia desnecessária apenas por medo do parto normal** [grifos meus]. **Ana Maria Xavier da Silva Fernandes** [grifos no original]. (O GLOBO, 10/05/1988 p.4)

A leitora deixa claro a situação desvantajosa e subordinada das mulheres em relação ao poder técnico dos médicos – “Qual mulher [...] teria coragem de contrariar opinião do médico”? Nesta seção dos jornais, é possível conhecer as opiniões do público sobre as cesarianas. Outra opinião importante de leitor foi publicada em 29 de dezembro de 1989:

[...] Por trás desse **recorde maldito** está retratada a situação geral do país: desrespeito ao ser humano; abandono do setor saúde; falta de organização leis que protejam cidadão; a ganância em detrimento do próprio ser humano. **A cesariana deveria ser executada exclusivamente por real e honesta indicação clínica ou, quando muito, por expressa desejo da pessoa que a sofreria, depois, é claro, de esclarecidas suas consequências.** Hoje, principalmente nas organizações privadas ou particulares, as gestantes já são induzidas a ter o primeiro filho por cesariana e, a partir daí, fica valendo o jargão: “uma vez cesariana, sempre cesariana”.

Puro interesse, Interesses escusos. Claro que é muito mais cômodo para obstetra marcar com antecedência cirurgia e conciliar seus outros horários e empregos. E se, infelizmente, a hora do parto chegar antes da hora marcada, tem que ser

cesariana. Caso contrário, como ficaram os honorários da equipe convocada, do anestesista etc, Incrível! [grifos meus].

A maneira mais óbvia para o parto é o normal, sem dúvida. Será que os próprios obstetras já pararam para pensar, analisar e constatar, estatisticamente, as consequências e complicações pós cesariana? As infecções hospitalares ou não, as complicações, as privações de aleitamento e a consequente déficit de fortalecimento e resistência a doenças dos serezinhos privados de direito pelo extremo sofrimento das mães e sua recuperação?

O assunto é sério, é uma questão política, de polícia em humana. Regulamenta isso, pelo amor de Deus, caso contrário teremos muitos casais querendo ter mais filhos sem poder. (...) **Luiz Gonzaga Telles** [grifos no original]. (O GLOBO, 03/12/89, p. 4)

Os comentários desse leitor, assim como os anteriores de Ana Maria Xavier Mendonça, revelam um sentimento de indignação em relação a supostos “interesses escusos” por trás das cesarianas. Tais comentários revelam indignação com uma possível indução do procedimento pelo setor privado de saúde, assim como por parte dos médicos. A leitora Ana Maria Xavier da Silva Fernandes, (O GLOBO 10/05/1988 p.4) ainda sugere que as mulheres estariam sofrendo um abuso por parte desses profissionais, pela impossibilidade de as mesmas contrariarem sua posição técnica. Ao final dos anos 80, já estava desenvolvido o complexo processo de mercantilização ao qual Polanyi chama a atenção:

No sentido institucional do mercado, o termo mercado não é necessariamente um mecanismo simples oferta-procura-preço, mas de uma convergência de fenômenos que originaram esse mecanismo, tais convergências definem os elementos do mercado. (POLANYI, 2012a, p.185)

Dentre esses fenômenos complexos, aludidos por Polanyi, de formação do mercado da cesariana já existentes na época, podemos relacionar: a construção de um discurso dominante, com base técnico-científica em benefício do procedimento/mercadoria; a precificação de distintos ‘pacotes de serviços’ de comodidades; a distinção entre partos naturais e cesarianas nesses pacotes; o recurso ao medo da dor e de outros argumentos supostamente científicos proferidos por médicos para a promoção do procedimento; assim como a utilização da imagem de mulheres famosas grávidas na publicidade de planos de saúde. Esses últimos elementos, também lembram a argumentação de Edward Bernays (2004) sobre a utilização da propaganda.

4.1.4 A cesariana pós SUS o debate na imprensa

O final da década de 1980 foi marcado por grandes transformações políticas no país e em seu sistema de saúde. A promulgação da Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em 05 de outubro de 1988, trouxe importantes elementos para a redemocratização do país, além do direito à saúde e a definição das diretrizes do SUS (BRASIL, 1988, arts. 196 a 198). O Globo, diante da “renovada esperança dos brasileiros”, publica uma reportagem curiosa sobre o primeiro bebê nascido após a promulgação da nova Constituição, dando ênfase à esperança por um país melhor.

Figura 19 - Primeiro bebê pós Constituição



Fonte: O GLOBO, 06/10/1988 p.9

Em 15 de março de 1990, quando Fernando Collor de Mello tomou posse como presidente da República, a política neoliberal é introduzida com toda força no país, aumentando o clima pró-mercado (SALLUM JR., 2015, p.81). Como vimos, com base nos argumentos de Isabela Soares Santos (2008), o sistema de saúde brasileiro é um sistema duplicado, que assegura que mesmo os consumidores de seguros privados de saúde continuem com acesso ao sistema público. Em relação à atenção ao parto,

a consideração deste sistema duplicado de saúde brasileiro é extremamente importante, pois encontraremos características preocupantes em relação às taxas de cesarianas no sistema público e no sistema privado de saúde.

Nesse período, o processo de mercantilização da cesariana já estava completo com suas principais características estabelecidas. A consolidação de um sistema duplicado de saúde (SANTOS, 2008) apenas facilitou as ações de promoção dessa mercadoria, elevando ainda mais os já altos índices de cesariana prevalentes. O debate travado sobre o assunto nos anos 1980, relatado anteriormente, passou a incorporar, além da grande imprensa escrita, outros veículos de comunicação de massa e mais tarde a internet e as redes sociais, todos servindo de importantes ferramentas de mobilização da opinião pública a respeito da atenção ao parto, pelos diversos atores interessados na mesma.

Pode-se dizer que os governos Itamar Franco (1993-1994), Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) e mesmo os de Lula (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016) foram marcados pela continuação da agenda neoliberal iniciada por Collor de Mello (SALLUM JR. 2008 e 2010; e GONÇALVES, 2013). Não cabe no escopo deste trabalho analisar a agenda neoliberal sobre o setor, mas parte dela envolveu a criação de regras de regulação sobre o mercado, inclusive sobre o mercado de saúde. Em relação ao setor privado de saúde, uma importante mudança veio próximo ao final do governo Cardoso, quando foram promulgadas as Leis nº. 9.656, de 3 de junho de 1998 – que passou a regular pela primeira vez os planos e seguros de saúde – e a nº. 9.961, de 29/01/2000 – que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) encarregada da regulação das operadoras daqueles planos e seguros. A Agência terá um importante papel na discussão sobre a atenção ao parto no setor privado.

A primeira ação tomada pela ANS em relação às cesarianas ocorreu em 2004, consistindo na elaboração de materiais educativos para a promoção do parto natural e o desestímulo à cesariana. Tal ação não obteve, entretanto, repercussão na mídia brasileira, não tendo-se encontrado matérias sobre o assunto nos jornais pesquisados. Outras ações tomadas a partir de 2007 e mencionadas adiante obtiveram espaço na mídia. Uma ação significativa para a atenção ao parto no setor público foi adotada pelo MS em 2005, que incluiu um acompanhante escolhido pela mulher, juntamente com um pacote de medidas que visavam reduzir a mortalidade materna e infantil no país. Tal medida estabelecia que:

Toda mulher grávida tem direito a um acompanhante ao seu lado antes, durante e após o parto na rede o Sistema Único de Saúde.

[...] A nova lei, aprovada em março pelo congresso, foi sancionada ontem pelo presidente em exercício, José de Alencar, como parte das comemorações pelo Dia Mundial de Saúde [...]

As medidas fazem parte do pacote destinada **a reduzir a mortalidade materna infantil do país**. A lei do parto acompanhado já existe em Santa Catarina, onde mulheres grávidas já têm garantidas o direito de serem assistidas por um acompanhante, mesmo que estejam sendo atendidas na rede pública [...]

[...] A medida garante o ministério, traz até economia aos cofres públicos, uma vez que diminui o tempo de internação da paciente que fez o parto normal, **reduzindo assim o número de cesarianas, que custa mais caro** [grifos meus]. (O GLOBO, 08/04/05)

Em 2007, a Agência criou um “plano de qualificação” que classificaria as operadoras de saúde de acordo com a proporção de cesarianas, qualificando em melhor posição aquelas que realizassem menor proporção deste procedimento. Em 2007, A ANS lançou, ainda o “Movimento em Favor do Parto” definido da seguinte maneira:

[...] Para melhorar a qualidade de assistência ao parto e propor a abordagem mais adequada para a redução do índice de cesarianas na saúde suplementar, **será necessária uma abordagem múltipla que dê conta da complexidade do problema. Um dos principais desafios será a desconstrução da concepção cultural de que o uso da tecnologia significa, necessariamente, qualidade assistencial** [grifos meus].

A comissão foi formada a partir das discussões sobre o movimento em favor do parto normal, lançado em 2007 pela ANS para combater o índice considerado preocupante (80%) de partos cesáreos entre as beneficiárias de planos de saúde, percentual muito superior aos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). (ANS, 21/07/07)

No ano seguinte, a ANS lançou a campanha “Parto Normal está no meu Plano” e incluiu no rol de procedimentos exigido das operadoras a “cobertura da presença do acompanhante”, seguindo a decisão anterior do Ministério em relação ao SUS. Como decorrência do “Movimento em Favor do Parto”, a Agência criou a “Comissão de Parto Normal”, integrada por representantes da própria ANS e do CFM (ANS, 2008), afim de propor uma melhor qualidade à atenção ao parto no Brasil. A mais importante medida da Agência em relação às cesarianas ocorreu em 2015, a Resolução Normativa nº. 368/2015 (RN nº. 368/2015), que “Dispõe sobre o direito de acesso à

informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar” (ANS,2015). Tal Resolução buscava enfrentar problemas decorrentes da mercantilização das cesarianas que vinham sendo objeto de reclamação por parte dos consumidores. Um exemplo dessas reclamações pode ser visto na Figura 18, a seguir, que trata da dificuldade de se achar um médico para realização de parto normal.

Figura 20 - Leitor não consegue médico para realizar um parto normal

Cesarianas

► Que país é este, onde as mulheres não podem ter filhos naturalmente? Minha filha está no último mês de gestação e não conseguimos, até a presente data, um médico que faça o parto normal. Tenho cópias de e-mails e protocolos de telefonemas. No site da Cassi, a lista de ginecologia e obstetrícia é um exemplo de propaganda enganosa. Basta perder alguns minutos ao telefone para descobrir que, na sua quase totalidade, os médicos só atendem como ginecologistas. E os raros que praticam a obstetrícia só admitem fazer a cesariana.

PAULO CESAR SIMÕES TEIXEIRA
NITERÓI, RJ

► Casado por três vezes e pai de cinco filhos, todos nascidos através de inúteis e custosas cesarianas, sempre suspeitei da “chantagem” do medo provocada pelos três obstetras, quando afirmaram às futuras mães que suas gestações haviam passado do prazo natural e que seria oportuno se submeterem a cesarianas. As minhas convictas contas apontavam oito meses de gestação, mas como santo de casa não faz milagres foram convencidas à tal intervenção. A cesariana, mais do que emergência, é modernamente providencial à comodidade médica.

CARLO MOSSY
RIO

► Por conta de um número maior de cesarianas realizadas por mim em relação ao número de partos via baixa poderei ser desqualificado como obstetra? A quem interessa esta atitude do Ministério da Saúde em relação aos médicos? A quem interessa o surgimento de novas faculdades de Medicina, se algumas das atuantes já deveriam ter sido fechadas? A cesariana é uma evolução da obstetrícia. A indicação antes da maturidade fetal não tem causa administrativa, mas da má formação na prática obstétrica. É um ato médico, não permitindo a intromissão de oportunistas!

RENATO DE SOUZA BRAVO
NITERÓI, RJ

Fonte: O GLOBO, 08/01/15, p. 15

Essa medida reguladora por parte da ANS foi contestada tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos cidadãos que defendem a cesariana como um direito de escolha. A Figura 19, a seguir, apresenta matérias publicadas em O Globo sobre a medida e a situação das cesarianas no Brasil.

Figura 21 - Notícia em O Globo sobre a RN 368 da ANS

Cesáreas deverão ser justificadas clinicamente

Procedimento não será autorizado sem explicação médica; hospitais têm seis meses para se adequar a novas normas

Assim se trata a nova regra da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre cesáreas.

A partir de 1º de agosto de 2015, a ANS exigirá que os hospitais justifiquem cada cesárea com uma explicação clínica detalhada. O objetivo é reduzir o número de cesáreas desnecessárias, que hoje representa cerca de 30% do total de partos. A medida é parte de um pacote de reformas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A mudança é a primeira de uma série de medidas que visam a reduzir o custo das operações, mas também a melhorar a qualidade dos serviços. Os planos poderão oferecer, a partir de agosto, apenas cesáreas sem justificativa médica. Em agosto de 2015, a ANS exigirá que os hospitais justifiquem cada cesárea com uma explicação clínica detalhada. O objetivo é reduzir o número de cesáreas desnecessárias, que hoje representa cerca de 30% do total de partos. A medida é parte de um pacote de reformas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A mudança é a primeira de uma série de medidas que visam a reduzir o custo das operações, mas também a melhorar a qualidade dos serviços. Os planos poderão oferecer, a partir de agosto, apenas cesáreas sem justificativa médica.

— A cesárea não é indicada e a gestante não tem nenhuma condição de risco — afirmou o diretor de operações da ANS, Roberto de Sá. Segundo ele, a medida é necessária para evitar o aumento do número de cesáreas desnecessárias, que hoje representa cerca de 30% do total de partos. A medida é parte de um pacote de reformas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A mudança é a primeira de uma série de medidas que visam a reduzir o custo das operações, mas também a melhorar a qualidade dos serviços. Os planos poderão oferecer, a partir de agosto, apenas cesáreas sem justificativa médica.

OBJETIVO É REDUZIR MUITO MAIS Para o diretor de Gestão Operacional da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Roberto de Sá, o objetivo é reduzir o número de cesáreas desnecessárias, que hoje representa cerca de 30% do total de partos. A medida é parte de um pacote de reformas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A mudança é a primeira de uma série de medidas que visam a reduzir o custo das operações, mas também a melhorar a qualidade dos serviços. Os planos poderão oferecer, a partir de agosto, apenas cesáreas sem justificativa médica.

— Ela é indicada, por exemplo, em gestantes HIV positivas, com herpes genital, ou quando há infecção de base de gestação, ou ainda em casos de diabetes, hipertensão, ou doenças cardíacas. Ela é indicada em casos de diabetes, hipertensão, ou doenças cardíacas. Ela é indicada em casos de diabetes, hipertensão, ou doenças cardíacas. Ela é indicada em casos de diabetes, hipertensão, ou doenças cardíacas.

— Ela é indicada, por exemplo, em gestantes HIV positivas, com herpes genital, ou quando há infecção de base de gestação, ou ainda em casos de diabetes, hipertensão, ou doenças cardíacas. Ela é indicada em casos de diabetes, hipertensão, ou doenças cardíacas. Ela é indicada em casos de diabetes, hipertensão, ou doenças cardíacas.

— Ela é indicada, por exemplo, em gestantes HIV positivas, com herpes genital, ou quando há infecção de base de gestação, ou ainda em casos de diabetes, hipertensão, ou doenças cardíacas. Ela é indicada em casos de diabetes, hipertensão, ou doenças cardíacas. Ela é indicada em casos de diabetes, hipertensão, ou doenças cardíacas.

Em busca de menos partos cirúrgicos

Em sete meses, projeto reduz de 80% para 72% o número de cesáreas em hospitais voluntários

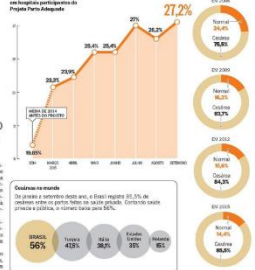
Desaceleração da epidemia



— Como a maioria dos hospitais voluntários não tem equipamentos para cesáreas, a ANS decidiu que os hospitais que não tinham esse equipamento não poderiam oferecer o serviço. Isso ajudou a reduzir o número de cesáreas em 72% em sete meses.

CONQUISTA POR ETAPAS

RESULTADOS PARCIAIS REVELAM SUCESSO DO PROGRAMA



— A meta é reduzir o número de cesáreas em 80% em sete meses. O programa já conseguiu reduzir em 72% o número de cesáreas em hospitais voluntários. O sucesso do programa é devido à implementação de medidas como a exigência de justificativa médica para cesáreas e a redução do número de hospitais voluntários que oferecem o serviço.

A RN nº. 368/2015 da ANS logo passou a ser questionada, tanto pelos médicos obstetras, quanto pelas pacientes que queriam ter seu parto por uma cesariana. Como resultado desses questionamentos, a ANS fez uma mudança na medida, noticiada por O Globo como “A batalha do parto” em 07 de julho de 2015, que dava voz aos obstetras e usuários defensores das cesarianas:

É um contrassenso você querer mudar essa conduta da noite para o dia com uma regulamentação. Você precisa de todo o trabalho de desconstrução do modelo atual de assistência obstétrica, para substituir esse modelo que prioriza a cesariana ao parto normal – vale mais da informação.

Ao lado dos obstetras estão muitas gestantes - Não levando a bandeira a favor da cesárea nem do parto normal. Minha bandeira é a liberdade de escolha, [grifos meus] diz a contadora carioca Simone Oliveira que tem 32 anos e 6 meses de gestação. Simone chegou a pedir a um hospital particular da Zona Oeste do Rio um orçamento para cesárea agendada. Levou um susto: Cobram R\$ 9 mil, muito mais do que eu ganho por mês. (O GLOBO, 07/07/2015 p.22)

Tais reações e o recuo da ANS, mostram as dificuldades de reversão do processo de mercantilização, quando este já se encontra consolidado. Polanyi (2012b) mencionava a existência do duplo movimento entre os princípios do liberalismo do mercado e o de autodefesa da sociedade, como vimos anteriormente. Pode-se

Fonte: O GLOBO, 07/01/15, p. 27

interpretar a tentativa da ANS como uma iniciativa ligada ao segundo princípio, provavelmente motivada por reclamações do público favorável ao parto normal, e o recuo como um resultado da reação dos interesses ligados ao liberalismo de mercado. Pode-se especular, entretanto, que as operadoras de planos e seguros de saúde estejam entrando no processo de disputa em relação às cesarianas, com o objetivo de reduzir os seus custos, uma vez que esses procedimentos são mais caros que os partos normais. Pode-se prever, neste sentido, uma forte disputa entre os dois lados no futuro, uma vez que o princípio do liberalismo de mercado está dividido atualmente entre uma parte favorável às cesarianas – médicos, donos de hospitais e fornecedores de insumos de todo o tipo – e outro das operadoras, que pretendem reduzir seu custo. As operadoras podem estar se somando ao movimento pelo parto natural não em função de ideologia, mas de lucratividade. É conveniente lembrar, entretanto, que o processo de humanização do parto, poderá, entretanto, ser mercantilizado, sendo cada vez mais acompanhado de uma inserção novos produtos. A Figura 18, a seguir, mostra matéria que trata de documentário crítico às cesarianas, chamado “o Renascimento do Parto” que estreou nos cinemas de todo o país em 2013. Este documentário teve uma grande repercussão a nível nacional, contendo depoimentos de vários profissionais de diversas atores da atenção ao parto assim como parturientes, que criticavam as altas taxas de cesariana no país.

Figura 22 - O Renascimento do Parto (2013)



Cena do documentário "O Renascimento do Parto" mostra mulher dando à luz numa banheira

> FOCO

Documentário brasileiro questiona adoção indiscriminada da cesariana

JORANNA NUBLAT
DE BRASÍLIA

Basta que mãe e filho sobrevivam ao parto ou o nascimento deve se transformar em experiência agradável?

Será que a prática excessiva de cesarianas terá impacto negativo na humanidade?

Essas são algumas questões levantadas no documentário "O Renascimento do Parto" (2013, 90 min), que estreia dia 9 em São Paulo, no Rio e em Brasília e, em setembro, integrará o 6º Los Angeles Brazilian Film Festival.

O documentário ouve médicos, obstetras, doulas e o Ministério da Saúde, numa espécie de manifesto em favor do parto humanizado — em casa ou no hospital.

"Muita gente pensa que o filme quer fazer a dicotomia entre cesárea e parto normal. Mas é mais que isso, é mostrar o absurdo do índice de cesáreas e dizer que existe o parto humanizado", diz Érica de Paula, acupunturista, doula e responsável pela produção e pelo roteiro do filme.

No filme — dirigido por Eduardo Chauvet, marido de

Érica —, são apresentados malefícios das cesarianas marcadas por conveniência, como o risco da prematuridade, e as intervenções realizadas nos hospitais.

Talvez a cena mais forte seja a que mostra uma episiotomia — corte na região entre a vagina e o ânus da mulher em trabalho de parto.

Por outro lado, o documentário destaca o sentimento de estreitamento de laços no parto humanizado.

É quando, segundo o médico francês Michel Odent, os "hormônios do amor" da mãe

passam melhor para o filho.

"A cabeça da mulher moderna atrapalha. Precisamos nos limpar desses contaminantes mentais, essa coisa de 'a mulher moderna não sabe parir'", diz no filme Naoli Vivaner, parteira mexicana.

Um dos depoimentos nesse sentido é o do ator Márcio Garcia e de sua mulher, Andréa Santa Rosa, que escolheram o parto domiciliar para receber o terceiro filho.

Apesar de reconhecer a importância da cesárea em casos de complicações, o filme não traz vozes dissonantes nem cita o famoso caso da australiana defensora do parto domiciliar que morreu ao dar à luz em 2012.

"A gente não 'acha' nada no filme, é tudo baseado em pesquisas", diz o diretor.

Fonte: FSP, 29/07/2013, p.c7

O documentário expõe de uma forma inovadora, até o momento, a lógica de mercado que vem presidindo a atenção ao parto no Brasil. Apresenta diversos argumentos, fundamentados na evolução histórica da atenção ao parto no país, que começou como uma ação natural, que ocorria essencialmente entre as mulheres e no seio familiar, para ir se transformando numa atenção majoritariamente realizada por

homens, no ambiente hospitalar e voltada para a geração de lucros para diversos setores, assunto central do próximo item.

4.2 Síntese do processo da mercantilização da cesariana

Este item pretende sintetizar o processo de mercantilização da cesariana no Brasil. Para este relato, foi preciso destacar os elementos históricos que propiciaram uma transformação da cesariana inicialmente um ato familiar, humano e natural para um produto de mercado altamente lucrativo. Como foi visto no capítulo 1 desta Dissertação, segundo Polanyi o termo mercado não é necessariamente um mecanismo simples de oferta-procura-preço, mas uma convergência de fenômenos complexos que originaram esse mecanismo. Tal processo não foi natural, entretanto, Polanyi (2012b) chama a atenção para a importância do Estado na criação de condições favoráveis ao desenvolvimento do mercado, principalmente através da criação das Leis do Padrão ouro (1821), dos Pobres (1834), e da Propriedade da Terra (1845), que transformaram respectivamente o dinheiro, o ser humano e a terra em mercadoria. Aqui no Brasil, o processo de mercantilização da cesariana dependeu de medidas do Estado que estimularam o setor privado na saúde, como o Código Tributário (1966), que deu isenção no Imposto de Renda para os gastos privados com saúde e o Decreto-Lei 200 (1967) que deu preferência à contratação de serviços privados na saúde pública.

Para Polanyi, a convergência de diversos fenômenos definiu os elementos constitutivos do mercado: “local fisicamente existente, mercadorias disponíveis, grupo ofertante, grupo demandante, legislação, costume e equivalências” (2012b, p. 185). Para caracterizar os elementos históricos que contribuíram para a formação de um mercado da cesariana, esta teve de ser transformada num produto comercializável e um objeto de desejo específico. Iniciarei essa discussão, lembrando que desde a década de 1980, autoridades sanitárias como o então presidente do INAMPS Hesio Cordeiro já denunciava os altos índices de cesariana no país. ‘Mais de três décadas depois, o assunto ainda motivava discursos de ex-ministros da saúde. O ex-ministro José Gomes Temporão, por exemplo, falou pelo menos duas vezes sobre o tema, em 07 de maio de 2007 e 06 de maio de 2008, e disponibilizados pelo site G1/GLOBO.

[...] **Eu imagino que isso aconteça porque é muito mais rápida uma cesariana.** Deve haver também uma questão de formação médica. Se temos uma escola que forma médicos com essa visão, os profissionais vão repetir esse padrão. **Acho que há também uma demanda das mulheres por uma questão de praticidade e conforto** [grifos meus] e uma certa mitificação de que o parto normal pode ser muito doloroso e que o corpo da mulher vai sofrer. É exatamente o contrário" (G1/GLOBO, 07/12/2007 acesso em: 01/11/2016

[...] Tudo isso se resolve num diálogo franco, com educação, com informação tranquilizando essa mãe e mostrando o contrário: **o parto normal tem todas as vantagens possíveis de todos os pontos de vista. Então o profissional médico é fundamental nesse processo** [grifos meus]. (G1/GLOBO, 06/05/2008, acesso em: 01/11/2016)

O terceiro e mais contundente foi proferido pelo então ministro da Saúde Arthur Chioro (fevereiro de 2014 a outubro de 2015) no congresso da ABRASCO 2015, do qual transcrevo trechos um tanto longos abaixo, em função da sua importância.

[...] Nós temos que discutir a fundo o tema da promoção e da vigilância em saúde, não como uma coisa apartada da nossa rede dos nossos compromissos de formação, mas não é possível que em função do perfil epidemiológico, nutricional, do perfil demográfico, dos desafios que nós temos, nós vamos continuar tratando como se fosse coisa a parte dos epidemiologistas, do povo que cuida da vigilância na nossa prefeitura ou no nosso governo estadual, ou no Ministério da Saúde dos temas que envolvem por exemplo: **a epidemia de parto cesariana que esse país vive, é uma vergonha**, eu não consigo como ministro da saúde ouvir calado, um ofício que chegou para mim em setembro do ano passado de um prestador privado de uma região de 2 milhões habitantes comunicando a todos os médicos, todos os médicos, daquela região, que a partir do dia tal, estavam cancelados **todos os procedimentos obstétricos de urgência e que os partos cesariana deveriam ser marcado com 5 dias de antecedência, e seriam realizados de segunda a sexta-feira exclusivamente das 8 às 16:00.** Basta, basta! Isto explicar 84% de taxa de cesariana na rede privada. não dá para admitir um negócio desse, a dez anos atrás já era um absurdo 73% mas continua crescendo e tá crescendo no Sistema Único de Saúde e aí o argumento. "Não, é um modelo de pagamento, é a forma de financiamento, é a tabela da Saúde suplementar, tabela do SUS". Não é, não é. **É porque nós continuamos com esse procedimento centrado no médico e não incluímos a enfermagem no núcleo do cuidado em saúde, é porque nós não tivemos coragem de olhar o Estados Unidos que tem o sistema totalmente privado e que tem uma taxa de cesariana de 29%.** É porque nós achamos que a mulher brasileira não pode ser empoderada e ter o direito de fazer a sua escolha, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos, mas dando a cada mulher o direito de escolher. Hora, o único objetivo do milênio não alcançado foi exatamente a mortalidade materna, porque será, porque será. Três vezes mais a taxa de mortalidade, 120% de prematuridade,

e a gente discutindo cada vez mais UTI Neonatal. Vou dar um outro exemplo: como é que nós do campo da saúde coletiva vamos continuar casacos em relação à violência: à violência contra os negros a violência contra as mulheres a violência contra todas as chamadas minorias [grifos meus]. (TV ABRASCO, 31/07/15)

Podemos perceber que a temática da cesariana e dos seus altos índices no Brasil foi objeto de pronunciamentos das principais autoridades sanitárias do país, com repercussão na mídia. As preocupações e críticas manifestadas pelas autoridades sanitárias mencionadas motivaram diversas ações tomadas pelo antigo INAMPS, pelo Ministério da Saúde e pela ANS, durante o período analisado neste estudo, que visavam claramente desestimular a realização do exagerado número de cesarianas no país. Os números, entretanto, nos mostram que nenhuma delas foi efetiva para a queda dos índices de realização do procedimento no setor privado, tendo obtido sucesso relativo apenas no setor público, no qual se realizam mais partos naturais do que cesarianas, embora o percentual destas ainda seja elevado em relação à orientação da OMS, como foi mostrado anteriormente.

Na narrativa apresentada anteriormente é possível perceber que havia uma forte disputa entre os diferentes atores envolvidos na atenção ao parto no Brasil, numa clara demonstração do duplo movimento mencionado por Polanyi (2012b), ou seja o conflito entre os princípios do liberalismo econômico e a autodefesa da sociedade. Hospitais, planos de saúde, médicos obstetras e fornecedores alinhavam-se do lado do primeiro princípio, embora os últimos não se manifestassem de forma direta. Aparentemente alinhados com o princípio da autodefesa da sociedade, podemos identificar os médicos pediatras, enfermeiros, militantes da humanização do parto, e autoridades sanitárias do antigo INAMPS, Ministério da Saúde e da ANS. Os defensores da cesariana desenvolveram um conjunto de argumentos de propaganda visando a formação de uma opinião pública favorável ao procedimento, na linha do que Lippmann (2008) e Bernays (2004) apregoavam. Já os defensores do parto natural não tenham se colocado, em geral, claramente contra a cesariana como uma mercadoria, dando margem à transformação do parto natural em um outro produto de mercado. O documentário mencionado ao final do item anterior constitui quase que uma exceção entre os argumentos dos defensores do parto natural.

O discurso de Arthur Chioro, mencionado anteriormente, revela um dos maiores problemas da atenção ao parto no Brasil, que é o fato desta ser majoritariamente

realizada pelos médicos, tanto no que diz respeito ao parto natural, como à cesariana. Isto contribui decisivamente para o abandono da via de parto que oferece uma menor lucratividade e relativa 'desorganização do serviço', uma vez que não se pode estabelecer horários fixos para a realização do mesmo. Como se viu anteriormente, Paul Starr (1991), mostra que a formação da profissão médica no país central do sistema capitalista, os Estados Unidos da América, se deu em íntima conexão com o mercado e a favor do desenvolvimento deste. Para tanto, era fundamental que se consolidasse a hegemonia da profissão médica entre as demais profissões de saúde, de forma a concentrar o processo de prescrições e a decisão sobre os procedimentos de cura neste profissional, facilitando a influência dos fornecedores de bens e serviços sobre o sistema de saúde. O parto que não é uma doença, passou a ser tratado como tal, para que pudesse ser transformado de forma conveniente numa mercadoria. Este processo afastou o parto tanto do âmbito doméstico e feminino, quando das outras profissões de saúde, como a enfermagem. Chioro chamou a atenção para o fato de que nos EUA, os índices de cesariana giram em torno 29%, o que revela que o processo de mercantilização desse procedimento foi mais intenso no nosso país, devido à hegemonia da medicina na atenção ao parto.

Voltando ao desenvolvimento dos elementos de mercado elencados por Polanyi, o primeiro deles é o "local fisicamente existente". A atenção ao parto no Brasil passou a ser feita principalmente, ou de forma quase exclusiva, nos hospitais, como vimos. A transformação desta instituição hospitalar em uma organização técnica controlada pelos médicos, estudada tanto por Foucault (2015), quanto por Paul Starr (1991) que chamou a atenção para o processo de aceitação desta como uma instituição moralmente aceitável, quanto por Freidson (2009) que chama a atenção para o fato dos hospitais virem se transformando crescentemente em entidades com fins lucrativos, nas quais a entrada e permanência dos pacientes é controlada pelos médicos.

O modelo hospitalocêntrico foi adotado pela medicina brasileira, sob o argumento de que se estaria, desta forma, assegurando mais segurança na atenção ao parto. Segundo relatos dos próprios médicos, o hospital e o local mais seguro para se ter um filho. Contra as duas outras possibilidades de locais para a realização do

parto – as casas de parto e os domicílios – a corporação médica continua esgrimindo argumentos de suposta maior segurança dos hospitais:

Após tentar impedir sem êxito, a inauguração da casa de parto parente a única existente no estado, o Cremerj enviou a primeira vara da Infância e da Juventude um pedido de providências para que a prefeitura mantenha médicos na unidade sob alegação de falta desses profissionais pode causar a morte das Mães e crianças em casas de parto de risco. (O GLOBO, 16/05/2004, p.24)

“Estudos científicos importantes comprovam que partos realizados em ambiente hospitalar tem menor risco de gerar complicações, o que representa menores taxas de mortalidade e de morbidade para mães, fetos e recém-nascidos”, ressalta o CFM em sua recomendação. A entidade chama atenção também para a evolução do conhecimento, da tecnologia e da atitude assistencial, que propiciam melhores condições para a correção de eventuais complicações. (CFM, acesso em: 10 ago.de 2012)

Desde a metade do século passado, no Brasil, o parto passou a ser realizado em ambiente hospitalar, sejam elas, maternidades ou hospitais gerais, deixando outras opções como as casas de parto, e o parto domiciliar, com uma porcentagem inexpressiva dos nascimentos. Os números da Tabela 8, a seguir, mostram a predominância do parto hospitalar no Brasil, o que passou a constituir um grande mercado de procedimentos e consumo de serviços e bens de saúde, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, embora principalmente neste último. A forma de pagamento que prevalece no setor privado brasileiro contribui para o fortalecimento da mercantilização crescente do parto.

Tabela 8 - Nascidos Vivos, números relativos e absolutos, por local de nascimento

Ano do nascimento	Hospital		Outros Estabelecimentos de Saúde		Domicílio		Aldeia indígena		Outro		Ignorado		Total	
1994	2.066.966	80,40%	58.931	2,30%	30.059	1,20%	-	-	2.432	0,10%	413.183	16,10%	2.571.571	100%
1995	2.042.261	72,30%	54.064	1,90%	27.743	1,00%	-	-	1.502	0,10%	699.159	24,80%	2.824.729	100%
1996	2.234.968	75,90%	46.240	1,60%	26.872	0,90%	-	-	1.201	0,00%	636.144	21,60%	2.945.425	100%
1997	2.921.447	96,50%	61.861	2,00%	31.915	1,10%	-	-	1.859	0,10%	9.576	0,30%	3.026.658	100%
1998	3.033.363	96,40%	71.255	2,30%	35.465	1,10%	-	-	2.254	0,10%	5.700	0,20%	3.148.037	100%
1999	3.149.412	96,70%	60.319	1,90%	39.638	1,20%	-	-	2.915	0,10%	4.149	0,10%	3.256.433	100%
2000	3.095.252	96,50%	65.509	2,00%	41.145	1,30%	-	-	3.038	0,10%	1.817	0,10%	3.206.761	100%
2001	3.000.741	96,30%	61.471	2,00%	48.551	1,60%	-	-	3.584	0,10%	1.127	0,00%	3.115.474	100%
2002	2.957.873	96,70%	54.147	1,80%	44.378	1,50%	-	-	2.388	0,10%	616	0,00%	3.059.402	100%
2003	2.934.396	96,60%	55.953	1,80%	45.010	1,50%	-	-	2.482	0,10%	410	0,00%	3.038.251	100%
2004	2.928.155	96,70%	54.792	1,80%	40.707	1,30%	-	-	2.661	0,10%	233	0,00%	3.026.548	100%
2005	2.945.989	97,10%	46.391	1,50%	39.410	1,30%	-	-	3.058	0,10%	248	0,00%	3.035.096	100%
2006	2.863.823	97,20%	41.223	1,40%	37.000	1,30%	-	-	2.353	0,10%	529	0,00%	2.944.928	100%
2007	2.817.004	97,40%	34.568	1,20%	35.788	1,20%	-	-	3.160	0,10%	808	0,00%	2.891.328	100%
2008	2.865.801	97,60%	33.572	1,10%	32.744	1,10%	-	-	2.460	0,10%	251	0,00%	2.934.828	100%
2009	2.819.648	97,90%	29.163	1,00%	30.086	1,00%	-	-	2.337	0,10%	347	0,00%	2.881.581	100%
2010	2.806.506	98,10%	26.227	0,90%	26.647	0,90%	-	-	2.245	0,10%	243	0,00%	2.861.868	100%
2011	2.857.366	98,10%	26.444	0,90%	25.997	0,90%	-	-	3.194	0,10%	159	0,00%	2.913.160	100%
2012	2.851.526	98,10%	26.364	0,90%	24.235	0,80%	-	-	3.432	0,10%	232	0,00%	2.905.789	100%
2013	2.858.936	98,40%	18.553	0,60%	22.767	0,80%	-	-	3.563	0,10%	208	0,00%	2.904.027	100%
2014	2.932.236	98,40%	19.844	0,70%	21.262	0,70%	940	0,00%	4.792	0,20%	185	0,00%	2.979.259	100%
Total	58.983.669	94,40%	946.891	1,50%	707.419	1,10%	940	0,00%	56.910	0,10%	1.775.324	2,80%	62.471.153	100%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Segundo Mirele Mascarenhas (2004 e 2007), no setor privado de saúde brasileiro, prevalece o sistema de pagamento dos serviços pelas operadoras e clientes aos hospitais na modalidade *Fee for service* – pela qual somam-se as despesas com os diversos elementos envolvidos numa internação para compor a fatura do serviço – ao contrário do que ocorre em diversos países desenvolvidos, que adotaram o modelo de *Diagnoses Related Group* (DRG), em que se cobra pelo custo médio de pacote de procedimentos⁶. Desta forma, pode-se inferir que, uma vez que no custo dos procedimentos a parte relativa aos procedimentos médicos é transferida diretamente para esses profissionais e o coeficiente hospitalar (CH) que custeia as despesas de hotelaria e enfermagem é calculado como uma proporção daqueles procedimentos (MASCARENHAS, 2004 e 2007), a lucratividade está diretamente relacionada à venda indireta de medicamentos e insumos. Desta forma, a preferência pela cesariana no setor privado de saúde brasileiro pode ser relacionada, entre outros fatores, ao fato

⁶ Cabe mencionar que isto não ocorre no sistema público brasileiro desde a época do antigo INAMPS, que criou a tabela AIH, na segunda metade dos anos 1980, baseada no DRG, a qual prevalece até hoje no SUS (MASCARENHAS, 2004 e 2007).

de que esta gera maior consumo de medicamentos e insumos hospitalares, permitindo, um maior lucro para os hospitais do que o parto normal.

Depois da medicalização e da hospitalização do parto, apoiado pelo argumento ideológico de que o hospital é o local mais seguro e indicado para o nascimento, podemos passar para o segundo elemento constitutivo do mercado segundo Polanyi: a disponibilidade da mercadoria (2012a, p. 185). Para discutir este elemento é necessário separar dois tipos de mercadoria disponíveis: a cesariana propriamente dita, como um produto, e as demais mercadorias que foram sendo crescentemente associados à atenção ao parto, como por exemplo, itens conforto hospitalar, vídeos, serviços de buffet, etc. A cesariana como produto envolve, como já foi visto, a comercialização de serviços médicos diretos – obstetras, anestesistas e pediátricos – de enfermagem, serviços hospitalares, além de medicamentos e insumos hospitalares, ou seja já contém em si mesma um conjunto muito mais amplo de mercadorias do que o parto normal tradicional.

Uma vez consolidada a mercadoria cesariana, com todas as demais mercadorias a ela associadas, os hospitais passaram a diversificar seus serviços de hotelaria, passando a oferecer serviços extras, mimos e luxos que permitem aumentar ainda mais seus lucros com as cesarianas. Uma ilustração disso foi o assunto de matéria publicada na FSP em 10/06/1984, que descreve a oferta de acomodações mais confortáveis dentro dos hospitais (ver Figura 23), que mostra o serviço de filmagem do parto – antigamente na forma de vídeo tape – que hoje se tornou tão comum.

Figura 23 - Matéria sobre filmagem do parto

Video tape de parto é moda em Minas

BELO HORIZONTE — Registrar em cores as emoções dos primeiros instantes da vida é iniciativa que acaba de se tornar a grande "espetáculo" do momento na capital mineira, a tal ponto que pelas corredores dos hospitais tem sido comum se deparar com pessoas que, munidas de câmeras e iluminadores, entram apressadas nas salas de cirurgia. E, se antigamente o acesso de pessoal durante cirurgias era considerado inoportuno pelos médicos, hoje as enfermeiras não são dispensadas prontas, onde misturam-se pais, parentes ou até mesmo profissionais especializados em registrar partos. Aos que gostam que se registre o parto, não há problema em recorrer a empresas especializadas em registrar partos. Mas que garantem que os médicos não são afetados e que os resultados finais dos trabalhos.

— Minha emoção foi redobrada no dia do nascimento de Ma-

rina. Eu chorei quando ouvi o primeiro choro de minha filha e quando a vi saindo de dentro de mim no vídeo. Até hoje meus olhos ainda se enchem d'água quando revojo aquele que foi um dos momentos mais bonitos da minha vida. A declaração é da engenheira Patrícia Maria Mafrá Macedo, uma das clientes da Vídeo-nascer, uma empresa mineira especializada em filmar partos. Ela tem registrado o nascimento de Marina, um bebê de três meses, em uma fita de uma hora.

A opção por contratar trabalhos profissionais, segundo Patrícia, surgiu por orientação de seu próprio médico. "Eu conversei com ele que gostaria de fotografar meu parto e ele me informou que a opção atual era a

filmagem, indicando-me três pas-

sees especializadas no ramo", contou a engenheira. A nova moda realmente parece que pegou, pelo menos é o que garante uma das proprietárias da Vídeo-nascer, Miriam Rezende. Ela disse que tem feito até 40 filmagens por mês, sendo que nos três anos de funcionamento da empresa, já registrou mais de 800 nascimentos. Os roteiros incluem, por exemplo, depoimentos dos pais ainda no período da gravidez (onde eles colocam as expectativas da espera pelo bebê), o trabalho do parto, o nascimento, e primeira mamada e a confraternização da criança com os pais, avós, e parentes mais chegados. Cada filme, que requer um trabalho de mais de 30 horas, é vendido, atualmente, por R\$ 3,5 mil.

— Foi assistindo ao filme que eu pude observar os primeiros

movimentos da Marina. Reparei que ela tinha gracinhas bobechas e um lindo burrinho no queixo. Não pude assistir ao meu parto, pois os médicos colocaram um pano na frente do meu rosto, segundo eles, para que eu não me desesperasse ao ver minha barriga presa que eu não me desesperasse ao ver minha barriga sendo cortada. Se não fosse pelo filme, eu não teria visto minha filha nascer, afirmou Patrícia.

Nem só as mães, porém, se emocionam durante o nascimento. Miriam garante que muitas vezes embala o visor da câmera, pois seus olhos se enchem de lágrimas: "já cheguei a engolir muitos soluços. Cada parto que filmo sinto que estou renascendo. É tudo muito bonito", disse ela.



— O registro do parto é feito por empresas que se organizaram especialmente com esta finalidade. O filme é a lembrança guardada pela vida toda.

Fonte: O GLOBO, 08/02/1987, p.42

A venda de imagens sobre um momento tão importante para as famílias evidentemente se presta a criar o desejo e uma demanda crescente pelas mesmas, a qual nos remete à ideia do fetichismo da mercadoria de Marx (2013). Tal uso da imagem de pessoa famosa e os diversos produtos oferecidos que não tem diretamente relação com o parto, mostram a exacerbação do fetichismo da mercadoria parto. A Figura 24 apresenta matéria publicada em O Globo, em 06 de outubro de 2013, que apresenta outros serviços, além das imagens do nascimento, que os hospitais passaram a oferecer, como serviço de buffet, presentes e outros. A publicidade a que a matéria se refere, foi feita para promover a Maternidade Perinatal da Barra da Tijuca, no Rio de Janeiro, que utilizou um jogador famoso à época para anunciar os produtos, o goleiro Felipe do Flamengo, cujo filho nasceu naquele hospital. Tal uso da imagem de pessoa famosa e os diversos produtos oferecidos que não tem diretamente relação com o parto, mostram a exacerbação do fetichismo da mercadoria parto

Figura 24 - Coquetéis nas maternidades



Fonte: O GLOBO, 06/10/2013, p.36

Na mesma linha, um hospital privado de Niterói anuncia seus produtos no site, que ilustra de forma bastante clara esse processo de diversificação do produto parto, ou cesariana. Os serviços oferecidos incluem os seguintes itens: diferentes opções de gravação do procedimento por equipes exclusivas do hospital; o ‘Cine Parto’, uma sala de cinema para os familiares de amigos acompanharem o procedimento ‘ao vivo’; coquetel com doces salgados e champanhe para o brinde; monitor de televisão para a puérpera visualizar seus parentes e amigos no serviço de buffet, ou no ‘Cine Parto’. Tais serviços são oferecidos tanto para partos normais, como cesarianas, porém é de se questionar sua viabilidade em relação aos partos naturais que não têm hora exata para acontecer, é de se supor que tais serviços sejam mais vendáveis no caso das cesarianas. Sua existência constitui um incentivo adicional para que as famílias venham a ‘desejar’ a cesariana como opção principal.

A feiticização da cesariana chegou a ser relacionada a motivos tão banais, como a escolha da data do parto, como mostrado na figura a seguir.

Figura 25 - Cesarianas em datas especiais

1

Médicos descartam "boom" de bebês na virada para 2000

PRÓBABILIDADE de "boom"

O aumento de "baby boom" da virada para o ano 2000 não deve acontecer. Segundo o Ministério da Saúde, a maioria das cesarianas não é planejada e não deve aumentar no fim de ano anterior ao fim de ano. Na Nova Zelândia, por exemplo, espera-se que o número de cesarianas seja menor em 2000.

Segundo a agência de notícias "Reuters", o número de partos cesáreos não deve aumentar no fim de ano anterior ao fim de ano. Na Nova Zelândia, por exemplo, espera-se que o número de cesarianas seja menor em 2000.

Em Sydney, os médicos esperam que a taxa de cesarianas seja menor em 2000.

Na China, a taxa de cesarianas é alta, mas os médicos esperam que ela diminua em 2000.

A expectativa é que a taxa de cesarianas seja menor em 2000 e a maioria dos médicos acredita que não haverá um aumento de partos cesáreos.

Segundo o Ministério da Saúde, a maioria das cesarianas não é planejada e não deve aumentar no fim de ano anterior ao fim de ano. Na Nova Zelândia, por exemplo, espera-se que o número de cesarianas seja menor em 2000.

2

Grávidas correm à maternidade para ter seus filhos hoje, 9/9/09

Segundo médico, mães creem que data redonda tenha 'força energética alta'

RICARDO WETIN
O nascimento de Maria Eduarda está marcado para hoje, 9 de setembro de 2009, às 21h, numa maternidade na região da zona Sul de São Paulo.

Tanto novo - dia, mês, ano e hora - não são coincidência. A data foi escolhida a dedo pela mãe, após analisar os possíveis dias para seu parto cesáreo planejado pelo médico. "É uma data bonita, redonda, fácil de lembrar", explica Maria Eduarda Silva, 38.

Muitas outras grávidas tiveram a mesma ideia. Na maternidade Santa Joana, 22 cesarianas estão marcadas para hoje. Na quarta passada, como comemoração, foram realizadas 11 cesarianas. No hospital Albert Einstein, todos os leitos disponíveis hoje para cesarianas estavam reservados a cesarianas planejadas.

O médico Alberto D'Amico, do hospital Pro Matre, lembra que sempre há corridas às maternidades em "datas azuis". Foi assim em 1 de agosto de 2008. "Dizem que essas datas têm uma força energética alta", ele conta. "Mas não, médicos, não damos importância a isso. Alguns até dão risada. A nossa preocupação é que o bebê nascça fora do tempo normal".

Bebês indígenas a nascer antes do tempo, por parto cirúrgico, podem ter problemas respiratórios - os pulmões não estão plenamente desenvolvidos.

"No Brasil há a ideia equivocada de que é natural escolher a cesariana. Natural é o parto normal. Cesariana não deve ser escolhida da mãe, mas resultado de uma indicação médica", diz Beth Guinberg, da Sociedade Brasileira de Perinatologia.



Inácia Maria, que deseja que sua filha nascça hoje à noite, em uma maternidade de São Paulo

3

Mães antecipam parto para escolher o signo dos filhos

Numerologia e datas cabalísticas motivam nascimentos agendados; médicos falam em risco de prematuridade

Entre os motivos que levam mulheres a fazer cesarianas estão medo da dor; ANS quer diminuir taxa de cirurgias no país

DANIELE BELTRÃO
O aumento de cesarianas em 2009, mais do que em qualquer ano anterior, é explicado pelo medo da dor. Segundo o Ministério da Saúde, a maioria das cesarianas não é planejada e não deve aumentar no fim de ano anterior ao fim de ano. Na Nova Zelândia, por exemplo, espera-se que o número de cesarianas seja menor em 2000.

Em Sydney, os médicos esperam que a taxa de cesarianas seja menor em 2000.

Na China, a taxa de cesarianas é alta, mas os médicos esperam que ela diminua em 2000.

A expectativa é que a taxa de cesarianas seja menor em 2000 e a maioria dos médicos acredita que não haverá um aumento de partos cesáreos.

Segundo o Ministério da Saúde, a maioria das cesarianas não é planejada e não deve aumentar no fim de ano anterior ao fim de ano. Na Nova Zelândia, por exemplo, espera-se que o número de cesarianas seja menor em 2000.

4

Mulheres criam grupos a favor de cesáreas

Comunidades surgem na internet em resposta a série de críticas feitas em redes sociais por ativistas do parto normal

Uma das crenças na rede perinatal, hoje em dia, é a ideia de que a cesariana é o melhor caminho para o parto normal. Ela obriga a elaboração do parâmetro, diz o médico, e o que acontece no parto, por isso o parto deve ser planejado. Sem indicação médica, a cesariana aumenta em 10 vezes a chance de problemas respiratórios para o recém-nascido e eleva o risco de morte da mãe, afirma a ANS.

TERMO
Muitos interpretaram que a nova regra proibida a cesariana eletiva, já que a indicação médica para a cesariana deve constar no prontuário.

A ANS, porém, afirma que a gestante pode optar pela cesariana - desde que não haja indicação médica - e cobrir o plano.

Entre as mulheres que foram indicadas a cesariana eletiva, o risco de problemas respiratórios para o recém-nascido é maior do que no parto normal, segundo o estudo.

Isso se deve, em muitos casos, à falta de condições (como leito ou monitoramento) para um parto normal bem sucedido, afirma Carlos Vidal, presidente do CFM (Conselho Federal de Medicina).

Carla Antunes, 33, optou pela cesariana por coincidência com o aniversário de seu filho. "Defendo o direito da mulher de escolher o parto, tanto que defendo o aborto. Se não suportar a dor ou o estresse, faz-se o aborto", diz.

Em 2011, a ativista Mariana Galvão do "Bastante" fez uma petição ao STF para que o parto normal fosse considerado o único modo de parto. "O parto normal é o único modo de parto que não envolve o uso de medicamentos", afirmou Karine, do "Bastante, contra a Ciga".

Para o presidente do CFM, Ricardo Wetzin, a cesariana não é o melhor caminho para o parto normal. "O parto normal é o único modo de parto que não envolve o uso de medicamentos", afirmou Karine, do "Bastante, contra a Ciga".



Carla Antunes, 33, e sua filha; ela optou pela cesária por achá-la menos traumática

Fonte: FSP, 1- 03/12/1999 2- 09/09/2009 p.c10 3- 13/07/2014 p.c6 4- 08/09/2015 p.10

A terceiro elemento constitutivo do mercado para Polanyi é a existência de grupos demandantes das mercadorias (2012a, p. 185). Como vimos, durante as décadas de 1960 a 1990, houve toda uma produção das condições necessárias para a formação da demanda das cesarianas pelas mulheres e suas famílias. A concentração do poder técnico dos médicos, a hospitalização do parto, a construção de um discurso técnico-científico voltado para convencer as mulheres de uma suposta maior segurança da cesariana, contribuíram para criar uma demanda por esse procedimento em uma faixa importante da população, capaz de pagar pelo mesmo. Pode-se dizer, neste sentido, que a demanda foi socialmente construída, inclusive com o recurso de uma publicidade massiva na mídia, que também utilizou a imagem de pessoas famosas que emprestaram glamour à mercadoria cesariana, ajudando a

torna-la um objeto de desejo na sociedade. Tratou-se de todo um processo de manipulação da opinião pública através de uma hábil apresentação de argumentos supostamente científicos, do uso do medo da dor e da fetichização do procedimento, com elementos de luxo e mimos. Tal construção de uma opinião pública favorável à cesariana foi convenientemente disfarçada através de argumentos hábeis que a colocavam como uma 'opção consciente' das mulheres, como nas matérias, a seguir.

[...] A escolha da via de parto é conjunta, as pacientes participam dela. Muitas pacientes vêm com decisão tomada e, mantêm sua posição em relação a cesariana. **Tomas Rafael Gollop** (FSP, 15/01/2006).

...

[...] Ocorre, contudo, que não só a lógica da saúde pública deve ser levada em consideração. O direito da mulher de tomar decisões sobre sua saúde e sua sexualidade também precisa ser respeitado.

Do ponto de vista da mãe, não é insano que optar pelo procedimento cirúrgico mesmo sem indicação clínica. Embora os riscos sejam maiores, eles não configuram uma roleta russa. A probabilidade de uma grávida morrer numa cesariana é quatro vezes maior do que no parto normal, mas, ainda assim, a taxa fica abaixo de uma morte a cada mil nascimentos.

Os motivos que levam a mulher a preferir a cirurgia – medo de sentir dor, conveniência, desejo de ser atendida pelo médico que fez o pré-natal etc. – podem ser questionados, mas jamais censurados. [...] (FSP, 08/01/2015 p.a2)

Pode-se dizer, que tal processo hábil de construção da opinião pública acabou transformando a opção pela cesariana como o modelo mais aceito culturalmente no Brasil, apesar das evidências de que tal modelo é responsável por maiores índices de mortalidade materna em relação ao parto normal e para os recém-nascidos, como os pediatras constantemente chamam a atenção, como na matéria abaixo:

A prática habitual e indiscriminada de cesarianas concorre também para as nossas altas taxas de morbimortalidade perinatal e baixo peso ao nascer. É necessário que a população seja bem formada dos riscos de uma cesariana, e que os médicos e diretores de hospitais e clínicas assumam suas responsabilidades por tal prática e busquem a solução usada pelo Primeiro Mundo para a imensa maioria dos nascimentos - o parto normal (O GLOBO, 15/08/1991, p.6)

Um dos elementos constitutivos do mercado, segundo Polanyi (2012a) é a existência dos grupos ofertantes, tema abordado extensivamente neste trabalho, representado pelos médicos, donos de hospitais e fabricantes e comerciantes de

medicamentos e insumos médico-hospitalares, além dos ofertantes de serviços de hotelaria cada vez mais diversos e sofisticados, acima mencionados. Não é necessário tratar de forma mais alongada deste elemento. A figura 26, a seguir, ilustra as relações existentes entre dois desses ofertantes: hospitais e obstetras.

Figura 26 - Oferta de emprego a Obstetras com valores maiores para a cesariana em relação ao parto normal



Fonte FSP, 21/09/1996 p.18

Neste caso, o hospital não só convida os obstetras venham realizar seus serviços no hospital, que lhes oferece 'condições especiais' como deixa claro que o pagamento é maior para as cesarianas do que para os partos normais. O elemento constitutivo do mercado seguinte de Polanyi é a existência de uma legislação favorável. Este elemento foi constituído principalmente nos anos 1960, como vimos na narrativa sobre a época. O costume, penúltimo elemento, foi construído através de um longo, persistente e hábil de formação da opinião pública, com base nos instrumentos de manipulação desta elencados por Lippmann (2008) e por Bernays (2004), e ilustrados ao longo da narrativa do item anterior. Tal trabalho resultou na construção de um 'costume' da aceitação da cesariana como o modelo ideal para o nascimento das crianças.

O último elemento constitutivo do mercado para Polanyi, a existência de equivalências pode ser associada ao trabalho longo de valorização financeira maior do procedimento cesariana em relação ao parto normal, já mostradas ao longo da narrativa e reforçadas pelas matérias a seguir:

Quando começou a acompanhar uma amiga ao obstetra. André pejo ouviu o que ele cobraria pelo parto. Caso fosse normal: R\$ 18.000. ao engravidar. Meses depois, mesmo tendo plano de saúde. André e não

teve dúvidas de que queria um parto normal, mas sem pagar tanto ponta advogada Genilma Sales, grávida pela primeira vez aos 40, ouviu por médicos de seu plano que seu parto normal seria muito difícil. para as duas a opção foi a mesma, buscar a rede pública. (O GLOBO, 28/12/2014 p.22)

...

[...] cesarianas quase triplicam no Rio” (28/12), o presidente da Sociedade Ginecologia Obstetrícia do Rio de Janeiro, Marcelo Burlá, disse considerar “aviltante, um médico receber de R\$400 a R\$800 dos planos de saúde para assistir a um parto que pode durar 12 h. Ele ainda afirma que, “com médico particular não há dificuldade”. Ou seja: trouxe à luz um criminoso comportamento de uma categoria que, quando bem paga, trabalha eticamente como prometeu no juramento de Hipócrates, sem fazer cesariana, desnecessárias por não querer perder o seu preço tempo. Aviltante é, por dinheiro, ferir as leis nacionais e internacionais dos direitos humanos, dos direitos reprodutivos e o Estatuto da Criança e do Adolescente! Com a palavra a justiça! **Pedro de Jesus Silva**, Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. (O GLOBO,30/12/2014 p.13)

Esta síntese mostrou que todos os elementos constitutivos do mercado ocorreram no processo de mercantilização da cesariana no Brasil, alguns deles com requintes de fetichização dessa mercadoria. Qualquer política pública que vise a redução da proporção da cesariana no Brasil, dependerá de um enfrentamento de tanto de fortíssimos interesses comerciais por trás da mesma, como de uma cultura já arraigada na opinião pública. O enfrentamento do problema dependerá de um conjunto de políticas concretas e complexas voltadas para a desmercadorização do procedimento, que precisará promover a redução da hegemonia médica e da influência dos interesses privados de fornecedores de bens e serviços de saúde. Isto certamente demandará um grande esforço das autoridades e um longo tempo de aplicação perseverante dessas políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A frase “Brasil é o campeão de cesarianas” vem sendo publicada repetidamente na imprensa brasileira desde a final da década de 1960, por ser um dos problemas de saúde brasileiros mais resilientes. As cesarianas expõe mulheres e crianças aos riscos de cirurgias desnecessárias na maior parte das vezes e aumentam os custos tanto no setor privado, como no SUS. Porque as políticas voltadas para reduzir o enorme número de cesarianas desde os anos 1970 não vem tendo sucesso? Nesta dissertação procurei mostrar que uma parte importante da resposta para esta questão está relacionada ao fato das cesarianas terem se transformado em um conjunto de mercadorias que proporcionam lucros para atores diversos, principalmente no setor privado de saúde.

Ao analisar o desenvolvimento da atenção ao parto no Brasil, com ênfase nas cesarianas realizadas no setor privado, foi possível descrever o complexo processo de mercantilização desse procedimento iniciado nos anos 1960 e se consolidou até o final dos anos 1980. Tal processo foi construído com apoio de campanhas hábeis e persistentes de propaganda, utilizando pretensos argumentos técnico-científicos, principalmente por médicos obstetras e donos de hospitais que manipularam a opinião pública ao ponto de garantir que no imaginário de grande parte desta o modelo mais seguro e desejável de atenção ao parto fosse a cesariana. A mídia foi um canal importante para este processo, veiculando campanhas de propaganda que utilizavam a legitimidade da categoria médica, exploravam o medo da dor do parto e imagens de celebridades habilmente construídas para vender as cesarianas como um produto seguro e desejável. Mas esse processo não poderia ter existido sem que o apoio decisivo do Estado através de um conjunto de estímulos econômicos e fiscais para o setor privado, que criou um ambiente geral favorável ao mercado no sistema de saúde brasileiro.

Vários interesses de mercado ao procurar maximizar seus lucros contribuíram para transformar a cesariana em um produto não só consumível, mas desejável e até glamouroso. Médicos obstetras, donos de hospitais, fornecedores de bens e serviços de saúde, mais tarde de serviços de entretenimento e alimentação foram aperfeiçoando seus argumentos e instrumentos de sedução da opinião pública. Seu sucesso na batalha de ideias precisou derrotar os argumentos contrários de médicos

pediatras, sanitaristas, movimentos feministas e até de autoridades públicas que procuraram deter o crescimento das cesarianas na atenção ao parto. Hoje as cesarianas reinam soberanas apesar dos custos e dos riscos que geram. A mudança desse quadro dependerá de um enorme esforço de desmistificação do fetichismo das cesarianas na população, da criação de estímulos financeiros ao parto natural, que também exigirá uma grande campanha de propaganda. Políticas de desmercantilização das cesarianas terão de enfrentar, ainda, a tendência recente à mercantilização do parto natural, uma vez que boa parte da luta contra a medicalização e a hospitalização exagerada do parto já vem sendo capturada pelos interesses de mercado.

Tal luta contra a mercantilização da cesariana interessa e precisa mobilizar setores organizados do movimento feminino, determinados setores das profissões de saúde, às autoridades sanitárias públicas e inclusive as chamadas operadoras de planos e seguros de saúde, uma vez que elas também têm arcado com custos altos do enorme número de cesarianas desnecessárias feitas no país.

Diante das várias evidências do mercado que se apresentou na coleta de dados, não podemos relatar que esta problemática é causada por um único ator ou “vilão”, apesar deste, ser o responsável central pela a atenção ao parto, fazem parte deste contexto também o mercado da saúde e a sociedade de consumo. Neste contexto, conclui-se que diversos movimentos diretos e indiretos corroboraram para a mercantilização da cesariana no Brasil. Um movimento estrutural de transformação e aceitação da cesariana na cultura brasileira, principalmente como opção de via de parto, foram primordiais para os objetivos mercadológicos dos atores que dela tiram algum lucro. Portanto, não haverá uma solução enquanto não entendermos que a cesariana, que antes era um procedimento para salvar vidas, se tornou um produto dentro do contexto de uma sociedade consumista. E que este produto é a principal fonte de lucro da medicina obstétrica, redes hospitalares e dos diversos atores envolvidos. Nenhuma política pública voltada para o enfrentamento do problema pode ser desprezada, mas a batalha no terreno das ideias não será fácil e é o elemento central para o sucesso dessas políticas. A desmercantilização da cesariana é o único movimento capaz de incentivar o parto natural e desestimular à cesariana. E para que isto aconteça é necessário que os atores da atenção ao parto deixem ter à cesariana como um procedimento lucrativo e passem a olharem o procedimento necessário a

somente alguns casos. Apenas assim, iniciariamos uma transformação cultural na sociedade para a aceitação e promoção do parto natural, procedimento este já comprovadamente aceito pela comunidade científica como seguro e recomendável.

REFERÊNCIAS

AMB. Associação Médica Brasileira. **AMB 60 anos: 1951-2011**. Organizador: Hélio Barroso dos Reis. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 2011. 288 p.

ANS. **ANS e CFM juntos pelo parto**. 21/07/2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/840-ans-e-cfm-juntos-pelo-parto-normal>. Acesso em: 26 fev. 2017.

_____. **Resolução normativa-RN n. 368, de 6 de janeiro de 2015**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg> Acesso em: 25 fev. 2017.

_____. **Cobrança de taxa de disponibilidade para acompanhamento de parto é ilegal**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2882-cobranca-de-taxa-de-disponibilidade-para-acompanhamento-de-parto-e-ilegal>. Acesso em: 26 fev. 2017.

BAHIA, Ligia. Patterns and changes in the financing and regulation of Brazilian Health System: impacts on public and private relationships. **Saúde e Sociedade** v. 14, n. 2, p. 9–30, ago. 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 3.^a ed., 2004. 280 p.

BERNAYS, Edward L. **Propaganda**. Brooklyn, N.Y: Ig Publishing, 2004.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e o Corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2008. 191 p.

BRAGA, José. C. S.; e PAULA, Sérgio. G. **Saúde e previdência, estudos de política social**. São Paulo: HUCITEC, 1986, 224 p.

BRASIL, Constituição. **Constituição da república federativa do Brasil**. 1988. 272 p.

_____, Ministério da Saúde; CONITEC, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Sus. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana: Relatório técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 41 p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf. Acesso em: 13 janeiro 2016.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá ou traz providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Poder Executivo. Seção I. 1990.

_____. Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. **Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social**.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1965-1988/Del0072.htm; acesso em 31/07/12.

BRENES, Anayansi C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135–149, jun. 1991.

BUCHMUELLER, Thomas C.; MONHEIT, Alan C. Employer-sponsored health insurance and the promise of health insurance reform. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, v. 46, n. 2, p. 187–202, 2009.

BULCÃO, Lúcia G.; EL-KAREH, Almir C.; SAYD, Jane Dutra. Science and medical education in Brazil (1930-1950). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 14, n. 2, p. 469–487, 2007.

BUSS, Paulo M.; LABRA, Maria E. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: **Saúde em debate**. Hucitec, 1995. p. 61-101.

CAMARGO, Maria C. V. Z. A. O Ensino da Ética Médica e o Horizonte Bioética. **Revista Bioética**, v. 4, n. 1, 4 nov. 2009.

CARRION, Valentin. **CLT. Comentários à Consolidação das Leis Trabalhistas. Legislação Complementar. Jurisprudência**. Edição: 40^a. [s.l.]: Saraiva, 2015. 1884p.

CARVALHO, Antônio I. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 23–25, 1998.

CHOMSKY, Noam.; SANTOS, Fernando. **MÍDIA: Propaganda política e manipulação**. (E-book, Kindle Edition) Edição: 1 ed. [s.l.] WMF Martins Fontes, 2015. 68 p.

CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**. Baltimore: John Hopkins University Press, 2008. 220 p.

CORDEIRO, Hesio. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. 1a ed. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 175 p.

_____. **Sus - Sistema Unico De Saude**. Edição: 2 ed. Rio de Janeiro: Ltc, 2008. 184 p.

COSTA, Beatriz R. M.; VALENTE, Manoel A. L. **Responsabilidade Social Dos Conselhos Profissionais**. Brasília: Câmara dos Deputados. 2008. 13 p.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 24, p. 85–116, set. 1991.

FEBRASGO. **Histórico da FEBRASGO**. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/?page_id=28. Acesso em: 9 jun. 2016.

FILHO, Naomar A. *Reconizing Flexner: an inquiry into the production of myths in medical education in contemporary Brazil*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2234–2249, dez. 2010.

FILHO, Jorge M. D. R.; MONTENEGRO, Carlos A. B. **Rezende Obstetrícia**. Edição: 12º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 1300 p.

RESENDE, Joffre. M. R. **À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2009. 404 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Edição: 28a ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015. 432 p.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Edição: 7ª ed. São Paulo: Forense Universitária. 2013, 231 p.

FREIDSON, Eliot. **Profissão Médica**. Edição: 1a ed. São Paulo: UNESP, 2009. 456 p.

G1, G. **Ministério da Saúde lança campanha para estimular parto normal**. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL455157-5603,00-ministerio+da+saude+lanca+campanha+para+estimular+parto+normal.html>. Acesso em: 1 nov. 2016a.

G1, G. **Ministério quer aumentar número de partos normais na rede privada**. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL209799-5603,00ministerio+quer+aumentar+numero+de+partos+normais+na+rede+privada.html>. Acesso em: 1 nov. 2016b.

G1, G. **Taxa de disponibilidade para parto é ilegal, afirma ANS**. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2015/10/taxa-de-disponibilidade-para-parto-e-ilegal-afirma-ans.html>. Acesso em: 01 fev. 2017.

GIL, Antônio C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008. 216 p.

GONÇALVES, Reinaldo. **Desenvolvimento às avessas: verdade, má-fé e ilusão no atual modelo brasileiro de desenvolvimento**. Rio de Janeiro: LTC, 2013, 197 p.

GORDON, Richard. **A Assustadora História Da Medicina**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997. 223 p.

GUGLIELMI, Maria C. **A política pública ‘Saúde da Família’ e a permanência – fixação – do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco** (Tese de doutorado). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. 215 p.

HERMAN, Edward S.; e CHOMSKY, Noam. **Manufacturing Consent: The Political Economy of the Mass Media**. (E-book, Kindle Edition). New York: Pantheon Books, 2002, 480 p.

HOUAISS, Antonio. **Minidicionário Houaiss Da Língua Portuguesa Adaptado À Reforma Ortografica Da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Moderna Paradidático, 2008. 984 p.

LEVCOVTIZ, Eduardo. **Transição x consolidação, o dilema estratégico do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 1997, 302 p.

LICHTENSZTEJN, Samuel; e BAER, Monica. **Fundo Monetário Mundial e Banco Mundial**, estratégias e políticas do poder financeiro. São Paulo: Brasiliense, 1987, 239 p.

LIPPMANN, Walter. **Opinião Pública**. Edição: 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 352 p.

LUZ, Madel T. **As Instituições Médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p.362

MAGNOLI, Demétrio; e BARBOSA, Elaine S. **Liberdade versus igualdade** - vol. 1. O mundo em desordem (1914-1945). Rio de Janeiro: Record, 2011. p. 457

MARX, Karl. **O Capital - Livro 1**. Edição: 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2013. p.856.

MASCARENHAS, Mirele. **Gestão financeira hospitalar**. Rio de Janeiro; FGV Management – Cursos de Educação Continuada/ Fundação Getúlio Vargas, 2004, 64p.

_____. **Uma comparação entre os custos atuais, custos por pacote e reembolso hospitalar para o procedimento de revascularização miocárdica**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Fundação Getúlio Vargas, 2007, 86 p.

MATERNIDADE SÃO FRANCISCO. **Cineparto | Maternidade São Francisco**. Disponível em: <<http://www.maternidadesaofrancisco.com.br/cineparto>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Lei n. 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. 28 jan. 2000.

NEVES, Nedy M.B.C.; NEVES, Flávia B.C.S.; BITENCOURT, Almir G.V. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 75, n. 2, 2008.

ODENT, Michel. **A Cesariana**. São José: Saint Germain, 2004, p.139

OLIVEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA, Sônia M. F. **(IM) previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis, Vozes, Abrasco, 1985. 360p.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 185-94, 2011.

PERASSO, Valeria. “Epidemia” de cesáreas: por que tantas mulheres no mundo optam pela cirurgia? BBC Brasil. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/07/150719_cesarianas_mundo_rb. Acesso em: 15 mar. 2017.

POLANYI, Karl. **A Subsistência do Homem e Ensaio Correlatos**. Edição: 1ª ed. São Paulo: Contraponto, 2012a. 382 p.

_____. **A Grande Transformação. As Origens de Nossa Época**. Edição: 2ª, atualizada, ed. [s.l.] Elsevier, 2012b. 342 p.

PORTER; Roy. **Cambridge História da Medicina**. Edição: 1ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 407 p.

PRADO, A. A. **Amigas do Parto**. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/presgate.html>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966**. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03 YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle; MENDES, Maria Célia; *et al.* Incidence of cesarean delivery regarding the financial support source for delivery care. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 202–206, 2001.

/Decreto-Lei/1965-1988/Del0072.htm; acesso em 31/07/12.

PROCON, SP. **Procon-SP se manifesta contra cobrança de honorários pelo acompanhamento presencial do trabalho de parto**. Disponível em: <<http://www.procon.sp.gov.br/noticia.asp?id=3374>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

PROGIANTI, Jane. M.; BARREIRA, Ieda. A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 9, n. 1, p. 91–7, abr. 2001.

REED, Louis S. **Blue Cross and medical services plans**. Washington: Federal Security Agency, US Public Health Service, 1947. vii, 323 p.

REGO, Sergio. **A formação ética dos médicos saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2003. 184 pp.

ROBINS, Nick. **A corporação que mudou o mundo: como a Companhia das Índias Orientais moldou a multinacional moderna**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012, p.304.

RODRIGUES, Paulo. H. A.; SANTOS, Isabela. S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011, 210 p.

SALLUM JR. Brasílio. *La especificidad del gobierno de Lula. Hegemonía liberal, desarrollismo y populismo*. **Nueva Sociedad**, Caracas, (217): 155-171, Septiembre-October 2008.

_____. **É hora da inserção competitiva do país.** Estadão (Opinião), 22/04/2010. Disponível em: <http://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,e-hora-da-insercao-competitiva-do-pais,541460>; acesso em: 03/09/16.

_____. **O impeachment de Fernando Collor: sociologia de uma crise.** São Paulo: Editora 34, 2015. 414 p.

SANTOS, Wanderley G. **Cidadania e Justiça, a política social na ordem brasileira.** Rio de Janeiro: Campus, 1994, p.138.

SANTOS, Isabela. S. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431–1440, 2009.

SAUNDERS, Frances S. **Quem pagou a conta? A CIA na Guerra Fria da Cultura.** Rio de Janeiro: Record, 2008, 556 p.

SEIBERT, Sabrina L.; BARBOSA, Jéssica L. S.; SANTOS, Joares M.; VARGENS, Octaviano. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. enferm. UERJ**, v. 13, n. 2, p. 245–251, 2005.

SILVA, Lucas. B. D.; SILVA, Manoela. P.; SOARES, Paula. C. M., & FERREIRA, Quesia. T. M. Posições maternas no trabalho de parto e parto. **Femina**, 35(2), 2007. p.101-106.

SKIDMORE, T. **Brasil: de Getúlio a Castelo.** São Paulo: Paz e Terra, 1982, 512 p.

STARR, Paul. **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América.** Cidade do México: *Biblioteca de la salud*, 1991. 544 p.

TVABRASCO. **ABRASCÃO 2015 - Discurso de Arthur Chioro**, 31 jul. 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZsXEPCoMYrU>. Acesso em: 23 fev. 2017

WHO. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** World Health Organization. 2015. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4815:declaraao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas&Itemid=821 Acesso em: 04/01/2017.

YAZLLE, Marta E. H. D.; ROCHA, Juan S. Y.; MENDES, Maria C.; *et al.* Incidence of cesarean delivery regarding the financial support source for delivery care. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 202–206, 2001.

ZUGAIB, Marcelo. Obstetrícia. **Barueri, SP: Manole**, 2008.

ANEXO A - A operação cesariana segundo Michel Odent

Reproduzo aqui o trecho “Se a cesariana for para você” do livro “A Cesariana” de Michel Odent (2004, p. 95-97).

“Seja qual for o hospital, sempre solicitarão que você assine um documento de responsabilidade. Os procedimentos necessários antes de uma cesariana nem sempre são realizados na mesma ordem. Eles variam de hospital a hospital, dependendo do tipo de anestesia usada e do tipo de cirurgia: se for uma operação marcada, se não é uma operação de emergência durante o trabalho de parto, ou se é uma corrida entre a equipe médica e o sofrimento fetal. Você terá o abdômen e a região pubiana depilados. Receberá um gotejamento intravenoso e uma sonda, para que a bexiga permaneça constantemente vazia e, portanto, pequena e menos vulnerável. A série de procedimentos de rotina inclui também a colocação de um aparelho para avaliar a pressão arterial. É rotina também retirar todas as joias, menos a aliança de casamento. Os anestesistas geralmente preferem situações não emergenciais, para que tenham tempo de se concentrar em todos os detalhes. Por exemplo, eles podem remover sua maquiagem ou esmalte de suas unhas, para que possíveis mudanças de cor durante a operação possam ser observadas, eles verificarão implantes dentários; solicitarão que você retire lentes de contato, e etc.

“Se você já estiver com a agulha para a peridural injetada no lugar, ela começará a ser administrada. Se não, pedirão a você que se deite de lado e que se enrole como uma bola, ou que sente na mesa com os pés para fora, apoiados num banco, com os cotovelos sobre os joelhos.

“Uma solução anestésica será pincelada em uma pequena área de suas costas antes de introduzirem uma agulha entre duas vertebrae, seja para uma peridural, seja (mais provavelmente) para uma raquidiana. A raquidiana leva menos tempo para fazer efeito. Aos poucos, você sentirá as pernas e o abdômen amortecidos e insensíveis. Se recebeu uma anestesia geral, a drO Globo será administrada por gotejamento intravenoso e dentro de segundos você estará dormindo. Assim que isso acontecer, quando seus músculos estiverem relaxados, o anestesista passará um tubo por sua garganta até a traqueia, para proteger seus pulmões e controlar os movimentos respiratórios.

“Seja qual for a anestesia escolhida, haverá um momento em que a enfermeira pincelará a pele de seu abdômen com uma solução anti-séptica. Depois a pele será coberta com panos e plástico estéril. Também colocarão panos sobre uma barra acima de seu peito para que você não possa assistir à operação”.

Quando o cirurgião chega.

O obstetra é auxiliado por um ou dois ajudantes; uma enfermeira e quase sempre um pediatra estão presentes também, para receber o bebê. Hoje em dia, o pai, um amigo ou parente, ou uma doula (mulher leiga) podem estar presentes na sala de operações (usando avental cirúrgico, máscara e botas).

Você poderá sentir um puxão ou um empurrão quando o bebê for tirado de seu útero, mas não deverá sentir dor. No caso de um anestésico regional, seu bebê será apresentado a você durante a operação. Você pode até mesmo carregar o bebê sobre o ombro, com a ajuda de alguém. Depois disso, no exato momento em que o útero for trazido para trás no abdômen, algumas mulheres relatam uma leve dor, principalmente se o cirurgião preferir exteriorizar o útero para reparo.

Como qualquer operação abdominal, o sangue pode estagnar nas veias das pernas e da pelve. É rotina tentar impedir a formação de um coágulo (trombose de veia profunda), porque uma parte deste pode migrar para os vasos sanguíneos do pulmão. Embora hoje em dia uma complicação pulmonar como essa seja extremamente rara, depois de uma cesariana rápida é importante respeitar o protocolo adotado. Assim que possível, depois da operação, você será estimulada a mexer as pernas e andar em volta da cama. Adotei a prática de enfaixar as pernas com um material elástico especial, enquanto a mãe ainda está na mesa de operação. Além do mais, no caso de mulheres com peso extra e com varizes, no início da década de 1970 adotei o uso de ‘*slendertone*’ durante a operação. Graças a esse estimulador elétrico, os músculos da perna nunca param de se contrair e, portanto, bombeiam o sangue de volta para o coração.

O tempo que passar da sala de recuperação ou na enfermaria dependerá principalmente do programa do hospital.

Depois de uma cesariana, a maioria das mulheres não precisa analgésicos se a equipe cirúrgica for gentil e só utilizar retração manual. Uma das principais

preocupações durante os primeiros dias deve ser perturbar o mínimo possível o contato pele-com-pele entre você e seu bebê.

Volta para casa... Para uma nova unidade familiar.

ANEXO B - Rotinas Assistenciais Operação Cesariana – Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro



OPERAÇÃO CESARIANA

Rotinas Assistenciais da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

OBSTETRÍCIA

63

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

- Jejum de no mínimo oito horas nas cirurgias eletivas.
- Tricotomia suprapúbica.
- Banho de chuveiro, sempre que possível.
- Desinfecção do abdome e coxas com clorexidina degermante a 2%.
- Cateterismo vesical com sonda de *Foley* nº 12 ou 14.
- Antissepsia com clorexidina alcoólica e colocação dos campos cirúrgicos
- Administração de cefazolina 2 g IV, na indução anestésica. (Como esquema 2, pode-se utilizar cefalotina, na mesma dosagem. Em pacientes alérgicas, clindamicina, 900 mg IV).

TÉCNICA E CONDUTA PER-OPERATÓRIA

ABERTURA

- Abertura da pele e do tecido celular subcutâneo a bisturi, transversal, arciforme de cavo superior, 2 a 3 cm acima do pube, com 10 a 12 cm de extensão (*incisão de Pfannenstiel*).
- Pinçamento e ligadura dos vasos atingidos.
- Incisão da aponeurose a bisturi, transversal, arciforme de concavidade superior, prolongando-se lateralmente, com tesoura de *Metzemaum*, por 1 a 2 cm além da incisão da pele.
- Pinçamento da aponeurose com pinças de *Kocher*.
- Descolamento dos retalhos superior e inferior da aponeurose por divulsão digital, no sentido cranial, criando espaço suficiente para a extração fetal.
- Descolamento caudal até a sínfise púbiana. Hemostasia dos vasos perfurantes da aponeurose.
- Descolar a linha média com tesoura de *Metzemaum* ou bisturi elétrico.
- Pinçamento e ligadura dos vasos atingidos.
- Pinçamento dos retos abdominais com pinças de *Allis*.
- Divulsão digital longitudinal dos retos abdominais..
- Liberação do peritônio parietal por divulsão digital.
- Pinçamento do peritônio parietal com pinças de *Kelly*.
- Celiotomia parietal longitudinal com tesoura de *Metzemaum*, protegendo-se os intestinos com os dedos indicador e médio da mão oposta colocados sob o peritônio, para cima até a altura da abertura dos músculos reto-abdominais, e para baixo até a proximidade do fundo vesical..
- Colocação da válvula de *Doyen*, suprapúbica.
- Incisão do peritônio visceral com bisturi ou tesoura de *Metzemaum*, transversal, arciforme de côncavo superior, na altura da prega vésico-uterina.

- Incisão do segmento uterino a bisturi, arciforme de côncavo superior, superficialmente nas laterais e aprofundando-se na região central.
- Botoeira na região central com pinça de *Kelly*.
- Divulsão digital das fibras uterinas, orientada pela incisão superficial.
- Amniotomia, se necessário.

PARTO

- Extração do concepto na apresentação cefálica:
 - Orientar o occipital do concepto para a incisão.
 - Retirar a válvula de *Doyen*.
 - Manter a mão espalmada entre o pube e a apresentação fetal conduzindo-a de encontro à histerotomia, enquanto o auxiliar faz ligeira pressão no fundo uterino.
 - Desprendimento do pólo cefálico.
 - Desprendimento delicado das demais partes fetais.
- Clampeamento do cordão umbilical, 8 a 10 cm da sua inserção abdominal, e se possível, 1 a 3 minutos após o desprendimento fetal. Coleta de sangue do cordão.
- Aguardar o desprendimento da placenta, auxiliando sua saída com a manobra de *Credé*. Nos casos em que houver demora da resposta uterina, realizar a extração manual da placenta.
- Após a saída da placenta administrar:
 - *Ocitocina*: 10 U EV, seguido de 20 U diluída em 500 ml de solução glicosada a 40 gotas/minuto.
- Pinçamento das bordas da histerotomia com pinça de *Allis*.
- Revisão e limpeza da cavidade uterina com compressas cirúrgicas ou com chumaço de gaze montado em pinça.

FECHAMENTO

- Manter reparadas as bordas da histerotomia.
- Histerorrafia em plano único, chuleio cruzado, fio absorvível, poliglactina 910 (*Vicryl* ou similar) nº 0. Neste tempo, fazer a revisão da hemostasia da sutura uterina, com pontos em X caso haja área sangrante.
- Revisão da cavidade pélvica, com retirada do sangue coletado e inspeção dos anexos.
- Reparo do peritônio visceral com pinças de *Kelly* que, levemente tracionadas, facilitam a revisão da histerorrafia.
- Reparo do peritônio parietal com pinças de *Kelly*. O fechamento dos peritônios visceral e parietal não é recomendado rotineiramente, a não ser para hemostasia dos bordos.
- Revisão da hemostasia da borda inferior dos retos abdominais.
- Aproximação das bordas dos retos abdominais com pontos em U ou simples, com poliglactina 910 (*Vicryl* 2-0).
- Revisão da hemostasia do espaço subaponeurótico.
- Reparo da aponeurose com pinças de *Kocher*.
- Sutura em plano único da aponeurose, chuleio cruzado interrompido a cada três pontos, ou pontos separados em X, com poliglactina 910 (*Vicryl* 0).
- Revisão da hemostasia do tecido celular subcutâneo.
- Aproximação da fáscia superficial e do tecido celular subcutâneo com poliglactina 910 (*Vicryl* 2-0), pontos separados.

- Sutura da pele com fio inabsorvível de náilon 4-0, pontos simples.
- Curativo oclusivo.

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA

- Manter hidratação venosa e ocitocina por 12 horas.
 - Ocitocina: 5 U diluída em 500 ml de solução glicosada a 40 gotas/minuto.
- Dieta zero, nas primeiras 6 horas.
- Dieta branda a partir de 6-8 horas, conforme aceitação.
- Deambulação e banho, com ajuda, depois de retirada a sonda vesical (12 horas).
- Abrir o curativo entre 12 e 24 horas (a depender da hora da cirurgia).
- Analgesia:
 - Diclofenaco-sódico: 75 mg IM, após concluído o curativo da ferida operatória.
 - Dipirona: 2 ml IV, depois a cada 6 horas.
- Período de internação de 48 a 72 horas.
- Retirada dos pontos com 7 a 10 dias de pós-parto.
- Revisão após 30 a 40 dias.

LEITURA SUGERIDA

1. JESUS, N.R. et al.(Col.). **Recomendações para uso de antimicrobianos em obstetrícia**. Rio de Janeiro: Maternidade Escola/CCIH, 2011. 10p.
2. MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Operação cesariana. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.1066-1114.