

Parto: entre o desejo e a realização*

Marta Roverly de Souza
Universidade Federal de Goiás

Palavras chaves: parto, cesariana, ginecologia, mulher-saúde.

Introdução

A discussão que aqui se apresenta se dará no bojo do conceito da medicalização da sociedade, perpassando alguns estudos na área da saúde reprodutiva e sua interface com a ginecologia e obstetrícia. Para contribuir e avançar no debate que se trava sobre o tema “parto cesáreo”, justifica-se o estudo prospectivo que constitui-se na base empírica deste trabalho, o qual será capaz de detectar em que momento do ciclo gravídico da mulher ocorre o ponto de inflexão entre desejo por um tipo de parto e sua concretização, bem como apontar as dimensões mediadoras que estão presentes neste processo decisório e suas distorções.

A pesquisa em que se baseia este trabalho intitula-se “Estudo Multicêntrico sobre Saúde Reprodutiva no Brasil”, foi realizada em 1999 nas regiões metropolitanas de Natal, Belo Horizonte, Porto Alegre e município de São Paulo¹. Este estudo de caráter inédito no que se refere a sua proposta metodológica prospectiva, baseou-se em entrevistas realizadas com gestantes ao longo do período gravídico puerperal, entrevistas estas realizadas a primeira até o quinto mês de gestação, a segunda um mês antes do parto e a última até quarenta dias depois do parto.

O estudo longitudinal aqui apresentado contou com uma amostra semi-intencional de 360 gestantes residentes no Município de São Paulo. As gestantes que compõem a amostra foram contatadas inicialmente nos serviços de saúde públicos (e/ou filantrópicos) e privados do município de São Paulo. Esses serviços foram selecionados de forma a maximizar a probabilidade de ocorrência do parto nos hospitais que fizeram

* Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.

¹ Esta pesquisa foi coordenada pela Dra Elza Berquó e contou com o financiamento do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e National Institute of Health (NIH).

parte da amostra da pesquisa “Saúde reprodutiva e práticas obstétricas no Brasil”², de 1995, que contemplou obstetras e instituições hospitalares.

Na Tabela 1 apresentam-se os serviços de saúde pesquisados e as respectivas proporções de partos cesáreos.

Tabela 1
Serviços de saúde pesquisados e respectivas proporções de partos cesáreos

Serviços públicos	% cesáreas	Serviços privados	% cesáreas
Hospital Ipiranga ¹	17,0	Hospital Presidente	27,5
Hospital Interlagos ¹	30,5	Hospital São José do Brás	65,0
Hosp. Mat. Amparo Maternal	36,1	Hospital Leão XIII ¹	70,0
Hospital das Clínicas	50,5		
Hospital do Servidor Público	51,0		

Nota: (1) Não fez parte da pesquisa de 1995.

A distribuição das gestantes no estudo proposto respeitou inicialmente a conformação apresentada na Tabela 2.

Tabela 2
Distribuição das gestantes da amostra, segundo setor de atendimento e parturição

Parturição	Setor de atendimento		Total
	Público	Privado	
Primíparas	100	60	160
Múltiparas	140	60	200
Total	240	120	360

A adoção desse tipo de amostra assentou-se nos seguintes pressupostos:

- Realizou-se um maior número de entrevistas em serviços de saúde públicos (isto é, aqueles que atendem pelo SUS) do que em serviços privados (que atendem clientela particular e de planos de saúde/convênios), já que a maioria das mulheres brasileiras utiliza-se do primeiro tipo de serviço e também porque a pesquisa teve por finalidade contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas fundamentalmente à população atendida pelo SUS.
- Nos serviços públicos foi entrevistado um número proporcionalmente maior de mulheres múltiparas (mulheres que já tiveram filhos) do que de primíparas (mulheres grávidas do primeiro filho), já que a fecundidade das mulheres que

² Este estudo contou com a participação de pesquisadores do Núcleo de estudos de população (NEPO), do CEDEPLAR da Universidade do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e Universidade do Texas.

procuram hospitais públicos é maior do que a de mulheres que utilizam os serviços privados e também porque as múltiparas da rede pública têm mais chance de cumprir os requisitos à demanda por esterilização, por terem maior fecundidade.

- Entrevistou-se um número igual de primíparas e múltiparas no setor privado, já que a clientela desses serviços geralmente tem em média um ou dois filhos e, também, porque interessava garantir a representatividade do grupo de primíparas nesse tipo de serviço, pois o nascimento do primeiro filho por parto cesáreo é mais comum entre elas do que entre as primíparas usuárias do setor público.

Das usuárias dos serviços de saúde selecionados foram consideradas elegíveis para participar da pesquisa as mulheres que satisfizessem os seguintes critérios: ter diagnóstico confirmado de gravidez; residir no município de São Paulo; pretender dar à luz em um hospital/maternidade situado no Município; ter idade entre 18 e 40 anos; idade gestacional até o quinto mês (inclusive) ou até a 22^a semana de gestação (inclusive); ter tido no máximo duas consultas de pré-natal; e aceitar assinar o consentimento informado.

É importante considerar que o critério “idade entre 18 e 40 anos” foi adotado porque as gestantes com idade inferior a 18 anos necessitariam do consentimento informado co-assinado por seus pais, procedimento que dificultaria bastante o andamento da pesquisa. Outro aspecto importante refere-se ao critério “número de consultas de pré-natal”: consideraram-se tais consultas aquelas realizadas em razão da gravidez, ou seja, para controle do andamento da gestação, ignorando-se portanto contatos com o médico ou consultas não programadas como de pré-natal, motivadas por intercorrências.

O primeiro questionário foi composto sobretudo por perguntas fechadas, que buscavam saber as intenções e expectativas da gestante em relação ao pré-natal, parto (tipo de parto desejado, partos tidos) e intenção anticonceptiva, além de conter algumas questões socioeconômicas e demográficas. Seu principal objetivo foi introduzir de maneira bem sintética questões que seriam aprofundadas no decorrer dos outros dois encontros. Ao término da aplicação desse questionário, e com a finalidade de viabilizar os demais encontros, foi aplicada uma ficha de endereços a fim de obter uma série de dados que

permitissem localizar esta mulher e assim garantir sua participação nas demais etapas da pesquisa.

O segundo questionário foi realizado na maioria das vezes na casa da entrevistada, um mês antes da data provável do parto. Teve como objetivo verificar mudanças de intenções e expectativas detectadas na primeira entrevista, estabelecer os motivos de tais modificações e verificar o tipo de atendimento recebido nos serviços de saúde. Esse questionário, além de contemplar as principais questões já contidas no primeiro, introduziu outras relacionadas à influência de terceiros (familiares, amigos e médico) e da mídia nos assuntos relacionados à gravidez, parto e amamentação.

A terceira entrevista foi realizada na casa da gestante, no posto de vacinação ou no local da consulta pós-parto, dependendo da preferência da mulher, até quarenta dias pós-parto ou quando a mulher, no contato prévio, manifestasse oportuno receber a entrevistadora. Nesse sentido, mulheres contatadas até dez dias depois do parto já se pronunciavam disponíveis para a realização da terceira entrevista. Com esse questionário procurou-se verificar os resultados em termos das condições de atendimento pelos serviços de saúde, o tipo de parto realizado, a ocorrência ou não de laqueadura tubária no pós-parto imediato e, sobretudo, os fatores determinantes e condicionantes dos resultados encontrados. Nas onze seções desse questionário buscou-se abranger as possibilidades de situações relacionadas ao tema, ou seja, nele havia seções específicas sobre cada tipo de parto, para esterilizadas e não-esterilizadas, e sobre níveis de satisfação da gestante quanto aos serviços de pré-natal e atendimento no parto.

O principal objetivo deste trabalho era obter informações sobre a existência de uma demanda real pela esterilização e pelo parto cesáreo, bem como explorar essa associação, seus determinantes e diferenciais, visando a geração de uma proposta de intervenção capaz de viabilizar a redução das taxas de cesárea, no Brasil, ao se comparar no futuro as informações obtidas nas quatro áreas estudadas.

É importante salientar que as análises que aqui foram realizadas, bem como algumas questões formuladas, estão circunscritas no âmbito das mulheres entrevistadas no município de São Paulo, não cabendo e não podendo este estudo fazer generalizações ou inferências.

Para os objetivos desenvolvidos neste estudo, as perguntas norteadoras foram:

- 1) quem são as mulheres que concretizaram seu desejo por determinado tipo de parto e por quais razões algumas não conseguem realizar seu desejo inicial?
- 2) como se expressam as mulheres que não tiveram seu desejo atendido no parto?
- 3) a experiência pregressa de parto em múltiparas é um elemento importante na compreensão da trajetória do seu desejo por certo tipo de parto?
- 4) o médico desempenha algum papel sobre o processo de escolha e decisão da mulher sobre os tipos de parto?
- 5) o setor de atendimento, público ou privado, em que o parto é realizado pode influenciar na incidência de um tipo específico de procedimento? Há diferenças entre múltiparas e primíparas?

Tendo presentes tais questões, a análise aqui proposta buscará identificar características e especificidades que suscitem supor a existência de trajetórias predominantes na preferência por um tipo de parto — preferências que, embora efetivadas em âmbito individual, são socialmente estruturadas e contribuem para influenciar determinados padrões de comportamento e de conduta social (Berquó e Loyola, 1984).

O parto cesáreo parece constituir-se, em maior ou menor grau, não apenas em uma alternativa em situações de dificuldade ou risco gestacional, mas como um procedimento em via de institucionalizar-se. Ele emerge ancorado principalmente na informação inadequada fornecida às gestantes, no comodismo médico, no despreparo do profissional de saúde no atendimento a essa parturiente e, finalmente, no medo da dor do parto normal — que é muito pouco minimizado pelo recurso de uma analgesia que está disponível inclusive para usuárias dos serviços públicos.

Em suma, procura-se aqui identificar, de um lado, processos decisórios quanto ao tipo de parto, considerando o setor de atendimento e a parturição da mulher, e, de outro, o hiato existente entre o desejo por ela manifestado ao longo de seu ciclo gravídico e a situação de fato ocorrida no momento do parto.

Descrição da trajetórias

Para responder às questões colocadas partiu-se para uma análise longitudinal, ou seja, de trajetórias, que foi construída com base nos desejos expressos pelo tipo de parto na primeira entrevista (Q1) em Q2 e o sucedido em Q3, o que mostra como este desejo foi evoluindo ao longo do período gravídico da mulher (Tabela 3).

Tabela 3
Trajetória das preferências e ocorrências, segundo tipo de parto, em Q1, Q2 e Q3
Município de São Paulo - 1999

Q1	Q2	Q3	Total
Normal	Normal	Normal	127
		Cesárea	86
		Total	213
	Cesárea	Normal	5
	Cesárea	7	
	Total	12	
	Outros casos ¹	Normal	0
		Cesárea	3
		Total	3
	Total		228
Cesárea	Normal	Normal	6
		Cesárea	12
		Total	18
	Cesárea	Normal	9
	Cesárea	34	
	Total	43	
	NS/NP/Dep	Normal	1
		Cesárea	2
		Total	3
	Total		64
Outros casos ¹	Normal	Normal	2
		Cesárea	1
		Total	3
	Cesárea	Normal	0
	Cesárea	0	
	Total	0	
	NS/NP/Dep	Normal	0
		Cesárea	3
		Total	3
	Total		6
Total			298

(1) Não sabe/não tem preferência/depende do médico

Chama a atenção, em primeiro lugar, que o nível de indecisão das gestantes por um tipo de parto é muito reduzido na primeira entrevista, como atestam os seis casos (2%) do total da amostra. Antecipando a situação dessas seis mulheres, informamos que três eram primíparas e optaram por parto normal em Q2, duas o conseguiram em Q3, uma fez cesárea e as três restantes continuaram indecisas em Q2, duas multíparas e uma primípara, ambas do setor privado, que acabaram tendo parto cesáreo.

Em Q2 surgiram novos casos de indecisas, a saber: três que haviam manifestado desejo por parto normal em Q1 e outras três que haviam preferido cesárea nessa primeira entrevista. Dentre as primeiras, as três eram do setor privado, duas eram multíparas e uma primípara, e acabaram fazendo cesárea. Dentre as segundas, uma primípara do público acabou tendo parto normal e duas multíparas (uma do público e uma do privado) tiveram parto cesáreo.

Dado o número reduzido desses casos, eles não farão parte das análises que se seguem, baseadas na Tabela 4, a qual permite identificar os diversos fluxos de preferência por um tipo de parto ocorridos ao longo da pesquisa, ou seja, as várias trajetórias, levando-se em conta a parturição e o setor de atendimento. Ao deixar de lado neste momento da análise os casos de mulheres indecisas em Q1 e Q2 (12 casos) a nova configuração passa a ser expressa conforme a Tabela 4.

Tabela 4
Trajetórias dos tipos de parto, por parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Trajetórias Q1-Q2-Q3	Multíparas/ público	Multíparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
N-N-N	54	12	44	17	127
N-N-C	20	13	24	29	86
N-C-N	2	0	3	0	5
N-C-C	3	2	0	2	7
C-N-N	2	1	1	2	6
C-N-C	7	4	0	1	12
C-C-N	7	1	1	0	9
C-C-C	19	12	1	2	34
Total geral	114	45	74	53	286

Para efeito da análise da composição das trajetórias, levando-se em conta a parturição das mulheres e o setor de saúde em que foram atendidas, serão consideradas apenas as trajetórias N-N-N (“normal plena”), N-N-C (“normal semiplena”) e C-C-C

(“cesárea plena”), as quais abrangem, em conjunto, 86,4% das entrevistadas, uma vez que as 13,6% restantes correspondem a trajetórias cujas frequências individuais são muito pequenas. Essa análise mostra que as trajetórias têm composição bem diversa (Tabela 5).

Tabela 5
Composição das trajetórias, segundo parturição e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Trajetórias Q1-Q2-Q3	Múltiparas/ público	Múltiparas/ Privado	Primíparas/ público	Primíparas/ privado	Total
N-N-N	42,5	9,4	34,6	13,4	100,0
N-N-C	23,3	15,1	27,9	33,7	100,0
C-C-C	55,9	35,3	2,9	5,9	100,0

Na trajetória N-N-N o setor público comparece com 77,2% dos casos, 34,6% de primíparas e 42,5% de múltiparas. Portanto, é no setor público que as mulheres conseguem com maior frequência manter seu desejo inicial de ter parto normal.

Na trajetória C-C-C as múltiparas têm 91,2% desses casos, sendo 55,9% do setor público e 35,3% do privado. Assim, são as múltiparas as que mais conseguiram preservar sua preferência inicial por parto cesáreo.

A trajetória N-N-C tem uma composição mais complexa, em que predominam as primíparas do setor privado, com 33,7%, seguidas por primíparas e múltiparas do setor público, que contribuem, respectivamente, com 27,9% e 23,3% dos casos. Nessa trajetória há mais primíparas (61,6%) do que múltiparas (38,4%). Já o setor de atendimento está representado homogeneamente, com 51,2% para o público e 48,8% para o privado.

Distribuição das mulheres, segundo variáveis sociodemográficas, para trajetórias normal plena, normal semiplena e cesárea plena

Considerando-se as *múltiparas do setor público* verificou-se que:

- a trajetória *normal plena* é constituída por mulheres mais jovens, mais pobres, com menor nível de instrução e com percentual de negras superior ao de brancas;
- a *normal semiplena* é composta por mulheres menos pobres, concentradas na faixa etária intermediária, com melhor nível de instrução e com percentual de negras também superior ao de brancas;
- as *cesáreas plenas*, com relação à idade e ao *status* socioeconômico, se comportam de maneira similar à trajetória normal semiplena, mas com relação à instrução essa categoria é um misto de valores significativos nos níveis de escolaridade mais e menos elevados; a cor é outro diferencial nessa trajetória, com predomínio de brancas.

Para as *múltiparas do setor privado* os resultados mostraram que:

- na trajetória *normal plena* as mulheres estão concentradas na faixa etária intermediária, têm níveis elevados de escolaridade e pertencem majoritariamente aos estratos A+B e C; o percentual de negras nesse grupo é superior ao de brancas;
- na trajetória *cesárea plena* as distribuições das mulheres por idade, grau de instrução e *status* socioeconômico são semelhantes às encontradas em normal plena, só que em patamares de concentração mais elevados, sobretudo nos aspectos educacional e socioeconômico; as mulheres são 100% brancas; a concentração no estrato A+B é superior a 80%;
- a trajetória *normal semiplena* segue praticamente a mesma tendência das trajetórias anteriores, só que em patamares menores; vale salientar que o diferencial entre brancas e negras é de 53 pontos percentuais em favor das primeiras.

Para as primíparas só foi possível contrastar as trajetórias normal plena e semiplena, dada a pequena frequência de cesárea plena entre elas.

Os resultados para *primíparas do público* mostram que as distribuições por idade, grau de instrução e *status* socioeconômico se apresentaram praticamente da mesma maneira que nas duas trajetórias já analisadas, ou seja, trata-se de mulheres jovens, com níveis elevados de escolaridade e situadas predominantemente no estrato C. Com relação à cor, o percentual de mulheres negras é bastante superior na trajetória normal semiplena (54,2%) em relação à normal plena (27,3%).

Para as *primíparas do setor privado* por fim, observou-se que são muito similares em ambas as trajetórias as distribuições por cor, *status* socioeconômico e nível de escolaridade, mas na *normal plena* as mulheres são mais jovens do que na *normal semiplena*.

Em busca de respostas

- 1) *quem são as mulheres que concretizaram seu desejo por determinado tipo de parto e por quais razões algumas não conseguem realizar seu desejo inicial?*

É fundamental salientar que o tipo de parto que uma mulher acaba por ter nem sempre representa o que ela desejava na primeira entrevista e reafirmava na segunda. Há uma discrepância entre a preferência manifestada e o tipo de parto realizado. Esta distorção é mais acentuada quando o parto é realizado no setor privado (Tabela 6), ou seja, das mulheres múltiparas do setor público que desejavam parto normal em Q1 e Q2, 73% tiveram este parto, proporção que cai para 48% quando o parto é realizado no setor privado. Portanto 52% das mulheres múltiparas do setor privado não tiveram seus desejos atendidos.

Tabela 6

Distorção entre tipos de partos preferidos (Q1 e Q2) e realizados (Q3) por **multíparas**, segundo setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Preferência Q1-Q2 e setor de atendimento	Realização Q3	Trajetória Q1-Q2-Q3 (%)
N-N (99 casos)		
Público (74)	N (54) C (20)	N-N-N (73,0) N-N-C (27,0)
Privado (25)	N (12) C (13)	N-N-N (48,0) N-N-C (52,0)
C-C (39 casos)		
Público (26)	N (7) C (19)	C-C-N (26,9) C-C-C (73,1)
Privado (13)	N (1) C (12)	C-C-N (7,7) C-C-C (92,3)
Total (138 casos)		

No caso das primíparas, a discrepância entre o desejo e o resultado ocorrida no setor privado é ainda mais evidente, pois 63,0% dos partos realizados naquele setor foram cesáreas quando a preferência era pelo parto normal (Tabela 7). O número insignificante de primíparas que desejavam parto cesáreo em Q1 e Q2 (apenas quatro em 118) não permitiu nesse caso relacionar desejo com ocorrência.

Tabela 7

Distorção entre tipos de partos preferidos (Q1 e Q2) e realizados (Q3) por **primíparas**, segundo setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Preferência Q1-Q2 e setor de atendimento	Realização Q3	Trajetória Q1-Q2-Q3 (%)
N-N (114 casos)		
Público (68)	N (44) C (24)	N-N-N (64,7) N-N-C (35,3)
Privado (46)	N (17) C (29)	N-N-N (37,0) N-N-C (63,0)
C-C (4 casos)	-	-
Total (118 casos)		

Procura-se agora examinar se a mesma tendência acima verificada se manteve para mulheres de diferentes *estratos socioeconômicos*. Em face da grande concordância em Q1 e Q2 quanto ao desejo por um certo tipo de parto, optou-se por considerar o desejo apenas em

Q1 a fim de facilitar a descrição dos resultados. Assim, os resultados para as primíparas e múltiparas encontram-se nas Tabelas 8 e 9, respectivamente.

Tabela 8
Distorção entre tipos de partos preferidos (Q1) e realizados (Q3) por **primíparas**, segundo estratos socioeconômicos e setor de atendimento
Município de São Paulo
1999

Estratos socioeconômicos e preferência (Q1)	Setor de atendimento	Realização Q3	Trajectoria Q1-Q3 (%)
<i>A + B</i>			
Normal (46)	Público (14)	N (8) C (6)	N-N (57,1) N-C (42,9)
	Privado (32)	N (12) C (20)	N-N (37,5) N-C (62,5)
Cesárea (4)		-	-
Total (50)			
<i>C + D + E</i>			
Normal (72)	Público (55)	N (38) C (17)	N-N (78,2) N-C (21,8)
	Privado (17)	N (12) C (5)	N-N (70,6) N-C (29,4)
Cesárea (5)		-	-
Total (77)			
Total geral (127)			

Entre as primíparas do estrato mais alto, as que desejavam parto normal e acabaram por ter cesárea representaram 42,9% no setor público e 62,5% no privado. Para as mais pobres a concordância entre o desejo e a ocorrência foi bem maior, da ordem de 78% no setor público e de 70,6% no privado. O reduzido número de primíparas que desejavam cesáreas em Q1 não permitiu descrever os respectivos resultados.

Considerando as múltiparas do estrato mais alto, observa-se que a grande maioria das que em Q1 explicitaram o desejo de ter parto cesáreo acabou por conseguir em Q3, correspondendo a 90% no público e 88,2% no privado. Já no estrato mais pobre o setor público registrou apenas 69,2% de cesáreas para aquelas que a desejavam em Q1. Não foi possível considerar nesse estrato o setor privado, em virtude do reduzido número de casos.

Quanto ao desejo por parto normal no estrato mais alto, o setor privado registrou maior distorção, com 53,3% de casos (em contraste com 44,5% no setor público). Essa discrepância foi muito maior entre as mulheres mais pobres, das quais 64,3% fizeram cesárea quando o desejo era por parto normal.

Busca-se em seguida verificar se essa tendência do setor privado de realizar mais cesáreas do que parto normal se manteve para mulheres de diferentes *idades*.

As primíparas jovens (18-25 anos) atendidas no setor público tiveram seu desejo por parto normal realizado em 73,6% dos casos, porcentagem que cai para 53,3% nos partos do setor privado. Para as mais velhas (26-34 anos), os percentuais de partos cesáreos quando o desejado seria normal foram de 50% no setor público e de 72,4% no privado. O reduzido número de primíparas que desejavam cesárea em Q1, tanto entre as mais jovens (quatro casos) como para as mais velhas (também quatro), impediu analisar o desenlace por setor de atendimento.

Considerando as múltiparas, observa-se que para as mais jovens não foi possível contrastar por setor de atendimento o nível de discrepância entre o desejo e a ocorrência, dado o diminuto número de mulheres atendidas pelo setor privado: seis das que desejavam parto normal e três das que desejavam cesárea em Q1. Para aquelas na faixa de 26 a 34 anos a realização do desejo por cesárea foi atendida para 92,3% das mulheres no setor privado e para 73,9% das que recorreram ao setor público. Mas para quem desejava parto normal a situação foi bem diversa: apenas 56,8% e 47,4% viram seus desejos realizados no público e no privado, respectivamente.

As razões pelas quais algumas mulheres não conseguiram realizar seu desejo inicial estiveram concentradas em justificativas médicas: **a)** 50% responderam que não possuíam dilatação (justificativa esta considerada como “duvidosa” segundo Faúndes e Silva) **b)** 42,2% mencionaram o fato de já terem feito uma cesárea anterior (múltiparas) e em terceiro lugar o fato de não suportarem a dor (o que demonstra que a analgesia é um procedimento pouco utilizado).

2) *como se expressam as mulheres que não tiveram seu desejo atendido no parto?*

80% das mulheres da trajetória normal semiplena declararam-se frustradas por não terem tido o parto normal. Decepção esta ressaltada nos discursos das primíparas do privado que compensam respondendo que segundo o médico foi o melhor para o bebê. Nos discursos de mulheres múltiparas da trajetória normal semiplena, reforça o discurso médico (42,2%) ao responder que sabiam que o parto seria cesáreo, porque o parto anterior havia sido cesárea, o que por sua vez parece contraditório com uma trajetória pautada pelo desejo de um parto normal. Estas contradições podem estar refletindo reelaborações na medida em que não se conseguiu o esperado, ou mesmo porque adotaram antes do parto um discurso politicamente correto em prol do parto normal o que por sua vez, não se concretizou na prática daquela mulher.

3) *a experiência pregressa de parto em múltiparas é um elemento importante na compreensão da trajetória do seu desejo por certo tipo de parto?*

As trajetórias dos partos anteriores apresentaram-se de quinze maneiras diferentes, sendo que os maiores percentuais se concentraram na *parturição 1*, ou seja, 60,8% das entrevistadas tinham tido um parto antes do atual. Em seguida veio a *parturição 2* (dois partos), com 26,1%. Os percentuais de mulheres com parturições 3, 4, 5 e 6 foram de 7,7%, 4,6%, 0% e 0,8%, respectivamente. Esses dados indicam que a maioria das múltiparas completou a *parturição 2* durante o decorrer desta pesquisa.

Entre as mulheres de *parturição 1*, em 54,4% dos casos o parto anterior tinha sido cesáreo; naquelas de *parturição 2*, 23,5% tinham feito cesárea em ambos os partos e 61,8% tinham feito dois partos normais. Na *parturição 3*, 90% fizeram partos normais nos três partos anteriores.

Realizando essa análise para as trajetórias *normal plena*, *normal semiplena* e *cesárea plena* por setor de atendimento, observa-se que no setor público:

- 83% das mulheres pertencentes à categoria normal plena tinham tido todos os seus partos anteriores normais;
- 60% das mulheres da categoria normal semiplena tiveram partos cesáreos anteriormente;
- 73,7% das mulheres da categoria cesárea plena fizeram cesáreas nos seus partos anteriores.

E no setor privado:

- 83,3% das mulheres pertencentes à categoria normal plena tinham tido todos os seus partos anteriores normais;
- 69,2% das mulheres da categoria normal semiplena tinham tido todos os seus partos anteriores por cesariana, 23,1% haviam feito partos normais e houve um caso em que o primeiro parto foi normal e o segundo cesáreo;
- 100% das mulheres da categoria cesárea plena tiveram todos os partos anteriores por cesárea.

Assim, a grande maioria das múltiparas da trajetória normal semiplena (81,8%) completou sua segunda parturição durante a pesquisa. O fato de que 76% destas tenham tido cesárea no primeiro parto vem mostrar a influência do parto anterior no resultado do atual, influência esta mais forte no setor privado.

Em conclusão, se o parto anterior influencia os procedimentos subsequentes, preocupa saber que dos partos cesáreos realizados pelas entrevistadas, 42% ocorreram entre mulheres primíparas.

Tabela 27

Distribuição das entrevistadas múltíparas, segundo tipo dos partos anteriores, setor de atendimento e trajetórias de tipos de parto em Q1, Q2 e Q3
Município de São Paulo - 1999

Partos Anteriores						Setor público			Setor privado			Total
1º	2º	3º	4º	5º	6º	N-N-N	N-N-C	C-C-C	N-N-N	N-N-C	C-C-C	
C						4	10	9	2	9	9	43
N						22	5	2	6	1	0	36
C	C					0	2	4	0	0	2	8
C	N					2	0	0	0	0	0	2
N	C					2	0	0	0	1	0	3
N	N					16	1	1	2	1	0	21
C	C	C				0	0	0	0	0	0	0
C	N	C				0	0	1	0	0	0	1
N	N	N				5	2	0	2	0	0	9
C	C	C	C			0	0	1	0	0	1	2
N	N	N	N			2	0	1	0	1	0	4
N	C	C	C	C		0	0	0	0	0	0	0
N	N	C	N	N		0	0	0	0	0	0	0
C	N	N	N	N	N	1	0	0	0	0	0	1
N	N	N	N	N	N	0	0	0	0	0	0	0
Total Geral						54	20	19	12	13	12	130

4) *o médico desempenha algum papel sobre o processo de escolha e decisão da mulher sobre os tipos de parto?*

O papel desempenhado pelo médico, ao longo do período gravídico e no momento do parto pode ser melhor avaliado segundo os seguintes dados: 1) 80% dos casos de mulheres pertencentes à trajetória normal semiplena a decisão por uma cesárea não ocorreu em virtude de um pedido seu. As mulheres do serviço privado são as que mais consultas de pré-natal realizam e mais precocemente, são acompanhadas praticamente pelo mesmo médico ao longo da gestação e com eles fazem na maioria das vezes o seu parto. As conversas entre médico e gestante deste setor sobre o tipo de parto surgem já nas primeiras consultas de pré-natal (42,4%), comportamento bastante diferente do público (7,2%). Na segunda entrevista, ou seja, há um mês do parto, a

manifestação do médico sobre o tipo do parto cresce em 19 pontos percentuais no serviço público, mas continua majoritário no privado: 68,9%.

5) *o setor de atendimento, público ou privado, em que o parto é realizado pode influenciar na incidência de um tipo específico de procedimento? Há diferenças entre múltiparas e primíparas?*

Os partos normais foram mais freqüentes nos serviços públicos (78%) e os cesáreos apresentaram a mesma freqüência de ocorrência nos serviços públicos e privados (88%). As primíparas são as que mais desejavam parto normal (90%) em Q1 e Q2 e no entanto conseguem realizá-lo em 53,5% dos casos. Chama atenção o crescimento no setor privado dos percentuais de parto cesáreo, que passam a representar 66,3% do total de partos, ou seja, em Q3 ocorre uma inversão dos grupos majoritários: no serviço público 60,9% fizeram parto normal enquanto no privado 68,7% fizeram parto cesáreo. Múltiparas e primíparas do serviço público registraram índices de partos normais elevados e análogos aos desejados. No setor privado as proporções de partos normais desejados começam em proporções elevadas, mas caem para patamares de 30%.

Estes valores explicitam uma conduta que está influenciada pelo tipo de atendimento a que foram submetidas às entrevistadas.

Quando se leva em conta que 8 em cada 10 mulheres entrevistadas desejavam parto normal, a consistência levaria a supor que em média 67,2 a 75,2% das mulheres pudessem realizar este desejo, no entanto isto ocorreu em 50,3% dos casos. E foi aí que o setor de atendimento jogou um importante papel nesta distorção entre desejo e realidade cabendo às mulheres do privado, onde 63% das mulheres desejosas por parto normal, fizeram parto cesáreo.

Considerações finais

Considerado pelo Ministério da Saúde dentre as unidades da Federação com maiores taxas de cesárea, São Paulo apresentou, segundo o Data-SUS, os seguintes valores para 1997, 1998 e 1999: 40,2%, 35,2% e 29,7%; e no Município, 38,5%, 32,7% e 28,1%, respectivamente. Já a Fundação Seade, com base nas estatísticas de nascimentos, apresenta as seguintes estimativas para a taxa de partos cesáreos em 1998 e 1999: Estado, 48,3% e 47,5%; e no Município, 45,4% e 46,1%, respectivamente. A discrepância deve-se às fontes, pois enquanto o Data-SUS refere-se apenas aos hospitais públicos, os dados da Fundação Seade cobrem todos os partos, públicos e privados.

A taxa de cesáreas encontrada na amostra da pesquisa aqui analisada, de 49,7%, não difere estatisticamente do índice da Fundação Seade para a capital em 1999 (46,1%), uma vez que o intervalo de confiança de 95% para a proporção amostral, ou seja, 44,0% ↔ 55,4%, contém o referido valor populacional.

O ano da realização da pesquisa se enquadra no período iniciado em 1998, em que o Ministério da Saúde, com a finalidade de reduzir os níveis abusivos de cesáreas nos hospitais do SUS, baixou as portarias nº 2.816/1998, e nº 865/1999, definindo limites e prazos para alcançá-los e estabelecendo condição de pagamento por número limitado de procedimentos.

O declínio sistemático das taxas de cesáreas entre 1997, 1998 e 1999, observado nos dados do Data-SUS, leva quase que imediatamente a inferir sobre o efeito das referidas portarias. Todavia, um estudo multicêntrico recente (Cebap/Ministério da Saúde, 2001) conduzido em cinco unidades da Federação com altas taxas de cesárea, inclusive São Paulo, mostrou que as portarias foram mais bem aceitas por secretários estaduais e municipais de saúde do que por diretores de hospitais e responsáveis pela gineco-obstetrícia. Esses últimos apresentam várias maneiras de contornar a questão do limite, ou seja, procedimentos para atender as novas demandas por cesáreas quando a taxa já alcançou o limite fixado nas portarias. Esses procedimentos incluem: acordo entre médico e paciente, pelo qual o parto cesáreo é “pago por fora”; as cesáreas excedentes são remanejadas para o mês seguinte; os partos cesáreos são encaminhados para outro hospital; continua-se realizando a cesárea mesmo sem receber pagamento para tanto, desde que ela seja considerada necessária. Esses expedientes usados por

diretores de hospitais, em cumplicidade com os gineco-obstetras, poderiam estar levando a uma subnumeração das taxas oficiais registradas pelo Data-SUS a partir de 1998.

O resultado encontrado na pesquisa, que não depende de registros oficiais mas do relato das próprias mulheres, não mostrou diferença entre a taxa de cesáreas realizadas no setor público (50,7%) e no privado (49,3%). Esse elevado valor encontrado no setor público pode ser interpretado à luz dos mencionados expedientes.

A alta taxa de cesárea encontrada ganha outro significado quando se leva em conta a preferência das gestantes por parto normal, reafirmada nas duas entrevistas aplicadas antes da realização do parto, espaçadas de três meses. De fato, oito em cada dez mulheres desejavam parto normal, preferência esta não associada ao setor de atendimento de captação das entrevistadas. As razões mais alegadas para tanto diziam respeito a “parto normal é natural” e “a recuperação do parto normal é mais rápida”.

A consistência de um elevado percentual de preferências por parto normal durante o período gravídico levaria a supor que a mulher pudesse alcançar seu desejo, a menos que houvesse ocorrências não previstas a indicar realização de cesárea. Considerando um conjunto de condições que podem determinar a indicação de uma cesárea, a Organização Mundial da Saúde aceita como razoável uma taxa de cesáreas entre 6% e 16%. Desta forma, seria de se esperar que, do percentual de 80% de gestantes que desejavam parto normal, em média de 67,2% a 75,2% pudessem satisfazer seus desejos. Mas não foi o que sucedeu, uma vez que apenas 50,3% tiveram parto normal.

É aqui que o setor de atendimento ao parto jogou um importante papel no sentido de uma distorção (voluntária ou não) entre o desejo e a realidade. Foi no setor privado que a trajetória normal semiplena (N-N-C) ocorreu com maior frequência: 72% das múltiparas desejavam parto normal e entre elas N-N-C correspondeu a 52%, ou seja, apenas 48% tiveram o tipo de parto que desejavam, enquanto no setor público a distorção alcançou 27%. Das primíparas no setor privado, 97% desejavam parto normal e apenas 37% o conseguiram, enquanto no setor público 64,7% tiveram parto normal.

Perguntadas se “o médico fez a cesárea atendendo a um pedido seu”, as entrevistadas deixaram clara a interferência do gineco-obstetra no momento ou no entorno do parto. De fato, 80% das mulheres integrantes da trajetória semiplena

responderam com uma negativa. Destas, o maior percentual refere-se às primíparas atendidas pelo setor privado.

Na análise dos discursos das mulheres da trajetória semiplena em face da questão sobre o que sentiram ao saber que seu parto seria, ou foi, cesáreo, sobressaiu a decepção e frustração manifestada por 30,4% da mostra, a maioria composta de primíparas atendidas no setor privado. Algumas falas ilustram este sentimento: “lamentei” (primípara/privado, 28 anos); “fiquei nervosa e insegura” (primípara/privado, 35 anos); “fiquei assustada porque a decisão por parto cesáreo foi tomada de repente” (primípara, privado, 27 anos); “tive medo: tinha esperança de ter parto normal” (primípara/privado, 40 anos); “fiquei muito aborrecida” (primípara/privado, 35 anos); “fiquei decepcionada” (múltipara/privado, 28 anos); “fiquei desanimada: queria parto normal” (múltipara/público, 27 anos; primípara/público, 18 anos; primípara/público, 28 anos).

Um grupo de mulheres compensa a frustração evocando que o parto cesáreo, segundo o médico, foi para o bem do bebê, como atestam seus depoimentos: “tive medo mas o médico disse que o bebê corria risco” (múltipara/público, 29 anos); “decepcionada, me conformei pelo bem do bebê” (primípara/privado, 31 anos); “não queria mas aceitei para não prejudicar o bebê” (primípara/privado, 29 anos); “senti alívio porque a criança corria risco” (múltipara/público, 28 anos); “gostaria que tivesse sido parto normal, mas se a cesárea foi melhor para a saúde do bebê, tudo bem” (primípara/privado, 33 anos).

Corroboram esses resultados as manifestações de satisfação com o parto realizado por parte das mulheres integrantes da trajetória normal semiplena, em comparação com as da normal plena. Entre essas últimas, 94,5% sentiram-se satisfeitas ao ver seu desejo realizado, enquanto 80% das integrantes da semiplena declararam-se frustradas porque não tiveram parto normal.

As falas de múltiparas dessa trajetória reforçam o discurso corrente de muitos médicos de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”. De fato, 42,2% das múltiparas expressaram as seguintes opiniões: “eu nunca consegui parto normal, eu sabia que seria cesárea” (público, 27 anos); “já esperava que fosse cesárea” (público, 19 e 38 anos; privado, 25 anos); “tinha medo porque já tinha sofrido na primeira cesárea” (público, 23 anos); “eu já tinha feito cesárea antes” (público, 32 anos); “eu já sabia porque o anterior

foi cesárea” (privado, 32 e 35 anos); “concordei porque os partos anteriores foram cesáreas” (privado, 29 anos); “gostaria que fosse normal, mas os outros foram cesáreas” (privado, 31 anos).

Tendo todas essas múltiparas explicitado desejo por parto normal, tais declarações parecem à primeira vista contraditórias, mas podem refletir reelaborações de uma frustração por não terem conseguido realizar um desejo ou o fato de que adotam antes do parto o discurso esperado em prol do parto normal. Por outro lado, não se pode desconhecer que 18,8% das mulheres mencionaram que sentiram alívio com a cesárea porque não agüentavam mais esperar, ou tinham muita dor, ou tinham medo da dor. Essa manifestação veio principalmente de mulheres atendidas pelo setor público, na maior parte primíparas, o que leva a pensar que a analgesia para parto normal não estava amplamente disponível nos hospitais do SUS. Alguns discursos testemunham essa situação: “senti alívio, as dores iriam passar” (primíparas/público, 19, 21 e 27 anos; múltipara/público, 27 anos; múltipara/privado, 39 anos); “tive medo da dor” (primípara/privado, 25 anos); “senti alívio, queria resolver logo” (múltipara/público, 29 anos).

Outro elemento a considerar em torno do uso abusivo de cesáreas é o relato das mulheres da trajetória normal semiplena sobre as razões dadas pelos médicos para a realização de parto cesáreo. Mesmo sem a mais remota pretensão de enveredar pelo domínio técnico das situações que estariam a indicar em cada caso uma cesárea, chama a atenção que a “falta de dilatação” tenha sido o motivo alegado pelo médico para a realização de cesárea em 50% dessas mulheres, ainda mais quando se toma em conta que essa condição figura como “justificativa duvidosa” na classificação de Faúndes e Silva (1998).

O cenário que se procurou trazer à tona nesta breve discussão é marcado por preocupações quanto aos riscos físicos e emocionais a que estão expostas as mulheres no exercício de seus direitos reprodutivos.

Nos últimos anos o Ministério da Saúde tem tido uma intensa e positiva atuação na formulação de políticas visando a garantia desses direitos. São exemplos dessa posição a Lei do Planejamento Familiar (nº 9.263/1996), que regulamenta, entre outras, a questão da esterilização voluntária de homens e mulheres; as portarias nº 2.816/1998, nº 865/1999 e nº 466/2000, que tratam especificamente das cesáreas; a Portaria nº

2.815/1998, que regulamenta o pagamento de analgesia para parto normal; a Portaria nº 163/1998, que regulamenta a realização do parto normal, sem distócia, por enfermeira obstetra.

São medidas que visam orientar procedimentos e corrigir distorções, oferecer aos profissionais de saúde rumos apoiados em normas técnicas, abrir o campo para novos profissionais no atendimento ao parto, mas que levam certo tempo para serem assimiladas e implantadas nas “pontas” dos serviços de assistência. Assim, no caso da enfermeira obstetra, sua inserção no sistema visou propiciar-lhe o acompanhamento do trabalho de parto e sua execução se não houver distócia, e no caso de identificação de distócias obstétricas, a tomada de providências até a chegada do médico. Com isso esperava-se contribuir também para a redução dos índices de cesáreas. Ocorre que há ainda poucos desses profissionais no país, e mesmo no caso em que poderiam estar presentes e atuantes há muita resistência dos gineco-obstetras, que temem sua competição e alegam que ao fim e ao cabo a responsabilidade final é do médico. No caso específico do estado de São Paulo, embora o secretário da Saúde veja como positiva a incorporação desses profissionais no atendimento ao parto, muitos hospitais do SUS ainda não dispõem dos mesmos (Cebrap/Ministério da Saúde, 2001).

Outra medida no sentido de humanizar o parto e reduzir os níveis de cesáreas desnecessárias foi o pagamento de analgesia no parto normal. Chama a atenção, entretanto, a reação negativa a essa portaria por parte de diretores de hospitais, inclusive de São Paulo. As justificativas para a rejeição foram o baixo valor pago, o que além de desencorajar o anestesista é descontado do pagamento do obstetra, e a noção de que, se uma mulher vai receber “anestesia”, já se aproveita e faz cesárea (Cebrap/Ministério da Saúde, 2001).

Esses são apenas alguns exemplos das dificuldades na implementação de leis, decretos e portarias no âmbito do sistema de saúde pública, mas ainda poucas são as mulheres que conhecem esses instrumentos legais, tão vitais para o exercício da cidadania.

Mas ao término destas notas descortina-se uma réstia de esperança para que consigam no futuro realizar seus desejos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELFORT, P. A propósito do alargamento das indicações de cesárea. **Femina**, São Paulo, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v.17, n.12, 1989.

_____; MARQUES, C. P.; ARAKAKI, L. Operação cesariana: a propósito de suas indicações e índices. **Femina**, São Paulo, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v.17, n.4, 1989.

BERQUÓ, E. **Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil**. Rio de Janeiro, 1997. (mimeo) (A ser publicado em coletânea sobre saúde reprodutiva da mulher no Brasil, pela Escola Nacional de Saúde, Departamento de Ciências Sociais da Fundação Osvaldo Cruz).

_____. Brasil, um caso exemplar (anticoncepção e partos cirúrgicos) à espera de uma ação exemplar. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, UFRJ, n.2, p.366-381, 1993.

_____. A esterilização feminina no Brasil hoje. In: ENCONTRO INTERNACIONAL “SAÚDE DA MULHER: UM DIREITO A SER CONQUISTADO”, 1989, Brasília. **Anais...** Brasília. 1989. (mimeo)

_____. Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo: análise preliminar. **Textos NEPO 6**, Campinas, NEPO-UNICAMP, 1986.

_____; LOYOLA, M. A. União dos sexos e estratégias reprodutivas no Brasil **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v.1, n.1/2, 1984.

_____; OLIVEIRA, M. C. Introdução. In: _____; et al (eds.). **A fecundidade em São Paulo: características demográficas, biológicas e sociodemográficas**. São Paulo: CEBRAP, 1977.

BESTETI, H.; CECATTI, J. G.; FAÚNDES, A. Inquérito entre os obstetras sobre a realização de prova de trabalho de parto e o parto vaginal em gestantes com uma cesárea anterior. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.775-783, 1996.

BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. (orgs.). **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas**. Campinas: Prolap, ABEP, NEPO/UNICAMP, São Paulo: Ed.34, 1998. 488p.

BRAGA, L. F. C. Cesariana, uso e abuso. **Femina**, São Paulo, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v.16, n.12, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde/CEBRAP. **Estudo multicêntrico para avaliação cesáreas no país após as portarias n.2816 e n.867 do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Relatório final de pesquisa)

CASTRO, M. G. Esterilização de mulheres no Brasil. **Cadernos do Ceas**, Salvador, 1992.

CECATTI, J. G.; FAÚNDES, A. **O impacto das altas taxas de cesariana sobre a fecundidade de uma população**: estudo de coorte retrospectiva em Campinas. Campinas, Cemicamp, 1996. (Relatório técnico final)

CORRÊA, M. D. Cesariana: incidência ideal. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.2, n.1, 1992.

COSTA, C. F. F; et al. Esterilização tubária na operação cesariana. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.6, n.3, p.117-120, 1984.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elemento para uma reeleitura médico social. 1996. 207f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FARIA, V. Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos. In: ANPOCS. **Ciências sociais hoje**. São Paulo: Vértice, 1989. p.62-103.

FAÚNDES, A.; SILVA, J. L. P. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. **Femina**, São Paulo, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v.26, n.8, 1998.

_____; CECATTI, J. G. Which policy for caesarian sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. **Health Policy and Planning**, Inglaterra, v.8, n.1, p.33-42, 1993.

_____; _____. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, 1991.

GENTILE, F. P.; NORONHA FILHO, G.; CUNHA, A. A. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, 1997.

LANE, E; GELLERT JR., R. Cesárea: qual a incidência aceitável? **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v.94, n.10, p.437-439, 1994.

MELLO E SOUZA, C. Intervenções médicas e a integridade do corpo feminino na cultura reprodutiva brasileira. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 20., 1996, São Paulo. **Anais ...** São Paulo: ANPOCS, 1996.

MINELLA, L. S. A produção científica sobre esterilização feminina no Brasil nos anos 80 e no início dos 90: um debate em aberto. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Belo Horizonte, v.15, n.1, 1998.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO/NEPO-UNICAMP. **Saúde reprodutiva e práticas obstétricas no Brasil**. Campinas, NEPO-UNICAMP, 1996. (Relatório final da pesquisa) (mimeo)

OSAWA, R; MAMEDE, M. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v.105, n.1/2, p.3-9, 1995.

PIRES, M. B.; CECATTI, J. G.; FAÚNDES, A. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.4, p.342-48, 1999.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesáreas do estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.1, p.19-33, 1996.

RELATÓRIO da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento-CNPd, Fundo de População das Nações Unidas-FNUAP, 1994.

SERRUYA, S. **Mulheres esterilizadas**: submissão e desejo. Belém: UFPA-NAEA/UEPA, 1996.

SILVER, L. Cesariana: uma epidemia invisível. **Medicina Jornal do Conselho Federal**, Brasília, 1997. p.18-20.

YAZLLE, M.E.H.D.; et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.2, p.202-206, 2001.