

Tema central: A inovação e os sistemas de saúde
A avaliação das inovações

NASCIMENTOS NO BRASIL E NA FRANÇA: perspectiva da socioclínica institucional*

Simone SANTANA DA SILVA, Cinira Magali FORTUNA, Maria José BISTAFA
PEREIRA, Gilles MONCEAU

Simone Santana da Silva; Doutoranda – Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública do Departamento Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: simone_ssilva1@usp.com.br Telefone (55) 759232-0504. Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, CEP 14040-902.

Cinira Magali Fortuna; Professora Departamento Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: fortuna@eerp.usp.br

Maria José Bistafa Pereira; Professora aposentada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: zezebis@eerp.usp.br

Gilles Monceau; Professeur Sciences de L'Éducation à l'Université de Cergy-Pontoise. Directeur Laboratoire ÉMA. France. E-mail: gilles.monceau@orange.fr

Resumé

Cet article vise à analyser la désinstitutionnalisation de la naissance par césarienne en tant qu'innovation au Brésil et en France. Il est le résultat partiel d'une recherche doctorale en cotutelle, en développement au Brésil et en France, et qu'utilise le référentiel théorique et méthodologique de la socioclinique institutionnelle française. Une telle discussion part du contexte réel des naissances au Brésil, marqué par la logique parfois violente, technique, interventionniste et hautement manipulatrice des corps féminins. Un autre élément frappant de ce thème dans le contexte brésilien, est l'apparition de césariennes, qui sont le plus souvent fabriqués à partir des indications fuyant principe des risques pour la femme et le bébé. En ce qui concerne les naissances, en France, bien qu'elles soient le plus souvent vaginales, elles ne garantissent pas l'absence de violence obstétricale ou d'objectivation de ces corps. Ajouté à cela, dans les deux pays, la discussion sur la gestion des risques psychiques autour de la naissance gagne en force.

Mot-clés: césarienne, accouchement, innovation, éducation, santé

* Cette recherche est réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat en cotutelle entre l'École en Soins Infirmiers de Ribeirão Preto à l'Université de São Paulo - Brésil (Laboratoire NUPESCO/USP) et l'Université de Cergy-Pontoise – France (Laboratoire EMA/UCP).

Resumo

O presente texto objetiva analisar a desinstitucionalização do parto cesariano como inovação no Brasil e na França. Resulta de uma pesquisa de doutorado em cotutela, em desenvolvimento no Brasil e na França, e utilizar o referencial teórico e metodológico da socioclínica institucional francesa. Tal discussão parte do contexto real dos nascimentos no Brasil, marcados pela lógica, por vezes, violenta, tecnicista, intervencionista e de grande manipulação dos corpos femininos. Outro elemento marcante dessa temática, no contexto brasileiro, é a ocorrência dos partos cesarianos, os quais são, muito frequentemente, realizados a partir de indicações que fogem da premissa de risco para a mulher e o bebê. Em relação aos nascimentos, na França, embora sejam majoritariamente por via vaginal, não garante a inexistência de violência obstétrica ou de objetificação desses corpos. Somado a isso, nos dois países, ganha força a discussão no que envolve a gestão dos riscos psíquicos em torno do nascimento.

Palavras-chave: cesariano, parto, inovação, educação, saúde

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Os nascimentos e suas categorias ocorrem de diferentes maneiras no mundo. Sumariamente, no ocidente, a medicina possui significativa influência no manejo com a vida o que, devido à intervenção/medicalização que resumem o parto a um evento fortemente tecnocrático e intervencionista¹. Por outro lado, no oriente, de modo geral, há uma importante valorização dos partos vaginais não medicalizados^{2,3}, embora reconheçamos a existência de contextos que demonstram o contrário como: Vietnã, Camboja e outros.

Documentos oficiais determinam que a indicação de cesariana deva ser feito com base no diagnóstico de intercorrências no período da gestação ou trabalho de parto. Sua realização sem indicação adequada expõe a mulher e o bebê a riscos⁴. No Brasil, por exemplo, 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis são causados pela prematuridade que por sua vez é um desfecho frequente do parto cesariano⁵. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define, desde 1985, a taxa classificada como ideal de cesáreas entre 10% e 15%. Em sua recente declaração sobre tais taxas, revela que por diversos motivos, estão aumentando gradativamente a sua frequência tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento⁴. O Brasil está entre os países com os maiores indicadores de partos cesarianos no mundo. Em 2009, pela primeira vez, a proporção de cesariana ultrapassou a de partos normais atingindo, desde então, uma média de

52%⁶ e pode atingir 80% nos serviços privados. Na França, os maiores registros de aumento de nascimentos por cesariana são entre os anos de 1981 e 2003. Após 2003 as taxas mantiveram-se estáveis na média de 21% até o ano de 2010. Após 2010, a prevalência de cesarianas diminuiu ligeiramente de 20,8% para 20,2% em 2014⁷. Frente ao exposto, torna-se mister destacar que ao nível populacional, as taxas superiores aos 10% indicados pela OMS não estão associados à redução de mortalidade materna e neonatal. No mundo, as taxas relacionadas ao nascimento são bastante variáveis e podem ser divididas entre os países com menores taxas (em 2014): Islândia (15,31%), Finlândia (15,77%), Suécia (16,97%) e Noruega (16,5%) e países com altas taxas: México (46%), Turquia (51,13%), Egito (52%), República Dominicana (58%). Há de se considerar ainda a existência de pesquisas que confirmam que embora haja preferência por partos vaginais, mesmo nos países com altos índices de cesarianas, observa-se quando não o crescimento a dificuldade na diminuição destas⁸⁻¹⁰. Isto se dá, segundo estudos publicados, entre outros motivos, em virtude da centralidade da participação do médico nos partos, conseqüentemente na valorização da tecnologia e negligenciando as conseqüências possíveis resultantes das intervenções no processo. Associado a isso, ocorre a limitação do espaço de informação das mulheres e famílias, subestimação da capacidade parturiente da mulher o que, sem dúvida, resulta na correção do corpo feminino e na simplificação a um objeto necessitado de tutela.

Seguindo a mesma perspectiva de pensamento, outro aspecto que deve ser considerado neste processo é que, como todos os eventos de ciclo de vida, o nascimento promove a produção de discursos e práticas que refletem os valores, prioridades, performances e, mais amplamente, os principais problemas dos grupos sociais que os produzem. Neste sentido, a parentalidade se constitui como o processo e construção no exercício das relações dos pais com os filhos em todas as fases da vida. Revelam, assim, os papéis e funções parentais a partir de aspectos subjetivos como desejo, mitos, medos, projeções de identidade, entre outros.

Posto tudo isso, o entendimento das circunstâncias que influenciam as ocorrências dos partos cesarianos é de grande relevância. Estudos nacionais e internacionais se encarregam de expor as especificidades^{6,8-15} relacionadas às causas das ocorrências dos partos por via cesariana ou vaginais, os discursos de verdade existentes, cultura e biopoder no processo de decisão do tipo de parto. Apesar disso, existem lacunas no debate em relação à institucionalização do nascimento que valorize e articule a gênese teórica e social sobre a temática. Para tal

entendimento parte-se do que está imposto como uma verdade (aqui compreendido como instituído) no nascer, além disso, questiona-se e nega-se o que está instituído (considerado, portanto, instituinte) e, por fim, a conexão desses aspectos: instituído e instituinte (institucionalização) que dá lugar ao entendimento das contradições existentes no desfecho do nascimento. A perspectiva socioclínica institucional¹⁶, do referencial teórico da Análise Institucional¹⁷, neste sentido, contribui para o debate, pois envolve instituições, dinâmicas sociais, relações interpessoais/interinstitucionais, análise de práticas profissionais entre outros elementos.

Salienta-se ainda, que o presente estudo, desenvolvido no Brasil e na França, é fruto de uma pesquisa de doutorado em andamento. Parte de uma investigação maior de abordagem colaborativa, interdisciplinar e transnacional realizada no Canadá, Brasil e França, de título: “O nascimento como processo biopsicossocial: um estudo colaborativo, interdisciplinar dos efeitos das práticas e discursos sobre a perinatalidade no tornar-se pais no Canadá, na França e no Brasil”. Assim, para a presente proposta de texto, intenciona-se analisar, a partir da pesquisa em desenvolvimento, a desinstitucionalização do parto cesariano como inovação no Brasil e na França.

REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A Análise Institucional (AI) se constitui como um movimento que nasce da articulação das práticas de intervenção e pesquisa na busca pela deflagração, apoio e aperfeiçoamento dos processos autoanalíticos e autogestivos dos coletivos sociais. Tem por objetivo compreender a realidade social e organizacional a partir dos discursos e práticas dos sujeitos envolvidos.

O movimento originou-se na década de 60, na França, marcado pela força movimentos contestatórios em relação às práticas dos partidos políticos de esquerda, hospitais psiquiátricos, escolas, universidades e fábricas. No Brasil, ganhou visibilidade na década de 70, época em que se viviam restrições políticas e civis. Cabe destacar, em relação à sistematização teórico-metodológica da abordagem, que fora realizada por René Lourau em 1969 em sua tese (transformada em livro) *L'Analyse Institutionnelle*^{18,19}.

Lourau, inspirado em outros autores e disciplinas, apropria-se da dialética e da articulação com a filosofia, antropologia marxista e sociologia para desenvolver conceitos basilares da AI. Ampara-se nas concepções de teóricos como Hegel e Castoriadis para delinear o conceito de

instituição. Neste sentido, a Instituição se configura como resultado da articulação dos momentos: Instituído (universalidade), Instituinte (particularidade) e Institucionalização (singularidade)¹⁹. Na universalidade, a instituição é reconhecida; na particularidade há a negação do momento anterior; e a universalidade é marcada pela relação dialética entre a particularidade e singularidade. Dada sua influência, Lourau compreende que instituição se constitui como um conceito que pode trazer diferentes sentidos, que designa o instituído e instituinte e que não se apresenta facilmente à observação¹⁹.

A pesquisa em AI é fortemente influenciada pela psicoterapia institucional, pelas intervenções pedagógicas, psicanalíticas e psicossociológicas, mas Lourau se apropria da intervenção socioanalítica a partir das condições teóricas práticas. Tais condições se justificam na tentativa de diminuir as possibilidades de reducionismos e determinar o lugar do analista na intervenção. Neste caminho que desenha as estratégias do método de intervenção socioanalítica, Lourau já apresenta as operações da Socioanálise, entre os quais se tem: análise da encomenda e demanda, autogestão da intervenção, regra do tudo dizer, elucidação da transversalidade, análise das implicações, construção dos analisadores. É válido destacar, frente ao exposto, que o conceito de implicação é um dos mais relevantes da AI. “De forma geral, implicação refere-se ao nosso envolvimento sempre presente e até de natureza inconsciente com tudo aquilo que fazemos”^{19:201}.

Monceau, aprofundando a proposta da AI, propõe a Socioclínica Institucional na perspectiva de diversificar as práticas de AI com a justificativa amparada na proposta de questionar mais o objeto e as intenções de análise. Desse modo, apresenta oito características: análise da encomenda e demanda, participação dos sujeitos, trabalho dos analisadores, análise das transformações no decorrer do trabalho, restituição, trabalho das implicações primárias e secundárias, produção de conhecimento e atenção aos contextos e às interferências institucionais. Preocupa-se, como referido anteriormente, com o modo em que os sujeitos estão tomados nas instituições, trata exatamente da implicação dos sujeitos¹⁶.

A proposta de investigação do presente estudo, como já apresentado, envolve a análise do processo de institucionalização dos nascimentos por cesarianas. A utilização do referencial da Socioclínica Institucional como direcionador da pesquisa possibilitará um entendimento a partir de uma perspectiva diferente e inovadora.

Neste sentido, a proporção de partos cesarianos no Brasil nos convida a encomendar a pesquisa, aprofundar e compreender as demandas existentes (e possíveis a surgirem). Nesse mesmo caminho, entre os possíveis analisadores temos os partos e suas especificidades (tipos de partos, aspectos biopsicossociais e outros), elementos legais (instituídos e instituintes) e ainda o biopoder como determinante na construção da parentalidade.

Essa pesquisa adota uma abordagem colaborativa, interdisciplinar e transnacional e utiliza uma metodologia qualitativa. Dentro de uma perspectiva analítica, busca responder a questões muito particulares a partir da preocupação de uma realidade que não pode ser quantificada e, neste sentido, busca-se a compreensão dos sujeitos do estudo como àqueles em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados²⁰.

A produção dos dados é realizada a partir de grupos de discussão (grupo focal), entrevistas com pais e trabalhadores da saúde e diário de pesquisa. No Brasil haverá ainda participação em reuniões do comitê de mortalidade materno infantil. Para contextualizar os dados vindos dos grupos, são levantados dados secundários: dados sociodemográficos sobre as regiões abordadas, indicadores de saúde de perinatalidade nacionais e dos estabelecimentos de saúde envolvidos. É válido salientar que para o presente material utilizaremos parte dos dados já produzidos e faremos articulação com o material científico existente sobre a temática.

Os campos empíricos desta pesquisa são os países: Brasil e França. No Brasil na cidade de Ribeirão Preto, SP e na França na região de Hauts-de-Seine, Val-d'Oise e Haute-Garonne. A escolha dos espaços de produção do material de pesquisa, em cada país, se deu intencionalmente, num primeiro momento, na perspectiva de incluir diferentes contextos de trabalho e de acesso a bens e serviços dos participantes (pais e trabalhadores da saúde). Em cada país, foram formados dois grupos focais com profissionais de saúde de diferentes instituições e dois grupos focais com pais, do mesmo modo, de espaços distintos. Além disso, a proposta de pesquisa adota entrevistas individuais com pais e trabalhadores inicialmente selecionados a partir da participação dos encontros dos grupos.

Os profissionais de saúde convidados a participar, inicialmente dos grupos de discussão, foram à partir de dois tipos de estabelecimentos: hospitais e "outra" instituição que se define como uma alternativa para o hospital (maternidades, casa de parto, etc.) - via convites individuais, membros de trabalho em equipe, das apresentações do projeto, cartazes em serviços

e associações profissionais. A escolha partiu, em primeiro lugar, dos dois serviços de saúde públicos que oferecem serviços obstétricos. Justifica-se tal escolha, bem como seu quantitativo, frente à proposta operacional da pesquisa maior nos países. O contexto brasileiro, por sua vez, é: um local que se constitua como hospital tradicional e que realize atendimentos de parto e puerpério e outro espaço alternativo com ações materno-infantis (centro de referência à saúde da mulher). As entrevistas individuais com os trabalhadores são realizadas com aqueles preferencialmente, em primeiro lugar, participantes do grupo focal, em seguida, que atuem nas unidades pesquisadas ou ainda àqueles indicados pelos próprios participantes já entrevistados.

Os pais foram convidados a participar durante as atividades e grupos de pais já participantes da proposta maior de pesquisa, e, se necessário, através de convites em meios de comunicação dos estabelecimentos envolvidos. Assim, os locais de aproximação com os pais, no contexto brasileiro, foram: Escola de idiomas e uma creche beneficente. No contexto Francês, por sua vez, no grupo da associação PaMaNa (Parents de la Maison de Naissance de Pontoise) e Maison de Famille de Gennevilliers. A escolha dos referidos locais se deu a partir da necessidade de conhecer diferentes contextos socioeconômicos e culturais (e seus desdobramentos) e a influência na concepção da parentalidade e nascimento. A formação do grupo de pais priorizou, em primeiro lugar, o desejo e disponibilidade em participar, àqueles que possuíam mais de 18 anos e que possuíam filho(a). Para a escola de idiomas, o convite foi estendido a todos os pais que tenham interesse em participar. Para as entrevistas individuais, caso necessário, serão convidados outros não participantes dos grupos mediante a indicação dos pais participantes que julguem relevante ouvirmos o compartilhamento de suas experiências.

A produção dos dados dá-se por **narrativas** tomadas dos pais e trabalhadores: a) **entrevista com roteiro semiestruturado** que ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação²⁰; b) **Os grupos de discussões (grupo focal)** norteados através de um roteiro utilizado nos encontros da proposta maior da pesquisa. Por isso, tais grupos, em cada local, reuniram-se três vezes ao longo de um período de um ano. As sessões foram gravadas, transcritas e os resultados cruzados nas análises preliminares (entre grupos e entre regiões (países) após a realização de cada grupo). Nas reuniões iniciais do grupo focal houve: apresentação do estudo, objetivos, a abordagem (colaborativa, interdisciplinar e internacional). Nas reuniões intermediárias: a restituição²¹ (devolutiva) das

reuniões iniciais com suas respectivas análises. Nas reuniões finais ocorreu a restituição (devolutiva) das análises das reuniões intermediárias. Ressalta-se, portanto, que o convite para as entrevistas individuais se deu a partir desses encontros com os grupos.

Diário de pesquisa que permite a compreensão das condições de produção da vida intelectual, minimizando a construção da “mágica” da pesquisa e a desnaturalização das construções científicas. Permite a reconstituição da história subjetiva da pesquisadora, bem como a revelação das suas implicações.

Para a análise dos dados produzidos intenciona-se realizar uma análise cruzada entre diferentes tipos de dados, entre as instituições, entre os grupos, entre regiões e entre países de modo contínuo, tendo como base o material coletado. A análise dos dados produzidos será baseada na abordagem da análise temática de Paillé e Mucchielli. Nesta perspectiva, a etapa de discussão da análise temática se constitui como um exercício qualitativo, interpretativo e hipotético. Além do mais, a análise temática exige autonomia intelectual do pesquisador e um conhecimento aprofundado do tema estudado. A partir de sua transcrição completa, adotar-se-á uma abordagem híbrida para análise: uma tematização continuada que consiste em atribuir, reagrupar, ajustar os temas progressivamente até o final da análise e uma tematização sequencial para realizar análises comparativas entre grupos da mesma região. Essa análise irá identificar e definir um conjunto de grandes temas em grupos de discussão e, em seguida, explorar no que eles correspondem, são semelhantes e oponentes aos outros grupos e outras regiões.

A abordagem analítica é, portanto, situada em três níveis: 1-transcrição (escutar e transcrever integralmente os grupos e entrevistas individuais); 2- transposição (constituir as unidades de significação e as aproximações entre eles e os referenciais teóricos) 3 - reconstituição (reconstruir um texto com as análises finais)²².

O retorno aos participantes (restituição participativa dos grupos) é parte integrante da análise e será composto por: 1- comunicação da experiência dos pais e dos profissionais durante o período perinatal; 2- partilha de conhecimentos com fins de colaboração (componente educacional). Assim tal restituição permitirá aos participantes do estudo a análise adequada para integrá-los em suas próprias práticas e para melhor compreender as diferenças e semelhanças entre o discurso e as práticas no campo da assistência perinatal. A restituição será a oportunidade de discutir os resultados para orientar pesquisadores em direção a novos caminhos para o

desenvolvimento de um programa de investigação sobre o nascimento que possa contribuir para o bem-estar das crianças, pais e famílias^{21,22}.

Como se trata de uma pesquisa realizada em diferentes países, em cada país a pesquisadora será responsável pela adequação da proposta de pesquisa às normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos. No contexto brasileiro, utilizamos a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que determina as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Em obediência a esta Resolução, a presente pesquisa tomou e tomará as precauções para que todos os direitos dos participantes sejam respeitados. A produção dos dados teve início somente após a autorização das instituições coparticipantes e aprovação pelo comitê de ética.

Até o presente momento foram realizados os grupos de discussão (grupo focal), com pais e trabalhadores, nos dois países, o que totaliza 24 encontros (3 encontros com cada grupo). Além disso, foram realizadas as entrevistas individuais com pais e trabalhadores da França (18 pessoas).

O referencial teórico metodológico contribuirá, pois propõe a compreensão da realidade social e organizacional a partir de discursos e práticas dos sujeitos. Para isso, na medida em que for possível, serão utilizadas as características basilares do referido referencial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como referido anteriormente, o presente texto é um recorte de uma pesquisa em andamento e intenciona analisar a desinstitucionalização do parto cesariano como inovação no Brasil e na França. Tal estudo parte da percepção de, por um lado, apesar da ainda marcante presença do parto cesariano no Brasil, há um movimento de mudança associado aos nascimentos. Na França, embora a questão das práticas relacionadas ao nascer não seja a diretamente os partos cesarianos, existem elementos associados às práticas intervencionistas e relacionadas ao biopoder que contribuirão com a discussão.

A discussão em torno da inovação ganha destaque nas questões relacionadas ao desenvolvimento econômico e social no contexto das políticas públicas. Compreendemos que isso está associado à lógica da Nova Gestão Pública (NGP), ultraliberal, que se insere no contexto exatamente por influenciar no processo de estruturação e desestruturação do modelo hegemônico.

Na saúde, o debate em relação à inovação, do mesmo modo, se estrutura a partir da lógica de melhorias das condições de vida e manejo com problemas de saúde. Toda essa discussão é viva seja no âmbito governamental, empresarial ou acadêmico²³. Assim, as inovações até aqui evidenciadas estão relacionadas, de uma certa forma, com o impacto econômico e, portanto, fortemente ligadas às tecnologias duras. Sem dúvidas, tal relação provoca desfechos seja nos processos de trabalho no âmbito da saúde e na produção do cuidado. Com relação ao contexto dos nascimentos, da mesma forma, há o reflexo dessa lógica “inovadora”, embora haja plenamente espaço para a valorização das questões debatidas em torno do corpo da mulher, sua autonomia e necessidades envolvidas. A desinstitucionalização dos nascimentos por cesariana pode por um lado se inserir na discussão como uma ação inovadora preocupada com os resultados, eficiência e efetividade, tão valorizados pela NGP. Por outro lado, não se pode negar o caráter potente (e possível) de consideração dos contextos subjetivos na discussão em torno dessa desinstitucionalização.

Merhy²⁴ apresenta com base nos trabalhos de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1994) os conceitos de tecnologias duras (caracterizada pelos instrumentos e máquinas), leve-duras (conhecimento técnico, por exemplo, a epidemiologia) e leves (as relações estabelecidas entre os indivíduos). A produção de cuidado em saúde exige o uso das tecnologias, mas a grande questão em torno disso é exatamente a prevalência da tecnologia dura sobre as demais o que provoca diversas dificuldades no agir em saúde.

Embora reconheçamos que haja uma ampla utilização do termo inovação ao longo dos anos, delineamos que no presente contexto, a inovação se constitui como uma mudança técnica ou uma nova forma de atuar no processo de trabalho relativo à promoção da saúde ou à prevenção de agravos à saúde, que produz efeitos na situação epidemiológica de uma determinada população²³. Na Saúde Pública, as inovações exigem características relacionadas: às interações entre diferentes grupos (governo, universidade, centros de pesquisa, laboratórios) favorecidos, logicamente, pelas ações interdisciplinares e intersetoriais. Na prática, muito frequentemente, valorizam muito mais as questões organizacionais e de processos que os desfechos que realmente considerem as especificidades das mulheres, os contextos e as necessidades em questão, afinal tende a valorizar o impacto das ações nos indicadores de saúde. Apesar disso, é válido destacar que as estratégias que valorizam as tecnologias leves possuem

potencial robusto para os resultados associados ao bem estar social, apesar de nem sempre estarem relacionados aos ganhos mercadológicos.

A partir desse entendimento é possível compreender que as práticas intervencionistas na assistência ao parto também podem ser (e muito frequentemente são) compreendidas como inovadoras, afinal podem refletir em resultados relacionados à lógica de produtividade. Entre essas podemos citar: episiotomia de rotina, uso da occitocina, partos cesarianos sem indicação, enema, tricotomia, revisão rotineira, exploração do útero ou lavagem rotineira do útero após o parto, entre outras medidas. Nossa proposta é justamente dar visibilidade à perspectiva de compreensão a inovação com um desinvestimento em tecnologias que implementam ações relacionadas às práticas altamente intervencionistas para àquelas associadas às tecnologias leves e ao bem estar populacional.

Apesar da enorme discussão relacionada à Saúde Materno Infantil no mundo ^{11-15, 25-29}, grupos discutem as práticas cotidianamente vividas e praticadas pelos indivíduos envolvidos no processo. A Pesquisa Nascer no Brasil²⁵, por exemplo, revelou consistentemente que as mulheres não têm seus direitos respeitados no momento do parto. Associado a isso, o próprio desconhecimento por parte delas dificulta a identificação de situações de violação e, conseqüentemente, a busca pela reivindicação.

A pesquisa revela, em números, que 70% das mulheres desejavam dar à luz por parto normal no início da gravidez, mas 52% dos nascimentos são por cesariana e que, na rede privada, atinge 88% dos nascimentos. Em relação aos partos normais, 91,7% foram na posição deitada (litotomia) e 53,5% das mulheres sofreram episiotomia. Apenas 18,7% das mulheres tiveram garantida a presença contínua de um acompanhante de sua escolha, apenas 25,2% das mulheres tiveram acesso à alimentação durante o trabalho de parto e, além disso tudo, apenas 5% das mulheres tiveram partos sem intervenções como cesariana, episiotomia, manobra de Kristeller. Além disso, a pesquisa revela também que de todos os partos, 26,6% dos bebês tiveram contato pele a pele com a mãe logo ao nascer²⁵.

A França apresenta um contexto de nascimentos diferente do brasileiro. Tais diferenças partem, primeiramente, pela lógica do parto por via vaginal como prioritária no imaginário social e em termos práticos. Em consequência disso, as mulheres, geralmente, são acompanhadas por *sage-femmes* (e não por profissionais médicos), que são as pessoas encarregadas de fornecer o acompanhamento da maior parte das gestações (exceto às gestações de grande risco e realização

de partos cirúrgicos). Estudo³⁰ confirma, aparado em outros estudos, que a organização da assistência influencia as taxas de cesariana. Confirma que tais taxas tendem ser menores nos países com uma assistência obstétrica menos medicalizada. Nesse sentido, mesmo frente ao contexto de nascimentos, o país europeu desenvolve uma consistente discussão sobre a biomedicalização dos nascimentos e violência obstétrica (o parto cesariano, quando realizadas sem indicação, estão entre ações de violência). Ainda assim, existem estudos franceses que tratam das taxas de cesarianas no que envolve as evoluções e consequências^{14,31}.

Não se pode negar a existência de sinais que marcam a busca pelo enfrentamento da excessiva valorização das práticas intervencionistas no momento do parto como, por exemplo, na inserção de outros profissionais como obstetrias, doulas e enfermeiras obstetras, bem como o fortalecimento na formação das equipes multiprofissionais. Tudo isso é colocado com um convite para a revisão das práticas hegemônicas destinadas ao nascimento e o reconhecimento da existência de demandas específicas de cada mulher, a autonomia e direito sobre seu próprio corpo. Deste modo, a valorização das estratégias de orientação e cuidado a partir do encontro entre as famílias e as redes de apoio é de extrema relevância. Ainda, há de se considerar o necessário entendimento do caráter biopsicossocial que valorize todas as etapas desde o pré-natal, o parto e também o puerpério.

REFERÊNCIAS

1. Davis-Floyd, RE. The technocratic model of birth. *The Journal of American Folklore*, 100(398): 479-495. *Folklore and Feminism* (Oct. - Dec., 1987). Disponível em: <http://www.davis-floyd.com/wp-content/uploads/2016/10/Davis-Floyd-1987-The-Technological-Model-of-Birth.pdf> Acesso em 01 fev 2017
2. Hoga L. Estágio em uma casa de parto do Japão: relato de experiência. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 9(18): 611-620, Dec. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300015>.
3. Silva LR. A experiência na casa de parto Mohri-Japão. *Revista Cuidado é Fundamental Online*, vol 6, n. 3, p. 987-997. Jul/set. 2014. Disponível em:< <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/359/367>> Acesso em 01 fev 2017
4. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Organização Mundial de Saúde, 2015. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf Acesso 01 fev 2017.

5. Silva MMRG. Parir é natural. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S.l.], 10(2): 1-6, june 2016. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1145>>. Acesso em: 01 fev. 2017.
6. Domingues RMSM et al . 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 , 30(supl. 1): S101-S116, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.
7. Établissements de santé. La naissance: caractéristiques des accouchements. 2016. Disponible: < <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche28-2.pdf>> accès: 01 fev 2017.
8. Spong CY. Obstet Gynecol Clin North Am, 42(2):377-380, jun 2015. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441950/?tool=pubmed> Acess: 01 fev 2017
9. Pimenta LF; Silva SC; Barreto CN et al. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 6(3): 987-997, jul.-set. 2014. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3165/pdf_1347> acesso em 01 fev 2017
10. Lansky S; Friche AA L; Silva AAM et al. Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(supl. 1): S192-S207, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
11. Velho MB; Santos EKA; Collaco VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Rev. bras. enferm., Brasília , 67(2): 282-289, Apr. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>
12. Rattner D; Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife , 16(1): 39-47, Mar. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100039&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>.

13. Martino M, Fusco D, Colais P, Pinnarelli L, Davoli M, Perucci CA. Differential misclassification of confounders in comparative evaluation of hospital care quality: caesarean sections in Italy. *BMC Public Health*, (14):1049. doi:10.1186/1471-2458-14-1049.
14. Césarine Association. Évolution des taux de césarienne. 2015. Disponible: http://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php Accès en 01 fev 2017.
15. Fréour P. Des disparités injustifiées em Europe. *Le Figaro. Santé*. 2015. Disponible: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/03/09/23486-cesarienne-disparites-injustifiees-europe> Accès: 01 fev 2017
16. Monceau G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'Abbate S; Mourão LC; Pezzato LM. *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. 1ª Edição. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 91-103.
17. Lourau R. *A análise Institucional*. São Paulo: vozes. 2004.
18. Rodrigues HBC. Análise institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. In: Rodrigues HBC & Altoé S. (orgs.) *Saúde & Loucura* 8. *Análise Institucional*. São Paulo : HUCITEC, 2004. P. 115-164
19. L'Abbate S. Análise Institucional e Intervenção : breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, vol 8, n. 1, p. 194-219, 2012.
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ªed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
21. Lourau R. René Lourau na UERJ. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro, UERJ, 1993. *Mnemosine*, v. 3, n. 2, 2007.
22. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4a edição. Paris: Armand Colin. 2016.
23. Magalhães PR. *O que é inovação em Saúde Pública? [dissertação]*. 2015. Disponível em:<<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18302/1/DISS%20POLIANA%20MAGALH%C3%83ES.%202015.pdf>> Acesso em 20 junho 2018.
24. Merhy EE. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência*. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997. Disponível em: Acesso em: 04 abr 2013.
25. *Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre parto e nascimento*. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 10 de jan, 2018
26. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. *Listening to mothers II: report of second national U.S. Survey of Women's childbearing Experiences: conducted*. 2006.
27. Heimann S. *La césarienne sur demande maternelle: quelle est la vraie demande de la mère?* *Revue de médecine périnatale*. 2010; 1(2): 8-11.

28. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Bréart G. Accouchement par césarienne et mortalité maternelle du postpartum.
Disponible:<www.hal.inserm.fr/inserm-00115675>
29. Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011.
Disponible en:< [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les naissances en 2010 et leur evolution depuis 2003.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)>
Accès: 01 fev 2017
30. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-12.
Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
31. Racinet C. Réflexions sur l'évolution du taux des césariennes. 1997. Disponible en :< https://www.cesarine.org/avant/racinet_reflexions_evolution.pdf> Accès : 18 juin 2018