

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

O projeto de lei da cesariana a pedido materno no Sistema Único de Saúde: Entre estratégias epistemológicas populistas e a produção da ignorância.

Sarah Guerra Gonzalez Cursino dos Santos

Brasília

2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

O projeto de lei da cesariana a pedido materno no Sistema Único de Saúde: Entre estratégias epistemológicas populistas e a produção da ignorância.

Sarah Guerra Gonzalez Cursino dos Santos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília (PPGSOL/UnB), sob orientação do Prof. Dr. Tiago Ribeiro Duarte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Setembro

2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

O projeto de lei da cesariana a pedido materno no Sistema Único de Saúde: Entre estratégias epistemológicas populistas e a produção da ignorância.

Autora: Sarah Guerra Gonzalez Cursino dos Santos

Orientador: Prof. Dr. Tiago Ribeiro Duarte

Banca: Prof. Dra. Letícia Cesarino (UFSC)

Prof. Dr. Fabrício Monteiro Neves (UnB)

Prof. Dr. Emerson Ferreira Rocha (UnB) –
Suplente

AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres grávidas, que em algum momento da minha jornada pesquisando gestação e parto contribuíram para melhorar meu entendimento sobre esse tema, compartilhando sentimentos e experiências íntimas de suas histórias. Apesar de não ter entrevistado gestantes na pesquisa de mestrado, o aprendizado fruto de pesquisas anteriores, feitas a partir de entrevistas com mulheres grávidas, foi fundamental nas reflexões feitas neste trabalho e os relatos dessas gestantes foram muito enriquecedores para a minha formação acadêmica.

A minha família, que sempre me apoiou e me incentivou para que eu pudesse me dedicar às atividades da pesquisa. Em especial aos meus amados pais, Eurico e Catarina, que estiveram sempre ao meu lado, me aconselhando e me dando forças, para que eu finalizasse a etapa da escrita da dissertação. Agradeço aos meus irmãos e à minha cunhada, João Pedro, Sofia e Maria Elisa, pelas conversas diárias e pela companhia nesse período pandêmico. Um agradecimento especial também à minha avó, Marlízia, que foi uma companhia muito especial e importante durante essa etapa.

Aos meus amigos do coração, em especial ao Eduardo, meu grande amigo e parceiro de vida, que acompanha minha trajetória e esteve ao meu lado nos momentos bons e ruins desde os idos de 2014. Agradeço também à Larissa, Thaís, Carol, amigas incríveis que fiz durante a trajetória acadêmica e pude compartilhar meus dilemas relacionados à pesquisa, além de contar sempre com a ajuda delas para vencer os desafios impostos pelo Mestrado. À Luana e à Letícia Karine, amigas de longa data, que foram sempre muito parceiras e próximas, me acalmando e me animando nos períodos mais conturbados da pesquisa. Ao Emerson e à Gabi, amigos incríveis que sempre me deram os melhores conselhos sobre o Mestrado.

Ao meu querido orientador, Tiago, que tornou a missão de escrever uma dissertação de mestrado algo exequível e um pouco menos complexo. Sem dúvidas, a orientação atenciosa e tranquila – que nem por isso deixou de ser exigente – foi imprescindível para que eu pudesse escrever esta dissertação. Agradeço também aos integrantes do CTP, grupo de pesquisa coordenado por ele, que fizeram importantes questionamentos e sugestões durante a realização da pesquisa.

Aos professores Letícia Cesarino e Fabrício Neves, por terem aceitado o convite para participar das bancas de qualificação e defesa de Mestrado. Agradeço também pelas contribuições feitas durante a banca de qualificação, as quais foram muito importantes durante o trabalho de campo e durante o processo de escrita da dissertação. Por fim, gostaria de agradecer aos docentes do Programa e às funcionárias da Secretaria, sempre dispostos a contribuir para a minha formação acadêmica, além de estarem sempre atentos para a resolução das pendências burocráticas.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as estratégias epistemológicas subjacentes ao PL da cesariana a pedido materno no SUS (Sistema Único de Saúde), proposto em 2019, pela Deputada Janaína Paschoal (PSL) na ALESP. A cesariana é um procedimento cirúrgico que surgiu no século XVI como uma tentativa de salvar a vida da mãe, já que muitas mulheres morriam em decorrência de complicações no momento do parto. A partir do século XIX, considerando o desenvolvimento da medicina e da técnica cirúrgica, uma série de mecanismos – como a assepsia, a antissepsia, a transfusão de sangue, a administração de ocitocina sintética e de antibióticos - surgiram para diminuir os riscos associados à realização da cesariana. Portanto, as taxas de morbimortalidade materna tiveram uma severa redução a partir desse período, fazendo com que a cesariana se tornasse uma prática obstétrica. Ao longo do século XX, as taxas de partos cirúrgicos cresceram substancialmente no mundo todo – principalmente no Brasil. Em 1985, a OMS emitiu uma declaração sobre os índices de cesarianas em populações e definiu que o ideal seria que 10 a 15% dos partos fossem feitos pela via cirúrgica. Segundo a entidade e outras instituições científicas nacionais e internacionais, a cesariana só deve ser feita quando há uma justificativa clínica para a realização do procedimento cirúrgico, considerando os riscos associados à cirurgia. No Brasil, entretanto, os índices de cesarianas realizadas continuou subindo e atingiu 57% em 2019, segundo dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). Apesar das orientações de entidades médicas brasileiras e internacionais sobre os riscos associados à realização de cesarianas sem justificativas clínicas, a Deputada Janaína Paschoal apresentou, em 2019, na ALESP, um PL que permite a cesariana solicitada pela mãe, sem a necessidade de razões médicas para a realização do procedimento. Inspirados pela Deputada, parlamentares de quase todas as unidades da federação propuseram projeto análogo nas assembleias legislativas estaduais e na CLDF. Nesse sentido, considerando que instituições científicas desaconselham a realização de operações cesarianas sem indicação clínica, analisei as motivações expostas pela parlamentar para a apresentação do PL. Para isso, mobilizei os conceitos de *populismo epistemológico*, *populismo médico* e *produção da ignorância*. A descoberta central desta pesquisa foi que a Deputada Janaína Paschoal, ao propor e justificar a lei, valoriza o conhecimento obtido a partir de experiências da vida cotidiana daquela parcela de mulheres que chegou ao *seu* conhecimento experiencial e espontâneo, em detrimento daquele conhecimento fruto da produção científica. Ademais, a parlamentar apresenta o debate sobre riscos relacionados à via de parto de forma simplista, sem considerar a complexidade do tema, além de selecionar dados específicos de alguns artigos para embasar sua posição a favor da operação cesariana independentemente da existência de uma justificativa clínica para a realização do procedimento cirúrgico.

Palavras-Chave: Cesariana; parto; medicina; legislação.

ABSTRACT

This dissertation examines the epistemological strategies that underpin the cesarean section by maternal request bill at the Brazilian Public Health System (SUS) proposed by the São Paulo State parliamentarian Janaína Paschoal (PSL) in 2019 at ALESP. Cesarean section is a surgical procedure that emerged in the 16th century as an attempt to save the mother's life, as many women died from complications during childbirth. Since the nineteenth century, considering the development of medicine and surgical technique, a series of mechanisms - such as asepsis, antisepsis, blood transfusion, the administration of synthetic oxytocin and antibiotics - emerged to reduce the risks associated with the performance of the cesarean. Therefore, maternal morbidity and mortality rates had a severe reduction from that period onwards, making cesarean an obstetric practice. Throughout the 20th century, the rates of surgical births grew considerably worldwide and particularly in Brazil. In 1985, the WHO issued a statement on the rates of cesarean sections in populations and defined that the ideal would be that 10 to 15% of births should be performed surgically. According to the entity and other national and international scientific institutions, cesarean sections should only be performed when there is a clinical justification for performing the surgical procedure, considering the risks associated with it. In Brazil, however, the rates of cesarean sections performed continued to rise and reached 57% in 2019, according to data from SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). Despite the guidelines of Brazilian and international medical entities on the risks associated with performing cesarean sections without clinical justification, Mrs. Janaína Paschoal presented, in 2019 at ALESP, a bill that allows cesarean section requested by the mother, without the need for medical reasons for performing the procedure. Inspired by the parliamentarian, politicians from most units of the federation proposed the same legislation for their respective states. In this sense, considering that scientific institutions advise against performing cesarean operations without clinical indication, I examine the motivations exposed by the parliamentarian for the presentation of the bill. I mobilized the concepts of epistemological populism, medical populism and production of ignorance. The central finding of this research was that Mrs. Janaína Paschoal, when proposing and justifying the bill, values the knowledge obtained from the experiences of women's daily lives, to the detriment of that scientific knowledge. Furthermore, the parliamentarian presents the debate on risks related to the mode of delivery in a simplistic way, without considering the complexity of the topic, in addition to selecting specific data from some articles to support her position in favor of cesarean operation regardless of clinical justification.

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

CONITEC – Comissão de Incorporação de Tecnologias ao SUS

DF – Distrito Federal

PL – Projeto de Lei

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

CLDF – Câmara Legislativa do Distrito Federal

OMS – Organização Mundial da Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Argumentos mobilizados na justificativa do PL da cesariana a pedido materno no SUS por Unidade da Federação.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Número absoluto de nascimentos por *via* de parto no Brasil (de 1994 a 2019).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 01 – Considerações teóricas.....	19
Considerações Finais.....	26
CAPÍTULO 02 - Do surgimento da operação cesariana como prática obstétrica à possibilidade da cesariana a pedido materno.....	27
2.1. A história da operação cesariana.....	28
2.2. O imaginário social associado ao parto e as preferências em relação à via de nascimento.....	30
2.3. Linhas argumentativas do PL da cesariana a pedido materno no SUS.....	35
2.4. Considerações Finais.....	44
CAPÍTULO 03 – Entre estratégias epistemológicas populistas e a produção da ignorância: uma análise do discurso da Deputada Janaína Paschoal sobre o PL 435/2019.....	46
3.1. O conhecimento fruto da experiência espontânea das mulheres e a lei da cesariana a pedido materno no SUS.....	47
3.2. O rearranjo das referências científicas em função da experiência sem controle científico vivida pelas mulheres na justificativa do PL 435/2019.....	55
3.3. Considerações Finais.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

INTRODUÇÃO

A reportagem “Parto normal ou cesárea? Quem decide – a mãe, o médico, o bebê?”, publicada pela Revista Época, em 2013, traz os relatos de duas mulheres sobre a preferência relacionada à via de parto¹. O primeiro depoimento é de *Marcela Buscato*, que diz preferir a operação cesariana. Ela afirma que nunca teve filhos e também não está grávida, mas, caso engravide, deseja o parto cirúrgico - apesar de conhecer todos os benefícios do parto normal. Em um texto corajoso, ela admite que prefere a operação cesariana por medo das dores do parto normal. Marcela afirma saber que o parto normal diminui os riscos de complicações, em comparação ao parto cirúrgico. Mas, para ela, é melhor marcar dia e hora para parir. Já o segundo relato é de *Ruth de Aquino*, que descreve como foram suas duas experiências de parto normal. Ela, apesar de ter tido dois filhos por meio de parto normais desejados, não defende o parto normal “a qualquer custo” e cita a experiência de uma conhecida que ficou 12 horas em trabalho de parto e no final foi submetida a uma operação cesariana. Para ela, a imposição de uma cesariana não é boa, assim como a “obsessão” pelo parto normal também não é. Ruth conclui que o melhor é a autodeterminação de uma mulher informada, que deve escolher como e com quem irá parir. Os relatos dessas duas mulheres, apesar de refletirem preferências distintas em relação à via de parto, apontam para a discussão sobre a necessidade de se considerarem os desejos das mulheres em relação ao parto.

O debate sobre a escolha da via de parto foi possível, apenas, a partir da consolidação da cesariana como prática obstétrica, assim como dos mecanismos capazes de controlar as complicações causadas pela cirurgia. Nos primeiros séculos após o registro do primeiro parto operatório, que data de 1500, a maioria das mulheres ainda morria durante ou após a realização do procedimento, já que técnicas importantes para controlar as complicações cirúrgicas – como assepsia, antissepsia, transfusão de sangue, administração de anestesia, uso de antibióticos e administração de ocitocina sintética – se consolidaram, apenas, a partir de meados do século XIX. Isso fez com que as taxas de operações cesarianas fossem muito baixas durante séculos e o debate sobre escolha em relação a via de parto não existisse, considerando que a cesariana só era realizada em último caso, quando não havia outra possibilidade de salvar a vida da mãe. A partir de

¹ Disponível em <https://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/ruth-de-aquino/noticia/2013/09/bparto-normal-ou-cesareab-quem-decide-o-medico-mae-o-bebe.html>. Acessado em 13/01/2020.

1850, houve um grande desenvolvimento da medicina e das técnicas cirúrgicas, o que possibilitou a consolidação da cesariana como prática obstétrica, já que ela se tornou uma via de parto segura. Entre 1850 e 1950, as taxas de operações cesarianas foram subindo lentamente, considerando a melhoria gradual da técnica cirúrgica e dos mecanismos que controlam as complicações causadas pelo procedimento. Entretanto, a partir de meados do século XX, a mortalidade materna associada à cirurgia já era bem reduzida, o que causou um aumento dos partos operatórios. Em 1985, a OMS (Organização Mundial da Saúde) publicou uma declaração em que alertava para os riscos de morbimortalidade materna associados a altas taxas de cesarianas em populações e recomendou que a cirurgia só fosse realizada caso houvesse uma justificativa clínica. Além disso, orientou que os países mantivessem as taxas de cesarianas entre 10% e 15% do total dos partos realizados, já que esse índice está associado a uma menor taxa de morte materna. No artigo “A operação cesárea no Brasil. Incidência, causas, consequências e propostas de ação”, Faúndes e Cecatti (1991) apontam a ocorrência de cesarianas por razões não-médicas. Esse estudo foi pioneiro na investigação sobre a interferência de fatores socioculturais nos índices de cesarianas no Brasil. Eles também observaram o rápido crescimento do número de cesarianas realizadas no país – que passaram de 10,9% em 1969 para 30,9% em 1982.

Apesar do alerta da OMS e de instituições científicas nacionais e internacionais, as taxas de cesarianas continuam subindo no Brasil. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponíveis no portal DATASUS, em 2009 o número de cesarianas realizadas ultrapassou a quantidade de partos normais, o que significa uma predominância do parto operatório no Brasil a partir dessa data. O total de operações cesarianas realizadas chegou, em 2019, a 57,1% dos partos realizados no país. Em meio a esse debate sobre o aumento do número de cesarianas no Brasil e no mundo, emergiu a ideia de cesariana *a pedido materno*. Como preconizaram Faúndes e Cecatti (1991), múltiplos fatores podem culminar na decisão pelo parto operatório e, dentre eles, pode-se citar a preferência da parturiente pela cirurgia, ao invés do parto normal. Segundo os autores, esse desejo pela operação cesariana está associado ao medo das dores causadas pelo trabalho de parto. Em pesquisa que realizei em 2018 no Distrito Federal e Entorno sobre preferência relacionada a via de parto (SANTOS, 2018), também constatei que o medo das dores do parto normal aflige muitas mulheres e representa o principal fator que as levam a desejarem a operação cesariana. No Brasil, os índices de cesarianas feitas na rede privada de saúde são bem maiores que as taxas de partos

cirúrgicos feitos no SUS (Sistema Único de Saúde). Isso acontece porque, na rede particular, muitas cesarianas são feitas por razões não-médicas – já que não há nenhum mecanismo que impeça a realização de cesarianas sem justificativa clínica. No SUS, como há um protocolo² que estabelece que os partos operatórios devem ser feitos, apenas, nos casos em que há uma justificativa clínica, as taxas de cesarianas são mais baixas. Porém, é imperioso destacar que, mesmo no SUS, as taxas de operações cesarianas ainda são bem maiores do que os índices recomendados pela OMS.

Em relação a este protocolo, o documento “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, elaborado pela CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS) e publicado em abril de 2015, orienta os médicos a dialogarem com as gestantes acerca dos benefícios do parto normal e sobre mecanismos de alívio da dor durante o trabalho de parto afim de evitar a realização de operações cesarianas sem indicação clínica. Caso seja necessário, o relatório também indica que os médicos encaminhem a gestante que sente medo do parto normal a uma equipe que preste o atendimento psicológico devido. Mas, se mesmo assim, a gestante considerar que, para ela, os benefícios da realização do procedimento cirúrgico superam seus riscos, a operação cesariana deve ser realizada.³ Essa normativa, entretanto, foi retirada do documento publicado em 2015, após uma atualização feita em 2016. Na edição revisada, os membros do corpo consultivo explicam que decidiram retirar as recomendações sobre a cesariana a pedido materno no SUS porque havia necessidade de maior reflexão e amadurecimento sobre possíveis recomendações relativas a realização dessa prática obstétrica.

Apesar da discussão sobre os altos índices de operações cesarianas no Brasil e os riscos associados a essa prática, a Deputada Janaína Paschoal (PSL) apresentou, no plenário da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP), em 2019, um PL (Projeto de Lei) que permite a realização de cesarianas a pedido da parturiente, sem a necessidade de uma justificativa clínica. A parlamentar argumenta que a mulher deve ter autonomia para escolher a via de seu parto, além de justificar que o parto normal é mais

² Os documentos “Diretrizes de Atenção ao Parto Normal” e “Diretrizes de Atenção ao Parto: Operação Cesariana”, formulados pela CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS), orientam os profissionais de saúde a realizarem cesarianas, apenas, por razões médicas bem definidas.

³ Apesar da normativa da CONITEC definir que a mulher pode ser submetida a uma cesariana sem indicação clínica após uma série de tentativas de convencimento para que ela seja submetida a um parto normal, muitas mulheres relatam que não lhes foi dado esse direito no momento do parto no âmbito do SUS.

arriscado do que a cesariana, alegando que muitos bebês morrem ou sofrem graves sequelas em razão da insistência no parto normal em condições adversas. É importante destacar que a ideia de que a cesariana representa uma via mais segura de parto para mãe e bebê não é corroborada pelos estudos que discutem riscos associados à via de parto (MASCARELLO, HORTA, SILVEIRA, 2017; CARDOSO, ALBERTI, PETROIANU, 2010; GREGORY *et al.*, 2012; BURROWS *et al.*, 2004; LIU *et al.*, 2007). A Deputada Janaína Paschoal afirma, ainda, que há uma imposição do parto normal no SUS, o que representa uma ideia errônea já que, desde 2009, são feitas mais cesarianas do que partos normais no País. Ela apresenta, também, outros argumentos para justificar a proposta – que serão discutidos ao longo dessa dissertação. Após a apresentação do PL 435/2019 na ALESP, várias outras propostas de lei – que também buscavam permitir a realização de cesarianas a pedido materno no SUS – foram apresentadas na maioria das assembleias legislativas brasileiras e na Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF). É importante destacar que os outros projetos foram inspirados no PL paulista e, por isso, os textos das legislações são muito similares ao PL apresentado na ALESP.

Esta pesquisa buscou analisar as razões que embasaram o PL da cesariana a pedido materno no SUS. Considerando que a OMS e outras instituições científicas têm alertado sobre os riscos associados a altos índices de cesarianas, o objetivo foi investigar a existência de alguma forma de *conhecimento alternativo* que justificasse a apresentação do PL. Conforme discutirei no terceiro capítulo deste trabalho, a Deputada Janaína Paschoal afirma que a motivação para a apresentação do PL foram os casos – aos quais ela teve acesso – de partos malsucedidos, em que houve o óbito da mãe e/ou do bebê. A parlamentar argumenta que as mortes ocorreram porque o desejo das mulheres pela operação cesariana não foi atendido e que, se a cirurgia tivesse sido realizada nesses casos, os óbitos teriam sido evitados. De acordo com ela, a gestante é quem tem a melhor capacidade de decidir a via de seu parto, considerando suas experiências de vida. Para interpretar essa ideia que embasou a apresentação do PL, mobilizarei a ideia de *populismo epistemológico*. Esse conceito se refere a uma maior valorização do conhecimento fruto das experiências de vida cotidiana, em detrimento do conhecimento formulado pela ciência. Nesse sentido, mostrarei uma série de ocasiões em que a parlamentar reafirma a ideia de que a experiência cotidiana das mulheres deve orientar a escolha sobre a via de parto, ao invés dessa decisão ser tomada pela equipe médica.

A fim de interpretar a justificativa do PL da cesariana a pedido materno no SUS, apresentado pela Deputada Janaína Paschoal, também mobilizarei as ideias de populismo médico e de rearranjo das referências científicas em função da experiência vivida pelas mulheres. Esses conceitos são importantes para compreender as estratégias populistas utilizadas pelos parlamentares proponentes das propostas de leis, que buscam aprovar uma legislação sem base científica. A ideia de populismo médico se refere a um estilo político – acionado durante crises de saúde pública – que busca jogar “o povo” contra “o sistema”, usando alegações de *conhecimento alternativo* para minar a credibilidade de médicos e cientistas. Esse conceito é importante para compreender a promoção da cesariana como um mecanismo capaz de solucionar os problemas relacionados à assistência obstétrica no Brasil – principalmente a morbimortalidade materna – sem a devida discussão sobre os riscos associados às operações cesarianas. Por fim, a ideia de rearranjo das referências científicas em função da experiência vivida por parcela indeterminada das mulheres é importante para discutir a seleção e manipulação de dados científicos no texto de justificativa do PL 435/2019. Esse conceito se refere à ideia de ignorância como construção ativa – ou manobra estratégica – para manter os indivíduos sem a informação necessária para a devida compreensão sobre determinado assunto. No caso descrito, a Deputada Janaína Paschoal seleciona alguns dados com o objetivo de corroborar sua posição favorável à operação cesariana. Ao final da pesquisa, pude concluir que a parlamentar aborda o problema de forma simplista, buscando promover a realização de operações cesarianas sem a devida discussão sobre os riscos relacionados ao referido procedimento cirúrgico.

Considerações metodológicas

Inicialmente, os procedimentos metodológicos previstos no projeto eram a realização de entrevistas semiestruturadas com os parlamentares proponentes da legislação que visa permitir a cesariana a pedido materno no SUS, tanto nas assembleias estaduais como na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. A ideia era realizar essas entrevistas com os parlamentos e, posteriormente, analisar esses dados utilizando o programa *Iramuteq*. Entretanto, a eclosão da pandemia de Covid-19, em março de 2020, dificultou a realização do trabalho de campo, considerando que a intensa circulação do vírus obrigou os governos estaduais, no Brasil, a limitarem a circulação de pessoas,

incluindo a suspensão de atividades presenciais em órgãos públicos, como as assembleias legislativas. Durante um período, tentei acessar os parlamentares por via telefônica, utilizando os números de seus gabinetes disponíveis nos sites oficiais das assembleias legislativas estaduais, Câmara dos Deputados e Senado Federal, mas não obtive sucesso. Depois de incontáveis tentativas, apenas dois parlamentares, a quem agradeço, responderam aos pedidos de entrevista, aceitando responder as questões via e-mail: a Deputada Janaína Paschoal (SP) e o Deputado Robério Negreiros (DF). Assim, foi necessário adaptar os procedimentos metodológicos da pesquisa para que fosse possível realizar a coleta de dados sem a necessidade de contatar um amplo número de parlamentares.

Nesse sentido, optei por realizar uma *análise de discurso* com o objetivo de analisar as razões que justificam a apresentação do PL da cesariana a pedido materno no SUS. De modo a operacionalizar a pesquisa, reuni documentos disponíveis nos sites oficiais das assembleias legislativas estaduais, Câmara e Senado, com o objetivo de analisar os discursos dos parlamentares proponentes da legislação que busca permitir a cesariana a pedido no SUS. Os documentos analisados foram as justificativas referentes aos PLs - que são anexadas à eles. A análise esteve centrada nas razões referentes à permissão da cesariana a pedido materno no SUS. Ao longo do trabalho, foquei a análise no discurso da Deputada Janaína Paschoal, primeira parlamentar a propor uma legislação que autoriza a cesariana a pedido materno no SUS. Além desses documentos, utilizei os dados contidos na entrevista concedida pela Deputada Janaína Paschoal, já que ela esclarece questões importantes relacionadas às motivações para a apresentação do PL.

A metodologia adotada na pesquisa possui uma abordagem qualitativa, na forma de análise de discurso. Essa perspectiva teórico-metodológica se origina da nova percepção em relação à função da linguagem, que não está restrita a um instrumento de comunicação, mas é apreendida como interação e construção social. A ideia geral é que, ao analisarem-se discursos, existem sentidos ocultos que devem ser percebidos, mas que sem a utilização de uma técnica adequada estes sentidos permanecem inatingíveis (FAGUNDES; NOGUEIRA, 2008). Segundo Anderson Gonçalves (2016), a análise de discurso é um método que trabalha com o sentido produzido, ao invés de analisar diretamente o conteúdo do texto. O autor explica que o discurso não se restringe a uma estrutura ordenada de palavras ou a uma forma de comunicação, mas abarca as relações entre discurso e realidade e carrega significados por meio dos processos sociais. Para

Chizzotti (2010), a análise do discurso visa analisar o uso da linguagem em discursos contextualizados de pessoas que se relacionam, como também os processos sociais que dão forma linguística e produzem sentido em suas interações. Nesse sentido, a utilização dessa metodologia qualitativa foi de suma importância para investigar as motivações que levaram à apresentação da proposta de lei que institucionaliza a cesariana a pedido materno no SUS.

Estrutura da dissertação

Essa dissertação estrutura-se em três capítulos. O primeiro capítulo visa apresentar o arcabouço teórico que norteará as discussões realizadas no resto do trabalho, considerando, principalmente, as ideias de populismo epistemológico, no sentido de valorização da experiência espontânea (sem a tutela dos sistemas peritos) das mulheres, populismo médico e rearranjo das referências científicas afim de corroborar o posicionamento favorável à operação cesariana, o que chamarei de produção da ignorância. O segundo capítulo tem como objetivo descrever a história da cesariana, mostrando como essa técnica evoluiu nos últimos 500 anos e se tornou uma das cirurgias mais consolidadas e seguras da medicina. Outro objetivo do capítulo é analisar os dados científicos recentes relativos à preferência em relação a via de parto. Além disso, também apresento, no capítulo 2, as linhas argumentativas mobilizadas no PL da cesariana a pedido no SUS apresentado na ALESP, assim como exponho, em uma tabela, as argumentações utilizadas nos demais estados e no DF. No terceiro capítulo, são analisadas as motivações que levaram a Deputada Janaína Paschoal a propor o PL da cesariana a pedido materno no SUS. Para isso, mobilizei as ideias de populismo epistemológico, populismo médico e rearranjo das referências científicas em função da experiência vivida pelas mulheres, que, como vimos, foram descritas no capítulo 1.

CAPÍTULO 1 – Considerações teóricas

Autores vinculados à virada participativa sugerem que a autoridade epistêmica da ciência perdeu força nas últimas décadas (JASANOFF, 2019; WYNNE, 1992, 1998; EPSTEIN, 1995). Considerando esse contexto, fala-se no surgimento de uma era da *pós-verdade*. Esse termo ganhou notoriedade no final de 2016, após as polêmicas envolvendo a saída do Reino Unido da União Européia – o Brexit – e as eleições presidenciais nos Estados Unidos, quando o Dicionário Oxford o definiu como “relativo ou referente a circunstâncias nas quais os fatos objetivos são menos influentes na opinião pública do que as emoções e as crenças pessoais” e o classificou como a palavra do ano. Segundo Pino e Piñedo (2017), as pessoas estão optando pela comodidade de validar aquelas informações que estão de acordo com suas crenças e desejos pessoais. Os autores afirmam que as redes sociais são responsáveis por esse fenômeno, já que eles entendem que esses novos meios de comunicação provocam uma “mutilação na qualidade dos conteúdos” e que “Influenciadores, Youtubers, blogueiros monopolizam o espaço de qualquer perito ou autoridade, e o cidadão se rende, extasiado diante da força arrasadora da emoção” (PINO e PINEDO, 2017). Para D’Ancona (2018), a base social da pós-verdade está na ruína do fenômeno da confiança nas sociedades, principalmente ao considerar o vínculo entre cidadãos, instituições e a classe política. Segundo o autor, a confiança é um mecanismo fundamental da sobrevivência humana, que permite o funcionamento das relações – desde um casamento até uma sociedade complexa (D’ANCONA, 2018).

Steve Fuller (2018), em seu livro *Pós-Verdade – Conhecimento como um jogo de poder*, tece uma crítica a essa definição clássica da ideia de pós-verdade, proposta pelo Dicionário de Oxford. Para Fuller (2018), trata-se de uma definição claramente pejorativa. Além disso, ele entende que a palavra ‘emoção’ é um jargão que serve, apenas, para obscurecer a ideia da expressão ‘pós-verdade’. No livro, Steve Fuller (2018) cita Pareto ao dizer que a ordem social é resultado da interação de dois tipos de elites. Fuller entende que, na era da pós-verdade, enquanto uma das elites tenta ganhar jogando de acordo com as regras estabelecidas, a outra tenta ganhar controlando quais são as regras e as modificando. Ao pensar sobre isso na realidade política, ele cita a disputa eleitoral entre Donald Trump e Hillary Clinton, considerando a figura de Trump como um representante dessa elite que busca vencer o jogo controlando e modificando as suas regras. Sendo assim, Fuller entende que a condição da pós-verdade acontece quando se

tenta vencer não apenas obedecendo as regras do jogo epistêmico, mas também as modificando.

Relacionado à ideia de pós-verdade, van Zoonen (2012) discute a emergência de uma *Eu- pistemologia*. A autora explica que o governo, a mídia e, principalmente, as instituições que produzem conhecimento – como as universidades e outros institutos de ensino e pesquisa – precisam que o público confie nas informações que estão sendo transmitidas. Entretanto, esse fato não é algo óbvio. Van Zoonen (2012), para argumentar que há uma desconfiança das pessoas relacionada às instituições, cita a campanha de vacinação de meninas de 12 e 13 anos contra o HPV, na Alemanha. Apesar desse vírus ser considerado uma das causas do câncer cervical, a campanha de vacinação encontrou uma inesperada resistência de muitas mães e de outros membros do público. Nesse sentido, muitas pessoas contestaram as informações relacionadas à necessidade e à segurança do procedimento. A campanha de vacinação na Alemanha, em seu primeiro ano, conseguiu vacinar apenas 44% das meninas nessa faixa etária. Van Zoonen traz outras exemplificações que reforçam a ideia de que membros do público estão desconfiando das instituições modernas, que nas últimas décadas desfrutavam de legitimidade epistêmica. No entanto, a autora também pondera que as estatísticas sobre a confiança do público na ciência, na educação e na medicina estão altas e estáveis. Van Zoonen explica que a confiança geral em determinadas instituições de conhecimento não impede que haja desconfiança relacionada a determinados pontos que essas instituições afirmam ser verdadeiras.

Considerando a problemática dessa *insegurança epistêmica*, em que os membros do público não sabem o que é verdade e quais atores são confiáveis para acessar a verdade, o que as pessoas fazem? Para van Zoonen (2012), elas voltaram-se para si mesmas como uma alternativa de conhecimento e compreensão. Assim, a autora explica que nas culturas política e popular, a figura do “eu” ganhou uma posição privilegiada para falar sobre algo. Zoonen (2012) cita que a política tem se tornado personalizada, já que os políticos evocam histórias pessoais para reivindicar o acesso ao discurso político certo. Ela explica que essa tendência é mais forte nos sistemas políticos em que os votos são direcionados a um candidato específico ao invés do voto em partidos políticos, mas pondera que o uso da história de vida como uma metáfora para o programa político que o candidato defende é comum a todos os sistemas políticos. Similarmente ao que acontece na política, van Zoonen (2012) aponta que a cultura popular também carrega o foco no pessoal. Ele

argumenta que modos de expressão subjetivos, autobiográficos e confessionais proliferaram durante os anos 1990. Desse modo, fica claro que, mais recentemente, tem-se considerado mais as experiências pessoais de cada um e se escutado mais o que os membros do público – individualmente – têm a dizer sobre algo. Aqui, é importante ressaltar que van Zoonen (2012) ressalta que muitos observadores apontam que esse movimento que coloca a experiência pessoal como fonte privilegiada de conhecimento é parte integrante do novo populismo de direita que surgiu em vários países europeus. Para exemplificar essa afirmação, a autora cita que a ascensão do partido holandês anti-islâmico e de seu líder é frequentemente lançada como uma vitória para o egoísmo não cívico, resumida no grito popular “eu, eu, eu e o resto pode morrer”

Ao discutir a ideia de uma epistemologia voltada para o *eu*, Letícia Cesarino (2021) argumenta que, em sociedades complexas, a ciência tem como *meta-função* produzir ordem. Já a pós-verdade trata-se de um fenômeno que muda drasticamente as bases de organizações da produção de conhecimento legítimo nas sociedades complexas. Para a autora, a pós-verdade pode ser definida como “uma condição epistêmica onde qualquer enunciado pode ser contestado por qualquer um, a um custo muito baixo”. Ela propõe essa definição em contraponto ao conceito de verdade apresentado por Latour e Woolgar - que definem a verdade como um “o conjunto dos enunciados considerados caros demais para serem modificados” (LATOURE, WOOLGAR, 1997; p.278). A autora afirma, ainda, que várias realidades podem emergir de um cenário em que há uma desorganização epistêmica profunda, onde a comunidade de cientistas deixa de ter a confiança social que possuía antes. Ela aponta que, por trás dessa desordem caracterizada pela desconfiança nos sistemas peritos, parece estar emergindo uma nova ordem. Cesarino (2021) entende que as sociedades complexas estão passando por uma transição em que o modelo mediacional que sustentou os sistemas peritos e as democracias representativas durante muito tempo está sendo substituído por outro. Ela destaca, ainda, que a nova estrutura mediacional está baseada nas próprias experiências de cada indivíduo, ao invés de um conhecimento que é compartilhado por uma coletividade. Nesse sentido, Cesarino argumenta que as mídias sociais que utilizam as ferramentas de imagens e vídeos – como o Instagram e o Tik Tok – ganharam mais popularidade recentemente por serem menos falsificáveis e, dessa forma, possuem uma maior legitimidade epistêmica. Seria, segundo a autora, o retorno do “ver para crer”. Ela destaca como as pessoas recorrem, cada vez mais, à experiência sensorial imediata. Além disso,

Cesarino (2021) ressalta que o método científico e a estatística perderam poder e influência e estão sendo substituídos pelo conhecimento pautado na experiência imediata e pessoal, dos sentidos, afetos e intuições.

Nessa nova perspectiva, que está atrelada ao surgimento de uma era da pós-verdade, emergem, também, dois novos conceitos: o de *contraconhecimento* e o de *populismo epistemológico*. Segundo Ylä-Anttila (2018), já é sabido que o populismo valoriza o conhecimento de pessoas comuns – a chamada sabedoria popular – em detrimento do conhecimento formulado por especialistas. Saurette e Gunster (2011) entendem que o *populismo epistemológico* é uma política de valorização do conhecimento de pessoas leigas, em razão de suas experiências na vida diária. Nesse sentido, os autores pontuam que o populismo epistemológico também pode implicar o uso de novos argumentos no debate político, argumentos que valorizam o conhecimento de pessoas comuns, que estas possuem a partir da proximidade com a vida cotidiana, e que este é estabelecido por meio de suposições e técnicas retóricas – como a afirmação de que as opiniões pessoais baseadas na experiência são muito mais confiáveis do que os conhecimentos formulados a partir de teorias e estudos acadêmicos. Além disso, o populismo epistemológico também se caracteriza pela ideia de privilégio da intensidade emocional como um indicador de confiabilidade e pelo uso do discurso para denunciar outras formas de conhecimento como elitistas e, portanto, considerá-las ilegítimas.

Associado à ideia de populismo epistemológico, Ylä-Anttila (2018) propõe a ideia de *contraconhecimento* para denotar as contestações das autoridades epistêmicas tradicionais a partir da defesa de formas de conhecimento alternativas. Gosa (2011), em um artigo que investiga como a cultura do hip hop se utiliza de ideias conspiratórias para desafiar a desigualdade racial, entende que a cultura do hip hop pode ser compreendida como uma forma de *contraconhecimento*, já que trata-se de um sistema de conhecimento alternativo que busca entreter ao mesmo tempo em que desafia sistemas de conhecimento dominados pelos brancos, como a academia. Por fim, Ylä-Anttila (2018) pontua que o *contraconhecimento* pode ser definido como “conhecimento alternativo que desafia o conhecimento estabelecido, substituindo as autoridades vigentes do conhecimento por novas, proporcionando uma oportunidade para mobilização política”.

Outro elemento relevante para compreendermos o período da pós-verdade é o *populismo médico*. No artigo “A aliança da hidroxiquina: como líderes da extrema direita e pregadores da ciência alternativa se reuniram para promover uma droga

milagrosa”, Casarões e Magalhães (2020) utilizam a ideia de *populismo médico* – de Lasco e Curato (2018) – para investigar as razões pelas quais líderes populistas de alguns países têm promovido a hidroxicloroquina, uma droga sem eficácia comprovada para tratar a Covid-19, como um mecanismo eficaz para o tratamento da doença. Esse conceito se refere a um estilo político performático, acionado durante crises de saúde pública, o qual joga “o povo” contra “o sistema” usando alegações de conhecimento alternativo para lançar dúvidas sobre a credibilidade de médicos e cientistas. É importante destacar que a ideia de conhecimento alternativo está associada à falta de rigor metodológico. Os autores argumentam que existem dois principais motivos pelos quais algumas lideranças decidiram promover a hidroxicloroquina – droga sem eficácia comprovada para o tratamento da Covid-19 e com comprovados riscos de arritmia e outros problemas cardíacos a quem a utiliza. O primeiro deles é que a promoção da hidroxicloroquina permitiu que os líderes populistas aumentassem – ou pelo menos mantivessem – suas popularidades. Nesse caso, os autores destacam que a droga funciona como um instrumento performático do populismo médico. A segunda razão é que, considerando a crise do coronavírus, muitas lideranças populistas buscaram construir uma rede de ciência alternativa, a qual serve como uma plataforma para médicos, empresários, lobistas e líderes religiosos que estão ligados ao movimento de extrema direita ao redor do mundo. Casarões e Magalhães (2020) destacam que a ciência alternativa está ligada ao avanço público de afirmações científicas em uma encruzilhada entre evidências parciais, pseudociência e teorias da conspiração, que são defendidas pelos líderes populistas.

Ademais, Casarões e Magalhães (2020) entendem que o populismo transmite a ideia de povo em três sentidos distintos: (a) o povo como fonte de soberania; (b) o povo como elemento constituinte de uma nação; (c) o povo como fonte de uma sabedoria convencional, de “senso comum”. Para investigar a promoção da hidroxicloroquina, os autores adotaram o terceiro sentido (c) da ideia de populismo. Os autores afirmam que a demonização da ciência pelos populistas tem efeitos profundos nas políticas de saúde, como aconteceu no fracasso da vacinação para a prevenção do H1N1, segundo análise de Parmet (2010). Ademais, Casarões e Magalhães (2020) entendem que os populistas médicos se opõem às respostas tecnocráticas tradicionais politizando, simplificando e espetacularizando questões complexas de saúde. No caso descrito, Jair Bolsonaro, Donald Trump e outras lideranças populistas tentaram melhorar suas popularidades em casa às custas da ciência tradicional e de autoridades nacionais e internacionais. Além disso, os

autores também destacam que os principais personagens envolvidos na promoção inicial da cloroquina detêm um histórico de controvérsias científicas.

Arelado às ideias de populismo epistemológico e contraconhecimento, está o debate sociológico sobre o problema da confiança. Como já foi pontuado anteriormente nesse texto, a ideia de populismo epistemológico está relacionada a uma valorização do conhecimento advindo das experiências pessoais de cada indivíduo em detrimento daquele conhecimento formulado pelos sistemas de conhecimento técnicos – os chamados sistemas peritos (GIDDENS, 1991). Nesse sentido, a emergência desse populismo epistemológico também impacta a confiança nos sistemas peritos. Em sociedades em que, cada vez mais, surgem formas de contraconhecimento, cresce a desconfiança nos sistemas peritos e nos conhecimentos produzidos pelas instituições científicas.

A confiança é fenômeno que tem sido amplamente estudado e discutido pelas ciências sociais. A literatura que discute a ideia de confiança define, de diferentes formas, esse termo (BIGLEY & PEARCE, 1998; HALL *et al.*, 2002). Nesta dissertação adotarei a noção de Anthony Giddens (1991), a qual é particularmente útil para se pensar a confiança no conhecimento científico. O autor define confiança como sendo “*a crença na credibilidade de uma pessoa ou sistema, tendo em vista um dado conjunto de resultados ou eventos, em que essa crença expressa uma fé na probidade ou amor de um outro, ou na correção de princípios abstratos (conhecimento técnico)*” (GIDEENS, 1991, p. 36).

Ademais, outra ideia importante para refletir sobre a chamada era da pós-verdade é a de *produção da ignorância*. O livro “*Agnotology – The Making and Unmaking of Ignorance*”, editado por Robert Proctor e Londa Schiebinger, reúne vários trabalhos sobre a ideia de ignorância. Os debates feitos na obra se referem à produção consciente, inconsciente e estrutural da ignorância, além das reflexões sobre as causas e conformações desse fenômeno. A ideia central do livro é problematizar a ignorância e não a tratar como algo natural. No nono capítulo do livro, Michael Smithson (2008) debate as teorias sociais da ignorância e pontua que, para os intelectuais do Ocidente, existem algumas características importantes desse fenômeno. Eles descrevem a ignorância como sendo: (a) uma construção social; (b) um componente fundamental para as relações sociais e cultura; (c) algo que não representa, necessariamente, uma desvantagem para os ignorantes; (d) capaz de penetrar e interferir na cognição, nas ações

e emoções individuais, nas relações sociais e em elementos culturais. Além dessas caracterizações, Robert Proctor (2008) pontua que, apesar da ignorância ser comumente vista como algo que deve ser corrigido, como um vazio em que não há conhecimento, esta não necessariamente é ruim, considerando que as pessoas não precisam saber de todas as coisas durante todo tempo. Segundo o autor, um dos princípios dos Estados liberais é que a onisciência é perigosa, logo existem certas coisas que não devem ser reveladas. Para exemplificar uma ignorância que pode ser boa, ele cita o caso do Tribunal do Júri, em que as pessoas que o compõem devem ser mantidas na ignorância porque o conhecimento pode representar uma parcialidade.

Robert Proctor (2008) ressalta que existem três formas principais de ignorância, que são descritas por ele no primeiro capítulo da obra. A primeira delas se refere à ignorância em um sentido de *estado primitivo*. Nesse tipo de ignorância, ela é vista como algo a ser superado, como um espaço que ainda não foi preenchido pelo conhecimento. Entretanto, é esperado que isso mude com o tempo, já que é causada pela ingenuidade da juventude ou por uma educação inadequada. Aqui, o autor destaca que essa forma de ignorância é vista como um recurso necessário para manter a ciência em funcionamento. Ou seja, trata-se de um mecanismo importante para alimentar o apetite que move a produção científica. A segunda forma desse fenômeno, descrita por Proctor (2008), se refere à ignorância como uma *escolha seletiva*. Para o autor, a ideia central aqui é, que ao escolhermos estudar algo e não outros temas, acontece uma *seletividade*. Ou seja, ao focarmos em determinado assunto, estamos ignorando outros. Para o autor, esse tipo de ignorância é fruto da desatenção. Por último, ele discute a ignorância como uma *manobra estratégica* – ou o que o autor chama de “construção ativa”. Aqui finalmente chegamos ao sentido de ignorância que é particularmente relevante para o contexto deste trabalho. Segundo Proctor (2008), a ignorância aqui é vista como algo que pode ser *fabricado ou manipulado*, fazendo um trabalho ativo para gerar dúvidas e desinformação. O autor destaca que a ignorância como uma construção ativa é pouco abordada pelos filósofos, mas ele entende que esta pode ser parte de um plano deliberado, pensado.

A fim de descrever a ignorância como *manobra estratégica*, ele utiliza o caso da indústria de tabaco. Segundo Proctor (2008), essa indústria trabalha ativamente para mascarar os malefícios à saúde causado pelo consumo de tabaco. De acordo com o autor, partir dos anos de 1950, quando se concluiu que o tabagismo estava matando milhares de pessoas anualmente, a indústria do cigarro iniciou uma campanha milionária que buscava

mostrar aos seus consumidores que os malefícios do fumo ainda não tinham sido comprovados. A indústria do tabaco, então adotou uma série de estratégias para deliberadamente produzir a ignorância, para que as pessoas continuassem com dúvidas e desinformadas – e, por conseguinte, continuassem a consumir tabaco. Há, portanto, uma *construção ativa* da ignorância, já que a indústria fingia não saber dos perigos causados pelo fumo e afirmava não existirem provas concretas que sustentavam a ideia de que fumar representa um fator de risco à saúde.

Considerações Finais

Neste capítulo, observei o surgimento de uma era da pós-verdade, que reflete a perda da *autoridade epistêmica* da ciência. Neste contexto, emergem outras formas de conhecimento que disputam espaço com instituições científicas. No presente trabalho, busquei identificar alguma forma de *conhecimento alternativo* que justificasse a apresentação do PL da cesariana a pedido materno no SUS, proposto pela Deputada Janaína Paschoal (PSL) na ALESP, em 2019, já que as entidades científicas nacionais e internacionais recomendam que as cesarianas sejam realizadas apenas quando há uma indicação clínica. Nesse sentido, observei que a literatura destaca a valorização dos conhecimentos baseados nas experiências cotidianas, em detrimento do conhecimento científico. Alguns autores chamaram esse fenômeno de *populismo epistemológico* e ele será importante para compreender as bases do referido projeto de lei que serão discutidas no terceiro capítulo deste trabalho. Ademais, discuti a ideia de *produção da ignorância*, que acontece quando dados científicos são selecionados a fim de corroborar determinado ponto de vista. Nesta pesquisa, esse conceito será importante para elaborar uma reflexão acerca dos dados de artigos científicos trazidos pela parlamentar na justificativa. Por fim, apresentei a noção de *populismo médico*, que será importante para entender a simplificação de questões complexas de saúde por lideranças populistas no caso estudado.

CAPÍTULO 2 – Do surgimento da operação cesariana como prática obstétrica à possibilidade da cesariana a pedido materno.

A operação cesariana foi uma técnica cirúrgica que se desenvolveu ao longo do tempo. Entre a primeira cesariana realizada até o parto cirúrgico se tornar uma prática obstétrica consolidada e segura passaram-se alguns séculos. Esse processo de aperfeiçoamento da técnica cirúrgica e dos mecanismos que controlam as complicações foi imprescindível para que ela se tornasse segura. Na primeira seção deste capítulo, descreverei a história da cesariana e buscarei mostrar como uma via de parto que, inicialmente, culminava no óbito da mãe na maioria das vezes – e, por isso, era utilizada apenas em último caso - se tornou uma das técnicas cirúrgicas mais sólidas da medicina. Ademais, buscarei demonstrar que a evolução dessa técnica cirúrgica tornou possível o debate sobre a cesariana a pedido materno. Como já vimos anteriormente, esse termo se refere à operação cesariana que é solicitada pela gestante, apenas por uma preferência da parturiente. Ou seja, quando não há nenhuma indicação clínica para realizar o procedimento, mas motivos de outra ordem fazem com que algumas mulheres prefiram a cesariana ao parto normal. Na rede privada de saúde, é comum que as mulheres peçam para parir pela via operatória e essa solicitação é, via de regra, aceita pelos médicos. Além disso, é sabido que muitos médicos preferem realizar operações cesarianas em detrimento do parto normal, já que estes costumam ser bem mais demorados⁴. Por isso, os índices de operações cesarianas realizadas na rede privada de saúde são altíssimos no Brasil, podendo chegar a 85% em algumas unidades da federação – como acontece no DF. Entretanto, a política obstétrica no SUS é que as mulheres sejam submetidas a operações cesarianas apenas nos casos em que haja uma indicação clínica que justifique a realização do procedimento, conforme orienta a OMS.

A partir de 2019, vários projetos de leis buscando autorizar a cesariana a pedido materno no SUS foram apresentados em dezenas de casas legislativas estaduais brasileiras, além de terem sido propostos, também, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Essas proposições de lei visam permitir que a gestante escolha a via de parto do seu filho ou filha no SUS, já que o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde define

⁴ Ao mesmo tempo que a maioria dos partos normais demoram entre 12h e 24h (outros podem demorar até 48h), as operações cesarianas, normalmente, costumam demorar em torno de 40 minutos.

que cesarianas devem ser feitas, apenas, quando há uma justificativa clínica para a realização deste procedimento cirúrgico. Na segunda seção deste capítulo, buscarei descrever as linhas argumentativas expostas pelos parlamentares nas justificativas dos 24 Projetos de Leis sobre o assunto. Apresentarei, então, em detalhes as justificativas da lei que estabelece que a gestante é quem deve decidir a via de nascimento de seu filho.

A Deputada Estadual Janaína Paschoal (SP) foi a primeira parlamentar a propor a lei da cesariana a pedido no Brasil. Após a apresentação do PL 435/2019 na ALESP, várias outros parlamentares apresentaram projetos de lei que tinham esse mesmo objetivo: permitir que a gestante opte pela cesariana no SUS, independentemente da existência de uma justificativa clínica para a realização da cirurgia. Ao ler os projetos sobre o tema que tramitam nas casas legislativas estaduais e federais do país, percebi que as linhas argumentativas são muito semelhantes – ou até idênticas – àquelas expostas no PL apresentado na ALESP. Nesse sentido, é interessante observar que as argumentações se repetem nas mais diversas regiões do Brasil. Tendo posto isto, enfocarei o projeto *original* que busca permitir a realização da cesariana a pedido materno no SUS - apresentado pela Deputada Janaína Paschoal na ALESP, em 2019, já que ele foi o primeiro a ser apresentado e serviu como *inspiração* para dezenas de outros projetos propostos (que tratam do mesmo tema) em todas as regiões do território nacional.

2.1. A história da operação cesariana

A possibilidade de mais de uma via de nascimento é algo relativamente recente. A ciência médica desenvolveu uma via cirúrgica de parturição: a *cesariana*. Essa forma de parir surgiu como um mecanismo alternativo, para que fosse possível salvar a vida da mãe e da criança em casos de partos vaginais muito difíceis e complicados. (BRENES, 1991; MARTINS, 2004; PARENTE *et al.*, 2010). No início da história da cesariana como uma prática obstétrica, no final do século XVI, as taxas de mortalidade materna eram muito elevadas, visto que a medicina ainda não tinha desenvolvido as tecnologias médicas necessárias para controlar as complicações características de uma cirurgia de médio porte. (PARENTE *et al.*, 2010). Por isso, o parto cirúrgico era a última alternativa de parturição, já que, na maioria das vezes, a operação cesariana levava a parturiente ao óbito. Nessa época, muitos médicos e autoridades ainda eram contrários à realização de operações cesarianas, já que essa cirurgia não era vista como um progresso na obstetrícia

(PARENTE *et al*, 2010). Assim, aos poucos foram desenvolvidos meios de tornar a cesariana um procedimento seguro.

Como aponta Foucault (1989), uma nova concepção de hospital foi imprescindível para que as tecnologias capazes de dar segurança às operações cesarianas fossem desenvolvidas. Os hospitais que, no passado, eram tidos como “morredouros” para os doentes pobres e funcionavam como instituições capazes de isolar essas pessoas do resto da população, passaram a ser locais capazes de proporcionar a cura. Para Michel Foucault (1989), a disciplina - que impunha técnicas de vigilância e controle - permitia que os doentes fossem observados a todo tempo. E, nesse sentido, foi importante para que a ciência médica se desenvolvesse, funcionando como o que Foucault denomina de “máquina de curar”.

“Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e *formação de saber*. E então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é quotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. E assim que naturalmente se chega, entre 1780/1790, a afirmar que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital. Além de ser um lugar de cura, este é também lugar de formação de médicos. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital” (FOUCAULT, 1989, p. 63, grifo meu).

Para Foucault (2014), um dos pilares da nova medicina é a observação intensa, propiciada pelos hospitais modernos, em que muitos casos são analisados de forma concomitante. Ele fala da necessidade de um “olhar equipado com uma armadura lógica” e, assim, observa-se que essa nova medicina é fundamentalmente empírica. Além disso, também é importante pontuar que a medicina moderna incorpora elementos estatísticos e uma preocupação com dados referentes à taxas de natalidade, mortalidade e morbidade. Nesse sentido, o livro mostra como a medicina moderna adota o método positivista, calcado na observação, para que sejam desenvolvidas novas tecnologias médicas capazes de curar e diminuir o sofrimento dos indivíduos (FOUCAULT, 2014).

Considerando o surgimento da medicina moderna, a técnica da operação cesariana foi, gradualmente, sendo aperfeiçoada e foram desenvolvidas tecnologias médicas capazes de mitigar as complicações causadas pela cirurgia – como o advento da anestesia, da assepsia, da antisepsia, dos antibióticos, da sintetização da ocitocina e a possibilidade de transfusões sanguíneas. A partir de meados do século XIX, nota-se uma queda sensível nas taxas de óbito materno. Nesse sentido, observa-se o resultado do progresso científico

que foi capaz de produzir uma via de parto alternativa e reduzir o número de mulheres que não sobrevivem ao processo de parturição. (BRENES, 1991; MARTINS, 2004; PARENTE *et al.*, 2010).

As técnicas que tornaram a cesariana uma forma alternativa de parturição capaz de salvar a vida da mãe surgiram na Europa e, no século XX, já tinham chegado ao Brasil. (BRENES, 1991; MARTINS, 2004). Segundo Faúndes e Cecatti (1991), ao longo deste século, o número de cesarianas realizadas aumentou a cada década. O aumento das taxas de cesarianas é um fenômeno que ocorre em quase todos os países do mundo, mas, no Brasil, a curva de crescimento dessa cirurgia é ainda mais acentuada. O índice de partos cirúrgicos no país passou de 14,1% em 1970 para 31% em 1980. Esse crescimento nas taxas de operações cesarianas em todo o mundo e, em especial, no Brasil, aconteceu não apenas devido ao aperfeiçoamento da técnica cirúrgica como também ao desenvolvimento de outras técnicas capazes de mitigar complicações da cirurgia. (FAÚNDES; CECATTI, 1991). A incidência de operações realizadas, após 1980, continuou crescendo e, em 2017, mais de 55% dos partos no país foram feitos por meio de cesarianas. (SINASC, 2018).

2.2. O imaginário social associado ao parto e as preferências em relação à via de nascimento.

O artigo de Faúndes e Cecatti, publicado em 1991, quando as taxas de cesarianas eram bem menores que as verificadas nos dias atuais, já alertava para o rápido crescimento dos índices de partos cirúrgicos realizados no Brasil. Os autores são pioneiros na discussão que trata dos fatores que levam à alta incidência de cesariana no país. Eles pontuam que as cesarianas não são feitas apenas por questões médicas e que existem fatores socioculturais capazes de interferir nos índices de partos cirúrgicos realizados no Brasil. Eles explicam que é possível verificar isso ao comparar os índices de cesarianas realizadas em diferentes regiões do país, já que, em estados mais pobres são verificados menores índices de partos feitos pela via alta⁵ do que nos estados mais ricos do país, mas, ao mesmo tempo, a população mais pobre é mais suscetível a patologias

⁵ O termo “parto pela via alta” refere-se a operação cesariana.

obstétricas e a complicações na gravidez e no parto. Assim, se as cesarianas fossem feitas apenas por razões médicas, os estados mais pobres deveriam ter taxas mais altas de partos cirúrgicos – e o que acontece é o contrário.

Eles destacam a existência de três elementos socioculturais principais capazes de interferir nos índices de operações cesarianas. O primeiro deles refere-se ao medo da dor durante o trabalho de parto. Para Faúndes e Cecatti (1991), muitas mulheres temem as dores associadas ao parto normal e preferem a via cirúrgica de parturição por entenderem que a administração de analgesia antes da realização da cirurgia - e também depois dela - fará com que elas não sintam dores. Além desse fator, os autores destacam que muitas mulheres também preferem o parto cirúrgico por desejarem que a anatomia e a fisiologia do períneo e da vagina continuem intactas. O terceiro elemento pontuado por Faúndes e Cecatti (1991) refere-se a ideia de que a operação cesariana é uma via de parturição menos arriscada do que o parto normal. Nesse sentido, em casos de desfechos negativos durante o parto normal, o médico é responsabilizado já que não optou pela realização da cesariana para salvar a vida do bebê. Ao mesmo tempo, os autores destacam que quando o óbito neonatal acontece durante a cesariana, diz-se que o resultado negativo aconteceu “apesar” da cesariana e não “porque” se optou por essa via de parto – como acontece com óbito neonatal durante a via normal de parturição (FAÚNDES; CECATTI, 1991). Em pesquisa qualitativa com teor semelhante que realizei em 2018, busquei investigar as preferências das mulheres do Distrito Federal e Entorno em relação à via de parto e também como acontecia o processo decisório relacionado ao tipo de parto (SANTOS, 2018). Pude observar que, apesar da maioria das mulheres preferir a via normal de parturição no início da gestação - dado corroborado pela pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL, 2014) -, outros elementos influenciam a decisão em relação à via de parto. Alguns fatores como indicação médica, “pressão social” – que se refere a quando pessoas próximas a gestante a convencem a realizar o procedimento cirúrgico - e ansiedade – que acontece quando a gestante não aguenta esperar pela chegada da criança por meio do parto normal - contribuem para a preferência da cesariana como via de parto.

Após a publicação do artigo de Faúndes e Cecatti (1991), outros estudos buscaram discutir a existência de uma *disposição cultural* capaz de explicar o alto número de partos operatórios realizados no país. O artigo “*A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil*”, escrito por Andreza Nakano, Claudia Bonan e Luiz Teixeira (2015), analisa os discursos

de mulheres que pariram pela via cirúrgica na rede privada de saúde nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. Apesar da pesquisa ter sido feita com mulheres inseridas em contexto socioeconômico diferente daquele em que estão as usuárias do SUS, as considerações feitas no artigo são importantes para refletir sobre a lógica cultural que envolve o alto índice de operações cesarianas realizadas no País. Na referida pesquisa, 33 mulheres que pariram pela via operatória foram contatadas por telefone e descreveram suas experiências de gestação e parto. A partir dos relatos das entrevistadas, os autores concluíram que existem uma série de fatores culturais que contribuem para a normalização da cesariana como um modo de nascer.

Primeiramente, os autores destacam o *imaginário social* que circunda a via normal de parturição. Segundo eles, “as visões do parto vaginal como mais doloroso, mais arriscado para bebês e mães, mais lesivo para o corpo e a sexualidade da mulher e de cesáreas salvadoras atuam de modo importante na elaboração de valores relacionados ao parto e ao nascimento”. Nesse sentido, o parto normal é visto como algo primitivo, cercado de dor e sofrimento, que traz a ideia de descontrole. No sentido contrário, a cesariana é representada como uma forma de parto moderna, controlada, limpa e segura. Além disso, as dores intensas causadas pelo trabalho de parto não estão presentes na cena do parto operatório. O texto ressalta que a forma da representação das vias de parto na grande mídia – como em novelas, filmes, programas de televisão, matérias de revistas - contribui para a construção desse imaginário social. De acordo com os autores, os relatos das mulheres entrevistadas trazem imagens negativas associadas ao parto normal, que incluem gritos, contorções, sangue, espasmos e descontrole. Ao mesmo tempo em que o parto vaginal é visto como algo degradante por elas, as descrições associadas à operação cesariana são de uma via controlada e segura, e as dores causadas pelo pós-operatório são vistas como normais, já que são comuns a outros procedimentos cirúrgicos já experimentados por elas.

Ademais, o setor privado de assistência obstétrica oferece a possibilidade de uma experiência de parto seguindo um roteiro planejado, como o local da cirurgia, a data e horário, além dos atores que irão compor a cena do nascimento. Com isso, destaca-se a possibilidade de contratação prévia de serviços não médicos – como filmagem, fotografia, maquiagem, dentre outros – e instalações hospitalares que possuem a qualidade de hotéis de alto padrão (NAKANO *et al.*, 2015). Essa lógica de planejamento presente no parto operatório também contribui para a construção de um imaginário social em que a

cesariana é representada como uma forma controlada, segura e confortável de parir. Nesse sentido, esses elementos culturais citados nos permitem concluir que a cesariana, atualmente, funciona como um *bem de consumo* para as classes mais favorecidas da população. Nesse sentido, é possível levantar a hipótese de que a camada mais pobre da população, ao preferir a operação cesariana como via de parto, queira acessar esse *bem de consumo* como uma forma, inclusive, de pertencimento a camadas mais bem favorecidas, já que a via cirúrgica é vista como um meio *moderno* de parturição, em contraponto ao parto vaginal – que é representado como algo primitivo e atrasado.

No artigo “*Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto*”, Silva e colaboradores destacam os resultados de uma pesquisa feita com 190 mulheres no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HCUFTM), que mostra que quase um terço das parturientes prefere a operação cesariana à via vaginal. O estudo foi realizado em três etapas: identificação da preferência pela via de parto, a análise do desfecho entre as puérperas e a avaliação da satisfação das mulheres em relação ao parto. A partir da investigação feita na primeira etapa da pesquisa, foi possível constatar que 31,1% das mulheres preferiam a operação cesariana como via de parto. Dentre as que relataram preferência pela via operatória, 30,5% disseram que a expectativa em relação à cesariana acontecia por conta da iteratividade (mais de dois partos cirúrgicos já realizados), outras 27,3% alegaram medo das dores do trabalho de parto e 15,3% relataram que preferiam essa via pela segurança da cirurgia. Já entre as 68,9% das mulheres que desejavam o parto vaginal, 55,7% delas alegaram que essa via estava associada a uma recuperação materna mais rápida, outras 14,5% disseram que era o parto mais natural e saudável para mãe e recém-nascido, 8,4% citou a dor no parto normal como momentânea e 8,4% das gestantes desejava ter novamente a experiência do parto normal, já que a anterior havia sido bem sucedida. Na segunda etapa da pesquisa, foi constatado que 50,9% das mulheres que participaram do estudo tiveram seus filhos por meio de operações cesarianas.

Em outra pesquisa realizada em uma maternidade pública localizada na cidade de Caicó-RN e descrita no artigo “*Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública*”, 58% das 233 mulheres que participaram do estudo disseram preferir o parto vaginal, enquanto 42% desejavam a operação cesariana como via de nascimento. Vale *et al* (2015) concluíram que as razões que levam às mulheres a desejarem a operação cesariana são: medo da dor do parto vaginal,

insegurança na assistência local, experiência negativa em parto normal anterior, realização de laqueadura e experiência positiva em operação cesariana prévia. Já os motivos que levam as mulheres a preferirem o parto vaginal destacam-se a recuperação mais rápida durante o pós-parto e a experiência negativa de operação cesariana. Os autores verificaram que, dos 233 partos, 131 (56,2%) foram pela via operatória e 102 (43,8%) aconteceram pela via vaginal.

Ademais, a pesquisa “Nascer no Brasil” foi um estudo de amplo espectro realizado no Brasil, cujos dados foram coletados em 2011/2012, que teve como objetivo investigar diversas questões relacionadas ao processo gestacional e de parturição das brasileiras. A referida pesquisa foi coordenada pela Fiocruz e entrevistou 23.940 mulheres que pariram em 266 hospitais públicos e privados do país.⁶ Os resultados dessa ampla investigação foram publicados em 2014 e, a partir das conclusões obtidas, foram publicados diversos artigos sobre questões relacionadas à gestação, parto e nascimento. Em um desses trabalhos, intitulado “*Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final*”, Domingues *et al* (2014) discutem a preferência das mulheres em relação à via de parto durante o processo gestacional e o tipo de parto o qual elas são submetidas ao final da gravidez. Segundo os autores, no início da gestação, 66% das mulheres preferiam o parto vaginal, 27,6% preferiam a operação cesariana e 6,1% delas disseram não terem uma opção bem definida. Entretanto, Domingues e colaboradores destacam que o número de mulheres que deseja o parto cirúrgico, ao final da gravidez, aumentou após o aconselhamento durante as consultas pré-natais – aproximadamente um terço das mulheres queria a cesariana como via de parto. Em relação à segurança associada à via de parto, 63,2% das mulheres acreditavam que, para uma gestação sem complicações, o parto vaginal era o mais seguro, 6,3% entendiam que a operação cesariana era a mais segura, 21,5% compreendiam que ambos eram seguros e 9% não se sentiam esclarecidas. Os autores verificaram, ainda, que 51,5% das mulheres foram submetidas a operações cesarianas, 65,7% das quais foram realizadas antes que a parturiente entrasse em trabalho de parto.

⁶ A amostra contemplou unidades hospitalares de todos os estados brasileiros.

2.3. Linhas argumentativas do PL da cesariana a pedido materno no SUS.

O documento de justificativa do projeto de lei que permite a cesariana a pedido, formulado pela deputada Janaína Paschoal em 2019 na ALESP, apresenta algumas linhas argumentativas para justificar a permissão de operações cesarianas a pedido materno no SUS. São elas: a) bioética e a noção de autonomia; b) imposição do parto normal; c) princípio da não-maleficência. Nesta seção, irei descrever essas linhas argumentativas, a fim de utilizar esses dados como mecanismo para melhor compreensão das razões que levaram a Deputada Janaína Paschoal a propor o PL da cesariana a pedido materno no SUS.

A) Bioética e a noção de autonomia

O projeto formulado pela parlamentar paulista inicia sua justificativa dizendo que a relação entre médicos e pacientes foi por muito tempo vertical. Ou seja, não cabia aos pacientes contestarem os posicionamentos dos médicos, já que eles são os detentores dos saberes da medicina. Assim, os pacientes deveriam, apenas, obedecer às orientações dadas pelos médicos. A autora do projeto explica que essa ideia foi aplicada por muito tempo na Bioética, mas que recentemente, com o advento da Bioética Complexa, a relação vertical estabelecida entre os detentores dos saberes médicos e os pacientes foi substituída por uma relação horizontal, em que aquele que não detém o conhecimento da medicina pode se posicionar sobre a sua saúde, sem que haja desrespeito aos saberes técnicos do médico. Primeiramente, para que haja uma melhor compreensão dessas ideias, é importante entender os significados dos termos *Bioética* e *Bioética Complexa*. Segundo Goldim (2006), a palavra bioética foi usada pela primeira vez em um artigo científico publicado por Fritz Jahr, em 1927. De acordo com o autor alemão, essa palavra significa o reconhecimento de obrigações éticas em relação a todos os seres vivos. José Roberto Goldim (2006) também explica que, apesar do termo ter sido utilizado pela primeira vez por um alemão na década de 1920, ele possui uma origem paralela na língua inglesa nos anos 1970. Segundo o autor, o oncologista Van Renssealer Potter conceituou a ideia de Bioética como sendo uma ponte capaz de ligar duas vias paralelas: a científica e a dos valores. Aqui, é interessante ressaltar que Potter se preocupava com as intervenções do ser humano sobre a vida humana e sobre a natureza. No mesmo período,

o médico obstetra André Hellegheers também discutia o termo, mas focava suas preocupações nas intervenções feitas pela ciência na saúde humana.

A partir dessas discussões iniciais a respeito do conceito de bioética, alguns estudos foram feitos a fim de criar um modelo que orientasse condutas diante de dilemas éticos, em especial na área médica. Dessa forma, foi definido o *Modelo Principlista da Bioética*. Foram formulados quatro princípios que tinham como objetivo orientar essas condutas. São eles: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Esse modelo, inicialmente considerado muito eficaz para solucionar problemas éticos, foi, posteriormente, alvo de críticas por ser visto como um mecanismo insuficiente para orientação desses dilemas. Considerando isso, surge a ideia de *Bioética Complexa*. Nessa nova abordagem a Bioética leva em conta que as reflexões que envolvem o processo de tomada de decisão são complexas e, por isso, mais aspectos devem ser levados em consideração e avaliados. Assim, essa abordagem mais contemporânea define que é necessário identificar, adequadamente, o problema que está posto, os fatos, as circunstâncias, as possíveis alternativas e as suas respectivas consequências. Ademais, devem ser considerados os referenciais teóricos e os casos que já aconteceram que estão relacionados ao problema. Goldim (2006) pontua que todos esses elementos citados são quesitos racionais. Ele argumenta que o ponto fundamental é o desenvolvimento de uma ideia de bioética que considera, além de todos esses aspectos já citados, elementos não racionais, como o sistema de crenças e valores e a afetividade. Dessa forma, a Bioética Complexa difere da Bioética pela inclusão de fatores não-rationais para pensar e decidir sobre o dilema ético.

Portanto, como essa abordagem mais recente da bioética considera fatores não-rationais no processo de tomada de decisão, pode-se inferir que a Deputada Janaína Paschoal - ao dizer que a bioética complexa pressupõe uma relação horizontal entre médicos e pacientes e que as vontades das gestantes devem ser respeitadas – compreende que os elementos racionais não são os únicos que devem ser levados em consideração no processo de tomada de decisão em relação à via de parto. Isso, entretanto, é apenas uma inferência com base na argumentação teórica que ela usa, já que este raciocínio não está explicitado no texto. No texto da justificativa, ela apenas explica que a *Bioética Complexa* pressupõe uma relação horizontal entre médicos e pacientes, enquanto na *Bioética* essa relação se dá de modo vertical. A autora diz, ainda, que “o reconhecimento das chamadas *diretivas de fim de vida* tem relação direta com essa mudança de perspectiva”. Desse

modo, apesar do texto também não explicar exatamente o sentido da frase, é possível inferir que ela indica que o fato dessas diretivas de fim de vida – como a eutanásia e o suicídio assistido – terem sido reconhecidas se relaciona com a mudança de perspectiva da *Bioética* para a *Bioética Complexa*.

Segundo Lima (2013), existem dois princípios relacionadas às diretivas de fim de vida: o Princípio da Sacralidade da Vida (PSV) e o Princípio de Respeito à Autonomia das Pessoas (PRA)⁷. O PSV impõe o dever de respeitar a finalidade biológica do corpo humano, devendo a vida humana ser sempre respeitada – e isso independe até da vontade do titular daquele corpo. Entretanto, esse princípio – que têm um carácter dogmático - vem perdendo força, considerando que o conceito de saúde foi ampliado e, atualmente, entende-se que o âmbito natural é insuficiente para determinar uma ordem moral. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que há o enfraquecimento do PSV, ocorre o fortalecimento do PRA, que tem cunho liberal e é fruto de uma tradição iluminista. De acordo com Lima (2013), o Princípio de Respeito à Autonomia das Pessoas compreende que

“as decisões serão consideradas autônomas se forem resultado da deliberação e da vontade individual, a partir do processo de informação e esclarecimento sobre diagnósticos, tratamentos, riscos, benefícios, danos possíveis e prognósticos, essencialmente nas atividades de cuidado à saúde e de investigação nas pesquisas, envolvendo seres humanos” (LIMA, 2013, p. 24).

Assim, a ideia de autonomia não se restringe, apenas, à tomada de decisões com base na vontade de cada um, mas impõe que, no caso da prática médica, o indivíduo precisa ser devidamente informado e esclarecido. Para discutir esse conceito de autonomia, a autora faz um interessante apanhado histórico sobre esse termo. Ela explica que ele começou a ser usado na Grécia, durante a Antiguidade, com a noção de autonomia governamental de cada cidade-estado. Mais tarde, já na Idade Moderna e como consequência das importantes transformações culturais ocorridas nas sociedades ocidentais, ela passou a ser usada para se referir ao indivíduo. Segundo Kottow (2000), é preciso considerar a importância do elemento biológico para o exercício da autonomia. Segundo o autor, há uma unidade *psicofísica* presente em cada indivíduo que deve ser respeitada para que as decisões sejam tomadas de forma realmente autônoma. Em suma, para o autor, a debilidade física de alguém atrapalha a ideia de autonomia no processo de

⁷ A autora frisa que a ideia dos princípios é utilizá-los como um mecanismo de auxílio no desenvolvimento da ação, ou seja, eles orientam comportamentos.

tomada de decisões. A partir dessas notações teóricas sobre o tema, é possível notar uma tensão existente entre os dois princípios discutidos por Lima (2013).

Considerando as noções citadas sobre bioética e o raciocínio exposto no texto de justificção, observei que a Deputada do Estado de São Paulo usa dois princípios que compõem o *Modelo Principlista da Bioética*: a autonomia e a não-maleficência. De acordo com a argumentação exposta pela parlamentar, na perspectiva mais horizontal da Bioética – a chamada *Bioética Complexa* - destaca-se o princípio da *autonomia*. Assim, a ideia posta na justificativa do PL é que o médico deve participar da decisão, levando em consideração aquilo que ele entende que é a melhor conduta a ser tomada. O texto apresentado pela parlamentar aponta que a mulher deve ser informada pelo médico sobre as duas vias de parto, mas que seus desejos e vontades também devem ser considerados e é ela quem deve tomar a decisão, após esse processo de informação e conscientização. A deputada argumenta que as intercorrências que podem vir a acontecer no momento do parto fazem, muitas vezes, que as mulheres mudem de opinião sobre a via de parturición e que isso deve ser respeitado. Ademais, na parte final da justificativa do PL, a parlamentar registra que, quando o desejo das mulheres atendidas pelo SUS pela operação cesariana não é observado, essas parturientes são submetidas a uma “*verdadeira tortura*”, já que “elas não querem passar pelas dores e riscos do parto normal”. A partir disso, nota-se que os elementos não-rationais estão presentes no momento da tomada de decisão em relação à via de parto, como prevê a ideia de *Bioética Complexa*.

B) Imposição do parto normal

A autora do referido PL afirma que há uma “supremacia” do parto normal em relação à operação cesariana. A parlamentar argumenta que muitos formadores de opinião defendem a ideia de que as mulheres devem ter direito a decidir sobre seus corpos, porém só utilizam esse argumento para defender aquelas parturientes que desejam parir pela via normal. Ela ainda indica que as “entusiastas” do parto normal pertencem a uma camada mais alta da sociedade e desejam o contato pele a pele, além da tatuagem de placenta, o que não representa a realidade e os desejos das mulheres que estão inseridas nas classes

menos favorecidas da população e são usuárias do SUS.⁸ Ela ainda complementa que, no caso das mulheres que querem parir pela via cirúrgica, os formadores de opinião não defendem o direito de decisão da gestante e argumentam que aquela mulher não foi devidamente informada sobre as vias de parto. É sabido que, em hospitais privados, as taxas de operações cesarianas são muito elevadas. Segundo uma reportagem publicada no portal do Senado Federal⁹, os índices de operações cesarianas realizadas em instituições particulares giram em torno de 84%, dependendo da região do país. Apesar do alto número de partos cirúrgicos na rede particular, existem dois dados que mostram não haver razões para esse alto número de cesarianas realizadas. O primeiro deles é a orientação da OMS para que, em populações, apenas 10 a 15% dos partos sejam feitos pela via cirúrgica. Ademais, a Pesquisa Nascir no Brasil, que foi um amplo estudo coordenado pela Fiocruz publicado em 2014, aponta que 70% das mulheres brasileiras preferem o parto normal à operação cesariana. Assim, o fato da maioria das mulheres preferir o parto normal e a OMS apontar que, no máximo, 15% das gestantes vão precisar, do ponto de vista clínico, parir pela via cirúrgica mostra que muitas mulheres assistidas pela rede privada de saúde não são respeitadas em relação ao desejo de ter um parto normal. Isso, de fato, impulsionou o *movimento pelo parto humanizado* – que foi encabeçado, principalmente, por doulas, parteiras, enfermeiras obstétricas e algumas obstetras - que luta para que as mulheres que escolhem o parto sejam respeitadas em sua decisão e, além disso, busca que as mulheres que desejam possam parir com as mínimas intervenções possíveis. Desse modo, é possível inferir que a Deputada Janaína Paschoal, ao falar sobre esses formadores de opinião, está se referindo às pessoas que fazem parte e militam em prol do movimento pelo parto humanizado.

Como aponta a pesquisadora Carmen Simone Diniz (2005), autora do artigo “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”, existem diferentes interpretações para a ideia de humanização. Neste artigo, ela faz um mapeamento dos variados sentidos atribuídos à expressão e descreve cada um deles, que são, segundo a autora: a humanização como a legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada em evidências; humanização como a legitimidade política da

⁸ Apesar da parlamentar alegar que as mulheres mais pobres desejam a operação cesariana, vários estudos já mostraram que em torno de 60 a 70% das mulheres preferem o parto normal como via de nascimento, como foi descrito no primeiro capítulo desta dissertação.

⁹ Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>. Acessado em 21/04/2021.

reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento; humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população; humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto; humanização referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos; humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde e humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários. Aqui, neste trabalho, é relevante destacar a ideia de humanização com o sentido vinculado à participação da parturiente nos processos decisórios em relação ao parto, já que a Deputada Janaína Paschoal afirma que formadores de opinião defendem a ideia de que a mulher deve decidir sobre o próprio corpo e, por conseguinte, sobre os procedimentos que serão realizados no momento do parto. No artigo, Carmen Simone Diniz se refere a esse sentido atribuído a palavra humanização como sendo:

“Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores. Diferentemente de uma noção referida a direitos sociais, aqui está fortemente presente a tradição liberal, de direitos do consumidor à escolha, criando uma “rede privada de assistência humanizada” e ampliando a legitimidade do modelo da MBE [Medicina Baseada em Evidências], até então restrita ao setor público. Isto inclui a mudança arquitetônica de vários serviços particulares para a superação do modelo de linha de montagem, com a instalação de salas PPP (pré-parto e pós-parto) ou “Labour and Delivery Rooms”, banheiras de hidromassagem para o trabalho de parto e outras inovações”. (DINIZ, 2005, p.634,635).

Neste trecho, a autora cita que o movimento pela humanização entende que deve haver alguma negociação nos procedimentos de rotina, porém não se refere à possibilidade de escolha pela via de parto como uma opção da mulher. Ademais, é conveniente ressaltar que existe uma clara diferença entre a gestante que deseja parir pela via normal e não é respeitada em sua vontade por razões não médicas e a parturiente que é submetida a uma via de parto que não deseja por motivos clínicos. O movimento pelo parto humanizado tem buscado impedir que mulheres sejam submetidas a operações cesarianas sem necessidade, quando a cirurgia não é desejo da mãe. Considerando que o movimento não apoia a realização de cesarianas em mulheres que possuem condições clínicas para ter um parto normal, a Deputada entende que o movimento não busca dar voz – que se relaciona com a ideia de autonomia – às mulheres, mas impor uma lógica de

pensamento a todas as gestantes. Para completar essa ideia, a parlamentar frisa que ela não tem nada contra a via normal de parturição, mas pontua que é contrária à imposição de ideias a outras pessoas. Ao continuar sua crítica ao movimento de humanização do parto, a deputada diz que não entende porque os integrantes desse movimento consideram que uma mulher que deseja o parto normal e não é atendida sofre de violência obstétrica, mas, ao mesmo tempo, na situação em que a gestante deseja a cesariana e não é atendida não se configura violência. Para a parlamentar, também há uma situação de violência obstétrica nesses casos, que é agravada pelo fato de que a analgesia durante o parto normal não é algo comumente oferecido às parturientes que são submetidas a essa via de parto no SUS. Desse modo, ela conclui que há uma imposição do parto normal em relação à cesariana e que isso viola o princípio da autonomia.

C) Princípio da não-maleficência

A Deputada continua a justificativa do PL dizendo que os riscos relacionados ao parto normal fazem com que haja prejuízo, também, ao princípio da *não-maleficência*. De acordo com ela, em partos normais é muito comum casos de *anoxia* – que significa falta de oxigenação – nos bebês. Nessas situações, podem ocorrer danos físicos e mentais - que são popularmente chamados de *paralisia cerebral* – ou até mesmo o óbito da criança. Ela ainda resalta que os malefícios da operação cesariana – que ela descreve como sendo uma recuperação mais difícil, a cicatriz da cirurgia e mais riscos de problemas respiratórios ao bebê - não se comparam à tragédia de um bebê morto ou que sofreu sequelas por conta da anoxia. Na continuação da argumentação, ela explica que há uma enorme judicialização dos casos em que a mulher solicita a cesariana, não é atendida e, posteriormente, ocorre o óbito da criança. A Deputada Janaína Paschoal explica que, como advogada, já teve a oportunidade de participar de várias audiências em que médicos são processados por lesão corporal ou homicídio e que eles se defendem dizendo que não são autorizados a realizar a cesariana de imediato, já que o protocolo exige que haja a tentativa do parto normal. Ademais, ela indica que isso é algo que já ocorre há muito tempo, mas trata-se de um cenário que vem se agravando com o crescimento da militância em prol do parto normal feita por formadores de opinião. Para concluir o seu raciocínio, a parlamentar ainda justifica que, muitas vezes, as parturientes tentam por horas o parto normal, mas, sem sucesso, são submetidas a operações cesarianas de emergência. Nesses

casos, segundo ela, é comum ocorrer o óbito materno, mas este não deve ser atribuído ao fato de se ter feito uma cesariana, mas sim à insistência pela via vaginal de parturição.

Como disse no início do capítulo, os argumentos descritos aqui foram retirados do PL 435/2019, formulado pela Deputada Janaína Paschoal (PSL) e apresentado na ALESP, já que este serviu de inspiração para outras propostas muito semelhantes – ou até idênticas – que buscam permitir a cesariana a pedido materno no SUS. Assim, ao analisar esses outros projetos que versam sobre o tema e foram apresentados em outras casas legislativas do País, identifiquei que foram usados alguns ou todos os argumentos descritos anteriormente, como pode ser observado na tabela a seguir.

Tabela 01 – Argumentos mobilizados na justificativa do PL da cesariana a pedido materno no SUS por Unidade da Federação.

Unidade da Federação	Deputado(a) proponente	Argumentos mobilizados na justificativa do PL
Acre	Roberto Duarte (MDB)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência
Alagoas	Galba Novaes (MDB)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência.
Amapá	Telma Nery (PSDB)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência.
Amazonas	Alessandra Campêlo (MDB)	Esse projeto de lei, diferentemente dos outros que versam especificamente sobre realização de cesariana a pedido materno na rede pública de saúde, dispõe sobre o parto humanizado e o plano de parto individual (PPI). Esse projeto altera a Lei nº 4749/2019 e, em sua nova redação, o artigo 2º define que o direito da gestante de optar por

		procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem mais conforto e bem-estar deve ser garantido. No texto de justificativa, os argumentos são gerais e não versam sobre esse artigo especificamente.
Bahia	Talita Oliveira (PSL)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência.
Ceará	David Durand (REP)	Direito à autonomia.
Distrito Federal	Robério Negreiros (MDB)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência.
Espírito Santo	Capitão Assunção	Direito à autonomia.
Goiás	Alysson Lima (PRB)	Direito à autonomia e imposição do parto normal.
Maranhão	Wellington do Curso (PSDB)	Direito à autonomia.
Mato Grosso	Wilson Santos (PSDB)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência.
Mato Grosso do Sul	Evander Vendramini (PP)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência.
Minas Gerais	Raul Belém (PSC)	Direito à autonomia.
Pará	Paula Gomes (PSD)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência.
Paraíba	Júnior Araújo (AVANTE)	Direito à autonomia.
Pernambuco	Clarissa Tércio (PSC)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência.

Piauí	João Mádison (MDB)	Não encontrei a justificação para a presente proposta de lei.
Rio de Janeiro	Renato Cozzolino (PRP)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência.
Rondônia	Lebrão (MDB)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não-maleficência.
Santa Catarina	Deputada Paulinha (PDT)	Direito à autonomia; imposição do parto normal e princípio da não maleficência.
Sergipe	Talysson de Valmir (PR)	O PL é contraditório porque, no artigo 2º, determina que as mulheres têm direito a optar por procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhes propiciem mais conforto e bem-estar; porém, ao mesmo tempo, diz que só se podem adotar rotinas que estejam de acordo com as orientações da OMS.

2.4. Considerações finais

Neste capítulo, analisei a história da operação cesariana e observei que a evolução da técnica cirúrgica e dos mecanismos capazes de mitigar as complicações da cirurgia – que foi um processo gradual ao longo dos séculos - foram fundamentais para que, atualmente, a operação cesariana seja considerada uma via de parto segura. Pude compreender que a segurança da via cirúrgica de parturição permitiu a possibilidade de realizar cesarianas a pedido da mãe. Ademais, analisei os dados científicos disponíveis sobre as preferências em relação à via de parto e concluí que a maioria das brasileiras ainda prefere o parto normal, mas uma parcela significativa de mulheres afirma preferir

a operação cesariana. Considerando esse cenário, a OMS e outras entidades de saúde nacionais e internacionais alertaram para os riscos associados à cirurgia e orientou que cesarianas sejam realizadas apenas por razões médicas, mas, apesar do alerta, a Deputada Janaína Paschoal (PSL) apresentou na ALESP um projeto de lei que permite a cesariana a pedido materno no SUS. Depois disso, projetos de leis com teor idêntico foram apresentados em outras 23 assembleias legislativas estaduais do País, além da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. Nesse sentido, busquei identificar as linhas argumentativas apresentadas na justificativa do PL 435/2019 e nos projetos de leis dos demais estados. Observei que existem 3 linhas argumentativas principais nos documentos analisados: direito à autonomia; a imposição do parto normal e princípio da não-maleficência. Além disso, a parlamentar também expõe alguns argumentos enfileirados. Por fim, observei que essas argumentações são muito similares nos projetos de leis apresentados nas casas legislativas analisadas.

CAPÍTULO 3 – Entre estratégias epistemológicas populistas e rearranjo das referências científicas: uma análise do discurso da Deputada Janaína Paschoal sobre o PL 435/2019.

A legislação que busca institucionalizar a cesariana a pedido no SUS, como tenho discutido neste trabalho, tem sido incessantemente debatida e defendida pela Deputada Janaína Paschoal – que foi a primeira parlamentar a apresentar um projeto de lei neste sentido em uma assembleia legislativa no Brasil. Para mostrar a relevância do projeto, ela tem mobilizado os argumentos mencionados no capítulo anterior. Neste capítulo, buscarei examinar as bases epistemológicas subjacentes ao PL sobre a cesariana a pedido materno, apresentado pela parlamentar.

Na primeira seção deste capítulo, buscarei realizar uma análise de um argumento recorrentemente citado por ela: a menção a casos de mulheres que perderam seus bebês no momento do parto e que, posteriormente, entraram na justiça alegando que os óbitos foram causados pela recusa da equipe médica em realizar operações cesarianas, além daquelas situações nas quais houve óbitos maternos e que, por isso, foram os familiares das vítimas que recorreram à justiça alegando que o óbito ou os óbitos (no caso de morte materna e neonatal) foram causados pela falta de acesso ao parto cirúrgico. Para isso, utilizarei o conceito de *populismo epistemológico* que, como vimos acima, significa a valorização do conhecimento obtido a partir de experiências de vida em detrimento daquele produzido pela ciência (SAURETTE; GUNSTER, 2011). Já na segunda seção deste capítulo, analisarei os artigos científicos e documentos utilizados por ela na justificativa do PL com a finalidade de argumentar que a cesariana é uma cirurgia que implica menos riscos que o parto normal e, por isso, pode ser feita mesmo sem uma justificativa clínica. A análise será orientada pela noção de *rearranjo das referências científicas em função da experiência sem controle científico vivida pelas mulheres* – que se refere à dúvida ou à incerteza como algo que é produzido, mantido e manipulado através de certas artes e ciências – e de *populismo médico* – que se trata de um estilo político no qual se coloca o “povo” contra o “sistema” usando alegações de conhecimento alternativo para lançar dúvidas sobre a credibilidade de médicos e cientistas. Neste tipo de argumentação política, os populistas médicos simplificam, politizam e espetacularizam questões complexas de saúde. Desse modo, o objetivo é demonstrar como Janaína Paschoal, na justificativa do PL, seleciona e analisa partes específicas das

referências bibliográficas com o objetivo de corroborar o seu ponto de vista – que é favorável à operação cesariana. O argumento é que a parlamentar, ao fazer isso, desconsidera a complexidade do tema, contribuindo para a manutenção de dúvidas e incertezas nesse debate. Além disso, utilizarei o argumento de que o modo como ela aborda a discussão sobre riscos relacionados à via de parto é feita de forma simplista – o que é característico do populismo médico.

3.1. O conhecimento fruto da experiência espontânea das mulheres e a lei da cesariana a pedido materno no SUS.

Primeiramente, é importante destacar que a ideia de que houve muitos casos concretos em que mulheres ou seus familiares recorreram à justiça por conta de óbitos neonatais e/ou maternos que foram resultado de uma recusa da cesariana por parte da equipe médica é acionado de forma *recorrente* pela deputada para justificar a importância de uma legislação que confira o direito às gestantes de optarem pela via cirúrgica de parto. Mostrarei como a parlamentar explica esse argumento em quatro momentos: na justificativa formal do Projeto de Lei nº 435/2019 apresentado na ALESP, em duas sessões distintas na assembleia paulista em que ela defende oralmente a importância da aprovação da lei e, por fim, em uma entrevista concedida a mim, por e-mail. Neste trabalho, atendo-me a essas quatro ocasiões em que ela expõe esse argumento, entretanto, houve outras situações em que ela faz a mesma discussão – como em entrevista concedida ao projeto Ramo Jurídico¹⁰ - e , por isso, essa ideia se configura como um *padrão* no discurso da parlamentar sobre a importância da lei da cesariana a pedido materno no SUS.

No texto de justificativa do Projeto de Lei nº 435/2019 a parlamentar destaca a existência de muitos casos concretos que, por conta de uma *submissão* ao parto normal, o bebê sofre a falta de oxigenação cerebral – a *anoxia* - e essa complicação pode causar sequelas permanentes ou, nos casos mais graves, levá-lo a óbito. A ideia de que há uma *submissão* ao parto normal já foi discutida no capítulo anterior, então a retomarei de modo breve. Segundo a parlamentar, essas situações de mortes por falta de acesso a operação cesariana chegam aos Conselhos de Medicina e aos Tribunais e, muitas vezes, os médicos

¹⁰ Disponível em [Entrevista #4 - Janaina Paschoal - Ramo Jurídico \(ramojuridico.com\)](https://www.ramojuridico.com.br/entrevista/4-janaina-paschoal-ramo-juridico). Acessado em 16/08/2021.

acabam processados por lesão corporal e homicídio, por terem obrigado mulheres a tentar o parto normal por muitas horas. Na justificativa, ela afirma que, por ser advogada, teve a oportunidade de participar de várias dessas audiências em que os médicos estavam sendo processados, os quais se defendiam afirmando que tentar o parto normal é o protocolo e que, por isso, eles não tinham autorização para realizar a cesariana desde o primeiro momento. Para finalizar essa discussão, a parlamentar diz que, com base nos casos concretos que chegam aos Conselhos e aos Tribunais, a cesariana só é realizada depois de muitas horas de sofrimento na tentativa pelo parto normal.

Analogamente ao posicionamento formal presente na justificativa do projeto de lei, a parlamentar se manifestou também oralmente em uma sessão na ALESP que tinha como objetivo esclarecer dúvidas sobre o PL da cesariana a pedido materno no SUS - que, na data da fala da deputada, já tinha sido aprovado no Estado de São Paulo, mas ainda tramitava em outras assembleias estaduais, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Durante uma fala de aproximadamente 8 minutos¹¹, ela citou argumentos a fim de ressaltar a importância da aprovação da referida legislação. Aqui irei me ater ao trecho em que ela fala dos casos de partos que culminaram em óbito e que, por isso, foram judicializados. A deputada, em sua fala, afirma que

“a proposta foi apresentada em função da análise de inúmeros casos concretos em que a mulher chegou na maternidade já com 40, 41, 42 semanas de gestação, foi obrigada a tentar um parto normal por horas a fio em situação que já se mostrava indevida para um parto normal, e por isso, o bebê entrou em sofrimento e em muitos casos o bebê morreu, a mulher morreu ou o bebê ficou sequelado. Então, o objetivo da lei, que já vigora no estado de São Paulo, é salvar vidas. Isso é muito importante que seja dito”.

Aqui, ao analisar a fala da deputada, duas questões chamam atenção: a ideia de que a *finalidade* do projeto é “salvar vidas” e a colocação feita de que foi a partir dos casos concretos que culminaram em óbito que ela decidiu apresentar tal proposta.. Em outra sessão realizada no plenário da ALESP¹², a parlamentar também afirma que

“no caso, o projeto é decorrência de vários casos que eu acompanhei na condição de advogada, dos muitos debates dos quais eu participei, da oitiva atenta das mulheres que dependem da rede pública de saúde, porque essas dificuldades que eu viço enfrentar com esse PL não são uma realidade na vida daquelas que têm convênio e tem acesso a rede particular; e o PL é fruto da minha cabeça. Se gostam ou não gostam, é um outro ponto. O PL fui eu quem

¹¹Disponível em [PSL COMUNICA: Deputada Janaina Paschoal esclarece as duvidas sobre o PL 435 - YouTube](#). Acessado em 04/08/2021.

¹² Disponível em [Janaina Paschoal volta a defender o DIREITO de escolha pela cesariana na Rede Pública - YouTube](#). Acessado em 17/08/2021

escrevi, a minha assessoria até tinha feito outras sugestões, porém o texto é exclusivamente meu. Muitos médicos foram ouvidos, eu fui ao CRM do Rio, ao CRM de São Paulo. Os médicos – a verdade é esta – não gostam do PL, não porque ele implique qualquer tipo de mal à saúde, muito pelo contrário, mas porque entendem que este PL lhes retira poder, conferindo um poder excessivo, ao ver deles, à parturiente. E é justamente isso que eu quero”.

Nesse trecho, a Deputada também afirma que os casos que ela acompanhou e a escuta atenta de mulheres que dependem do SUS foram razões importantes que a fizeram propor a legislação e enfatiza que foi ela mesma quem escreveu o projeto de lei, apesar do aconselhamento de seus assessores, que apontavam para outros caminhos como forma de solucionar o problema. Além disso, ela afirmou que os médicos – que são os atores que possuem um conhecimento científico sobre o assunto – de serem contra o projeto porque isso significaria que as mulheres teriam *mais poder*, enquanto eles passariam a ter *menos poder*.

Além dessas três ocasiões, Janaína Paschoal também mencionou, em entrevista concedida a mim, por e-mail, que esses casos concretos de partos que tiveram desfechos negativos tiveram um papel central na formulação do projeto de lei. Assim como nas duas ocasiões mencionadas anteriormente, na entrevista concedida por e-mail a parlamentar também afirmou que a legislação foi baseada na *experiência* de gestantes que perderam seus filhos no momento do parto e ressaltou que o projeto de lei tem respaldo científico. Ao responder a pergunta “O PL utiliza argumentos científicos acadêmicos? Se não utiliza, qual o embasamento do Projeto de Lei?”, a parlamentar afirmou que

“O projeto se baseou na experiência de muitas mulheres que perderam seus filhos, ou convivem com filhos com paralisia cerebral, pela imposição do parto normal. Não me baseei nas intelectuais, que não têm filhos, mas querem ditar como as mulheres que têm filhos devem parir. Cada uma que cuide da própria prole e da própria vagina. Não obstante, o projeto tem respaldo científico. A título de exemplo, cito a tese de doutoramento do Dr. José Ferrari, "A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido". Para quem quer entender, há muitos textos acadêmicos sobre o assunto. A própria Resolução do CFM é base científica. O problema é que, no Brasil, meia dúzia de barulhentos sequestraram a Ciência. Dizem que as mulheres morrem mais na cesárea, mas ninguém conta que essa cesárea é a feita de emergência, depois de horas tentando um parto sabidamente inviável. A cesárea a pedido, planejada, depois de 40 semanas, é segura. As mortes por cesárea, na verdade, são mortes em partos que não deram certo. Percebi esse fato na advocacia, vendo mulheres pobres promoverem processos por mortes de bebês, que teriam sido evitadas, tivesse seu desejo de fazer cesarea sido atendido. Pelas suas perguntas, noto que você diverge do meu pensamento. É um direito seu, mas sugiro falar com as mulheres da periferia, as não ativistas, as que não têm tempo para querer ditar a vida das outras...

Nesse trecho da entrevista é possível observar que a Deputada Janaína Paschoal pontua a centralidade da *experiência* das mulheres – que passaram pelo processo de

parturição – e dela – que é advogada e teve acesso aos casos de partos que foram judicializados - para justificar a apresentação da proposta de lei. Nesse sentido, ela se coloca na posição de porta-voz dessas experiências. Ademais, é importante destacar que indaguei se o PL utiliza argumentos científicos e, caso contrário, qual o embasamento da proposta. Ela inicia a resposta afirmando que o PL foi baseado na experiência das mulheres que perderam seus filhos ou daquelas que convivem com filhos vítimas de paralisia cerebral causada pela falta de oxigenação no momento do parto, mas, ao mesmo tempo, aponta que o projeto tem respaldo científico. Entretanto, chama a atenção o fato de que a parlamentar cita, a exemplo dessa base científica, uma tese que tem como objetivo discutir o direito à autonomia das mulheres, ao invés de mencionar algum trabalho que ateste a segurança da operação cesariana ou os riscos de *anoxia* durante o parto normal. Ela ainda afirma que a própria resolução do CFM tem caráter científico, mas a discussão feita na resolução também está centrada na autonomia das mulheres e na explicação de que a autonomia para as gestantes decidirem a via de parto não fere a autonomia médica. Nesse sentido, o referido documento do CFM não trata da segurança em operações cesarianas ou de riscos associados ao parto normal. Além disso, ela faz um ataque aos cientistas defensores do parto normal ao dizer que estes querem ditar como as outras devem parir, além de dizer que meia dúzia de barulhentos sequestram a ciência no Brasil. Aqui, é preciso pontuar que a Deputada, em várias ocasiões, criticou aqueles cientistas que defendem que o parto normal é a via mais segura de parto e que deve ser adotada quando não há uma indicação médica para a realização da cesariana. Para finalizar, ela sugere que eu converse com as mulheres da periferia, ao invés de escutar o que dizem as intelectuais. Assim, pode-se observar que a Deputada prioriza o conhecimento que é fruto da *experiência* das mulheres em detrimento daquele produzido pela ciência e disseminado pelas intelectuais.

Em outras ocasiões ela também faz ataques e críticas à ciência e aos intelectuais. No próprio texto formal de justificativa da lei ela afirma que

“As ocorrências concretas, que chegam aos Conselhos de Medicina e aos Tribunais, mostram que, na rede pública, quando se recorre à cesárea, a parturiente já foi submetida a longas horas de sofrimento, buscando o parto normal. Essa realidade vem de longa data, mas ganha força quando formadores de opinião (artistas, políticos e *intelectuais*) abraçam a filosofia do parto normal, legitimando sua imposição às mulheres em maior vulnerabilidade” (ênfase adicionada).

Em outro trecho citado acima, ela afirma que os médicos não gostam do projeto porque este confere menos poder a eles e completa que é isso que ela deseja. Nesse

sentido, para fazer uma reflexão sobre essa postura de *hostilidade* em relação à ciência e aos cientistas, irei retomar algumas ideias postas por Collins *et al.* (2020) sobre sociedades democráticas e regimes populistas. No livro “*Experts and the Will of the people: Society, Populism and Science*”, os autores discutem o que é o populismo e o que são regimes democráticos pluralistas. Eles definem populismo a partir do *contraste* com democracias pluralistas. Segundo eles, em sistemas democráticos pluralistas há o respeito pelas preferências daqueles que perderam nos processos enumerativos – que são aqueles em que há contagem de votos e verifica-se a existência de um grupo majoritário e outro minoritário. Ou seja, embora um governo seja eleito, o governante irá moderar suas políticas ao considerar que existe um corpo substancial de cidadãos que não tiveram seus posicionamentos escolhidos nas urnas. Para os autores, algumas instituições – como partidos da oposição parlamentar legalmente protegidos, câmaras parlamentares concorrentes, um sistema jurídico independente e uma imprensa livre – funcionam como *freios e contrapesos* ao governo, para que ele não perca de vista os indivíduos que não votaram nele. Além dessas instituições, aquelas associadas à produção de uma *expertise* científica e tecnológica também são centrais para frear o poder dos governantes eleitos. Considerando a ideia de que democracias pluralistas podem ser definidas como opostas ao populismo e que este também pode ser definido como oposto às democracias pluralistas, os autores ressaltam que, em regimes populistas, haverá o ataque às instituições que funcionam como *freios e contrapesos* aos poderes dos governantes. Por isso, líderes populistas irão atacar a *expertise* científica (COLLINS *et al.*, 2020). Nesse sentido, a postura hostil em relação à ciência e aos intelectuais representa um comportamento típico do populismo. A parlamentar, ao fazer os ataques citados acima, utiliza-se de estratégias típicas de lideranças populistas, apesar de não poder ser reconhecida como tal por não ter um amplo número de seguidores que a cultua, como é o caso de figuras como Bolsonaro ou Trump. Ainda assim, é interessante examinar como ela faz uso destas estratégias para legitimar o projeto de lei da cesariana a pedido.

É importante ressaltar que a experiência das mulheres é relevante para pensar as políticas públicas em obstetrícia, porém a forma com que a parlamentar utiliza algumas experiências ruins de parto para falar em nome de todas as mulheres, desconsiderando os dados científicos e sem mencionar consultas públicas ou debates mais profundos com associações de mulheres representa outro traço de uma atitude tipicamente populista. A fim de explicar essa ideia, irei retomar algumas ideias de Laclau e Mouffe, que foram

expostas no artigo “Como vencer uma eleição sem sair de casa: a ascensão do populismo digital no Brasil”, escrito por Letícia Cesarino (2020)¹³. Laclau explica que o fenômeno populista também não está vinculado a um conteúdo ideológico específico (como direita ou esquerda) ou a uma posição (avançada ou atrasada) da perspectiva do desenvolvimento democrático. Para Laclau, o populismo está presente em toda dinâmica política. Cesarino (2020) destaca que, segundo Mouffe, o estado democrático de direito surgiu, no século XIX, a partir da convergência entre duas correntes políticas muito distintas e quase opostas entre si: o liberalismo – que abarca valores como o individualismo e a liberdade – e a democracia – que representa a ideia de soberania popular e está ligada aos valores de igualdade. Nesse sentido, existe um *continuum* em que estão presentes todas as sociedades políticas da modernidade e que vai desde um tipo ideal de regime populista até um tipo ideal de institucionalismo. Em momentos de ascensão de regimes populistas, as instituições perdem força. Além disso, Laclau fala sobre a ideia de *equivalência líder-povo* como sendo um comportamento tipicamente populista. Dessa forma, uma liderança populista, a partir de uma cadeia de equivalência, exclui as particularidades e diferenças dos indivíduos, através de um discurso “impreciso, redundante, simplificador, emotivo e vazio” que envolve noções vagas de “nação, ordem, segurança e mudança” (CESARINO, 2020). No caso analisado, a noção vaga se refere a “mulheres da periferia”.

Considerando essa ideia de *equivalência líder-povo*, é possível observar que a Deputada Janaína Paschoal utiliza esse mecanismo, ao colocar os desejos de uma gama enorme de mulheres em um contexto mais amplo. Como vimos anteriormente, os desejos e as expectativas em relação à via de parto são muito distintos e existem vários fatores capazes de interferir nessas vontades. O que a parlamentar faz é extinguir essas singularidades colocando-se como porta-voz das mulheres assistidas pela rede pública de saúde. Nesse sentido, nota-se que se trata de uma versão empobrecida de projetos democratizantes – o que é um comportamento característico do populismo.

Também é relevante destacar outras duas questões presentes nessas situações descritas. Primeiramente, é importante citar o papel central que os casos de partos malsucedidos desempenham na formulação do PL. Nesse sentido, ao dizer que esses casos em que houve desfechos negativos - que acabaram sendo judicializados - a

¹³ Letícia Cesarino (2020) utiliza as teorias sobre populismo de Laclau (2005) e Mouffe (2000) para analisar como as redes sociais – em especial o Whatsapp – possibilitaram a eleição de Jair Bolsonaro para a presidência do Brasil.

motivaram a escrever e a apresentar um projeto que altera a política de assistência obstétrica do SUS, ela atribui uma relevância enorme a essas *experiências* negativas que algumas mulheres tiveram, ao passo que desconsidera a evidência científica. A ideia de que a participação pública pode servir para balancear um peso excessivo do conhecimento científico é bastante consolidada na literatura das ciências sociais (WYNNE, 1992; EPSTEIN, 1995; FUNTOWICZ e RAVETZ, 1997; JASANOFF, 2019). Todavia, isso envolve procedimentos participatórios como consultas públicas, painéis de cidadãos, grupos focais, conferências de consenso, etc. (ROWE e FREWER, 2005) e não políticos que utilizam estratégias populistas que acabam por homogeneizar as experiências e vontades da população, transformando-as em blocos monolíticos.

Ademais, também é preciso destacar que há o entendimento, por parte da parlamentar, que a finalidade do projeto é salvar vidas. Ou seja, é relevante interpretar que, ao fazer essa afirmação, a Deputada indica que há uma falha na atual política de assistência obstétrica no SUS, onde a forma de conduzir os partos tem causado óbitos *evitáveis*. A solução para o problema apontado seria, segundo ela, permitir que as mulheres decidam a via de seu parto e possam solicitar a operação cesariana caso queiram, considerando a *experiência* de cada uma. Aqui, é importante destacar que a parlamentar, ao afirmar que uma imposição pelo parto normal tem causado mortes que poderiam ser evitadas, crítica a política de assistência obstétrica brasileira.

Para que eu possa fazer uma reflexão sobre essas duas questões citadas, irei retomar o conceito de *populismo epistemológico*. Aqui, é fundamental destacar que se busca uma priorização da *experiência*, assim, ao mesmo tempo em que é dada uma grande relevância às vivências de cada indivíduo, há uma desvalorização do que é dito por *experts*. Segundo Saurette e Gunster (2011), o *populismo epistemológico* utiliza discursos políticos para valorizar o conhecimento de pessoas comuns que são fruto de suas experiências de vida diária. Esses discursos são estabelecidos através de suposições e técnicas retóricas, como a afirmação de que opiniões pessoais de pessoas leigas, baseadas nas suas experiências de vida cotidiana, são mais confiáveis do que os conhecimentos de estudos e pesquisas acadêmicas.

Primeiramente, é possível verificar o tipo de valorização da experiência espontânea das mulheres ao se observar que a parlamentar coloca as experiências *malsucedidas* de partos de algumas mulheres – casos que posteriormente foram judicializados – como o fator determinante para a formulação e apresentação do PL da

cesariana a pedido no SUS. Ou seja, foram os casos onde houve óbitos que foram levados à justiça que permitiram que a deputada soubesse do problema e buscasse uma solução para a questão. Nesse sentido, é possível perceber que ela coloca o foco nas *experiências* de algumas mulheres, sem buscar uma compreensão do cenário obstétrico brasileiro a partir das pesquisas que têm sido realizadas sobre o tema no país¹⁴. Ao mesmo tempo, a Deputada centraliza a discussão nos desfechos malsucedidos ocorridos nos partos normais, desconsiderando os riscos do parto cirúrgico. Aqui, ao priorizar algumas experiências de partos que não deram certo e desconsiderar o diagnóstico sobre o cenário obstétrico brasileiro obtido a partir de estudos de amplo espectro, nota-se traços característicos de argumentos que tomam a parte pelo todo, não se furtando a apontar alguns casos agudos como expressivos do verdadeiro problema *de saúde pública* que é o da decisão sobre a via de parto.

Ademais, pode-se observar que existem outros elementos que apontam para uma epistemologia populista. Primeiramente, é preciso mencionar que ela usa a própria experiência como advogada para legitimar a apresentação da proposta. De acordo com a parlamentar, foi seu acesso como advogada a processos envolvendo partos que culminaram em óbitos que a levou a formular um PL sobre o tema. Ademais, ela valoriza o conhecimento fruto das *experiências* de vida das mulheres como o mais relevante e entende que é essa forma de conhecimento que deve nortear a decisão pela via de parto. Aqui é muito importante observar que a Deputada prioriza essa forma de conhecimento, em detrimento daquele posto pela ciência, que indica a realização de cesariana apenas em casos em que há uma indicação clínica para a realização do procedimento. Ela afirma, ainda, que muitas vidas foram perdidas porque o conhecimento baseado na experiência das mulheres foi desconsiderado por muitos médicos, que não atenderam os desejos das gestantes por operações cesarianas e insistiram em partos normais. Assim, pode-se observar uma profunda crítica à política de assistência obstétrica do SUS, em que ela afirma que os protocolos exigidos na rede pública estão causando óbitos evitáveis. A crítica, portanto, não atinge apenas as políticas de assistência ao parto no Brasil, mas a ciência que tem discutido os problemas das altas taxas de operações cesarianas em todo o mundo. Dessa forma, é possível concluir que a argumentação que toma a parte pelo

¹⁴ Uma dessas pesquisas de amplo espectro foi o estudo chamado “Nascer no Brasil”, que foi coordenada pela Fiocruz e publicada em 2014. Trata-se de uma excelente ferramenta para pensar a realidade obstétrica brasileira, já que foram entrevistadas mulheres de todos os estados brasileiros e do DF atendidas em hospitais públicos e privados.

todo é a principal forma que toma o uso da experiência espontânea das mulheres para a defesa da cesariana a pedido materno.

Nesse contexto, nota-se que os ataques aos freios e contrapesos da democracia, particularmente à *expertise* científica, funcionam como um mecanismo para fortalecer o antipluralismo e estabelecer uma equivalência líder-povo, já que esses ataques fortalecem a deputada ao enfraquecer as instituições e tendem a esconder ainda mais as singularidades individuais. Além disso, os ataques aos freios e contrapesos desgastam, inclusive, a instituição científica, propiciando um ambiente favorável para o crescimento do populismo epistemológico, já que este prioriza as experiências de vida cotidiana como forma de conhecimento, ao invés daquele produzido pela ciência tradicional.

3.2. O rearranjo das referências científicas em função da experiência sem controle científico vivida pelas mulheres na justificativa do PL 435/2019.

A fim de fazer uma análise sobre como a Deputada Janaína Paschoal expõe os dados referentes à segurança associada à via de parto, retomarei a ideia de rearranjo das referências científicas em função da experiência sem controle científico vivida pelas mulheres. Como vimos no primeiro capítulo, existem várias formas de ignorância – o que não é necessariamente algo ruim. Aqui, utilizarei a ideia de afinidade e realimentação entre os sentidos expostos do conceito, a saber, de ignorância como seletividade e como *manobra estratégica* ou *construção ativa*. Segundo Proctor (2008), a ignorância pode ser produzida com a finalidade de manter as pessoas sem conhecimento especializado sobre determinado assunto. Essa ideia será muito importante para refletir acerca do modo como a Deputada Janaína Paschoal coloca as referências sobre riscos associados às vias de parto no PL. Além disso, argumentarei que a parlamentar atua conforme o *modus operandi* do populismo médico, já que ela simplifica a discussão sobre a decisão em relação à via de parto – que se trata de uma questão complexa no âmbito da saúde pública.

No PL, Janaína Paschoal começa a discussão sobre os dados científicos relativos à cesariana à pedido referindo-se à declaração da OMS sobre as taxas de cesarianas publicada em 2015. O texto traz um trecho dessa declaração, que afirma que naqueles países em que as taxas de cesarianas são inferiores a 10%, as taxas de mortalidade materna e neonatal diminuem na mesma medida em que cresce o número de partos cirúrgicos

realizados. Aqui, entretanto, é fundamental compreender a declaração de forma completa, para que não haja nenhum desvio de sentido na ideia posta pela OMS. A entidade internacional, neste texto, argumenta que taxas inferiores a 10% de partos cirúrgicos estão associadas a números maiores de mortes maternas em populações, assim como taxas de cesarianas superiores a 15% dos partos também se vinculam a maiores índices de mortalidade materna. Nesse sentido, a OMS busca orientar os países a manterem suas taxas de partos cirúrgicos entre 10 e 15% para que, assim, se chegue a índices de mortes maternas mais baixos. É importante observar que a Deputada Janaína Paschoal omite uma parte do documento da OMS e afirma, apenas, que países que fazem menos de 10% de partos cirúrgicos possuem índices mais elevados de mortalidade materna.

A segunda referência citada no texto de justificção do PL é proveniente do artigo “cesariana a pedido materno”, escrito por Raphael Câmara e outros colaboradores e que foi publicado na Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. No texto da justificativa, entretanto, não há uma explicação sobre o conteúdo do artigo, apenas a seguinte citação direta

“A cesariana eletiva mostrou uma menor taxa de transfusões, hemorragias, menos complicações cirúrgicas (lembrar que parto vaginal pode necessitar do uso de fórceps ou cesarianas de urgência) e menor chance de incontinência urinária no primeiro ano pós-parto e de lesões do plexo braquial” (CÂMARA *et al.*, 2016)

Apesar de o trecho parecer dar força à ideia de que a cesariana seria mais segura do que o parto normal, é preciso contextualizá-lo no âmbito do argumento do artigo para compreender melhor o sentido da argumentação. Raphael Câmara e seus colaboradores buscaram fazer uma discussão sobre alguns aspectos importantes referentes à escolha sobre a via de parto. Os autores iniciam a discussão afirmando que “sob o ponto de vista epidemiológico, é tarefa hercúlea a avaliação sobre a melhor via de parto”. Ou seja, logo no início do tópico, os autores já admitem que a missão de definir qual seria o melhor tipo de parto é gigantesca. A partir daí, nota-se a dificuldade e a complexidade do tema. Os autores, para buscarem uma orientação que os capacite a responder a essa complicada pergunta, fizeram uma revisão de estudos que tiveram como objetivo fazer uma comparação entre as duas vias de parto. Esses estudos citados pelos autores, entretanto, apresentam metodologias e amostras bem diversas – alguns, inclusive, incluíram gestantes de países diferentes. Por conseguinte, as conclusões provenientes dessas pesquisas também não são idênticas e é importante se ater a isso. O trecho citado pela Deputada Janaína Paschoal se refere a uma das conclusões de um dos estudos analisados,

porém esse mesmo estudo também indica que “por fim, e considerando-se o atual nível do conhecimento, não se pode atestar a superioridade de uma via de parto sobre a outra, no que se refere à dor após o parto, dor pélvica, depressão pós-parto, fístulas e mortalidade materna”. Assim, fica claro que mesmo o estudo que pontua alguns elementos positivos vinculados à realização da cesariana a pedido admite que não é possível concluir que o parto normal esteja associado a maiores taxas de morte materna. Além disso, é importante ressaltar que essas são conclusões de apenas uma das pesquisas de que trata o artigo citado na justificativa feita pela parlamentar. Raphael Câmara e seus colaboradores discutem outros estudos que possuem conclusões bem diversas acerca das duas vias partos. A parlamentar cita apenas um trecho de um dos artigos que são citados pelos autores, ao invés de destacar a complexidade do tema e a própria consideração feita por Raphael Câmara e colaboradores – de que é muito difícil definir qual é a melhor via de parto.

A terceira citação presente no PL que busca conferir embasamento científica a ele é ao artigo “*Cesarean Delivery by maternal request in China: what are the risks and benefits*”, publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. No texto da justificativa, os autores expõem que o artigo não constatou diferenças significativas entre o parto vaginal e a cesariana a pedido materno em relação a uma série de critérios – como admissão em CTI materno, hemorragia grave, pós-parto, infecção materna, danos aos órgãos maternos, tromboembolismo materno e mortalidade perinatal. Assim, eles citam que o estudo concluiu que, em uma perspectiva de curto prazo, os desfechos maternos nas cesarianas foram similares aos dos partos normais, porém com algum benefício para o feto. Entretanto, outras considerações importantes estão no texto do artigo. A primeira delas se refere à afirmação de que o maior estudo de coorte já realizado sobre cesarianas a pedido materno constatou que “o parto vaginal espontâneo é a forma de nascimento mais seguro”.

A quarta referência mobilizada por Janaína Paschoal na justificativa do PL é um artigo científico escrito por George Molina e colaboradores (2015), cuja título é “*Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality*”, que foi publicado no *Jornal da Associação Médica Americana*. O trecho do artigo citado pela autora afirma que foi observada uma diminuição dos índices de mortalidade neonatal naqueles países em que as taxas de cesarianas cresceram até o patamar de 19,4%. Ou seja, nessas localidades, o aumento do número de partos cirúrgicos realizados coincide com a queda nas mortes neonatais.. Novamente, a deputada utiliza um trecho de um artigo que

dá a impressão de que uma porcentagem mais alta nas taxas de cesariana pode reduzir a mortalidade materna. Todavia, é imperioso observar que, segundo o artigo, essa relação se dá apenas nas regiões do globo com taxas de cesarianas pouco elevadas, o que, como vimos acima, não é o caso do Brasil.

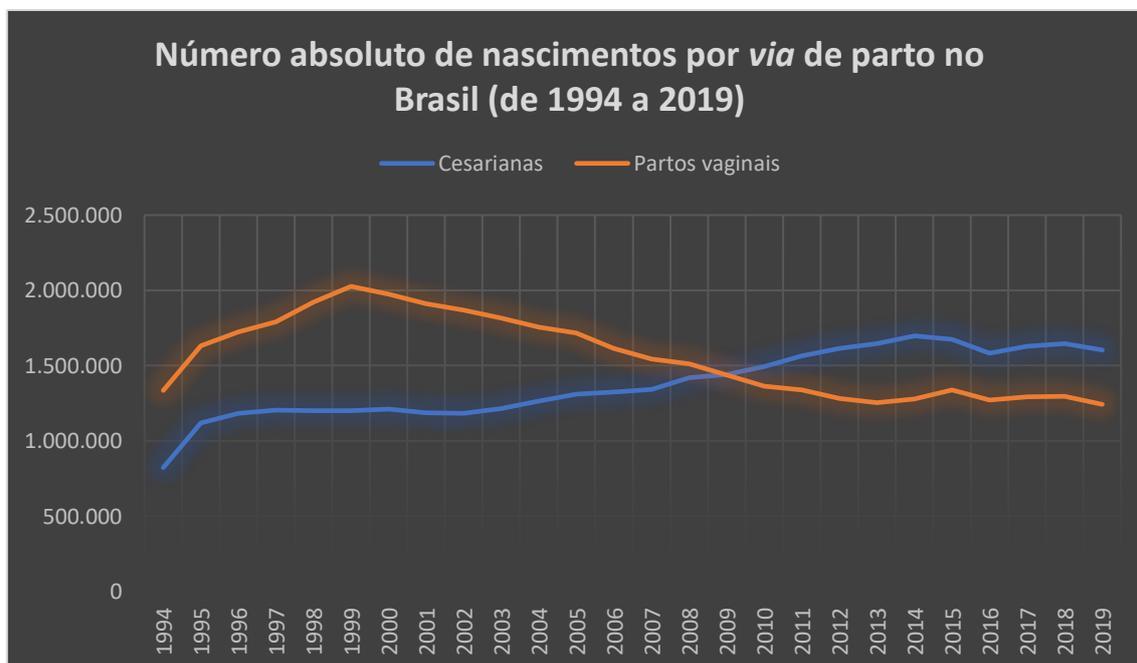
Como foi descrito anteriormente, a parlamentar cita, primeiramente, a declaração sobre as taxas de cesarianas da OMS. O documento afirma que taxas de partos cirúrgicos inferiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna e, pelo contrário, aumentam os índices de morbidades. Ao mesmo tempo, a OMS explica que taxas elevadas de cesarianas – superiores a 15% - também não contribuem para reduzir as mortes maternas. Entretanto, o texto de justificativa do PL proposto pela parlamentar omite uma parte do conteúdo da declaração, focando apenas na parte do documento que afirma que pequenos percentuais de cesarianas realizados coincidem com um aumento da mortalidade materna. Desse modo, a parlamentar, no texto, utiliza apenas a ideia de que é favorável à saúde das mulheres aumentar as taxas de operações cesarianas nos países em que os índices da cirurgia são inferiores a 10%. Entretanto, ela não menciona a ideia contida no mesmo documento de que taxas mais altas de cesarianas são prejudiciais à saúde das mulheres. Nesse sentido, a parlamentar realiza um desvio no sentido geral do argumento feito pela OMS no referido documento, ao deixar de mencionar o raciocínio completo. Há, portanto, uma *seleção* das informações disponíveis - que favorece o ponto de vista favorável à realização de operações cesarianas. Quando isso acontece pode-se dizer que há produção de ignorância, já que se contribui para um cenário de manutenção de dúvidas e incertezas, causando desinformação.

Ao citar o artigo de Molina *et al* (2015), a parlamentar destaca a parte do trabalho que indica que o aumento de cesarianas até o índice de 19% de partos cirúrgicos contribui para a diminuição das mortes maternas. Aqui, é muito importante destacar que a Deputada Janaína Paschoal seleciona um dado desse estudo para embasar a ideia de que maiores taxas de operações cesarianas contribuem para menores índices de complicações e óbitos. Nesse sentido, considerando a ideia de *produção da ignorância* descrita por Robert Proctor (2008), é possível observar o acontecimento deste fenômeno, já que esta seleção de informações feita pela parlamentar é capaz de gerar um cenário de desinformação.

O próprio artigo de Molina e colaboradores (2015), além da declaração da OMS, indicam que o crescimento do número de cesarianas implica um decréscimo nas mortes maternas e neonatais apenas quando as taxas de partos cirúrgicos verificados naquela

população são baixas. No Brasil, acontece o fenômeno inverso: os índices de cesarianas realizadas no país são bem elevados. Os dados coletados pelo SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), do DATASUS registra o número de nascimentos diferenciando a via de parto (normal ou cesariana) desde 1994¹⁵. Nesse primeiro ano da série histórica, 42% dos partos foram feitos pela via cirúrgica; em 2009, pela primeira vez, o número de cesarianas superou os partos vaginais realizados no País e, em 2019, os partos cirúrgicos representaram mais de 57% dos nascimentos. No gráfico abaixo, é possível verificar o crescimento dos índices de cesarianas e, conseqüentemente, uma redução no número de partos vaginais feitos no País desde o início da série histórica realizada pelo SINASC, do DATASUS.

Gráfico 01 – Número absoluto de nascimentos por *via* de parto no Brasil (de 1994 a 2019)



Fonte: Elaboração própria baseada em dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) disponíveis em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

¹⁵ O último ano no qual existem dados disponíveis pelo SINASC foi o de 2019. Assim, a série histórica registra dados sobre os tipos de parto de 1994 a 2019.

Ademais, como vimos anteriormente, a ideia de *populismo médico* está referida a um estilo político onde o “povo” é jogado contra o “sistema” por meio de alegações de *conhecimento alternativo* com o objetivo de lançar dúvidas a respeito da credibilidade de médicos e cientistas. É importante destacar que a ideia de conhecimento alternativo está associada à falta de rigor metodológico. Como vimos acima, a parlamentar adota uma postura hostil em relação à ciência e aos cientistas e chegou a afirmar, no texto de justificativa do PL, que “formadores de opinião (artistas, políticos e *intelectuais*) abraçam a filosofia do parto normal, legitimando sua imposição às mulheres em maior vulnerabilidade”. No artigo de Casarões e Magalhães (2020), eles mostram como, a partir da eclosão da crise do coronavírus, a hidroxicloroquina foi promovida a droga milagrosa por líderes populistas. Nesse sentido, essas lideranças defenderam a utilização do medicamento e disseram que este seria capaz de curar a Covid-19, mesmo sem eficácia comprovada contra a doença e dos sabidos riscos de problemas cardíacos. É importante ressaltar que eles ignoraram as recomendações da OMS e de autoridades sanitárias nacionais e internacionais. Analogamente, ao refletir sobre a proposta de lei que permite o parto cirúrgico no SUS sem indicação clínica, pode-se observar que a operação cesariana também foi promovida a um mecanismo capaz de solucionar os problemas da assistência obstétrica brasileira. Quando analisarmos as referências discutidas no texto de justificativa da lei, nota-se uma ausência de estudos que discutissem os riscos associados ao parto cirúrgico. De maneira geral, Janaína Paschoal aborda a discussão sobre riscos associados à via de parto de forma simplista, desconsiderando a complexidade desse debate. Como vimos anteriormente, segundo Casarões e Magalhães (2020), a simplificação de questões complexas de saúde é um traço característico do *populismo médico*. Na segunda citação feita na justificativa, ela cita um trecho fora de contexto, em que os autores destacam possíveis benefícios da cirurgia. Entretanto, nesse mesmo artigo, os autores pontuam que é muito difícil dizer qual é a melhor via de parto. Trata-se de um debate extenso e complexo, em que existe uma multiplicidade enorme de fatores a serem avaliados. Nesse sentido, considero que a forma como esse debate é colocado no texto de justificativa do PL é feita de forma simplista e que há uma seleção de referências para corroborar um posicionamento favorável à execução de cesarianas indiscriminadamente.

Considerando a análise de todas as referências citadas por ela, há um esforço em selecionar dados disponíveis de modo a corroborar a ideia de que um aumento das taxas de operações cesarianas realizadas não traz nenhum prejuízo à saúde das mulheres.

Também pode-se notar que não há, no texto, nenhuma consideração relativa à dificuldade de se definir qual seria uma via de parto “melhor” ou “mais segura” ou alguma afirmação que indique a complexidade do tema. Ao invés disso, ela usa os dados disponíveis de modo a apontar que a cesariana representa a forma menos arriscada de parir. Ademais, ela não aborda os estudos que mostram os riscos associados às operações cesarianas. Aqui, as ideias de produção da ignorância e de populismo médico são complementares, já que tanto a seleção dos dados disponíveis como a simplificação de um debate extenso e complexo na área da saúde comprometem a real compreensão do tema, fazendo com que prevaleça um cenário de desinformação.

3.3. Considerações Finais

Neste capítulo, busquei analisar as estratégias epistemológicas subjacentes ao PL da cesariana a pedido materno no SUS. Observei que a Deputada Janaína Paschoal (PSL) afirmou, em várias ocasiões, que a apresentação do PL se deve aos vários casos de partos malsucedidos relatados a ela, nos quais houve óbito da mãe e/ou do bebê. A argumentação da parlamentar está baseada na ideia de que as mulheres tem a experiência cotidiana necessária para escolher a via de parto. Nesse caso, analisei que há uma valorização do conhecimento fruto das experiências, em detrimento do conhecimento científico – fenômeno que foi chamado de *populismo epistemológico*. Ademais, observei que a parlamentar, no documento de justificativa, seleciona dados específicos de alguns artigos científicos a fim de corroborar a posição favorável em relação a operação cesariana – o que foi chamado de *produção da ignorância*. Por fim, concluí que há uma simplificação de um problema complexo de saúde – *populismo médico* -, em que a cesariana é colocada como adequada solução para evitar a morbimortalidade materna.

Considerações Finais

Nesta dissertação, busquei analisar as razões que embasaram o PL da cesariana a pedido materno no SUS – que foi apresentado, inicialmente, pela Deputada Janaína Paschoal na ALESP. Como a OMS e outras instituições científicas nacionais e internacionais desestimulam a realização de cesarianas sem indicação clínica, o objetivo da pesquisa foi analisar a existência de alguma forma de *conhecimento alternativo* que pudesse justificar a apresentação do projeto de lei. Nesta seção, apontarei as conclusões obtidas pela presente pesquisa.

A partir das considerações teóricas apresentadas no primeiro capítulo, foi possível verificar o surgimento de uma era da pós-verdade, em que há um questionamento das asserções científicas. A partir desse período, iniciou-se o processo de desvalorização do conhecimento produzido pela ciência ao mesmo tempo em que outras formas de conhecimento ganharam destaque. Neste cenário, alguns autores destacam a emergência da epistemologia voltada para o *eu* e inicia-se o processo de valorização do conhecimento fruto das experiências de vida cotidiana - que disputa espaço com o conhecimento fruto da produção científica. Assim, pode concluir que, com a dinâmica da democracia, a *autoridade epistêmica* da ciência está em um processo gradual de declínio, ao mesmo tempo em que outras formas de conhecimento têm ganhado mais espaço. No caso analisado, é importante destacar que há um processo de disputa pelo processo de decisão relacionado a via de parto, que coloca em oposição as postulações científicas e o conhecimento fruto das experiências cotidianas das mulheres grávidas.

Como vimos, a evolução da ciência médica e da técnica cirúrgica permitiram o desenvolvimento de uma cirurgia muito segura e eficiente, capaz de salvar vidas, o que permitiu uma significativa mudança no cenário obstétrico. Apesar da conquista de uma técnica cirúrgica que reduziu drasticamente a mortalidade materna, as instituições científicas nacionais e internacionais desaconselham a realização de cesarianas sem indicação, já que existem riscos associados à realização da cirurgia. Entretanto, a Deputada Janaína Paschoal (PSL) propôs um projeto de lei que permite a realização de cesarianas a pedido materno no SUS, mesmo sem uma indicação clínica que justifique o procedimento. Nesse sentido, busquei analisar as linhas argumentativas defendidas pela parlamentar na justificativa do projeto, considerando que os argumentos científicos atuais vão de encontro ao que foi apresentado no PL. Pode concluir que a parlamentar argumenta

que a gestante deve ter a *autonomia* para decidir a via de parto, pois ela passa por muitas dores e sofre muito quando seu desejo pelo parto cirúrgico não é atendido. A terceira razão que justifica a apresentação do PL, segundo a parlamentar, são os riscos de falta de oxigenação durante o parto baseados em algumas experiências, não quantificadas, de partos malsucedidos relatadas a ela.

No terceiro capítulo da dissertação, busquei analisar as menções que ela faz a casos de partos normais malsucedidos, nos quais houve óbitos. A parlamentar afirma que foi a partir de sua vivência como advogada que ela soube dos casos de mulheres que perderam seus filhos (ou em que ambos morreram) e, por isso, ela decidiu apresentar o PL que permite a cesariana a pedido materno no SUS. Ela justifica que são as mulheres que devem decidir a via de seu parto, considerando suas experiências de vida. Observei uma valorização das experiências das mulheres em detrimento do conhecimento produzido pela ciência – fenômeno que foi denominado, neste trabalho, de *populismo epistemológico*. Ademais, concluí que a parlamentar *seleciona* determinadas informações presentes em artigos científicos, a fim de corroborar o ponto de vista favorável à operação cesariana – atitude que pode ser interpretada a partir da ideia de *produção da ignorância*. Por fim, pude notar que há uma simplificação (ausência de dados quantitativos que deem proporção nacional às afirmações e ênfase na experiência isolada e não cientificamente controlada) de uma questão complexa de saúde – o que indica o fenômeno do *populismo médico*. Neste caso, a cesariana é colocada como a solução adequada para evitar mortes maternas e neonatais no Brasil, apesar de estudos científicos recentes mostrarem os riscos associados à cirurgia e permitirem a conclusão que a cesariana passa longe de ser a principal solução para evitar mortes maternas e neonatais no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016. Atualização das taxas de partos na saúde suplementar. Disponível em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-de-partos-na-saude-suplementar>. Acessado em [18/11/2019](#).

BRENES, Anayansi. A história da parturição no Brasil, Século XIX. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 7 (2): 135-149, abril/junho, 1991.

BURROWS, Lara; MEYN, Leslie; WEBER, Anne. Maternal Morbidity Associated With Vaginal Versus Cesarean Delivery. *Obstetric Gynecology* 2004;103:907–12.

CÂMARA, Raphael; BURLÁ, Marcelo; FERRARI, José; LIMA, Lana; JUNIOR, Joffre; BRAGA, Antônio; REZENDE FILHO, Jorge. Cesariana a pedido materno. *Revista Col. Bras. Cir.* 2016; 43(4): 301-310.

CARDOSO,P.O., ALBERTI, L.R., PETRONIANU A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.2, p.427-435, 2010.

CASARÕES, Guilherme; MAGALHÃES, David. A aliança da hidroxicloroquina: como líderes da extrema direita e pregadores da ciência alternativa se reuniram para promover uma droga milagrosa. *Brazilian Journal of Public Administration*. Rio de Janeiro 55(1): 197-214, Jan. - Feb. 2021.

CESARINO, Letícia. Como vencer uma eleição sem sair de casa: a ascensão do populismo digital no Brasil. *Revista Internet e Sociedade*, Nº1, V.1, páginas 91 a 120, fevereiro 2020.

CESARINO, Letícia. Pós-Verdade e a Crise do Sistema de Peritos: uma explicação cibernética. *Ilha – Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 23, n.1, p. 73-96, 2021.

COLLINS, Harry; EVANS, Robert; WEINEL, Martin; DURANT, Darrin. *Experts and the Will of the people: Society, Populism and Science*. Palgrave Macmillan, 2020.

DINIZ, Carmen. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. São Paulo: *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005.

Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. CONITEC, 2015.

Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. CONITEC, 2016. Versão revisada.

DOMINGUES, Rosa; DIAS, Marcos; PEREIRA, Marcos; TORRES, Jacqueline; D'ORSI, Eleonora; PEREIRA, Ana Paula; SCHILITZ, Arthur; LEAL, Maria. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. saúde pública.*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 101-116, 2014.

EPSTEIN, Steven. The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology and Human Values*, 1995, 20(4):408-437.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas e propostas de ação. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, 7 (2): 150-173, abril/junho, 1991.

FOUCAULT, Michel. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: 8ª edição, Graal, 1989.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir – o nascimento da prisão*. São Paulo: Editora Vozes, 2014.

FUNTOWICZ, Silvio; RAVETZ, Jerome. Ciência pós-normal e comunidade ampliada de pares face aos desafios ambientais. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos* IV(2): 219-230 jul-out/ 1997.

GOLDIM, José Roberto. Bioética: origens e complexidade. *Clinical & Biomedical Research*, [S.l.], v. 26, n. 2, 2006.

GREGORY, Kimberly; JACKSON, Sherri; KORST, Lisa; FRIDMAN, Moshe. Cesarean versus Vaginal Delivery: Whose Risks? Whose Benefits?. *Am Journal Perinatology* 2012;29:7–18.

JASANOFF, Sheila. Tecnologias da humildade: participação cidadã na governança da ciência. *Revista Sociedade e Estado – Volume 34, Número 2, Maio/Agosto 2019*

KOTTOW, M. Bioética e política de recursos em saúde. In: GARRAFA, V. & COSTA, S. I. F. (Orgs.) *A Bioética no Século XXI*. Brasília: UnB, 2000.

LEAL, Maria. *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

LIMA, Maria de Lourdes Feitosa. Bioética e o fim da vida: o debate sobre a tomada de decisão, às portas do infinito. 2013. 69 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

LIU, Xiaohua; LANDON, Mark; CHENG, Weiwei; CHEN, Yan. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits?. *Am Journal Obstetrics Gynecology* 2015 Jun, 212 (6): 817.

LIU, Shiliang; LISTON, Robert; K.S., Joseph; HEAMAN, Maureen; SAUVE, Reg; KRAMER, Michel. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal*, 2007, 176(4).

LIU, Xiaohua; LANDON, Mark; CHENG, Weiwei; CHEN, Yan. Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits? *Am Journal Obstetrics Gynecology* 2015 Jun, 212 (6): 817.

MARTINS, Ana Paula. A obstetrícia e a ginecologia no Brasil. In: *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 139-170.

MASCARELLO, KC; HORTA, BL; SILVEIRA, MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:105.

MILLER, Emily; HANH, Katherine; GROBMAN, William. Consequences of a Primary Elective Cesarean Delivery Across the Reproductive Life. *Obstetrics Gynecology* 2013; 121:789-79.

MOLINA, G; WEISER, TG; LIPSITZ, SR; ESQUIVEL, MM; URIBE-LEITZ, T; AZAD, T; SHAH, N; SEMRAU, K; BERRY, WR; GAWANDE, AA; HAYNES, AB. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. *JAMA*. 2015 Dec 1;314(21):2263-70. doi: 10.1001/jama.2015.15553. PMID: 2662482.

NAKANO, Andreza; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [3]: 885-904, 2015.

Organização Mundial da Saúde, 2015. Declaração da OMS sobre taxa de Cesáreas.

PARENTE, Raphael; MORAES, Olimpio; REZENDE, Jorge; BOTTINO, Nathalia; PIRAGIBE, Pollyana; LIMA, Diego; GOMES, Danielle. A história do nascimento (parte 1): cesariana. Rio de Janeiro: *Femina*, volume 38, nº9, setembro, 2010.

PROCTOR, Robert; SCHIEBINGER, Londa (Edited by). *Agnontology – The Making and Unmaking of Ignorance*. California: Stanford University Press, 2008.

ROWE, Gene; FREWER, Lynn. Public Participation Methods: A Framework for Evaluation. *Science, Technology, & Human Values*, Vol. 25 No. 1, 3-29, 2000.

SANTOS, Sarah. O modo de nascer nos sistemas público e privado de saúde: um estudo sobre as preferências das gestantes e à decisão relativa à via de parto. Brasília, Repositório UnB, 2018.

SAURETTE, Paul. GUNSTER, Shane. Ears Wide Shut: Epistemological Populism, Argutainment and Canadian Conservative Talk Radio.” *Canadian Journal of Political Science / Revue Canadienne De Science Politique*, vol. 44, no. 1, 2011, pp. 195–218.

SILVA, Ana Carolina; FÉLIX, Hévyllin; FERREIRA, Maria Beatriz; WYSOCKI, Anneliese; CONTIM, Divanice; RUIZ, Mariana. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 28º de novembro de 2017 [citado 2º de julho de 2021];19. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/44139>

VALE, Luana; LUCENA, Eudes; HOLANDA, Cristyanne; CAVALCANTE, Rosângela; SANTOS, Marquiany. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2015 set; 36(3):86-92.

VEGA, Carlos Eduardo; SOARES, Vânia; NASR, Acácia. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2017; 33(3).

VICENTE, A. C.; LIMA, A. K. B.; LIMA, C. B.. Parto cesáreo e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. *Revista Temas em Saúde, João Pessoa*, v.17, n.4, p.24-35, 2017.

WYNNE, Brian. Misunderstood misunderstanding: social identities and public uptake of science. *Public understanding of Science*, 1992, 1(3): 281-304.

YLÄ-ANTTILA, Tuukka. Populist knowledge: 'Post-truth' repertoires of contesting epistemic authorities. *European Journal of Cultural and Political Sociology*, 5:4, 356-388, 2018.