

# REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY

**A livre opção pela cesariana: um  
“nudge às avessas”**

**The free choice for cesarean  
section: a nudge in the wrong  
direction**

Bruna Menezes Gomes da Silva

Júlio Cesar de Aguiar

VOLUME 11 • Nº 1 • ABR • 2021

# Sumário

<b>PARTE 1: POLÍTICAS PÚBLICAS .....</b>	<b>17</b>
<b>1. POLÍTICAS PÚBLICAS: ASPECTOS GERAIS .....</b>	<b>18</b>
<b>UM MODELO POLÍTICO DE IMPLEMENTAÇÃO PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS: OS PAPÉIS DO DIREITO E DOS JURISTAS .....</b>	<b>20</b>
William H. Clune III	
<b>EVALUACIÓN DE LAS OBRAS PÚBLICAS EN GOBIERNOS LOCALES EN MÉXICO: DESAFÍOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA .....</b>	<b>83</b>
Louis Valentin Mballa e Arturo Bermúdez Lara	
<b>PATERNALISMO LIBERTÁRIO E POLÍTICAS PÚBLICAS: INTERVENÇÃO E TRANSPARÊNCIA .....</b>	<b>105</b>
Marcia Carla Pereira Ribeiro e Victor Hugo Domingues	
<b>2. POLÍTICAS PÚBLICAS E COVID-19 .....</b>	<b>121</b>
<b>LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O USO SECUNDÁRIO DE DADOS PESSOAIS NO PODER PÚBLICO: LIÇÕES DA PANDEMIA .....</b>	<b>123</b>
Miriam Wimmer	
<b>EFICIÊNCIA DAS POLÍTICAS DE INOVAÇÃO NOS SETORES INDUSTRIAIS BRASILEIROS: SUGESTÕES PARA A CRISE DA COVID-19 .....</b>	<b>144</b>
Michelle Márcia Viana Martins e Chrystian Soares Mendes	
<b>COMPLIANCE EM TEMPOS DE CALAMIDADE PÚBLICA: ANÁLISE SOBRE A FLEXIBILIZAÇÃO DA TRANSPARÊNCIA DE DADOS E INFORMAÇÕES DURANTE O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO BRASIL .....</b>	<b>169</b>
Luciana Cristina da Conceição Lima, Alcindo Fernandes Gonçalves, Fernando Cardoso Fernandes Rei e Cláudio Benvenuto de Campos Lima	
<b>3. POLÍTICAS PÚBLICAS E ACCOUNTABILITY .....</b>	<b>188</b>
<b>ACCOUNTABILITY E DESENHO INSTITUCIONAL: UM “PONTO CEGO” NO DIREITO PÚBLICO BRASILEIRO .....</b>	<b>190</b>
Danielle Hanna Rached	
<b>ESTRATÉGIAS REGULATÓRIAS DE COMBATE À CORRUPÇÃO .....</b>	<b>211</b>
Eduardo Jordão e Luiz Carlos Penner Rodrigues da Costa	

<b>O CONTROLE E A AVALIAÇÃO PELO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS POR DESONERAÇÕES TRIBUTÁRIAS NO BRASIL .....</b>	<b>243</b>
Vinicius Garcia e Carlos Araújo Leonetti	
<b>4. POLÍTICAS PÚBLICAS EM MATÉRIA DE SAÚDE .....</b>	<b>266</b>
<b>A LIVRE OPÇÃO PELA CESARIANA: UM “NUDGE ÀS AVESSAS” .....</b>	<b>268</b>
Bruna Menezes Gomes da Silva e Júlio Cesar de Aguiar	
<b>AUTISMO: ASPECTOS JURÍDICOS DA ACESSIBILIDADE E RESPEITO .....</b>	<b>283</b>
Fabiana Barrocas Alves Farah e Danilo Fontenele Sampaio Cunha	
<b>SAÚDE E DOENÇAS RARAS: ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO E SUAS LIMITAÇÕES.....</b>	<b>301</b>
Danilo Henrique Nunes e Lucas de Souza Lehfeld	
<b>5. OUTRAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM ESPÉCIE .....</b>	<b>318</b>
<b>REGULAÇÃO DAS ÁGUAS: UMA ANÁLISE EMPÍRICA DA PRODUÇÃO NORMATIVA DOS ÓRGÃOS REGULADORES FEDERAIS .....</b>	<b>320</b>
Bianca Borges Medeiros Pavão, Natasha Schmitt Caccia Salinas e Thauany do Nascimento Vigar	
<b>“LET THE ALGORITHM DECIDE”: IS HUMAN DIGNITY AT STAKE?.....</b>	<b>343</b>
Marcela Mattiuzzo	
<b>DAS ACEPTÕES DOS DIREITOS DOS REFUGIADOS ÀS VOZES SILENCIADAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>371</b>
Thaís Araújo Dias e Monica Mota Tassigny	
<b>PLANEJAMENTO FAMILIAR: “INIMIGO” A SER COMBATIDO, “ALIADO” LIBERTADOR OU FALSO “AMIGO”? .....</b>	<b>395</b>
Vinicius Ferreira Baptista	
<b>A AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A JUVENTUDE COMO OFENSA AOS DIREITOS HUMANOS .....</b>	<b>419</b>
William Timóteo e Ilzver de Matos Oliveira	
<b>ANÁLISE CÊNICA DOS FEMINICÍDIOS EM CURITIBA: PROPOSTAS PREVENTIVAS E REPRESSIVAS .....</b>	<b>433</b>
Ticiane Louise Santana Pereira, Octahydes Ballan Junior e Antonio Henrique Graciano Suxberger	
<b>ORIGIN AND CONSEQUENCES OF THE WAR ON DRUGS. FROM THE UNITED STATES TO ANDEAN COUNTRIES .....</b>	<b>451</b>
Silvio Cuneo e Nicolás Oxman	

<b>TRABALHO DECENTE: COMPORTAMENTO ÉTICO, POLÍTICA PÚBLICA OU BEM JURIDICAMENTE TUTELADO?</b> .....	<b>471</b>
Silvio Beltramelli Neto e Mônica Nogueira Rodrigues	
<b>EL FINAL DE UNA POLÍTICA PÚBLICA: ANÁLISIS DEL CICLO POLÍTICO DEL PROYECTO DESTINOS INDUCTORES PARA EL DESARROLLO TURISTICO REGIONAL (DIDTR) – BRASIL</b> .....	<b>496</b>
María Belén Zambrano Pontón, Magnus Luiz Emmendoerfer e Suely de Fátima Ramos Silveira	
<b>ALTERNATIVA TECNOLÓGICA PARA COMPENSAÇÃO DE CRÉDITOS DE ICMS: ESTUDO DE CASO DA VIABILIDADE DO USO DE DLT EM NOTA FISCAL ELETRÔNICA</b> .....	<b>520</b>
Danielle Mendes Thame Denny, Roberto Ferreira Paulo e Fernando Crespo Queiroz Neves	
<b>PARTE 2: TEMAS GERAIS</b> .....	<b>549</b>
<b>A CONSTRUÇÃO DO DIREITO HUMANO AO ALIMENTO NO PLANO INTERNACIONAL</b> .....	<b>551</b>
Tatiana de A. F. R. Cardoso Squeff	
<b>GRUPOS VULNERABLES DE ESPECIAL PROTECCIÓN POR PARTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (INDH) ¿EN QUIÉN PODRÍA Y DEBERÍA ENFOCARSE EN BASE A LA DOCTRINA Y A LA EXPERIENCIA COMPARADA IBEROAMERICANA?</b> .....	<b>571</b>
Juan Pablo Díaz Fuenzalida	
<b>EL SUFRAGIO ELECTRÓNICO COMO ALTERNATIVA AL SUFRAGIO TRADICIONAL: LUCES Y SOMBRAS DE UN DEBATE RECURRENTE</b> .....	<b>595</b>
David Almagro Castro, Felipe Ignacio Paredes Paredes e Edgardo Lito Andres Cancino	
<b>COGNOSCIBILIDADE E CONTROLE SOCIAL DA TRANSPARÊNCIA PÚBLICA SOB A ÉGIDE DA DEMODIVERSIDADE: ESTUDO EMPÍRICO DE PORTAIS ELETRÔNICOS MINISTERIAIS LATINO-AMERICANOS</b> .....	<b>621</b>
Ana Carolina Campara Verdum, Leonardo Fontana Trevisan e Rosane Leal da Silva	
<b>DESAFIOS E BENEFÍCIOS DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PARA O DIREITO DO CONSUMIDOR</b> .....	<b>655</b>
Sthéfano Bruno Santos Divino	
<b>QUEM TEM MEDO DA RESPONSABILIZAÇÃO SUBJETIVA? AS TEORIAS DA CONDUTA E DA IMPUTAÇÃO, PARA UM DIREITO ADMINISTRATIVO SANCIONADOR CONSTITUCIONALIZADO</b> .....	<b>690</b>
Sandro Lúcio Dezan e Paulo Afonso Cavichioli Carmona	
<b>A INSUFICIÊNCIA DE TRIBUTAÇÃO COMO FUNDAMENTO PARA O AFASTAMENTO DA RESERVA DO POSSÍVEL NA GARANTIA DO MÍNIMO EXISTENCIAL E DA DIGNIDADE HUMANA</b> .....	<b>711</b>
Dione J. Wasilewski e Emerson Gabardo	

# A livre opção pela cesariana: um “nudge às avessas”\*

## The free choice for cesarean section: a nudge in the wrong direction

Bruna Menezes Gomes da Silva\*\*

Júlio Cesar de Aguiar\*\*\*

### Resumo

Múltiplas iniciativas legislativas têm surgido no Brasil com o escopo de garantir um direito de escolha da mulher pelo parto cirúrgico no Sistema Único de Saúde, o que é apontado pelos legisladores como uma premissa para o exercício pleno de sua autonomia no momento gravídico. O presente trabalho, construído a partir da realização de uma pesquisa qualitativa, eminentemente bibliográfica, expõe, contudo, que a previsão legal da cesariana eletiva nesses moldes impulsiona a escolha da mulher pelo parto cirúrgico, o que representa incentivo público à exposição de sua saúde a maiores e desnecessários riscos. O estudo, que teve como marco teórico a Teoria Analítico Comportamental e Econômica do direito, é apresentado em três sessões distintas, sendo introduzido com uma contextualização histórica e normativa da assistência ao parto no Brasil, a qual fornece uma base necessária para a compreensão das sessões seguintes, que tratam do enquadramento da preferência pela cesariana e da gênese de normas legais que tutelam a possibilidade de escolha, independentemente de indicação médica, pelo parto cirúrgico no sistema público de saúde. Da exposição, extrai-se a conclusão de que a previsão de um direito à cirurgia eletiva funciona como um *nudge* às avessas, ou seja, como um mecanismo que dirige comportamentos individuais para a obtenção de vantagens alheias a interesses legítimos, no caso, a saúde da mulher e da criança por ela gerada.

**Palavras-chaves:** Cesariana eletiva. Autonomia pessoal. Inovações legislativas. Direitos reprodutivos. Análise econômico-comportamental do direito.

### Abstract

Multiple legislative initiatives have emerged in Brazil with the aim of guaranteeing the right of women to choose for surgical delivery in the Health System, which is pointed out by legislators as a premise for the full exercise of their autonomy during pregnancy. The present work, built from a qualitative research, eminently bibliographic, exposes, however, that the legal provision of elective cesarean section drives the woman's choice for surgical delivery, which represents a public incentive to expose her health to greater and unnecessary risks. The study, which had as its theoretical framework the behavioral and economic analytical theory of Law, is presented in three

\* Recebido em 12/03/2020

Aprovado em 14/04/2020

\*\* Mestre pela Universidade Católica de Brasília. Procuradora da República.

E-mail: bmgds.bruna@gmail.com.

\*\*\* Professor da Escola de Políticas Públicas e Governo da Fundação Getúlio Vargas (EPPG-FGV). PhD in Law pela University of Aberdeen, UK. Doutor em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina.

E-mail: juliocesar.deaguiar@gmail.com.

distinct sessions, being introduced with a historical and normative contextualization of childbirth care in Brazil, which provides a necessary basis for understanding the sessions following, that deals with the setting of preference for cesarean section and the genesis of legal norms that protect the possibility of choosing, regardless of medical indication, for surgical delivery in the public health system. From the exhibition, the conclusion is that the prediction of a right to elective surgery functions as a backward nudge, that is, as a mechanism that directs individual behaviors to obtain advantages outside legitimate interests, in this case, health of the woman and child she generates.

**Keywords:** Elective cesarean section. Autonomy. Legislative innovations. Reproductive rights. Economic-behavioral analysis of Law.

## 1 Considerações iniciais

A intervenção responsável sobre um sistema jurídico, por meio da construção de normas que defendam legítimo interesse público, demanda um estudo preliminar que considere a correspondência entre a inovação proposta e o resultado almejado, bem como as potenciais consequências da criação pretendida.

Sob esse prisma, a recente tendência de se buscar, por meio de propostas legislativas, o reconhecimento de um direito da mulher à opção por um parto cirúrgico no Sistema Único de Saúde, merece um estudo pormenorizado. Embora os legisladores comumente associem tais inovações normativas ao gozo da autonomia plena pelas parturientes, a Teoria da Análise Econômica e Comportamental do Direito oferta importantes subsídios para a contestação da relação lógica invocada e, por conseguinte, dos interesses que supostamente as iniciativas buscam tutelar.

Quando consideradas as ditas falhas de racionalidade<sup>1</sup> e o impulsionamento para determinadas escolhas que as políticas públicas podem assumir<sup>2</sup>, verifica-se que as normas criadas funcionam como um *nudge* às avessas, um mecanismo que conduz a parturiente à escolha pelo parto cirúrgico, que as submetem a maior vulnerabilidade e risco, por meio da utilização de previsíveis erros de avaliação, inércia e intuição próprios do ser humano.

Para apresentar os impactos da previsão legal do direito ao parto cirúrgico, inicialmente será exposta uma contextualização quanto ao modelo de assistência ao parto hoje vigente no Brasil, apresentando-se as origens da percepção do parto como uma patologia e o posicionamento da comunidade científica quanto à assistência à mulher, no ciclo gravídico-puerperal, em especial quanto ao parto cirúrgico.

A partir do cenário ilustrado, será possível compreender os fatores causais para a preferência pelo parto cirúrgico e os motivos pelos quais, na rede pública de saúde, ainda é possível obter índices de cesáreas mais próximos do que preconiza a Organização Mundial de Saúde.

Com a análise, será demonstrado que a previsão legal de um direito ao parto cirúrgico eletivo não é uma forma de garantir o gozo da autonomia pela parturiente, mas um mecanismo que facilita o “enquadramento” (*framing*) de suas escolhas às orientações médicas, ainda que estas não tenham bases científicas e representem severos riscos à sua saúde, e que otimiza falhas de julgamento que preconizam ganhos imediatos em detrimento de maiores benefícios tardios.

Por fim, apresentar-se-á como as legislações, já vigentes no Estado de São Paulo, Paraná e Pará, configuram “um *nudge* às avessas”, ou seja, um mecanismo que dispõe de conhecidos e prováveis erros de julgamen-

<sup>1</sup> TABAK, B. M.; AMARAL, P. H. R. Vieses cognitivos e desenho de políticas públicas. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília v. 8, n. 2, p. 476, 2018.

<sup>2</sup> RIBEIRO, Marcia Carla Pereira; DOMINGUES, Victor Hugo. Economia comportamental e direito: a racionalidade em mudança. *Rev. Bras. Polít. Públicas*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 459, 2018.

to da mulher para impulsionar a escolha por um modelo de parto notadamente mais arriscado.

A avaliação da política pública demonstrará que as iniciativas legais partiram de premissas equivocadas e negaram evidências comportamentais claras quanto ao parto no Brasil, representando risco majorado para mulher e criança em desatendimento ao interesse público que deveria tutelar.

## 2 O parto cirúrgico no Brasil

A despeito dos potenciais e graves riscos para a mulher e criança, fala-se hoje em uma epidemia mundial de cesarianas<sup>3</sup>. No Brasil, os procedimentos somam 41% dos partos na rede pública de saúde e 83% dos partos realizados na rede privada<sup>4</sup>, o que sobrepuja, consideravelmente, a referência nacional para cesarianas, a qual estaria ao redor de 25-30% de acordo com as peculiaridades da população brasileira<sup>5</sup>.

A compreensão de parturição que desencadeou a hodierna epidemia de cesarianas emerge durante a Idade Média quando, ultrapassado o momento em que o sofrimento da mulher era interpretado sob a perspectiva católica como uma penalização pela prática do pecado original, seu útero foi reconhecido como o responsável pela constituição das famílias e pela regulação da política populacional, passando a ser tratado como um tema que deveria estar sob o domínio da ciência e do interesse público<sup>6</sup>. Nesse cenário, para que se viabilizasse o conhecimento e o estudo da parturição, tornou-se necessário levar a mulher a um ambiente hospitalar, que garantisse a observação sistemática e o controle de seu corpo em especial durante a atividade uterina<sup>7</sup>.

Por muito tempo, nesse modelo de assistência incorporado pelo Brasil, a adesão ao parto hospitalar foi rejeitada em razão das incertezas que o novo modelo representava. Apenas a partir do século XVIII, os médicos varões lograram ampliar sua atuação em substituição às parteiras, acompanhando em especial as parturientes mais abastadas<sup>8</sup>. Para se consagrar como modelo de excelência, o parto médico moderno reinterpretou e multiplicou os perigos e sofrimentos da parturição, de modo que a morte passou a ser apontada como uma intercorrência natural, consequência da fragilidade e inaptidão fisiológica do corpo da mulher para a parto<sup>9</sup>. O parto tornou-se um fenômeno patológico<sup>10</sup>.

A medicina obstétrica, nessa toada, assumiu uma superioridade sobre o ofício feminino de partejar, oferecendo a correção da inadequação dos corpos das parturientes e o apagamento da experiência por diversos meios, como a sedação total e a utilização de instrumentos invasivos<sup>11</sup>. A cirurgificação da assistência, alteração mais significativa do parto moderno, contrapôs a cientificidade à fragilidade e dependência da mulher<sup>12</sup>.

<sup>3</sup> BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. WHO and the epidemic of cesarians. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 18, n. 1, p. 3-4, mar. 2018.

<sup>4</sup> OCHI, G. M. *et al.* Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil. *The Lancet*, v. 392, p. 1290, Out. 2018.

<sup>5</sup> BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana*. Brasília, DF: Autor, 2015.

<sup>6</sup> DINIZ, C. S. G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico social*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. p. 111 e ss.

<sup>7</sup> TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização no Brasil*. Tese (Programa de Pós-graduação em antropologia social – Centro de Filosofia e Ciências Humanas), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. p. 78.

<sup>8</sup> DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 628, 2005.

<sup>9</sup> DANTES, Maria Amélia Mascarenhas. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 19, p.513, 2002.

<sup>10</sup> BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 136, 1991.

<sup>11</sup> DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 628, 2005.

<sup>12</sup> DINIZ, C. S. G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico social*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. p. 3.

Por longo período, ao emprego dessas intervenções invasivas, deu-se a alcunha de humanização<sup>13</sup>, malgrado os altos índices de sepses e morbimortalidade materna e perinatal dos partos acompanhados por médicos revelassem que a intervenção de parteiras, mesmo em lugares com maior vulnerabilidade social, era mais segura para a mulher<sup>14</sup>. A resignificação da humanização deu-se somente com o reconhecimento de que a adoção de demasiadas intervenções no parto provoca mais danos que benefícios para a mulher e criança, o que originou um movimento internacional pela priorização do uso da tecnologia apropriada, pela qualidade da interação entre paciente e seus cuidadores e pela desincorporação de intervenções danosas na assistência ao parto<sup>15</sup>.

De uma colaboração internacional voltada à a sistematização dos estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, originou-se a Carta de Fortaleza<sup>16</sup>, texto que possui recomendações baseadas em evidências científicas e de onde se extrai que as maiores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm os índices de intervenção cesariana acima de 15%.

Uma síntese do trabalho, que contém a classificação dos procedimentos quanto à efetividade e segurança, foi publicada pela Organização Mundial de Saúde em 1996<sup>17</sup>, com revisão em 2016<sup>18</sup>, recebendo a denominação de Recomendações da Organização Mundial de Saúde, as quais enfatizam a promoção e o resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento.

Nessa linha de destaque a evidências científicas relacionadas à parturição, a OMS, em 2015, elaborou um documento<sup>19</sup> que, com base em diversos estudos<sup>20</sup>, reforça que taxas de parto cesáreo superiores a 10-15% são injustificadas à luz dos riscos que uma intervenção cirúrgica desnecessária representa, em curto e em longo prazo, para a vida e saúde materna e infantil. A Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas destaca que, em verdade, os esforços na assistência ao parto devem se concentrar não em metas numéricas, mas em garantir que as intervenções cirúrgicas sejam feitas, apenas, nos casos em que são, efetivamente, necessárias para salvar vidas<sup>21</sup>.

No mesmo sentido, no Brasil, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), responsável pela elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o Sistema Único de Saúde (art. 19-Q da Lei 8080/90), elaborou recomendações para a utilização da operação cesariana<sup>22</sup>.

Em moldes similares ao sustentado pela OMS, o relatório da CONITEC destaca que a revisão sistemática dos estudos hoje existentes revela que cesarianas programadas relacionam-se a uma maior taxa de mortalidade materna<sup>23</sup>, a um maior risco de histerectomia, trombose venosa profunda, choque cardiogênico<sup>24</sup> e

<sup>13</sup> DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 628, 2005.

<sup>14</sup> TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização no Brasil*. Tese (Programa de Pós-graduação em antropologia social – Centro de Filosofia e Ciências Humanas), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. p. 78.

<sup>15</sup> DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 629, 2005.

<sup>16</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Appropriate Technology for Birth*. *The Lancet*, v. 8452, (ii), p. 436-437, 1985. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>.

<sup>17</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Care in normal birth: a practical guide*. 1996.

<sup>18</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Care in normal birth: a practical guide*. 1996.

<sup>19</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. 2015.

<sup>20</sup> Por outros: VILLAR, J. *et al.* Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, v. 335, p. 7628, 2007; SOUZA, J. P. *et al.* Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*, 2010. p. 8-71; e LUMBIGANON, P. *et al.* Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *The Lancet*, v. 375, p. 490-499, 2010.

<sup>21</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. 2015.

<sup>22</sup> BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana*. Brasília, DF: Autor, 2015.

<sup>23</sup> Conforme: DENEUX, C. *et al.* Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*, v. 108 (3 Pt 1), p. 541-548, 2006.

<sup>24</sup> JOSEPH, K. S. *et al.* Severe maternal morbidity in Canada, 2003 to 2007: surveillance using routine hospitalization data and

a um maior tempo de internação hospitalar<sup>25</sup>, em comparação ao procedimento cirúrgico ao parto vaginal. Quanto às repercussões neonatais, a revisão evidenciou maior risco de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal nos recém-nascidos de cesariana programada<sup>26</sup>. A literatura expõe, além disso, a existência de evidências, ainda pouco trabalhadas, relacionadas ao desenvolvimento de problemas imunológicos e distúrbios metabólicos<sup>27</sup> desencadeados pelo parto cirúrgico.

A despeito das evidências científicas aventadas, é notável o crescimento da preferência pelo procedimento nos últimos vinte anos<sup>28</sup>. Para sua compreensão, além de se considerar a construção histórica e cultural da parturição, já brevemente apresentada, necessário avaliar o fenômeno sob a perspectiva comportamental.

### 3 A preferência pela cesariana

Ainda que todos os potenciais riscos que envolvem o parto cirúrgico sejam apresentados para a parturiente preliminarmente à possibilidade de escolha pelo modelo de parto a que se submeterá, não há como se falar em exercício da autonomia enquanto a relação médico-paciente permanecer tão severamente desequilibrada.

Inicialmente, possível pressupor que a decisão pela cesariana sem indicação clínica é da parturiente e do médico que a acompanha<sup>29</sup>. Essencial, contudo, ponderar que o comportamento de ambos pela preferência por procedimento que implica maiores riscos e consequências adversas para a mulher é determinado por fatores causais identificáveis e, em alguma medida, passíveis de alteração para tornar tal preferência mais ou menos provável<sup>30</sup>.

A despeito dos esforços direcionados à superação da histórica negativa do protagonismo da mulher em seu parto<sup>31</sup>, ainda não se logrou desconstruir a noção de parturição como um evento patológico que, eivado de múltiplos e imprevisíveis riscos<sup>32</sup>, demanda intervenções médicas rápidas e precisas. Existe, nesse contexto, uma predisposição culturalmente fabricada de se considerar o parto como um assunto médico. Em vez de ser uma exceção, passível de utilização apenas em casos de complicações e riscos reais à saúde da mulher, ao feto ou neonato, a cirurgia cesariana torna-se prática corrente, uma opção aparentemente convencional entre médico e paciente.

---

ICD-10CA codes. *Journal of obstetrics and gynaecology*, Canada, v. 32, n. 9, p. 837-846, Sep. 2010.

<sup>25</sup> GELLER, E. J. *et al.* Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *American journal of perinatology*, v. 27, n. 9, p. 680, Oct. 2010.

<sup>26</sup> GELLER, E. J. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *Journal of perinatology*: official journal of the California Perinatal Association. v. 30, n. 4, p. 680, Apr. 2010.

<sup>27</sup> SANDALL, J. *et al.* Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, v. 392, p. 1352, out. 2018.

<sup>28</sup> BOERMA, T. *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, v. 392, p. 1341-48, Out. 2018.

<sup>29</sup> LEAL, M. C. (coord.). *Cesarianas desnecessárias: Causas, consequências e estratégias para sua redução*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), 2007. p. 26.

<sup>30</sup> Aos fatores causais a que se faz alusão, dá-se distintas qualificações na doutrina. Assim, a depender dos paradigmas utilizados, ora são denominados contingências de reforço e punição. AGUIAR, J. C.; TABAK, B. M. Análise comportamental do direito: ideias básicas. In: TABAK, B. M.; AGUIAR, J. C. *Direito, Economia e Comportamento Humano*. Curitiba: CRV, 2016; ora arquiteturas de escolha. RACHLIN, Howard. Choice Architecture: a review of Why Nudge: the politics of libertarian paternalism by Cas R. Sustein. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, v. 9999, p. 1-6, 2015; THALER, R. H. *et al.* Choice architecture. April 2, 2010. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1583509>. Acesso em: 02 fev. 2020; ora estruturas de incentivos. BÉNABAU, R.; TIROLE, J. Incentives and Prosocial Behavior. *American Economic Review*, v. 96, n. 05, p. 1652-1678, 2006.

<sup>31</sup> TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização no Brasil*. Tese (Programa de Pós-graduação em antropologia social – Centro de Filosofia e Ciências Humanas), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. p. 110.

<sup>32</sup> DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 632, 2005.

Toda a eleição de parto cirúrgico que se impute à mulher, no cenário apresentado, assume características do que se denomina na literatura de “enquadramento” (*framing*)<sup>33</sup>, que aqui ocorre de forma ampla, como um meio de construção sociocultural que direciona as escolhas da parturiente. A mulher, que mantém com o médico forte relação de dependência e, portanto, submissão<sup>34</sup>, adere ao que lhe é apresentado como melhor opção, não dispondo de condições para questionar aquilo que o especialista apresenta, ainda que o proposto não tenha fundamentos científicos razoáveis.

De fato, pesquisas apontam que a opção da mulher pelo parto cirúrgico está associada, prioritariamente, ao medo da dor, à falta ou insuficiência de conhecimento sobre os tipos de parto, ao desejo de realizar laqueadura e a experiências de gestações e partos anteriores<sup>35</sup>. Ainda que tais motivações sejam apresentadas como justificativas para uma dita livre opção da cesariana pela mulher, todos os itens revelam o desconhecimento da existência de protocolos clínicos seguros, baseados em evidências científicas, para o alívio da dor no trabalho de parto e para o monitoramento de intercorrências<sup>36</sup>. Expõem, ainda, falta de repasse de informações, por exemplo, quanto à vedação legal de realização de laqueadura tubária no momento do parto, excepcionados casos de comprovada necessidade por risco de vida materno ou cesarianas sucessivas anteriores, conforme art. 10, §2º, da Lei 9.263/96.

Como o médico é o principal responsável pelo repasse de informações à mulher em estado gravídico, a desinformação é oportuna para fazer com que a parturiente adira a suas escolhas com maior facilidade<sup>37</sup>, o que ocorre em reforço à dependência historicamente estabelecida e culturalmente cultivada.

Ainda que o médico não exercesse o papel decisivo para escolha do modelo de parto, dada a compreensão culturalmente construída sobre o tema, possível intuir que muitas mulheres, havendo a possibilidade de eleição do modelo de parto a que se submeterão, optariam pela cesariana, intervenção que aparentemente oferece benefícios mais imediatos, embora significativamente menores<sup>38</sup>. A contextualização da escolha influencia os vieses cognitivos e possíveis desvios de racionalidade da mulher, como explica a economia comportamental<sup>39</sup>.

De seu turno, os fatores causais para a escolha do profissional pela cesariana possuem natureza preponderantemente econômico-financeira. A conveniência da intervenção programada, a falta de controle, de qualificação e treinamento adequados dos profissionais incorporam-se a questões econômicas como fatores determinantes para a epidemia de cesarianas no Brasil<sup>40</sup>. Não se pode desconsiderar, por outro lado, que a indústria dedicada à produção farmacêutica e de material hospitalar promove significativa campanha em prol da medicalização dos cuidados à saúde<sup>41</sup>, o que também influencia o modelo de assistência ao parto escolhido.

Se os fatores causais para a preferência pela cesariana são robustos, necessário perquirir por qual motivo os índices da intervenção cirúrgica praticados na rede pública de saúde são, se não adequados, mais próximos do que preconiza a Organização Mundial de Saúde.

<sup>33</sup> TVERSKY, A.; KAHNEMAN, D. The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science, New Series*, v. 211, n. 4481, p. 453-458, Jan. 1981.

<sup>34</sup> EMERSON, R. Power-dependence relations. *American Sociological Review*, v. 29, n. 01, p. 32, Fev. 1962.

<sup>35</sup> Por outras, COPELLI, F. H. S. *et al.* Determinants of women's preference for cesarean section. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 341-342, jun. 2015.

<sup>36</sup> Como os estabelecidos pela CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*. Brasília, DF: Autor, 2016.

<sup>37</sup> HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science & Medicine*, v. 51, p. 725-740, 2000.

<sup>38</sup> RACHLIN, W.; RAINERI, A.; CROSS, D. Subjective probability and delay. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, v. 55, p. 233 e ss, 1991.

<sup>39</sup> TABAK, B. M.; AMARAL, P. H. R. Vieses cognitivos e desenho de políticas públicas. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília v. 8, n. 2, p. 476, 2018.

<sup>40</sup> Hopkins explica que o agendamento de cesarianas permite o atendimento de maior número de pacientes e menos interrupções na vida profissional e privada dos médicos, que se liberam da assistência a longos trabalhos de parto. HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science & Medicine*, v. 51, p. 725-740, 2000.

<sup>41</sup> BLANK, I. M. P.; BRAUNER, M. C. C. Medicalização da saúde: biomercado, justiça e responsabilidade social. *JURIS - Revista da Faculdade de Direito*, v. 14, p. 8, 2019.

No sistema público de saúde brasileiro, diversas normas se sobrepõem à relação médico-paciente, equilibrando a relação de dependência já citada e atenuando possíveis falhas de julgamento. Por meio de estratégias como a disseminação ostensiva de informações sobre os direitos da mulher no estado gravídico, da oferta de capacitação para os profissionais, da bonificação de unidades de saúde que atuem conforme as diretrizes nacionais<sup>42</sup> e do controle próximo sobre os índices de procedimentos praticados nas maternidades públicas, em especial à luz das diretrizes da CONITEC<sup>43</sup>, o Ministério da Saúde tem prevenido violações e mortes evitáveis.

Quando em atuação na rede pública de saúde, o médico é um servidor público e, como tal, deve obediência não apenas a seus códigos profissionais<sup>44</sup>, mas também a normas e princípios básicos que regem a administração pública, como a legalidade e economicidade. Ao dispor de uma intervenção cirúrgica sem autorização legal e em desconformidade com evidências científicas consolidadas, o profissional viola seus deveres funcionais e seu código de ética, podendo, ainda, incidir em conduta criminosa conforme a legislação vigente<sup>45</sup>. O debate sobre o tema no Sistema de Justiça brasileiro ainda é, contudo, muito insipiente<sup>46</sup>.

Na rede privada, o controle sobre a atuação profissional é ainda mais brando, pois se tem a falsa ideia de que a base contratual da assistência suplementar à saúde permite que as partes discorram livremente sobre o objeto contratado. A falaciosa hipótese, contudo, renega a premissa de que as normas do Ministério da Saúde visam proteger a indisponível integridade física e psíquica da mulher e são, por essa razão, aplicáveis a todo o sistema de saúde, atingindo instituições públicas e privadas.

Quando se fala que as diretrizes do Ministério da Saúde são impositivas e que, portanto, suas normas devem se impor, inclusive, a relações privadas que tenham como objeto a prestação de saúde, não se defende que o corpo da paciente é um bem público<sup>47</sup>. Busca-se expor, pelo contrário, que o respeito à integridade física e psíquica da mulher pelo Estado demanda seu reconhecimento como participante ativa da parturição, o que requer seu municiamento com informações fidedignas sobre sua fisiologia, sobre os procedimentos que poderão incidir sobre seu corpo e sobre os meios disponíveis para assegurar o respeito a suas decisões. Almeja-se, ainda, que manifestação da mulher não tenha como base o mito de que a intervenção cirúrgica é um procedimento mais moderno, indolor e necessariamente mais seguro que o parto normal, o que não encontra respaldo em evidências científicas.

<sup>42</sup> A bonificação a que se aduz pode se dar inclusive por meio orçamentário, como ocorre com os hospitais que recebem o selo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), conforme BRASIL. Portaria GM nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine Critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 2014, 28 de maio de 2014, Seção I, p. 43.

<sup>43</sup> BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana*. Brasília, DF: Autor, 2015.

<sup>44</sup> Por outros, a Resolução CFM nº 1.931/2009 (Código de Ética Médica).

<sup>45</sup> A título exemplificativo: a utilização de intervenções cirúrgicas representa risco majorado para mulher e criança. Em alguns casos, a criança fica com sequelas relacionadas à sua insuficiente formação, sendo possível o estabelecimento do nexo causal entre estas e uma desnecessária antecipação do parto, eventualmente decorrente das conveniências do obstetra. Ocorre que profissionais da saúde comumente recusam-se a atestar a correlação apontada de forma clara e os profissionais do direito, por sua vez, não avaliam os eventos declarados à luz das normativas vigentes, acatando a tese de que a questão é de domínio médico. Ainda que este não pautue suas condutas segundo evidências científicas, demonstrando imperícia ou negligência, são raros os casos em que se inicia uma apuração criminal.

<sup>46</sup> SILVA, B. M. G. Uma proposta de atuação para o enfrentamento à violência obstétrica: a experiência do Ministério Público Federal no estado do Amazonas. In: CASTILHO, E. W. V. et al (org.). *Perspectivas de gênero e o sistema de justiça brasileiro*. Brasília: ESMPU, 2019.

<sup>47</sup> A ideia de que o corpo e a vida da mulher e da criança são bens públicos foi base da decisão que determinou que Adelir Góes tenha sido obrigada pela Justiça, em 2014, a se submeter a uma cesárea contrária à sua vontade, após o deferimento de uma medida liminar proposta pela médica que a havia atendido. No caso relatado, a avaliação médica foi equivocada, inclusive quanto ao tempo de gravidez e, a despeito de carecer de base científica, prevaleceu sobre a vontade de Adelir. SIMAS, R.; MENDONÇA, S. S. O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. *Vivência: Revista de Antropologia*, v. 1, n. 48, p. 89-103, mar. 2017.

Considerando-se que o acesso à informação pela parturiente não é reforçado pela conveniência médica, como já se expôs, e que as ações e controle exercido por meio da Agência Nacional de Saúde<sup>48</sup> é mais ameno e menos efetivo que o ocorrido na rede pública, na prática, o parto cirúrgico na rede privada ocorre de forma eletiva, não dependendo de indicações baseadas em evidências científicas. E essa não é uma realidade apenas do Brasil.

Um estudo com 12.9 milhões de mulheres dos Estados Unidos, Irlanda e Austrália demonstrou que as cirurgias cesarianas possuem ocorrência mais provável entre mulheres que nestes países possuem assistência privada à saúde<sup>49</sup>, o que é relacionado não a condições pessoais dessas mulheres, mas a preferências médicas e hospitalares associadas ao lucro<sup>50</sup>. Mesmo em sistemas que prestam saúde gratuita, o temor por perdas financeiras em processos judiciais tem sido apontado como uma das causas para a realização de intervenções cirúrgicas desnecessárias<sup>51</sup>.

A previsão legal de um direito ao parto cirúrgico eletivo, no cenário apresentado, tende a incrementar os índices de intervenções cirúrgicas praticadas no sistema público de saúde, ao arrepio de diretrizes internacionais e dos resultados danosos previstos pela medicina baseada em evidências. Em um contexto em que há desequilíbrio de poder e de informação, não há espaço para se falar em autonomia ou livre capacidade de escolha da mulher.

## 4 O movimento legislativo em defesa da livre opção pela cesariana: a construção de um “nudge às avessas”

A despeito dos altos índices de cesariana praticados pelo Brasil, nos anos de 2019 e 2020, na contramão da tendência mundial de busca pela redução da incidência desse modelo intervencionista de assistência, diversas iniciativas legislativas foram propostas nos estados, na Câmara e no Senado Federal, com vistas a tornar a cesariana um direito para as mulheres que procuram atendimento no Sistema Único de Saúde.

Dentre essas iniciativas, já lograram aprovação<sup>52</sup> a Lei n.º 17.137/2019 do Estado de São Paulo, a Lei n.º 20127/2020 do Estado do Paraná e a Lei n.º 9016/2020 do Estado do Pará, que declaram que é direito da mulher, a partir da 39ª semana de gravidez, a opção pelo parto cirúrgico na rede pública de saúde.

Embora os debates das iniciativas tenham ressaltado o necessário caráter universal e isonômico do Sistema Único de Saúde, o dever de o Estado reduzir o risco de agravos e doenças, e, ainda, a prescindibilidade da lei proposta à luz das normativas vigentes em nosso ordenamento<sup>53</sup>, em São Paulo, por exemplo, a legislação foi aprovada com base em argumento de que seus preceitos visam à defesa da autonomia da mulher e à utilização de técnica moderna que serviria à redução de seu sofrimento. As manifestações favoráveis à iniciativa destacaram, ainda, que o parto natural estaria associado a complicações<sup>54</sup> e que sua imposição na rede

<sup>48</sup> Autarquia especial federal, a Agência Nacional de Saúde (ANS) foi criada pela Lei n.º 9.961 de 28 de janeiro de 2000, com o fito de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais, a relação entre prestadoras e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

<sup>49</sup> BOERMA, T. *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, v. 392, p. 1341, 2018.

<sup>50</sup> WIKLUND, I. *et al.* Appropriate use of caesarean section globally requires a different approach. *The Lancet*, v. 392, p. 1288, Oct. 2018.

<sup>51</sup> PANDA, S.; BEGLEY, C.; DALY, D. Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metasynthesis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. *Plos One*, v. 13, n. 8, p. 17, 2018.

<sup>52</sup> Os projetos de Lei ainda em discussão quando da submissão do presente artigo não serão expressamente trabalhados, mas seguem a mesma linha das legislações aprovadas.

<sup>53</sup> ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Parecer 596, de 2019 da Comissão de Constituição, Justiça e Redação sobre o Projeto de Lei 435/2019 – voto em separado de Emídio de Souza*. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acesso em 02 fev. 2020.

<sup>54</sup> Destaca-se, nesse sentido, excerto do Parecer n.º 618, de 2019: “Forçando-se a realização do parto normal mesmo em condições adversas, como atualmente costuma ocorrer, tornam-se mais comuns os nascimentos de crianças com anóxia ou outros problemas

pública seria uma forma de exclusão social, à medida que, na rede privada, inexistente política nesse sentido<sup>55</sup>.

As legislações mencionam que a conscientização sobre os benefícios do parto natural e os riscos da cesariana, bem como que a assinatura de um termo de livre consentimento informado são pressupostos essenciais para a eleição da intervenção cirúrgica, mas é importante perceber o que representa a criação de normas com o teor apresentado.

Conforme descrito na seção anterior, os fatores que determinam a preferência ou não pela cesariana compõem o que parte da literatura denomina de arquitetura de escolha<sup>56</sup>. O Estado, ao permitir a escolha pelo modelo de parto cirúrgico supostamente para garantir o exercício da autonomia pela mulher, utiliza o que nessa literatura se qualifica como um *nudge*, um mecanismo que influencia comportamentos a partir de previsíveis erros de avaliação, inércia e intuição próprios do ser humano. Não se trata de uma atividade educativa, mas de uma forma de direcionar escolhas à luz de vieses cognitivos e de decisões governamentais<sup>57</sup>.

De fato, a norma em questão cumpre os três requisitos para se qualificar como um *nudge*: manipula o comportamento, sem determiná-lo; não obstaculiza o livre arbítrio, à medida que não extingue a possibilidade de opção; e dispõe de custos ou benefícios sutis para os comportamentos moldados<sup>58</sup>.

Como explicam Thaler e Sunstein<sup>59</sup>, a proposta do *nudge* requer uma arquitetura da escolha que supere possíveis erros e defina o que é melhor para a coletividade. Entretanto, estudos demonstram que a benevolência desinteressada dos responsáveis pelas escolhas é inacessível e o mecanismo detém alto potencial de uso como meio de manipulação<sup>60</sup>.

No caso sob estudo, as premissas assumidas para a edição da legislação que prevê um direito ao parto cirúrgico contrariam as evidências científicas internacionalmente debatidas e demonstram que, em verdade, a norma criada visa ampliar o número de partos pela via cirúrgica por meio do reforço a práticas perniciosas para a saúde da mulher e criança, mas convenientes para profissionais da medicina e indústrias farmacêuticas<sup>61</sup>, a partir de conhecidas ilusões cognitivas sistemáticas.

Em virtude de se tratar de uma intervenção cirúrgica, a necessidade de justificativa médica seria redundante caso abstraíssemos o fato de que, tanto para o médico quanto para a mulher, a arquitetura de escolha é tal que o que deveria ser uma exceção, em face de circunstâncias médicas especiais, se torna um curso de ação natural e provável. Ou seja, a própria exigência de justificativa médica já indica um reconhecimento por parte dos reguladores de que, de forma distorcida e contra o interesse médico da mulher e o econômico de

---

neuroológicos, o que repercute - além da geração de um adulto que, no futuro, será improdutivo - na necessidade de uso recorrente, por toda a vida, dos serviços do SUS, seja em consultas de base ou em internações prolongadas. Garantindo-se o direito de, a partir da 39ª semana, ser realizada a cesárea eletiva, os riscos deste tipo decrescem, o que faz diminuir o número de crianças sequeladas e, dessa forma, também os gastos com o Sistema Único de Saúde do Brasil.” ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer nº 618, de 2019, da reunião conjunta das Comissões de Defesa dos Direitos das Mulheres e de Finanças, Orçamento e Planejamento sobre o Projeto de Lei 435/2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acesso em: 02 fev. 2020.

<sup>55</sup> ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer nº 618, de 2019, da reunião conjunta das Comissões de Defesa dos Direitos das Mulheres e de Finanças, Orçamento e Planejamento sobre o Projeto de Lei 435/2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acesso em: 02 fev. 2020.

<sup>56</sup> THALER, R. H. et al. *Choice architecture*. April 2, 2010. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1583509>. Acesso em: 02 fev. 2020.

<sup>57</sup> GIGERENZER, G. *On the Supposed Evidence for Libertarian Paternalism*. 2015. Disponível em: Springerlink.com. Acesso em: 02 fev. 2020.

<sup>58</sup> RACHLIN, Howard. Choice Architecture: a review of Why Nudge: the politics of libertarian paternalism by Cas R. Sunstein. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, v. 9999, p. 2, 2015.

<sup>59</sup> THALER, R. H. e SUNSTEIN, C. R. *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. Penguin, 2008, p. 146.

<sup>60</sup> GIGERENZER, G. *On the Supposed Evidence for Libertarian Paternalism*. 2015. Disponível em: Springerlink.com. Acesso em: 02 fev. 2020.

<sup>61</sup> MIKULIK, M. *Pharmaceutical market: worldwide revenue 2001-2018*. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/263102/pharmaceutical-market-worldwide-revenue-since-2001/>. Acesso em: 07 fev. 2020.

toda a sociedade<sup>62</sup>, médicos e pacientes tendem a optar pela cesariana em uma quantidade muito acima da que seria recomendável.

Nessa toada, a legislação que torna a cesariana uma opção de escolha da mulher, ao retirar a exigência de justificativa médica, funciona como “um *nudge* às avessas”, em outras palavras, um empurrão<sup>63</sup> na direção errada, o que pode se relacionar a hipótese de instituições dirigirem comportamentos individuais para obtenção de vantagens não altruísticas<sup>64</sup>, o que assume conotação de uma “desrespeitosa forma de controle social”<sup>65</sup>.

As bases para as decisões governamentais e para a educação deveriam ser as evidências científicas vigentes quanto ao tema, que indicam o que é mais seguro para a assistência ao parto, e não interesses alheios ao bem-estar da mulher e criança. Os riscos decorrentes de cirurgias cesarianas desnecessárias são reais e qualquer política pública voltada ao incremento no já alto número desse modelo de intervenção no país não se coaduna com interesses legítimos.

Assim, em vez de irresponsavelmente empurrar as mulheres na direção que lhes sujeita a riscos e gastos ineficientes<sup>66</sup>, o poder público deve e pode informar essas mulheres sobre a assistência segura ao parto, incentivando-as a optarem pelo parto fisiológico, comprovadamente mais benéfico em condições ordinárias de parturição. A educação nesses moldes teria o condão de esclarecer as mulheres sobre o adequado uso de intervenções no parto, fazendo com que, mesmo aquelas que têm recursos para procurarem a medicina privada, fossem induzidas a adotar a via mais natural, menos medicalizada, de nascimento.

A construção de políticas públicas deve se pautar em premissas científicas e evidências comportamentais<sup>67</sup> sob pena de ser ineficiente e servir a fim alheio ao público. O conhecimento dos vieses cognitivos das mulheres em estado gravídico deve subsidiar atuação estatal que equilibre possíveis falhas de julgamento que coloquem em risco mulher e criança, não possuindo como foco o aumento do bem-estar social qualquer atuação do Estado em sentido contrário.

## 5 Considerações finais

A análise do contexto histórico e cultural em que se insere a assistência ao parto hodiernamente ofertada no Brasil e a análise comparativa do modelo de atendimento à parturiente na rede privada e pública do país revelam que as legislações estaduais que permitem o parto cirúrgico eletivo prestam-se a conveniências alheias ao interesse público e à garantia de melhor assistência à mulher e criança.

Além de desprezarem os riscos majorados à saúde que a intervenção cirúrgica desnecessária representa, as iniciativas legais fundaram-se em premissas equivocadas quanto ao parto cesáreo, o que vem em reforço a uma construção histórica e cultural, não científica, que associa o modelo de assistência intervencionista como o mais moderno e seguro para a mulher.

Como consequência, o leviano manejo de premissas equivocadas como verdades absolutas reforça vieses cognitivos da mulher com relação à parturição e, ainda, a relação de dependência estabelecida entre médico

<sup>62</sup> Mesmo na medicina privada, as cesárias cientificamente desnecessárias são ineficientes, à medida que desviam recursos escassos que seriam melhor empregados em outras atividades.

<sup>63</sup> Traduzida para o português, a palavra *nudge* significa um empurrão.

<sup>64</sup> GIGERENZER, G. *On the Supposed Evidence for Libertarian Paternalism*. 2015. Disponível em: Springerlink.com. Acesso em: 02 fev. 2020.

<sup>65</sup> HAUSMAN, D. M.; WELCH, B. Debate: To Nudge or Not to Nudge. *The Journal of Political Philosophy*, v. 18, n. 1, p. 134, 2010.

<sup>66</sup> Ao contrário dos objetivos associados a políticas públicas, conforme BARCELLOS, A. P. de. Políticas públicas e o dever de monitoramento: “levando os direitos a sério”. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 253, 2018.

<sup>67</sup> CÔRTEZ, P. R.; OLIVEIRA, A. M. A.; LARA, F. T. R. Políticas públicas baseadas em evidências comportamentais: reflexões a partir do Projeto de Lei 488/2017 do Senado. *Rev. Bras. Polít. Públicas*, Brasília, v. 8, n. 2, p.436 e ss 2018.

e paciente, o que favorece o impulsionamento pela eleição do modelo de parto mais arriscado para mulher e criança.

Se a economia comportamental oferta importante subsídios para a construção de políticas públicas, seu uso não pode ser irresponsável, sob pena de se criar um perigoso mecanismo de controle social que não contribui para o bem coletivo, como ocorreu com as criações legislativas estudadas.

Ao criar o direito à cesariana eletiva no Sistema Único de Saúde, que já possui índices de intervenções cirúrgicas superiores ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde, o legislador incentivou a escolha do parto cirúrgico. O pretexto de estar atuando na defesa da autonomia da mulher apenas colaborou com a estratégia do Legislativo de impulsionar as escolhas das parturientes por um procedimento mais danoso à sua saúde.

Especialmente porque não o fez de forma clara, o que limita a compreensão quanto a suas reais intenções e manipula comportamentos, a atuação do Legislativo com a criação de tais normas possui alto potencial de causar danos às mulheres, crianças e ao sistema de saúde.

A melhor forma de garantir escolhas conscientes é ofertar acesso a informações que permitam a exata compreensão das escolhas disponíveis e consequências, conforme evidências científicas. A intervenção estatal, caso necessária, deve ocorrer pontualmente e apenas como forma de correção de pequenos desequilíbrios, sob pena de se incorrer em abusos bastante questionáveis sob o ponto de vista moral.

## Referências

AGUIAR, J. C. *Teoria analítico-comportamental do direito: para uma abordagem científica do direito como sistema social funcionalmente especializado*. Porto Alegre: Nuria Fabris, 2017.

AGUIAR, J. C.; TABAK, B. M. Análise comportamental do direito: ideias básicas. In: TABAK, B. M.; AGUIAR, J. C. *Direito, Economia e Comportamento Humano*. Curitiba: CRV, 2016.

AMELINK -VERBURG, M. P.; BUITENDIJK, S. E. Pregnancy and labour in the Dutch maternity care system: what is normal? The role division between midwives and obstetricians. *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 55, n. 3, p. 216-226, May. 2010.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Parecer 596, de 2019 da Comissão de Constituição, Justiça e Redação sobre o Projeto de Lei 435/2019 – voto em separado de Emídio de Souza*. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acesso em: 02 fev. 2020.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Parecer nº 618, de 2019, da reunião conjunta das Comissões de Defesa dos Direitos das Mulheres e de Finanças, Orçamento e Planejamento sobre o Projeto de Lei 435/2019*. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acesso em: 02 fev. 2020.

BARCELLOS, A. P. de. Políticas públicas e o dever de monitoramento: “levando os direitos a sério”. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 252-266, 2018.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. WHO and the epidemic of cesarians. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 18, n. 1, p. 3-4, mar. 2018.

BÉNABAU, R.; TIROLE, J. Incentives and Prosocial Behavior. *American Economic Review*, v. 96, n. 05, p. 1652-1678, 2006.

BLANK, I. M. P.; BRAUNER, M. C. C. Medicalização da saúde: biomercado, justiça e responsabilidade social. *JURIS - Revista da Faculdade de Direito*, v. 14, p. 7-24, 2019.

- BOERMA, T. *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, v. 392, p.1341–48, out. 2018.
- BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana*. Brasília, DF: Autor, 2015.
- BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*. Brasília, DF: Autor, 2016.
- BRASIL. Portaria GM n.º 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine Critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2014, 28 de maio de 2014, Seção I, p. 43.
- BRENES, A. C. História da Parturição no Brasil, Século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.
- COPELLI, F. H. S. *et al.* Determinants of women's preference for cesarean section. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 336-343, jun. 2015.
- CÔRTEZ, Pâmela de Rezende; OLIVEIRA, André Matos de Almeida; LARA, Fabiano Teodoro de Rezende. Políticas públicas baseadas em evidências comportamentais: reflexões a partir do Projeto de Lei 488/2017 do Senado. *Rev. Bras. Polít. Públicas*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 428-454, 2018.
- DENEUX, C. *et al.* Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*, v. 108 (3 Pt 1), p. 541-548, 2006.
- DEVRIES, R. G.; BARROSO, R. Midwives among the machines: re-creating midwifery in the late twentieth century. In: MARLAN, H.; RAFFERTY, A. M. (ed.). *Midwives, society and childbirth: debates and controversies in the modern period*. London: Routledge, 1997. p. 248-272.
- DINIZ, C. S. G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico social*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- EMERSON, R. Power-dependence relations. *American Sociological Review*, v. 29, n. 01, p. 31-41, 1962.
- ENTRINGER, A. P. *et al.* Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no sistema Único de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1527-1536, 2019.
- GELLER, E. J. *et al.* Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *American journal of perinatology*, v. 27, n. 9, p. 675-83, Oct. 2010.
- GELLER, E. J. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*. v. 30, n. 4, p. 258-64, Apr. 2010.
- GENTILE, F. P. *et al.* Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 221-226, abr. 1997.
- GIGERENZER, G. *On the Supposed Evidence for Libertarian Paternalism*. 2015. Disponível em: Springerlink.com. Acesso em: 02 fev. 2020.
- HAUSMAN, D. M.; WELCH, B. Debate: To Nudge or Not to Nudge. *The Journal of Political Philosophy*, v. 18, n. 1, p. 123–136, 2010.

- HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science & Medicine*, v. 51, p. 725-740, 2000.
- JOSEPH, K. S. *et al.* Severe maternal morbidity in Canada, 2003 to 2007: surveillance using routine hospitalization data and ICD-10CA codes. *Journal of obstetrics and gynaecology*, Canada, v. 32, n. 9, p. 837-46, Sep. 2010.
- LEAL, M. C. (coord). *Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), 2007.
- LUMBIGANON, P. *et al.* Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *The Lancet*, v. 375, p. 490-9, 2010.
- MICHAEL, J. L. Concepts and principles of behavior analysis. *Kalamazoo*: Association for Behavior Analysis, 2004.
- MIKULIK, M. *Pharmaceutical market: worldwide revenue 2001-2018*. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/263102/pharmaceutical-market-worldwide-revenue-since-2001/>. Acesso em: 07 fev. 2020.
- OCHI, G. M. *et al.* Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil. *The Lancet*, v. 392, p. 1290-1291, out. 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, v. 8452, (ii), p. 436-437, 1985. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Care in normal birth: a practical guide*. 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*. 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. 2018
- RACHLIN, Howard. Choice Architecture: a review of Why Nudge: the politics of libertarian paternalism by Cas R. Sustein. *Journal of The Experimental Analysis of Behavior*, v. 9999, p. 1-6, 2015.
- RIBEIRO, Marcia Carla Pereira; DOMINGUES, Victor Hugo. Economia comportamental e direito: a racionalidade em mudança. *Rev. Bras. Polít. Públicas*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 456-471, 2018.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- SANDALL, J. *et al.* Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, v. 392, p. 1349-1357, out. 2018.
- SILVA, B. M. G. Uma proposta de atuação para o enfrentamento à violência obstétrica: a experiência do Ministério Público Federal no estado do Amazonas. In: CASTILHO, E. W. V. *et al* (org.). *Perspectivas de gênero e o sistema de justiça brasileiro*. Brasília: ESMPU, 2019. p. 122-145.
- SIMAS, R.; MENDONÇA, S. S. O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. *Vivência: Revista de Antropologia*, v. 1, n. 48, p. 89-103, mar. 2017.
- SOUZA, J. P. *et al.* Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*, 2010.
- SUFANG, G. *et al.* Delivery section and caesarean section rates in China. In: WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 85, n. 10, p. 733-820, Oct. 2007.
- TABAK, B. M.; AMARAL, P. H. R. Vieses cognitivos e desenho de políticas públicas. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília v. 8, n. 2, p. 473-492, 2018.

- THALER, R. H. *et al.* *Choice architecture*. April 2, 2010. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1583509>. Acesso em: 02 fev. 2020.
- THALER, R. H. *et al.* *The Behavioral Foundations of Public Policy*. Eldar Shafir, 2012.
- THALER, R. H.; SUNSTEIN, C. R. *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. Penguin, 2008.
- THOMPSON, S. M. *et al.* Creating guardians of physiologic birth: the development of educational initiative for student midwives in Netherlands. *Journal of Midwifery and Women's Health*, v. 64, n. 5, p. 641-649, Sep. 2019.
- TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização no Brasil*. Tese (Programa de Pós-graduação em antropologia social – Centro de Filosofia e Ciências Humanas), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- TVERSKY, A.; KAHNEMAN, D. The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science, New Series*, v. 211, n. 4481, p. 453-458, Jan. 1981.
- VILLAR, J. *et al.* Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. v. 335, p. 7628, 2007.
- WIKLUND, I. *et al.* Appropriate use of caesarean section globally requires a different approach. *The Lancet*, v. 392, Oct. 2018.

Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico [www.rbpp.uniceub.br](http://www.rbpp.uniceub.br)  
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.