

Parto por cesárea: estudio socioclínico institucional de prácticas y discursos profesionales

Simone Santana da Silva^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-0768-3217>

Cinira Magali Fortuna³

 <https://orcid.org/0000-0003-2808-6806>

Gilles Monceau⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-2835-3575>

Objetivo: analizar cómo influyen los elementos sociales, históricos, económicos y profesionales en el proceso de institucionalización del parto por cesárea en Brasil y Francia.

Método: estudio cualitativo basado en el marco teórico de la socioclínica institucional. Los datos se obtuvieron a través de grupos focales y entrevistas individuales, basados en encuestas semiestructuradas con profesionales de la salud, madres y padres y en un diario de investigación. El estudio contó con 83 participantes. El análisis se basó en el marco teórico y el análisis temático. Se realizó un análisis cruzado entre diferentes tipos de datos, servicios, grupos y entre países. **Resultados:** los participantes fueron caracterizados por educación, empleo, nivel de formación y lugar de trabajo. Los países estudiados tienen una estructura sanitaria y educativa peculiar y se caracterizan por una construcción socio-histórico-económica basada en el patriarcado. La Nueva Gestión Pública influye en ambos contextos y precariza la asistencia sanitaria. Las dimensiones técnicas y organizativas refuerzan una división intelectual y social del trabajo y del conocimiento en salud. **Conclusión:** el proceso de institucionalización del parto en los países está marcado por aspectos sociales, económicos y profesionales. Las prácticas y los discursos de los profesionales en su proceso de trabajo influyen en la realización o no, de la cesárea.

Descriptor: Cesárea; Parto; Enfermería; Salud; Educación; Ciencias Sociales.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Institucionalização do nascimento por cesariana no Brasil e na França: componentes educativos e sanitários", presentada en la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil y en la Université de Cergy-Pontoise, Francia.

¹ Universidade do Estado da Bahia, Campus VII, Senhor do Bonfim, Bahia, BA, Brasil.

² Becaria del Programa de Apoio à Capacitação Docente e de Técnicos Administrativos da Universidade do Estado da Bahia, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Université de Cergy-Pontoise, Gennevilliers, Francia.

Cómo citar este artículo

Silva SS, Fortuna CM, Monceau G. Cesarean childbirth: an institutional socio-clinical study of the professional practices and discourses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3508. [Access  ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4756.3508>

Introducción

Durante mucho tiempo, el parto fue una experiencia íntima, que se realizaba en casa, por vía vaginal y acompañada por parteras o personas con conocimientos tradicionales. En el período anterior al siglo XVIII, no existía otra forma de ver el parto que no fuese la instituida⁽¹⁾. Diferentes dimensiones, como la social, histórica, cultural, política y económica, asociadas al avance de las tecnologías, establecieron fuertes influencias en el contexto de la atención materno infantil, mientras que las prácticas intervencionistas centradas en el hospital comenzaron a expandirse. En este proceso, el conocimiento médico toma el control de los partos y esto se refleja en el aumento de las cesáreas⁽¹⁻³⁾. Se reconoce que la cesárea, llevada a cabo en condiciones ideales y necesarias, desde el punto de vista biológico, influye positivamente en las tasas de morbilidad materna y neonatal⁽⁴⁾.

Esta transformación es un proceso dialéctico en el que las estructuras sociales están bajo la acción de fuerzas que provocan cambios constantes, las fuerzas instituyentes. La acción de las fuerzas instituidas e instituyentes provoca dinámicas sociales y promueve cambios constantes, llamados institucionalización⁽⁴⁾.

Actualmente, en el contexto mundial, el debate sobre el parto está marcado por el esfuerzo por reducir el número de intervenciones cesáreas y, al mismo tiempo, por la defensa de una asistencia calificada para las mujeres⁽⁵⁻⁷⁾. En Brasil, en los últimos 40 años, ha habido un gran aumento en el número de partos quirúrgicos asociados con altas tasas de partos prematuros y prematuridad con iatrogenia^(3,8).

En la presente producción, basada en el marco de la socioclínica institucional⁽⁹⁾, que deriva del Análisis Institucional Francés⁽¹⁰⁾ (AI), se entiende la salud materno infantil como una institución que opera en base a preceptos validados en las políticas y la legislación. Incluso integra las prácticas protocolares profesionales, también establecidas. El AI aclara cómo el proceso de transformación de la institución, la institucionalización, está atravesado por contradicciones activas, que traen aportes provenientes de la participación de los sujetos^(4,10-11). La noción de grupo objeto y grupo sujeto⁽¹⁰⁾ contribuye al proceso analítico de las intervenciones institucionales esbozadas en el marco. El grupo objeto es aquel que no cuestiona mucho, se identifica con los aspectos instituidos en la institución y es un recurso que contribuye a su existencia. Por el contrario, el grupo sujeto actúa en la búsqueda de estrategias que se desvíen de lo instituido⁽¹⁰⁾.

Brasil se encuentra entre los países del mundo que realizan un alto número de cesáreas innecesarias^(1,3,5,7,8). Francia tiene bajas tasas de cesáreas, sin embargo, los grupos sociales y profesionales están preocupados por el aumento de las intervenciones a nivel mundial, las

llamadas "cesáreas activas" y por la tendencia creciente de las llamadas "cesáreas a pedido de la mujer"⁽¹²⁻¹³⁾. La reflexión sobre la realización de cesáreas innecesarias incluye la influencia de modelos tecnocráticos en la construcción de la idea de seguridad y protección en el imaginario social relacionado con el parto^(1,5,7,12).

Por lo tanto, el estudio tiene como objetivo analizar cómo los elementos sociales, históricos, económicos y profesionales influyen en el proceso de institucionalización del parto por cesárea en Brasil y Francia. No se pretende realizar un estudio comparativo entre ambos países, al fin y al cabo, cada uno tiene sus peculiaridades en cuanto a su constitución, historia y contexto. El entrelazamiento de las diferentes realidades estudiadas puede producir análisis que aclaren aspectos poco visibles y reconozcan especificidades y diferencias. El estudio que aquí se presenta forma parte de una investigación multicéntrica, que profundiza temas relacionados con el parto y la paternidad en Brasil, Canadá y Francia⁽¹⁴⁾.

Método

Diseño del estudio

Este texto sigue los lineamientos de *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), que procura asegurar la calidad de la descripción de las etapas de la investigación. Se trata de un estudio cualitativo, guiado por el marco teórico-metodológico del AI, en la línea de la socioclínica institucional francesa^(4,9-11). Entre las características de la socioclínica institucional se encuentran: trabajar el pedido y las demandas; la participación de los sujetos en el abordaje de diferentes formas; el trabajo de los elementos que revela temas ocultos de la institución; analizar las transformaciones que se producen a medida que avanza el trabajo; implementar modalidades de restitución que les den resultados provisionales del trabajo a los participantes de la investigación; trabajar las implicaciones primarias y secundarias con las personas involucradas en el proceso; prever la producción de conocimiento; y prestarle atención a contextos e interferencias institucionales vinculadas a investigadores y participantes⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

La producción de datos comenzó con el diario de investigación escrito por la primera autora a lo largo de la investigación. Como ya se mencionó, el estudio se articula con una investigación multicéntrica⁽¹⁴⁾ que organizó grupos focales para profundizar el diálogo sobre parto y paternidad. Con base en los argumentos de estos grupos, se seleccionó para el presente estudio la información que abordó la experiencia con el parto. Finalmente, se llevó a cabo otra estrategia de producción de datos a través de entrevistas individuales. La primera autora participó en todas las etapas de la producción de datos en ambos países.

Ubicación y período de desarrollo de la investigación

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Ribeirão Preto, SP, Brasil, y en la región de Hauts-de-Seine y Val d'Oise, en Francia, entre los años de 2016 y 2019.

Participantes, criterios de selección y procedimientos para la recopilación de datos

Participaron profesionales que trabajan en los servicios de atención materno infantil, miembros de asociaciones preocupadas por la salud de madres y bebés y madres y padres.

En la selección de los participantes se priorizó el deseo, la disponibilidad para participar, ser mayor de 18 años y formalizar la participación mediante la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). Las madres y los padres interesados en participar debían haber vivido la experiencia del embarazo y el parto, independientemente del desenlace experimentado. Mientras que los profesionales debían trabajar en la atención pública materno infantil.

Para la composición de los grupos focales se adoptaron los siguientes criterios: dos grupos formados por padres de diferentes contextos sociales, económicos y educativos clasificados como: "social 1" y "social 2". En Brasil, estuvieron representados por una *creche* (guardería) pública (social 1) y una escuela de idiomas (social 2). En Francia, el grupo "social 1" estaba compuesto por madres y padres que utilizaban un servicio que atendía a las familias, llamado "*Maison des familles*" y el grupo "social 2" estaba constituido por una asociación de padres.

La organización del grupo de profesionales se basó en los siguientes criterios: dos grupos de servidores públicos con diferentes perfiles, clasificados como "hospital" y "otra institución". El grupo "hospital", que correspondía al contexto brasileño, era un servicio de atención hospitalaria para mujeres, y el grupo focal denominado "otra institución" consistía en un hospital de referencia en salud materna. En Francia, los grupos estaban formados por profesionales de una maternidad y de un servicio de protección materno infantil denominado "*Protetion Maternelle Infantile*" (PMI). Se realizaron tres reuniones con cada uno de los grupos.

El total de participantes fue de 83 personas, entre profesionales, madres y padres, y miembros de asociaciones preocupadas por la salud de las madres y los bebés. La distribución cuantitativa fue: a) grupos focales por país: 4 grupos, compuestos por 8 personas cada uno (32 personas en Brasil y 32 personas en Francia); b) entrevistas individuales: 09 madres brasileñas (2 no pertenecían al grupo focal), 10 profesionales brasileños (4 no formaron parte del grupo focal); 07 madres francesas (4 no participaron en el grupo focal), 02 parejas francesas (ninguna participó en el

grupo focal), 09 profesionales francesas (5 no participaron en el grupo focal). La duración de los grupos focales, en Brasil y Francia, fue de aproximadamente 1400 minutos. La duración media de las entrevistas individuales fue de 900 minutos. La validación de los datos se realizó mediante la relectura y discusión de las transcripciones con el equipo de investigación, guiada por los objetivos del estudio y el marco teórico-metodológico.

En Brasil participaron profesionales que trabajan en los servicios de atención materno infantil, incluidos los profesionales que formaron parte del Comité de Mortalidad Materno Infantil (CMMI) del municipio. En la realidad francesa participaron profesionales que trabajan en las regiones de Hauts-de-Seine y Val d'Oise, así como también miembros de asociaciones preocupadas por la salud de la madre y el bebé.

En cuanto a las entrevistas individuales, se invitó a madres y padres, específicamente a las madres o parejas que participaron en los grupos focales. No quisieron participar en este nuevo momento de la investigación, por lo tanto, se les solicitó a las mujeres o parejas que indicaran otra madre o pareja de su grupo social que hubiera experimentado el parto, independientemente del desenlace del mismo. Las entrevistas individuales con los profesionales comenzaron con los miembros de los grupos focales y profesionales del CMMI. Es importante aclarar que la primera autora participó en las reuniones de discusión de casos del CMMI y, cuando fue apropiado, invitó a los miembros a participar en la investigación. Dado que los integrantes de ese comité trabajaban en la red de atención materno infantil de la ciudad, formaban parte de las categorías profesionales.

Se elaboró un cuestionario semiestructurado que guiase la realización de los grupos y las entrevistas.

Tratamiento y análisis de datos

El análisis se basó en el abordaje del análisis temático de Paillé y Mucchielli⁽¹⁸⁾, que implementa la etapa de argumentación del tema mediante un ejercicio cualitativo, interpretativo e hipotético.

A partir de las transcripciones de los datos, se adoptó un enfoque híbrido de análisis, en el que se incluyó una tematización continua y una tematización secuencial. La tematización continua consiste en asignar, reagrupar, ajustar temas progresivamente hasta que se agoten los temas. La tematización secuencial, a su vez, brinda un soporte para la realización de análisis con aproximaciones y diferencias entre grupos. En síntesis, los momentos en los que se basó el proceso analítico fueron: 1-transcripción* (escuchar y transcribir los grupos); 2-transposición (constituir las unidades de significado y

* No se transcribieron todas las entrevistas individuales realizadas en Francia. Se utilizaron textos sintetizados de las entrevistas que no se transcribieron.

las aproximaciones entre ellas y los marcos teóricos); 3 - reconstitución (reconstruir un texto con los análisis finales). La Figura 1 ilustra el proceso de organización de la etapa analítica de esta investigación.

Las notas del diario de investigación se cruzaron con las síntesis de los grupos y las entrevistas individuales. Se redactaron síntesis horizontales de los registros resultantes de cada categoría de producción de datos. Se delimitaron convergencias, divergencias y complementariedades.

Unidad temática	Grupo focal País	Grupo focal Profesionales	Entrevistas individuales País	Entrevistas individuales Profesionales	Diario de investigación	Síntesis horizontal
EJE: Parto por cesárea: un analizador de las prácticas y los discursos profesionales 1) La lógica de la gestión y la intervención de prácticas sociales: Organización del servicio y financiamiento de las acciones 2) Formación profesional, prácticas profesionales y educación de la mujer	Relatos por reunión (articulación con el registro del diario)	Relatos por encuentro (articulación con el registro del diario)	Relatos por entrevistado (articulación con el registro del diario)	Relatos por entrevistado (articulación con el registro del diario)	Registro en el diario de los conocimientos adquiridos a partir de diferentes experiencias a lo largo de los años del doctorado	Convergencias Divergencias Complementariedades

Figura 1 - Cuadro analítico de los datos empíricos resultantes de grupos focales, entrevistas y diario de investigación. Brasil y Francia, 2016-2019.

También en el proceso analítico, hubo una restitución participativa, momento previsto en el marco utilizado, que consiste en la presentación de resultados provisionales a los participantes. Este paso se realizó a través de: 1- compartir la experiencia de los padres y profesionales, en diferentes grupos y países, sobre el período perinatal; 2- el diálogo sobre los elementos en los que se basan las prácticas profesionales y concepciones sociales sobre el tema. Este diálogo provocó reflexiones y constituyó un componente educativo de la investigación. Los momentos de restitución participativa les puede permitir a los participantes realizar un análisis continuo y mutuo, además de incitarlos a reflexionar sobre sus propias prácticas, concepciones y experiencias^(10,15,19).

Aspectos éticos

La producción de datos en Brasil se inició con la autorización de las instituciones coparticipantes y la aprobación del Comité de Ética en Investigación (dictamen nro. 2.623.731).

Los participantes de las reuniones de los grupos focales, grupos de padres que formaban parte de los equipos estudiados, fueron identificados como SOCIAL 1 o SOCIAL 2, y los grupos formados en los servicios de atención a mujeres como HOSPITAL u OTRO. Se agregó un número arábigo para identificar la reunión y también BRA o FRA para reconocer el país al que se refiere (por ejemplo, SOCIAL 1 - 0/BRA). Los entrevistados individuales fueron identificados de la siguiente manera: MÃE/MÈRE, PAI/PÈRE y PRO para madres, padres y

profesionales, respectivamente, seguido de un número arábigo y BRA (Brasil) o FRA (Francia). La identificación *mère/père*, madre y padre en francés, se mantuvo en el material empírico para ayudar al lector a contextualizar el discurso del participante en relación a su nacionalidad. Además, se aclara que, debido a que la transcripción de las entrevistas individuales realizadas en Francia está incompleta, se adoptó la codificación: Relato de entrevista individual, seguido de FRA y MÈRE o PRO y un número árabe (ej.: Relato de entrevista individual/FRA/PRO/05). Para los extractos del diario de investigación, se adoptó la siguiente codificación: Diario de investigación, lugar, país, fecha.

A pesar de que en Francia no se siguieran los mismos criterios éticos que se utilizan en Brasil, en este último se solicitó la autorización de los equipos asistenciales estudiados y de los participantes. Se aseguró la confidencialidad de la información compartida y se solicitó la firma del TCLI. Se obtuvieron las autorizaciones de las autoridades locales y de las personas que participaron en la investigación. En cuanto a los grupos de padres formados, en Francia, como no se reunieron en los servicios de salud, no se solicitó la autorización de la institución, solo el consentimiento individual.

Resultados

Se constató que el perfil socioeconómico de los integrantes de los grupos focales de madres y padres que se formaron en ambos países es bastante heterogéneo. En

cuanto a los grupos focales que se realizaron en Francia, la edad de las madres y los padres osciló entre los 35 y los 46 años. Entre las mujeres que pertenecían al grupo *Maison de Familles*, la mayoría eran inmigrantes de origen norteafricano, desempleadas y sin título universitario o con un título universitario no reconocido en Francia. Por otro lado, el grupo de la Asociación *Maison de Naissance* estaba formado por psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras e ingeniero. Se caracterizaban por tener mayores ingresos y educación, su nivel salarial era de entre 2.000 y 3.000 euros mensuales* y su nivel educativo BAC** +3 y BAC +5. El número de hijos varió de uno a cuatro.

Los extranjeros no participaron de la investigación en Brasil. El grupo de la *creche* estaba compuesto en su mayoría por mujeres que trabajaban y tenían formación universitaria incompleta o en curso. En el grupo de participantes de la Escuela de Idiomas, había una abogada, docentes, técnica en enfermería, agrónomo y administradora, con un buen nivel educativo y financiero y con un salario superior a R\$3.000 mensuales. Las edades de las mujeres oscilaron entre los 30 y los 72 años y la mayoría de ellas ya había tenido una cesárea. Sin embargo, en el grupo, la mayoría utiliza, además del Sistema Único de Salud (SUS - Sistema Público de Salud Brasileño), un plan de salud privado.

Los grupos focales formados por profesionales francesas estaban compuestos por *sage-femmes****, obstetra y ginecólogo, *puericultrice*, enfermera, asistente de *puericultrice*, estudiante de enfermería y secretaria del PMI. En cuanto a la experiencia profesional, ésta osciló entre 2 y 31 años y la mayoría no tenía más de un vínculo laboral. En el contexto brasileño, los grupos focales estuvieron integrados por psicólogos, fonoaudióloga, terapeutas ocupacionales, enfermeras, trabajadoras sociales, fisioterapeuta, dos médicas residentes, auxiliar y técnica en enfermería.

En cuanto a las entrevistas individuales realizadas a las madres o parejas en el contexto francés, dos mujeres son de origen marroquí, una es ama de casa y la otra desempleada. El nivel de cualificación profesional de estas mujeres fue inferior al del resto de los participantes (BAC

0 y BAC +3). Las otras entrevistadas tenían un nivel educativo igual o superior a BAC +5. En cuanto al tipo de parto, 06 mujeres francesas tuvieron una cesárea.

El perfil de las madres entrevistadas individualmente en Brasil reveló que el número de hijos varió entre 1 y 5. La mayoría utilizaba, además del SUS, un plan de salud privado. Solo dos mujeres utilizaban solamente el SUS, ambas negras y solteras. En cuanto a los ingresos mensuales, tres mujeres, incluidas las dos mencionadas anteriormente, tenían un salario inferior a R\$1.000 o entre R\$1.000 y R\$2.000****. La mayoría de ellas experimentó una cesárea y solo 03 de las mujeres entrevistadas individualmente experimentaron partos vaginales.

En la categoría profesionales entrevistados individualmente, en Brasil, los participantes tenían entre 32 y 69 años, la mayoría era del sexo femenino y su experiencia profesional varió de 3 a 44 años. Tres personas tenían más de un vínculo laboral y el resto tenía un vínculo efectivo en el servicio público. Las personas entrevistadas en Francia tenían entre 29 y 57 años, la mayoría era del sexo femenino y la experiencia profesional osciló entre 2 y 34 años. Una persona tenía más de un vínculo laboral (público y privado) y las demás trabajaban en el servicio público francés.

Los resultados de la investigación revelaron que "discursos de la verdad", como dispositivos de poder, se revelan en las prácticas y discursos de los profesionales en todo su trabajo. Esto influye en la institucionalización del parto por cesárea y visibiliza la solidez con la que el poder actúa en las relaciones, las organizaciones y los establecimientos. Otro elemento que interfiere en la estructuración de discursos y prácticas es el sistema de financiamiento de las acciones de salud y la lógica en que se estructuran en la asistencia brindada. Los discursos a continuación confirman estos argumentos: *En los grandes servicios universitarios hay muchos partos y esto es proporcional a la hipermedicalización, porque no hay tiempo ... la gente sigue llegando. Esto hace que sea una forma obligatoria de trabajar... "Yo medicalizo más" ... lo que termina en una cesárea, porque en algunos casos el parto requiere esperar mucho tiempo ... 24 horas, 48 horas y eso es un mucho tiempo (en la lógica del financiamiento). Y en los servicios hospitalarios modernos, el dinero que ingresa depende de la actividad, de la rentabilidad del servicio, y esto no te permite "retener" a las personas durante 48 horas en el servicio, sin hacer nada, de lo contrario pierdes dinero.* (Relato de la entrevista individual/PRO/FRA/01).

En Brasil, los argumentos dados por los participantes sobre las prácticas y discursos de los profesionales y las reflexiones producidas revelan sus especificidades, como en el discurso: *Entonces, parto vaginal, el parto natural es el que debería ser habitual (...). El problema es que, en una época, un*

* Salario mínimo vigente = 1.521,22 €, Francia, 2019.

** BAC: *baccalauréat* bachillerato en español. Es un diploma que se obtiene tras realizar un examen después del *lycée*, escuela secundaria, para acceder a la educación superior. Luego, los siguientes 3 años corresponden a la *licence* calificada BAC+1, BAC+2, BAC+3. Los dos últimos años de estudios universitarios son *master 1* o *master 2* que garantizarán BAC+4 o BAC+5 respectivamente. Los alumnos titulares del diploma M2 se pueden postular para el doctorado que garantiza el BAC+8.

*** Los términos franceses se mantuvieron en estas profesiones porque no hay similitud de formación y práctica profesional en Brasil. *Sage-femme* es una profesional de la salud graduada en un curso específico de cinco años en la universidad con formación de primer año junto con el curso de medicina. Una *puericultrice* es una enfermera o *sage-femme* especializada en la atención a la primera infancia. Tras la formación inicial, debe someterse a la selección en una escuela específica de puericultura. Los nombres de las regiones y los servicios también se mantuvieron en francés porque son nombres propios.

**** Salario mínimo vigente = R\$998,00, Brasil, 2019.

gran número de mujeres moría en el parto. Fue entonces cuando se empezó a practicar la cesárea, que era difícil (...) era casi como firmar el certificado de defunción de la mujer debido a la cirugía. Pero la cosa se fue organizando de forma que hoy la cesárea es una metodología muy sencilla, fácil y de bajo riesgo. El problema es que no hay que abrirla el abdomen a nadie, fue desarrollado para situaciones de emergencia, donde el niño o la madre tiene riesgo de muerte. En ese caso se justifica (la aplicación de la técnica). ¿Y cuando la haces, es maravilloso, fácil, cómodo, no tengo trabajo de parto, no tengo contracciones por el parto, no tengo las dificultades del parto y encima es fácil de hacer? Rápido, bueno para el médico [...] (Entrevista individual PRO/BRA/01).

En Francia, donde la mayoría de los partos ocurren por vía vaginal, las tensiones más evidentes fueron en el orden de la medicalización de las acciones, es decir, la carga excesiva de intervenciones sobre el cuerpo femenino que se encuentra en proceso de parto. Dijo: "Tratemos de hacerlo mamar más para ver si ayuda con la placenta ..." luego vino otra sage-femme... una lo intentó, no pudo, vino otra, luego ella trató de ponérselo y él mamó un poco ... no sé, dos minutos, ¿sabes? Y salió del pecho y no se pudo prender más ... ¡y la placenta no salía! Entonces ... hubo un momento en que la sage-femme comenzó a tirar de mi placenta por el cordón umbilical ... y se rompió (rompió la placenta) (MÈRE/FRA/03).

Otro resultado que se obtuvo en la investigación fue en el ámbito de las desigualdades sociales y cómo influye en la atención que se les da a las madres y los bebés. Brasil es un país muy afectado por las desigualdades y reveló aspectos peculiares en su desarrollo y expansión en contextos que suman distintas vulnerabilidades. En consecuencia, estas desigualdades marcan las prácticas de asistencia de los partos. Esto se observó, por ejemplo, en la vida de las mujeres que, por un lado, utilizan el SUS para la atención prenatal, parto y puerperio, pero que, por otro lado, no pudieron participar activamente en las decisiones relacionadas con las acciones que realizaron los profesionales que las atendieron. También en el contexto brasileño, pero en otra posición, estaban aquellas mujeres que utilizan planes de salud privados, muchas veces atrapadas por la lógica financiera y altamente intervencionista, que apoyaban en sus discursos la idea de seguridad en la atención que le brindaban los profesionales y en el resultado de los partos quirúrgicos. También hay situaciones en la que la mujer desea un parto vaginal y, para vivirlo, debe, en algunos casos, superar la coerción presente en el discurso de los profesionales, de la lógica operativa del prestador contratado e incluso asumir costos financieros extra del procedimiento, aun teniendo un plan privado. Los siguientes testimonios ejemplifican tales situaciones: *Pero tenía muchas ganas de tener mi parto natural. En el quinto mes me enteré de que ella [la médica] no realiza partos naturales, pero la había endiosado de una manera (...) que el día que me enteré de que no realiza partos naturales...*

Está bien, lo haré por cesárea. Como ... (...) para mí ella era un mito, iba a salvar a mi hija, ¿sabes? (MÃE/BRA/06). El siguiente discurso también muestra elementos discutidos: *[Mãe 06] [...] Cuando hablé con el médico: "Quiero tener un parto natural", dijo: "¿Quieres sentir dolor durante al menos 24 horas?" (...). En ningún momento me animó. Desde el momento en que dije que quería un parto natural, él no lo hizo. ¿Por qué? Porque hoy en día no les pagan por eso. Luego, con mi segundo hijo, me quedé sin seguro médico, ¿sí? Fui al SUS [...] Tuve un parto humanizado en [dice el nombre del servicio], mi esposo sentado a mis espaldas en un taburete, ¿sabes? Mi sueño se hizo realidad sin que yo gastara un centavo. Entonces, muchos critican al SUS, pero yo tuve un parto humanizado que hubiera pagado R\$ 6000 (si hubiera sucedido en el servicio privado) (Fragmento de la reunión del grupo de padres 01/CRECHE/BRA).*

En el contexto francés, argumentos relacionados con prácticas profesionales y discursos relacionados con el parto ilustran que reconocen las tensiones del debate entre quienes trabajan en el cuidado de mujeres y niños: (Relato de la entrevista individual PRO/FRA/02). En el contexto brasileño, aunque con menor frecuencia, también se puede detectar que reconocen las deficiencias de sus prácticas y discursos, como se muestra en el siguiente discurso: *En el público, las mujeres no tienen muchas opciones, de entrada, la vía de parto es la natural. Si quiere una cesárea, no tiene otra opción, intentamos con el natural. Si no funciona, se realiza una cesárea. Es tan así, que hay una diferencia en la tasa de cesáreas entre público y privado. En el privado, la mujer puede elegir. Pero dichas decisiones se toman sin orientación (Entrevista individual PRO/BRA/02).*

Discusión

Según lo señalado en los resultados, es posible destacar que el parto por cesárea es un analizador de prácticas y discursos profesionales. Los analizadores revelan las contradicciones de una institución, los mismos pueden ser un objeto, un evento, un individuo, una información, entre otros. Encuentran la manera de dar visibilidad a los aspectos ocultos de la vida social y, a menudo, se revelan de forma ambigua y poco clara⁽¹⁹⁾. En esta producción, parece que el parto está influenciado por diferentes lugares y contextos. Está marcado, por ejemplo, por la lógica del modelo de gestión de los servicios de salud en los países y el concepto de financiamiento, que se entrelazan con las prácticas profesionales. Tales interferencias se reflejan en las acciones profesionales, los discursos y la educación de las mujeres en la preparación para el parto.

La producción del SUS como política está atravesada por tensiones entre gerentes, trabajadores y usuarios. En este orden, se considera que los dos últimos actores habitualmente están condenados a la obediencia. Se

parte de la premisa de que, en términos prácticos, todos asumen su rol protagónico en la gestión, contribuyen a la formulación de estrategias y todos participan en las disputas, aunque sea en el campo de la invisibilidad o sin manifestar los diferentes proyectos⁽²⁰⁾. No se puede negar que las políticas producen regularidades, estandarizaciones y impedimentos que generan un patrón uniforme que puede inmovilizar. Los marcos legales y normativos que delimitan la salud materno infantil señalan la intención de lograr una humanización del parto que vaya más allá del modelo de atención establecido, es decir, en el que la medicina se apodera de la vida humana y las intervenciones en el cuerpo. En este caso, la intención es paliar las recurrentes deficiencias de la hospitalización por parto. La implementación de la Política brasileña de Humanización del parto, por ejemplo, se ve debilitada por los enfrentamientos vinculados al modelo asistencial practicado. Estos enfrentamientos pueden ser: de orden profesional, especialmente entre los médicos y otras categorías como enfermeras obstetras, obstetras, e incluso por la inclusión de categorías como doulas; de orden organizacional, que se relacionan con los protocolos instituidos en los servicios y a las "demandas inducidas" creadas por los propios servicios basados en la lógica de la productividad; y políticas asociadas a las intervenciones e intereses de los poderes públicos que tienden a centrarse en los resultados obtenidos.

En cada contexto estudiado, a pesar de sus peculiaridades, las disparidades sociales, las desigualdades en salud y el acceso son temas relacionados con la atención brindada. Esto se debe a que las mujeres en situaciones precarias puede que no cuenten con seguimiento durante el embarazo o que tengan una atención prenatal deficiente. Como resultado, tienden a incorporar pocas estrategias de prevención^(2,21). En ambos países, los partos tienen lugar mayoritariamente en espacios hospitalarios. El poder que ejercen los profesionales que realizan el seguimiento de las mujeres, durante el periodo prenatal, parto o puerperio, en consultas, exámenes complementarios u orientaciones, en general asegura que se perpetue una lógica de divisiones y ultra especialización de las prácticas asistenciales, de las acciones asistenciales "fordistas". Esta realidad se refleja en el proceso de institucionalización del parto, incluso en la continuidad de las acciones violentas, como en los temas de género u organizacionales y está marcadas por la aceleración del parto o la privación de la autonomía de las mujeres. En virtud de lo dicho y de otros temas planteados en la investigación, se entiende que las acciones hospitalarias brindadas, tales como la recepción de las mujeres, su comodidad, o incluso el grado de apreciación del proceso único de la madre y el bebé en los servicios de atención, están fuertemente influenciados por sellos de calidad como la Iniciativa Hospital Amigo de

la Mujer y del Bebé (IHAC)*. Estos sellos son, en muchos servicios, el factor decisivo para la realización de cambios en el proceso de atención y en el grado de intervenciones realizadas⁽¹³⁾. Esto significa que el método de gestión de servicios dicta la calidad de la atención que se les brinda a las personas⁽²²⁾. Por ende, no se puede negar que existe un riesgo en este proceso, que puede estar, por ejemplo, digitado por la lógica de la Nueva Gestión Pública. La misma valora el modelo de la iniciativa privada y apoya una idea de eficiencia, pero que afecta negativamente el trabajo diario y las relaciones⁽²³⁻²⁴⁾.

Los resultados de la investigación contribuyen al avance del conocimiento científico, pues revelan la acción de fuerzas instituidas e instituyentes, que influyen en las acciones naturalizadas en las prácticas profesionales y en las consecuencias relacionadas con el avance del número de partos por cesárea. Reflexionan sobre la vulnerabilidad de la mujer y el bebé ante el propio proceso quirúrgico, sobre la dificultad de brindar cuidados humanizados, sobre el sometimiento de la embarazada y el bebé a rutinas estrictas. El aporte de las socioclínica institucional permitió comprender los aspectos macrosociales y microsociales del origen teórico y social de los partos por cesárea, mostró la realidad y señaló las tendencias de los partos en cada país.

Se consideran limitaciones del estudio, el no haber profundizado en aspectos relacionados con las variables raza, color y etnia de las mujeres y la influencia que tienen en la institucionalización de los partos realizados por cesárea en ambos países. Además, el estudio no abordó aspectos relacionados con la formación de los profesionales involucrados, que incluye la reproducción de prácticas de control corporal en el cuidado de madres y bebés por parte de la enfermería.

Conclusión

Los aspectos sociales, históricos, económicos y profesionales definen, aunque de manera diferente, el debate relacionado con el parto por cesárea en los contextos brasileño y francés. En ambos los países, la realización de cesáreas revela contradicciones en las prácticas y discursos profesionales y, en consecuencia, tiende a contribuir al grado de consentimiento de las mujeres sobre el control de sus cuerpos.

Entre los aspectos sociales involucrados, es evidente que, ya sea en Brasil o en Francia, las disparidades sociales, las desigualdades en salud y el acceso son temas relacionados con la atención que se les brinda a las mujeres y los bebés. En lo que respecta a los aspectos económicos, el modelo del sector privado se instala en los

* Sello de calidad otorgado por el Ministerio de Salud a los hospitales que cumplen con los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, instituidos por UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y la Organización Mundial de la Salud.

servicios públicos y afecta la forma en la que se concibe el trabajo diario, las relaciones y los resultados del parto, lo que da lugar a que aumenten las disputas que existen en este modelo asistencial. Los aspectos de carácter profesional, considerando las modalidades profesionales de cada país, marcan cómo se transforma el cuerpo individual en fuerza de trabajo, a partir de conocimientos estructurados, que, en algunas situaciones, menosprecia los aspectos íntimos de la gestante. En el caso brasileño, esta disputa se libra a menudo entre los médicos y los enfermeros. Mientras que en Francia se da entre médicos y *sage-femmes* en los servicios privados.

Una dimensión que surge del problema que presenta esta investigación sobre las cesáreas innecesarias es el análisis de que la fuerte medicalización en el parto y el crecimiento de las tasas de cesáreas pueden contribuir a que las mujeres cuestionen el modelo obstétrico actual en los países y busquen información en pro de obtener su autonomía a través de una elección informada. Por lo tanto, pueden incorporar estrategias de resistencia a lo instituido. Los profesionales franceses parecen reconocer más abiertamente los problemas relacionados con sus prácticas, así como también la resistencia que hay ante las mismas.

Las mujeres pueden decidir tomar los posibles riesgos, resistir y crear estrategias para reivindicar sus deseos. Pero es necesario aclarar que se parte de la base de que los deseos también se construyen a partir de las prácticas y los discursos de los profesionales, de las vivencias específicas, de la cultura, entre otros. En cuanto al debate sobre la autonomía y el parto, el estudio señala que las mujeres francesas parecen estar más cerca de la apropiación de sus cuerpos y deseos.

Agradecimientos

A las madres y padres que participaron en la investigación. A los responsables del servicio que autorizaron su realización y a los profesionales implicados que se abrieron al diálogo.

Referencias

- Gomes SC, Teodoro LPP, Pinto AGA, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AKB. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2021 Mar 24];71(5):2594-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>
- Grilo Diniz CS, Rattner D, Lucas d'Oliveira AFP, Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2018 Aug 27 [cited 2021 Mar 24];26(53):19-35. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502019>
- Lansky S, Oliveira BJ, Peixoto ERM, Souza KV, Fernandes LMM, Friche AAL. The Senses of Birth intervention to decrease cesarean and prematurity rates in Brazil. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2019 Apr 13 [cited 2021 Mar 24];145(1):91-100. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.12765>
- Fortuna CM, Silva SS, Mesquita LP, Matumoto S, Oliveira PS, Santana FR. The institutional socio-clinic as a theoretical and methodological framework for nursing and health research a socioclínica. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 24];26(4):2950017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002950017>
- Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR, et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 24];392(10155):1358-68. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31927-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31927-5/fulltext)
- Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde. OMS lança nova recomendação sobre intervenções não clínicas para reduzir número de cesarianas desnecessárias [Internet]. [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/11-10-2018-oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero>
- Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 24];392(10155):1341-8. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673618319287/fulltext>
- Pinto Coelho GD, Arial Ayres LF, Barreto DS, Henriques BD, Cardoso Prado MRM, Dos Passos CM. Acquisition of microbiota according to the type of birth: An integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3446. doi: <https://doi.org/10.1590/1518.8345.4466.3446>
- Monceau G. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. *Psicol Rev*. 2015 Apr 1;21(1):197. doi: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P197>
- Lourau R. A análise Institucional. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2014. 326 p.
- Monceau G, Homme LHL. Pratiques socianalytiques et socio-clinique institutionnelle à une paradigmatique, qui apparaît bien plus fortement aux lecteurs. *Homme et la Soc* [Internet]. 2003 [cited 2020 Jul 22];147(1):11-33. Available from: <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2003-1-page-11.htm>

12. Césarine. Césarine - La césarienne sur demande maternelle [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://www.cesarine.org/avant/programme/convenance/>
13. Thomas C. Midwives & global accompaniment: de-medicalizing childbirth to manage risks differently. *Anthropol Santé* [Internet]. 2017 Nov 17 [cited 2021 Mar 24];(15). Available from: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2729>
14. Soulière M, Monceau G, Fortuna CM, Mondain N, Santana da Silva S, Pilotti A. Comprendre le parcours du devenir parent. Regard sur une démarche de recherche collaborative et qualitative à l'international. *Enjeux Soc Approch Transdiscipl*. 2020 Jun 22;7(1):64. doi: <https://doi.org/10.7202/1069716ar>
15. Fortuna CM, Mesquita LP, Matumoto S, Monceau G. Analysis of researchers' implication in a research-intervention in the Stork Network: a tool for institutional analysis. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 24];32(9):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00117615>
16. Spagnol CA., L'Abbate S, Monceau G, Jovic L. Socianalytical device: intervention instrument and data collection in qualitative research in nursing. *Rech Soins Infirm*. 2016 Mar 1;(124):108-17. doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.124.0108>
17. Borges FA, Fortuna CM, Feliciano AB, Ogata MN, Kasper M, Silva MV. Analysis of professional implication as a tool of permanent education in health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 24];27:e3189. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vHJQkbb9CtHgpnWTxjbV3vq/?lang=en>
18. Paillé P, Mucchielli A. *Qualitative analysis in human and social sciences*. 3a ed. Paris: Colin; 2012. 424 p.
19. Bellegarde P. Institutionnalisation, implication, restitution: Théorisation d'une pratique associative. *Homme et la Soc*. 2003;147(1):95-114. doi: <https://doi.org/10.3917/lhs.147.0095>
20. Merhy EE, Camargo L, Feuerwerker M, Lisiane M, Santos M, Bertussi DC, et al. Basic Healthcare Network, field of forces and micropolitics: implications for health management and care. *Saúde Debate*. 2020;43(Sp 6):70-83. doi: [10.1590/0103-11042019S606](https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606)
21. Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. *Rev Sage-Femme*. 2013;12(3):105-15. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2013.04.003>
22. Sá LA, Covre ER, Melo WA, Gomes RM, Tostes MFP. Public-private relationship in surgical hospitalizations through the Unified Health System. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3467. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4901.3467>
23. Bresser-Pereira LC. Managerial reform and legitimization of the social state. *Brazilian J Public Adm* [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 24];51(1):147-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612166376>
24. Nemi A, Schraiber LB. Luiz Carlos Bresser-Pereira: The Brazilian national health system (SUS) and the state managerial reform in the 1990s. *Interface Commun Heal Educ* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 24];23:e180173. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface.1810173>

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Simone Santana da Silva, Cinira Magali Fortuna, Gilles Monceau. **Obtención de datos:** Simone Santana da Silva, Cinira Magali Fortuna, Gilles Monceau. **Análisis e interpretación de los datos:** Simone Santana da Silva, Cinira Magali Fortuna, Gilles Monceau. **Obtención de financiación:** Simone Santana da Silva. **Redacción del manuscrito:** Simone Santana da Silva. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Cinira Magali Fortuna, Gilles Monceau.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 22.07.2020

Aceptado: 10.09.2021

Editora Asociada:
Lucila Castanheira Nascimento

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Simone Santana da Silva
E-mail: simone_ssilva1@yahoo.com.br
 <https://orcid.org/0000-0002-0768-3217>