Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Conflitos de interesses nas decisões por cesáreas:
revisão sistemática**

Deborah Rachel Audebert Delage Silva

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em
Ciências.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade**

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen
Simone Grilo Diniz**

São Paulo

2014

Conflitos de interesses nas decisões por cesáreas:

revisão sistemática

Deborah Rachel Audebert Delage Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Carmen Simone Grilo Diniz

São Paulo

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

*A todas as mulheres, de
ontem, hoje e amanhã, cujos corpos foram,
estão sendo ou serão violados por cortes
determinados por interesses diversos do seu
próprio, em nome do ensino, das várias
conveniências pessoais, e do ganho financeiro.*

*Às muitas mulheres,
conhecidas de perto e de longe, desconhecidas
também, que afetam essa minha caminhada
rumo à mudança da realidade da assistência ao
parto e ao nascimento, com um forte desejo de
que o protagonismo que lhes é cotidianamente
roubado seja devolvido.*

Agradecimentos

Quando eu tinha nove anos, minha mãe, recém-separada do meu pai, cujos direitos políticos haviam sido cassados pelo regime de exceção, trabalhava como enfermeira em uma maternidade militar. Não era raro que me contasse histórias de partos que aguçavam minha curiosidade. Mãe, jamais vou me esquecer do dia em que você, apesar do contexto duro dos anos de chumbo, levou ao coronel-diretor o meu pedido para assistir a um parto, apenas para ouvir dele um “não”. Sua coragem sempre me inspirou, sua capacidade de impulsionar meus sonhos e me apoiar com seu amor são parte de tudo que sou e faço.

O que dizer para você, Simone? Contra todas as evidências, você continuou acreditando... Além do privilégio de ter sua mente brilhante a me guiar, fui alvo da sua imensa solidariedade, de sua energia contagiante. E aqui estou, trazida pelas suas mãos. Quando faltou chão, você me segurou. O verdadeiro sentido de orientação aprendi com você. Te devo esta para sempre!

Denise, amiga, irmã e co-autora... Não teria chegado nem perto deste momento sem seu companheirismo desde que a conheci, alguns anos atrás. Tantos sonhos de militância sonhados juntos, tantas tardes de sábado compartilhando vivências com as mulheres no MaternaMente, tantos momentos de co-maternagem de Murilo e Sophia! Ombro sempre presente no olho do furacão... Mas a vida ainda me reservava outro tanto de sua imensa generosidade: sua onipresença na minha vida nestes últimos meses, abrindo mão da sua própria, e cuidando para que chegássemos até aqui. Não tenho a menor dúvida de que este trabalho é tão seu quanto meu. Eterna gratidão!

À Prof.^a Dr.^a Cássia Baldini Soares, por me acolher no Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs e pelo aconselhamento fundamental a este trabalho.

Às colegas e ao colega do GEMAS, nosso grupo de pesquisa, minha gratidão pelas partilhas e aprendizagens, ainda nos encontraremos muitas vezes!

Ao José e à Eidi, da Faculdade de Saúde Pública, e à Juliana, da Faculdade de Enfermagem, profissionais de biblioteca solícitos, comprometidos, bem humorados!

Às minhas comadres, todas... sororidade ressignifica minha vida.

À minha terapeuta, pela parceria fundamental nestes últimos três anos.

Sophia, sei que os momentos roubados a nossa convivência nunca serão repostos... Grata pela paciência e pela impaciência, filha.

*Assim, o médico, na medida em que é médico,
não visa nem ordena a sua própria vantagem, mas a do doente?
Com efeito, tínhamos reconhecido que o médico, no sentido
preciso da palavra, governa os corpos e não é homem de
negócios. Não foi?*

Platão, A República, 342d

Trad. Guinsburg, São Paulo, 2006

(disponível em <http://pt.scribd.com/doc/19259485/Conflito-de-interesses>)

Quando vi meu marido eu desabei.... ele estava chorando também, já veio me pedindo desculpas, dizendo que não deixavam ele entrar. A sensação de impotência era muito grande. A comprovação maior de que eu não mandava nada ali, foi quando a minha obstetra mandou abrir e olhei (...) e vi minha família do outro lado de um vidro. Ninguém me perguntou se eu queria que vissem meu parto. Para mim era um momento íntimo entre eu e meu marido, e não um filme para ser assistido pelo outros... me verem aberta e tão fragilizada para mim foi humilhante. Eu sempre disse que ninguém ia ver meu parto, que não queria... Quando meu filho nasceu, tive que pedir para que fosse desamarrada... se não pedisse ninguém ia fazer.

Trecho de relato de cesárea indesejada, MPL
<http://www.maternamente.com.br/2013/10/may-pazinato-conveniencias-desrespeito.html>

Não há nenhuma dúvida de que, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra

Sérgio Martins-Costa e José Geraldo Lopes Ramos
Editorial da Rev Bras Ginecol Obstet, 2005

RESUMO

Delage Silva DRA. Conflitos de interesses nas decisões por cesáreas: uma revisão sistemática [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2014.

Introdução. O modelo tecnocrático de assistência ao parto e nascimento propõe uma lógica organizacional com práticas não baseadas em evidências científicas cujos desfechos se contrapõem ao bem-estar materno e infantil. No setor público ocorrem partos com excesso de intervenções e altas taxas de cesarianas. No setor privado, a maioria das mulheres é submetida a cesáreas. Em ambas as situações, pergunta-se a quem e por que é vantajoso o que se prescreve.

Objetivos. Revisar sistematicamente a produção científica nacional e internacional que trata das circunstâncias em que o tema dos conflitos de interesses nas indicações de cesárea é abordado.

Material e método. Revisão sistemática abrangente da literatura disponível, segundo a metodologia do Instituto Joanna Briggs. **Resultados.** Foram identificados 4.135 textos em 4 bases de dados - The Cochrane Library, EconPapers, CINAHL e Medline - dos quais 41 foram analisados após a aplicação de critérios de inclusão. Os idiomas encontrados foram: inglês, francês, português e espanhol, com predominância do primeiro. A maioria trouxe a palavra “cesárea” entre seus descritores. Foram recorrentes termos ligados à prática de profissionais e às diferentes formas de pagamento ou financiamento da assistência. As influências sobre a decisão por cesárea são abordadas em diferentes análises da assistência. Os principais atores envolvidos são médicos e mulheres. Foi possível identificar conflitos de duas naturezas: financeiros – diretos e indiretos – e não financeiros. **Discussão.** A literatura silencia sobre os conflitos de interesses entre provedores de cuidados e mulheres nas decisões por cesárea. Os interesses secundários problematizados nos textos foram nomeados “fatores associados a conflito de interesses”. A narrativa hegemônica (percepção do médico) se sobrepõe às outras e as obscurece. Conflitos de interesse são omitidos e surgem termos como incentivos financeiros e indução da demanda, frequentemente analisados sem considerar o desnível de poderes entre os atores envolvidos. **Conclusões.** O fenômeno é apenas implícito na literatura que problematiza os incentivos e a indução da demanda à prática de cesarianas. As circunstâncias são processos de análise da assistência obstétrica que investigam explicações e interferências nas variações das taxas de cesáreas. O ator com maior poder de influenciar o desfecho é o médico. A invisibilidade do conceito na literatura científica aponta para uma lacuna de conhecimento a ser preenchida.

Descritores: Cesárea. Conflito de interesses. Tomada de decisões.

ABSTRACT

Delage Silva DRA. **Conflitos de interesses nas decisões por cesáreas: revisão sistemática.**/Conflicts of interest on deciding upon a cesarean section: a systematic review [thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2014.

Background. The technocratic model of childbirth care proposes a logical organizational with non-evidence based practices whose outcomes oppose the welfare of both mother and child. In the public sector births occur with excessive interventions and high rates of caesarean section. In the private sector, the majority of women are subjected to caesarean sections. In both situations, the question is to whom and why it is advantageous to perform those practices.

Objectives. To review systematically national and international scientific literature which addresses the circumstances in which the issue of conflicts of interest in indications for cesarean section is approached **Material and method.** Comprehensive systematic review of the available literature, according to the methodology of the Joanna Briggs Institute.

Results. 4,135 texts were identified in four data bases – The Cochrane Library, EconPapers, CINAHL, Medline - of which 41 were analyzed after applying inclusion criteria. Languages found were English, French, Portuguese and Spanish, English being the most common. Most brought the word "cesarean" among their key terms. Recurrent terms were related to professional practice and the different forms of payment or financing healthcare. The influences on the decision for cesarean section are addressed in different healthcare analysis. The main actors involved are doctors and women. It was possible to identify conflicts of two natures: financial - direct and indirect - and non-financial. **Discussion.** Literature is silent about the conflicts of interest between care providers and women on decisions for cesarean sections. The secondary interests approached in the texts were named "factors associated with conflict of interests." The hegemonic narrative (physician's perception) overlaps and obscures all others. Conflicts of interest are omitted and other terms such as financial incentives and supplier induced demand are often analyzed without considering the difference of power between the actors involved. **Conclusions.** The phenomenon is only implicit in the literature that discusses incentives and provider induced demand over the practice of cesarean sections. The circumstances are processes of analysis of obstetric care which investigate explanations and interferences on variations of cesarean section rates. The actor with the greatest power to influence the outcome is the doctor. The invisibility of the concept in the literature points out to a knowledge gap to be filled

Key terms: **Cesarean section. Conflict of interests. Decision making.**

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS.....	14
LISTA DE QUADROS	14
APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1 CONFLITOS DE INTERESSES EM SAÚDE	18
1.2 CONFLITOS DE INTERESSES E A ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	22
1.3 ASPECTOS POTENCIAIS DO CONFLITO	29
2. OBJETIVOS	35
2.1 GERAL.....	35
2.2 ESPECÍFICOS.....	35
3. MÉTODO	36
3.1 PROCESSO DE REVISÃO SISTEMÁTICA	37
3.2 ETAPAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	40
3.2.1 Elaboração de pergunta de pesquisa	40
3.2.2 Busca de trabalhos anteriores	41
3.2.3 Elaboração de critérios para considerar os estudos para a revisão.....	41
3.2.4 Elaboração das estratégias de buscas.....	43
3.2.5 Definição da forma de seleção dos estudos e instrumentos utilizados.....	46
3.2.6 Extração e análise de dados	49
4. RESULTADOS	51
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES	52
4.2 TERMOS E DESCRITORES ASSOCIADOS A CONFLITOS DE INTERESSES.....	53

4.3 CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OS CONFLITOS DE INTERESSES SÃO ABORDADOS	54
4.4 ATORES ENVOLVIDOS NOS CONFLITOS DE INTERESSES	55
4.5 NATUREZA DOS CONFLITOS DE INTERESSES E FATORES ASSOCIADOS	55
4.6 PRINCIPAIS RESULTADOS	56
4.7 EMPREGO DO CONCEITO DE CONFLITO DE INTERESSES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO	73
5. DISCUSSÃO	74
5.1 INTERESSES PRIMÁRIOS SOBREPUJADOS POR INTERESSES SECUNDÁRIOS	75
5.2 GASLAITEAMENTO DO CONFLITO DE INTERESSES	78
5.3 QUEM TEM INTERESSES EM JOGO	80
5.4 NECESSIDADE DE ELABORAÇÃO DE DISCURSO CONTRA-HEGEMÔNICO	84
5.5 CONCEITUAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES	92
5.6 LIMITAÇÕES	93
6. CONCLUSÕES	95
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
8. ANEXO: PROTOCOLO DE PESQUISA	110
9. CURRÍCULO LATTES	136

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Matriz operacional dos conflitos de interesses em saúde.....	19
Figura 2: Modelo conceitual de práticas de saúde baseadas em evidências.	39
Figura 3: Modelo de instrumento para seleção de estudos.	48
Figura 4: Modelos de instrumentos para extração de dados.	50
Figura 5: Fluxograma de seleção de estudos.	52
Figura 5: A repreensão de Adão e Eva.	80
Figura 6: Matriz teórica conceitual do conflito de interesses nas decisões por cesárea. Brasil, 2014.	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Palavras-chave e expressões de busca, por base de dados.....	44
Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados.....	57
Quadro 3: Circunstâncias dos conflitos de interesses nas decisões por cesárea, segundo principais estudos analisados.....	64

APRESENTAÇÃO

Um projeto de pesquisa se inicia sempre a partir de uma inquietação que, se devidamente alimentada, adequadamente observada, poderá gerar uma boa questão que se caracterize como problema a ser investigado. Este projeto nasceu da inquietude acerca dos números crescentes da ocorrência de cesáreas, no Brasil e no mundo. O olhar que se debruça sobre a situação vem de um lugar específico: o da usuária de serviços de assistência obstétrica que, tendo sua própria experiência como ponto de partida, e percebendo-se como parte de um intrincado sistema, tomou para si a circunstância dos nascimentos desrespeitosos como uma causa.

O trabalho por uma causa costuma nascer do encontro amoroso entre duas características das pessoas e dos movimentos sociais: paixão visceral indignada e racionalidade sedenta de conhecimento. Quando confluem, essas qualidades conferem eloquência, brilho nos olhos, entrega, compromisso, curiosidade. Quanto mais conhecimento agregado, seja o do tipo formal, seja aquele que se adquire no encontro com o outro, mais apaixonada costuma se tornar a militância. E vice-versa. As causas costumam ser, por definição, um caminho por onde se anda na contramão. Ou um caminhar contra a ventania. Ou um remar contra a maré. Ou ainda nadar contra a corrente. Os mais eruditos chamam isso de contra-hegemonia.

Alguns tempo após o nascimento de minha filha, ocorrido há quase onze anos, minha busca por respostas individuais aos questionamentos que tinha acerca da cesariana à qual fui submetida me levou ao site da Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Ao longo de alguns dias li todo o conteúdo e entendi que minha história pessoal se inscrevia no contexto social mais amplo. Muitas reflexões foram brotando e decidi me juntar àquele grupo de mulheres. De lá para cá, a participação nesse movimento social ressignificou minha forma de enxergar o nascimento e me reposicionou também no meu trabalho e militância no Sistema Único de Saúde.

A caminhada dos movimentos de usuárias em luta pela mudança do paradigma da assistência ao parto e nascimento, sempre apontando as taxas abusivas de cesarianas, me levou à busca da construção do conhecimento sobre uma das faces pouco descritas desse procedimento cirúrgico: a possibilidade de sua indicação ocorrer em meio a conflitos de interesses, como fruto das contradições sociais que determinam iniquidades no provimento de cuidados obstétricos e que definem a mulher em situação de gestação, parto e puerpério como cidadã subalterna e destituída de direitos.

Assim nasceu o projeto que frutificou nesta tese.

1. INTRODUÇÃO

O panorama obstétrico brasileiro, no que diz respeito à assistência aos partos e nascimentos, permite a visualização de duas situações diversas de práticas não baseadas em evidências científicas. Por um lado, nos serviços estatais e contratados pelo setor público, predomina a prática de partos com a imposição de procedimentos desconfortáveis e dolorosos, sem sustentação no conhecimento baseado em evidências, e cujo propósito parece ser a organização dos corpos institucionalizados e a otimização do uso de recursos, tendo, como resultados, desfechos que se contrapõem ao bem-estar materno e infantil (DINIZ e CHACHAM, 2006). Por outro, no setor privado, a uma maioria de mulheres se impõe o nascimento por via cirúrgica abdominal, justificado por indicações também não apoiadas nas melhores evidências. Este modelo tecnocrático de assistência ao parto e nascimento propõe uma lógica organizacional contraditória com a melhor prática no interesse de mulheres e bebês (MAIA, 2008).

Esse quadro tem consequências graves para a saúde de mulheres e crianças e se configura como problema de saúde pública. O contexto que considera o parto e o nascimento como eventos com riscos altos em potencial também impõe a necessidade de intervenções e aloca excessiva tecnologia dura em serviços hospitalares. O nascimento, de evento fisiológico de baixa complexidade, na maioria das vezes, passa a ser tratado como evento médico e hospitalar de média para alta complexidade. Os custos financeiros deste modelo de atenção tornam-se opressivos para o conjunto do sistema (FAÚNDES e CECATTI, 1991).

Ainda mais graves são os custos sociais e individuais dessa excessiva medicalização das condutas. A imposição de intervenções a todas as gestantes e parturientes aumenta a morbimortalidade materna, fetal e neonatal (VICTORA et al., 2011), trazendo consequências para indivíduos, famílias e o conjunto da sociedade.

Nessas situações, caberia perguntar: a quem é vantajoso o que se prescreve? Como e em que circunstâncias se configuram os conflitos de interesses no momento da indicação e decisão por uma cesárea e que elementos os caracterizam?

Para se fundamentar essa discussão, é necessário mapear como os conflitos de interesse são estudados: que termos sugerem sua existência, em que situações estão presentes e em que publicações estão registrados.

A literatura científica tem sido pródiga em trabalhos que estudam as cesarianas eletivas sob o pressuposto da “cirurgia a pedido” (MORRISON e MACKENZIE, 2003; ROBSON, TAN, ADEYEMI, e DEAR, 2009). A associação entre o aumento das taxas de cesarianas e a solicitação materna da cirurgia é tão presente que pode parecer ao leitor menos avisado que esse fator é o mais importante na explicação do fenômeno, ou que a maioria das cirurgias eletivas sem indicação precisa são demandadas pelas mulheres. Entretanto, pouco se diz sobre o que leva as mulheres a solicitarem o procedimento. Tais pressuposições não se sustentam quando se investiga o desejo das mulheres pela via de parto, seja no início ou no final da gestação. Ainda que o percentual aumente às vésperas do nascimento, a maioria das mulheres prefere parir a passar por cirurgia de extração fetal (POTTER et al., 2008).

1.1 CONFLITOS DE INTERESSES EM SAÚDE

Utiliza-se aqui a definição de conflito de interesses proposta por LO e FIELD (2009), que consideram o conflito como um conjunto de condições ou circunstâncias que cria o risco de que o julgamento ou as ações profissionais visando um interesse primário sejam influenciados indevidamente por um interesse secundário (LO e FIELD, 2009). Como norma, é usual que se associe a expressão a situações que envolvem aspectos econômicos. Entretanto, outros importantes aspectos também podem estar envolvidos, tais como interesses científicos, assistenciais, educacionais, religiosos e sociais.

Não se questiona que os profissionais de saúde têm como missão principal prover cuidados aos pacientes, porém, deve se considerar que interesses de ordens diversas podem influenciar o cuidado ofertado. A partir desse reconhecimento, a American Society of Law, Medicine & Ethics (ASLME) organizou uma conferência em 2011 para debater os conflitos de interesses em saúde, envolvendo diversos campos do conhecimento, como direito, economia e ciências

sociais, além da própria medicina (KESSELHEIM e ORENTLICHER, 2012). Entre os objetivos da conferência, citam-se estimular o debate sobre o conflito de interesses na prática médica além de auxiliar na formulação de políticas públicas relativas ao tema.

O evento mostrou-se tão frutífero que um número inteiro do *Journal of Law, Medicine & Ethics* foi dedicado à conferência, que entre outros resultados apontou o fato de que os conflitos de interesses permeiam todo o sistema de saúde. Como apontam os documentos da conferência, os formuladores de políticas devem considerar seriamente os conflitos de interesses: embora não possam ser definitivamente eliminados, eles devem ser identificados e gerenciados devidamente, para que não comprometam a qualidade do cuidado ofertado aos usuários do sistema de saúde (KESSELHEIM e ORENTLICHER, 2012).

ROBERTSON et al. (2012) indicam que os conflitos de interesses são especialmente preocupantes quando influenciam as decisões terapêuticas dos provedores de saúde, têm impacto adverso nos resultados de saúde ou aumentam desnecessariamente os custos do cuidado prestado. Nesse contexto e ainda considerando a definição de LO e FIELD (2009) mencionada anteriormente, o conflito pode ser expresso de acordo com a Figura 1, elaborada para este trabalho.

Figura 1: Matriz operacional de conflitos de interesses em saúde.

Fonte: baseado em LO e FIELD, 2009.

Conflitos de interesses podem se originar e envolver quaisquer dos atores em cena na assistência em saúde: usuário, profissionais, instituição, fontes de financiamento. Os interesses de um profissional e de seu paciente podem não coincidir, assim como os da instituição prestadora do serviço em relação à fonte que ressarcie os valores dos procedimentos.

Uma situação que pode servir de exemplo para a identificação destas possibilidades é a internação de pacientes em um hospital de ensino. O interesse primário do paciente é ser adequadamente atendido. Os profissionais responsáveis pelo seu atendimento, desempenham um duplo papel: assistencial e educativo. O interesse primário dos profissionais é atender adequadamente estes pacientes. Nesta situação, deveria ocorrer a plena convergência dos interesses dos profissionais e pacientes. No entanto, o conflito pode surgir quando o interesse secundário dos professores e alunos, que é o aprendizado que esta situação pode possibilitar, assume o caráter prioritário. Este é o cenário em que se aprendem e são ensinadas, por exemplo, episiotomias, fórceps e cesarianas, entre outros procedimentos (DINIZ e CHACHAM, 2006). Nesta circunstância, em detrimento da saúde do binômio e muitas vezes com seu prejuízo, o aprendizado ocupa o lugar do cuidado e da promoção do bem-estar. A mulher sequer é informada do que é realizado em seu corpo, bem como das possíveis consequências e tem poucas chances de ter uma recusa respeitada (HOTIMSKY, 2007).

A existência de múltiplos interesses não implica a existência de conflito em si. Quando os interesses se baseiam em sistema de crenças, referem-se a julgamentos subjetivos relacionados a aspectos discrimináveis do mundo do indivíduo, que dizem respeito à compreensão que esta pessoa tem de si e de seu entorno. Ao formar crenças sobre um dado objeto, a pessoa, automática e simultaneamente, adquire uma atitude relativa a este objeto. Os interesses podem também ser movidos pelos desejos, isto é, projeções de futuro, que justamente por este aspecto tendem a direcionar as ações. Os problemas começam a aparecer quando

crenças e desejos de uns e outros competem entre si, principalmente quando geram deveres e comprometimentos concorrentes ou conflitantes. Estes podem alterar o processo de tomada de decisão gerando situações questionáveis ou condenáveis.

Os principais objetivos da medicina e demais práticas de saúde incluem a melhoria da saúde por meio da prestação de cuidados de saúde benéficos para os pacientes, a realização de pesquisas válidas, e a oferta de educação médica de excelência. Na persecução desses objetivos, profissionais, instituições de saúde e organizações de pesquisa precisam colocar os interesses do paciente em primeiro lugar, realizar investigação imparcial, avaliar criticamente as informações, e servirem como modelos de comportamento profissional para os estudantes. Porém, em algumas circunstâncias, na medicina moderna, essas metas e obrigações estão em risco de ser comprometidas pela busca indevida de benefícios financeiros ou outros interesses secundários (LO e FIELD, 2009).

As diretrizes para a prática clínica encontram-se no cruzamento de pesquisa, educação e prática médicas. Apoiam-se na investigação científica e servem a uma função educativa. Na prática clínica, podem influenciar o paciente e o médico nas decisões sobre intervenções em saúde, a cobertura de serviços médicos pelos planos de saúde e as avaliações do desempenho dos médicos e instituições que prestam cuidados de saúde. Idealmente, as diretrizes de prática clínicas são baseadas em evidências científicas válidas, leitura crítica dessas evidências e julgamento clínico objetivo que relaciona as evidências às necessidades de profissionais e usuários (LO e FIELD, 2009). Porém, é comum perceber que outros fatores parecem influenciar as tomadas de decisão terapêutica, resultando em uma prática clínica que desconsidera evidências e não leva em conta as necessidades e o protagonismo dos indivíduos atendidos. Entre esses fatores, podem estar presentes preferências, crenças e conveniências dos profissionais da assistência.

Aos profissionais são concedidos privilégios importantes, incluindo o poder de fixar padrões éticos e educacionais, em troca de competência, confiabilidade e ética, em benefício de pacientes e da sociedade. O poder de estabelecer normas cria certas tensões. No âmbito da assistência ao paciente, as ameaças ao profissionalismo e aspectos que remetem a conflitos de interesses podem surgir em várias situações, algumas das quais envolvem produtos farmacêuticos ou

biomédicos e empresas de biotecnologia, e outras não. Além disso, os conflitos de interesse emergem das formas pelas quais médicos são remunerados pelos seus serviços. Estes conflitos são inerentes a qualquer sistema de pagamento, embora cada método suscite preocupações diferentes (LO e FIELD, 2009).

1.2 CONFLITOS DE INTERESSES E A ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

Os conflitos entre as gestantes e seus médicos podem surgir a qualquer momento durante o pré-natal, desde a orientação dada às mulheres antes da concepção até a assistência a elas prestada durante o trabalho de parto e o nascimento. Os médicos e as gestantes por eles assistidas podem discordar, por exemplo, sobre a pertinência de se utilizar determinados exames pré-natais, em relação a questões de estilo de vida materno, ou à conveniência de lançar mão de terapias inovadoras destinadas a melhorar condições de saúde do feto e torná-lo viável. Finalmente, eles podem entrar em conflito no momento do trabalho de parto, como acontece quando a mulher rejeita ou resiste ao emprego de tecnologia médica invasiva e procedimentos utilizados para monitorar, acelerar ou interferir no processo de nascimento. Um dos procedimentos possíveis neste momento, a cirurgia cesariana, surge aqui como um possível foco de conflito de interesse.

Uma busca que inclua os descritores “conflito de interesse” e “cesárea” costuma retornar citações cujo tema central é o conflito entre os interesses do feto, cuja saúde se encontra em risco estimado, e os direitos da mãe. Em geral, o foco dessa discussão envolve os argumentos a favor e contra uma intervenção imposta à mulher, até mesmo pela via judicial como, por exemplo, quando ela se recusa a sofrer uma cesariana em uma situação de presumível risco para a vida do feto. Embora este elemento possa se configurar como uma das situações revistas no estudo, o chamado conflito materno-fetal será aqui alvo de uma desconstrução conceitual a partir do trabalho de OBERMAN (2000) e considerado como componente de outras relações conflituosas que possam se estabelecer entre a mulher e o conjunto dos envolvidos na assistência ao parto.

Conforme nos ilustra OBERMAN (2000), diante de uma situação de cuidado em obstetrícia, um médico planeja uma abordagem terapêutica, cujo objetivo é o bem-estar da gestante, do feto, ou de ambos. Ele aponta suas preocupações e recomenda um curso particular de ação. Ao invés de concordar, a paciente resiste ao conselho, levando o médico a se tornar ansioso sobre as consequências potencialmente negativas para a mulher ou seu feto. O profissional, então, tenta convencê-la a mudar sua decisão, e às vezes recorre até mesmo à ajuda externa. Esta ajuda pode vir de familiares, profissionais de saúde ou outros atores presentes na cena. A abordagem da assistência também pode conter e implicar ameaças veladas ou explícitas de danos graves, abandono, e até mesmo de intervenção legal, caso a mulher não esteja disposta a seguir as ordens médicas. Situações com características semelhantes à cena ilustrativa vêm sendo consideradas como consequência de conflitos “materno-fetais”. No centro do debate sobre esses conflitos está a questão de quando e se é apropriado a pessoas e instituições, aqui incluído o aparato legal, ditar comportamentos às grávidas em uma tentativa de beneficiar o feto. Em um cenário assim configurado, o médico, em quem a mulher deve ser capaz de confiar, subitamente aparece como seu adversário.

A autora citada no parágrafo anterior informa que a literatura sobre conflitos materno-fetais é pródiga em análise de casos em que são descritos como concorrentes ou conflitantes os direitos da mãe e do feto. Cabe aqui esclarecer e reconhecer que o termo “materno” na expressão “materno-fetal” é parcial e reducionista, na medida em que reduz a mulher grávida àquilo que é, no máximo, uma faceta de sua identidade. Entretanto, quando se supõe que exista tal instituto como o direito fetal, que possa se sobrepor ao direito da mulher que gesta, constrói-se a possibilidade de infringir o direito da gestante à autonomia, algo que deveria ser considerado inadmissível.

Por que, então esses debates persistem? Na construção do marco teórico deste estudo, veremos que o paradigma subjacente ao conflito “materno-fetal” é fundamentalmente falho e incompleto. Uma das partes principais – o médico – está completamente ausente da expressão. Estes conflitos se originam no contexto da relação entre o médico e a mulher grávida e resultam de esforços aparentemente bem intencionados por parte do profissional para promover o bem-estar materno ou

fetal através da imposição de sua percepção acerca da assistência adequada às suas pacientes grávidas. Assim, esses não são conflitos “materno-fetais”, mas médico-maternos, visto que os profissionais projetam suas próprias estimativas do curso ideal de ação sobre suas pacientes. Quando a mulher resiste à imposição de um tratamento, o médico muitas vezes investe o feto com interesses e direitos que coincidem diretamente com suas conveniências e correspondentes preferências terapêuticas. O suposto bem-estar do feto passa a ser utilizado como meio de chantagem para atingir o intento: a rendição da mulher. Os interesses da mulher grávida são então processados em oposição direta aos atribuídos ao seu feto pelo médico, que entra em cena como árbitro supostamente neutro e apto a resolver este “conflito”. Porém, como é ele quem identifica o procedimento considerado “no melhor interesse do feto”, por definição não pode ser considerado neutro. Torna-se, portanto, a outra parte nesses conflitos, em uma posição que sempre desequilibra a balança na proporção de dois contra um, na qual a desvantagem sempre cabe à mulher.

Cada instância do conflito representa uma violação dramática das normas éticas e legais que regem a relação médico-paciente. Esse relacionamento é comparável a outras relações contratuais classificadas como fiduciárias, isto é, nas quais há uma questão de confiabilidade envolvida. Apesar dessa similaridade, aos médicos costuma ser aplicada uma versão limitada do direito fiduciário, caracterizada pela flexibilização dos limites de sua imputabilidade. De fato, a postura defensiva e antagônica inerente à relação entre as partes de um contrato contrasta com a noção tradicional de prestação de cuidados que informa a relação médico-paciente, pois a pessoa que deposita sua confiança em um cuidador depende dele para receber cuidados específicos.

Como a relação fiduciária tem origem quando quem busca o prestador delega a ele o poder para agir em seu nome, todas as relações desta natureza têm elevado potencial de risco de abuso desse poder. Portanto, considerando a relação médico-paciente como de natureza fiduciária, seria de se esperar que houvesse regras cuidadosamente definidas para limitar a capacidade do profissional de abusar do poder que tem sobre suas pacientes. Ironicamente, embora boa parte do poder exercido sobre os usuários derive de seu status, médicos têm sido praticamente eximidos da hetero-regulação que caracteriza relações fiduciárias tradicionais.

Embora qualquer usuário de serviços de saúde esteja exposto à possibilidade de danos causados pelo resultado de conflitos nessa relação, em nenhuma outra situação a traição do dever fiduciário costuma ser mais flagrante e extrema do que no contexto dos cuidados pré-natais.

À época em que escreveu seu artigo, OBERMAN (2000) identificava a inexistência de um corpo de jurisprudência consolidado que articulasse padrões fiduciários para os médicos, cuja violação constituiria uma forma distinta de imperícia. Nesse contexto, apenas quando ocorre um evento causado por incompetência técnica clínica, particularmente por exercício de procedimento médico inadequado, é que ocorre a maior probabilidade de haver uma acusação do profissional. Como resultado da aplicação limitada dos princípios da relação fiduciária a médicos que abusam de suas posições de poder sobre pacientes, o conflito médico-materno não é visto pela ótica de violação do dever de confiança que ele representa. Em outras palavras, os médicos tendem a ser responsabilizados pela quebra do dever fiduciário apenas na medida em que a infração constitui também imperícia, erro ou negligência que resultam em danos palpáveis e mensuráveis.

O desenho do sistema de saúde também pode conferir desafios à relação entre o médico e a mulher. Quando o médico tem também o papel de controlador do acesso aos serviços e às informações sobre possibilidades de cuidados, podem surgir conflitos relacionados com o dever de confidencialidade, assim como os resultantes do direito da paciente à autonomia. Este estado de divisão de lealdade também está presente quando o profissional encaminha a paciente para seguimento ou exames em serviços nos quais ele tem uma participação financeira, ou quando atua como racionalizador de recursos em nome de uma organização de saúde, de uma fonte pagadora dos procedimentos, de planos de saúde, ou do conjunto da sociedade.

Há normas que disciplinam imperícias médicas e tocam a responsabilidade do médico em ações motivadas por conflitos de interesse financeiros. Conselhos de classe estabelecem padrões de competência e têm o poder de impor sanções a médicos que os descumpram. No Capítulo III do Código de Ética Médica, dedicado à Responsabilidade Profissional, o Conselho Federal de Medicina diz que é vedado ao médico:

Art.20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade. (Conselho Federal de Medicina, 2010).

Porém, apesar da evidência de que os profissionais prescrevem e são compensados por exames e cirurgias desnecessários, não há argumento suficiente para uma acusação de imperícia a partir dessas práticas, a menos que a paciente consiga demonstrar que tais práticas violaram o padrão de atendimento, causando-lhe dano.

O direito da paciente à autonomia é inteiramente coerente com o dever fiduciário do médico, cuja obrigação é buscar o bem-estar da paciente em conformidade com os desejos desta. Por outro lado, o direito da paciente de fornecer um consentimento informado ou de recusar qualquer tratamento proposto pode gerar conflito para aquele profissional que acredita firmemente que um tratamento específico seria benéfico, mesmo quando as corporações regulam a matéria, a exemplo do Código de Ética Médica, que também diz:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. [...]

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. (Conselho Federal de Medicina, 2010).

É preciso compreender esses conflitos como desafios ao dever fiduciário. Conforme nos aponta OBERMAN (2000), os primeiros casos a articularem o direito das pessoas de estarem livres de tratamentos indesejados envolveram médicos cujos pacientes eram tratados com sucesso sem, no entanto, terem assegurado o seu consentimento antes de receberem a terapêutica. Casos assim acabaram sendo considerados como agressão e os pacientes recuperaram o direito inequívoco de controle do acesso a seus corpos, por meio da obrigatoriedade do consentimento. Porém, para evitar acusações de agressão, a profissão médica e os serviços de saúde desenvolveram formulários genéricos de consentimento, que não

conseguem proporcionar à paciente uma oportunidade de consentimento informado. De fato, o consentimento tornou-se uma questão de “pegar ou largar”, de forma que uma paciente que precise ser tratada não tenha alternativa senão abdicar de sua autonomia.

Como resultado desta limitação, a legislação americana buscou preencher o esvaziado direito de autonomia, exigindo dos médicos que ofertassem às usuárias informações suficientes sobre qualquer tratamento proposto antes de obter o consentimento para realizá-lo. Apesar dessa iniciativa de regulação, médicos ainda tendem a ver o consentimento informado como um detalhe técnico, uma tarefa a ser executada depois de já terem decidido o curso de tratamento que pretendem levar adiante. O elemento central do consentimento informado é o dever do médico de revelar informações essenciais que de outra forma estariam inacessíveis à paciente. Este fato remete novamente à natureza fiduciária da relação com o médico, visto que a pessoa deve depositar no profissional a confiança de que receberá dele informações fundamentais de forma acessível.

O dever fiduciário do médico exige que ele honre a recusa da paciente a tratamento, apesar de tal posição colocá-lo em conflito com sua formação e sua obrigação ética de salvar vidas. Este postulado permanece essencialmente inalterado no conflito relacionado à autonomia que surge quando pacientes recusam terapêuticas que o médico acredita serem benéficas a um terceiro. Mas é no contexto da gravidez que os profissionais se investem do direito de obrigar suas pacientes a seguirem os conselhos médicos, uma exceção surpreendente ao consenso quase universal de que as pacientes, e não os médicos, devem decidir sobre se e quando se submetem a tratamento.

Os médicos empregam um padrão diferente quando tratam mulheres grávidas. O debate desta questão está centrado em um esforço para delimitar em que medida uma gestação poderia tornar legítima a sujeição de gestantes a um conjunto distinto de regras e direitos, que possam justificar a imposição de tratamento. O argumento utilizado pelos médicos é que o feto é o “segundo paciente” (GALLAGHER, 1987), e constitui-se como única justificativa para a subordinação dos interesses das grávidas a sua própria visão do melhor interesse do feto que, dessa maneira, alcança o status de alguém que supostamente

enfrenta maiores riscos de morbidade e mortalidade do que a mãe, “aprisionado” que está em seu útero.

Em última análise, conforme também aponta GALLAGHER (1987), este pensamento está na gênese do constructo de “direitos fetais”, cujos teóricos ignoram os direitos fundamentais das mulheres, que precedem os do feto. O exemplo clássico de conflito médico-materno gerado pela defesa de supostos direitos fetais é a controvérsia gerada quando uma mulher grávida rejeita a prescrição de uma cesariana como via de nascimento.

BERKMAN (*apud* OBERMAN, 2000) lista os fatores que os próprios médicos acreditam influenciar as altas e crescentes taxas de cesarianas nos EUA: ameaça de ações judiciais por erro médico, prática obstétrica de repetição de parto cirúrgico, formação obstétrica, crença em cesarianas como geradoras de bebês mais saudáveis, fatores econômicos, tecnologia obstétrica disponível (especialmente monitores fetais – cardiotocógrafos), peso fetal estimado e condições graves de saúde. A autora aponta ainda a conveniência médica e a atitude dos profissionais em relação às mulheres e às cesáreas como fatores explicativos da ocorrência cada vez maior da cirurgia.

O fenômeno do sobreuso da indicação de cesarianas também aparece como um caso clássico de violação do dever fiduciário, em que os médicos se auto-designam mediadores em conflitos que eles criam entre as gestantes e seus fetos. Quando uma parturiente resiste à recomendação de que ela se submeta a uma cesárea, o médico quase invariavelmente se utiliza de formas de indução, quando não coerção, para levá-la a consentir com a cirurgia. É aqui que a violação do dever fiduciário reside. Conforme apontado por FRASER et al. (1987), cesarianas muitas vezes são realizadas em horários “redondos”, momentos oportunos facilmente programáveis, coincidentes com os plantões ou com a agenda do médico, apontando assim a existência de conveniência do profissional na escolha ou indicação do procedimento.

O tema da conveniência também é tratado por SIMPSON e THORMAN (2005). Para essas autoras, algumas intervenções obstétricas comuns, incluindo as cirurgias cesarianas, são frequentemente realizadas por conveniência e não por indicações clínicas, sendo necessário ter claro quem é o beneficiário da

conveniência, particularmente devido aos riscos envolvidos. O prestador de cuidados de saúde deveria certificar-se de que as mulheres e seus parceiros têm uma compreensão completa do que se sabe sobre os riscos associados, benefícios e abordagens alternativas da intervenção proposta. O estudo aponta que informações completas e precisas permitem às mulheres escolher o que é melhor para elas e seus bebês com base na situação clínica individual. Idealmente, essa discussão deveria ocorrer durante o período pré-natal quando há ampla oportunidade de fazer perguntas e de refletir sobre as implicações potenciais junto a seus parceiros e familiares.

Ainda segundo OBERMAN (2000), há pouca razão para se acreditar que esta forma de conflito médico-materno se dissipe facilmente, pois, além de todas as complexas questões já levantadas, tais circunstâncias geralmente surgem no momento em que a mulher está entrando em trabalho de parto, ou bem próxima disto, quando é improvável que ela se coloque em posição de confronto com seu médico assistente. A autora afirma que é fundamental reconhecer que é o médico que identifica o conflito, é também ele que transforma o direito da paciente à integridade física e autonomia em um confronto de adversários, e é ainda ele quem viola a confiança e a confidencialidade da mulher, convidando terceiros a pressioná-la a se submeter à cirurgia. Da perspectiva da mulher gestante, a mudança do médico de aliado a adversário pode ser considerada como uma traição.

1.3 ASPECTOS POTENCIAIS DO CONFLITO

Cesarianas são mais arriscadas para a saúde da gestante, a recuperação é mais longa e dolorosa, a cicatriz é permanente e muitas mulheres relatam uma percepção intangível, mas muito real, de que o parto não vaginal é de alguma forma “não natural” e “um fracasso” (MALACRIDA e BOULTON, 2012). Entretanto, a cirurgia cesariana é um procedimento cirúrgico comum em mulheres em todo o mundo. As taxas de cesáreas na maioria dos países têm crescido nas últimas décadas, correspondendo a 22,0% de todos os nascimentos no Reino Unido, 30,3% na Austrália e nos Estados Unidos e 38,2% na Itália, por exemplo (GIBBONS et al., 2012). Na América do Sul, os números são igualmente elevados, alcançando

35,2% na Argentina e 32,2% no Paraguai, por exemplo (GIBBONS et al., 2012). No Brasil, em 2010, 52,3% dos nascimentos ocorreram por via cirúrgica (Brasil. Ministério da Saúde, 2010). Em 2005, o Brasil contribuía com 15,4% das cesáreas desnecessárias realizadas ao redor do mundo (GIBBONS et al., 2012). Muitas razões têm sido sugeridas para explicar o aumento dessas taxas em anos recentes, incluindo o aumento do uso do monitoramento cardíaco fetal eletrônico durante o trabalho de parto, a redução no treinamento disponível aos obstetras em nascimentos vaginais, além do receio de demandas judiciais (DODD, CROWTHER, HILLER, HASLAM, e ROBINSON, 2007).

O tipo de remuneração pela prestação de serviços de saúde tem implicações importantes para o tipo de cuidado de maternidade recebido. No sistema público de saúde do Chile (financiados pelo Fundo Nacional de Seguro de Saúde), por exemplo, as mulheres recebem cuidados pré-natais e pós-natais no centro de saúde de sua comunidade, e atendimento ao parto no hospital local. A maior parte dos cuidados é prestada por obstetizes. Por outro lado, em serviços privados por cobertura de planos de saúde, normalmente se requer que o provedor de cuidados primários seja um obstetra (MURRAY, 2000).

No contexto brasileiro, a assistência obstétrica é centrada no profissional médico, tanto no setor público, quanto no privado (VICTORA et al., 2011). Como o foco na patologia é privilegiado na formação médica, há maior chance de ocorrer a incorporação de intervenções com o objetivo de corrigir eventuais desvios do que se considera *normal* no desenrolar de gestações e nascimentos. Como as fontes de financiamento são diferentes, e se comportam de forma diversa em relação ao controle sobre a realização de nascimentos por cesariana, o procedimento tem níveis de ocorrência distintos nos dois cenários. Tomando como base o ano de 2010, 16,0% dos nascimentos ocorreram no setor privado suplementar, onde a taxa de cesariana é extremamente alta, correspondendo a 84,0% (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A maioria (64,0%) das cirurgias do setor privado é agendada, embora muitas mulheres prefiram um parto vaginal (POTTER et al., 2008). A cirurgia é mais frequente nas mulheres brancas, pertencentes a extratos socioeconômicos de maior renda e com maior escolaridade (VICTORA et al., 2011), apontando uma situação em que o vínculo a um médico que

acompanha a gestação e o nascimento funciona como preditor do procedimento, muitas vezes referido como de escolha da mulher. Nesse contexto, a continuidade do cuidado é condicionada à sujeição da mulher à cesárea, previamente agendada ou não. Some-se a isto o fato de, no Brasil, a cesárea ser culturalmente considerada uma tecnologia mais moderna e segura, à qual se aspira como desejo de consumo (RATTNER, 1996). Assim, em tese, uma mulher mais educada e com maior renda tem acesso mais fácil ao nascimento por cirurgia abdominal. Esse aspecto do contexto nacional difere, por exemplo, do que CESARONI e col. (2008) encontraram em um estudo conduzido na Itália. Lá houve associação de baixa escolaridade da mãe com taxas mais altas de cesáreas, para a qual os autores sugerem ter colaborado o fato de mulheres de baixa renda serem mais vulneráveis a tratamento desnecessário e menos envolvidas em decisões sobre procedimentos durante a gestação.

Em uma análise da situação brasileira, DINIZ e CHACHAM (2006) apontam a prática quase universal do parto cesáreo nos nascimentos do setor privado de saúde no Brasil onde, teoricamente, as mulheres têm mais escolha. As autoras registram que estudos que procuraram entender se e por que as mulheres brasileiras preferem a cesariana ao parto vaginal mostram que a maioria das mulheres declara preferência pelo segundo. No entanto, apoiados em diversas justificativas, tais como o suposto risco fetal, ou a interpretação da dor materna como uma exigência por cesárea, bem como a consideração de suas agendas e conveniências, os médicos acabam decidindo pela cirurgia apesar da vontade das mulheres, especialmente no setor privado.

Esta situação de ocorrência excessiva do procedimento no Brasil vem sendo objeto de observação e estudo há tempos. Em 1991, FAÚNDES e CECATTI (1991) analisaram a situação da cirurgia cesariana no Brasil, que havia atingido, na década anterior, níveis de incidência elevados. Os autores consideraram, também, os fatores que influenciavam esta alta incidência, incluindo os fatores socioculturais, de organização da atenção obstétrica e fatores institucionais e legais, que se contrapunham ao bem-estar materno e infantil.

Corroboram estas afirmativas o estudo de POTTER et al. (2008), segundo o qual muitas cesarianas são agendadas por razão médica injustificada, especialmente em mulheres que, durante a gestação, manifestaram preferência por

parto vaginal. Os autores ainda destacam que estes dados sugerem que médicos frequentemente convencem suas pacientes a aceitar uma cesárea agendada por condições que ou não existiam ou não justificavam o procedimento.

A realização da cirurgia na ausência de indicação médica gera preocupação em muitos países, mas os estudos que enfocam a prevalência do procedimento são inconclusivos (KARLSTRÖM et al., 2010). De todo modo, GIBBONS et al. (2012) apuraram que dezenas de países registram mais de 15% de partos cirúrgicos. China e Brasil em conjunto respondem por quase 50% das cesarianas desnecessárias realizadas no mundo (GIBBONS et al., 2012). Uma das questões primordiais para que se possam obter informações válidas sobre as indicações de cesáreas é a necessidade do desenvolvimento de um sistema uniforme de registro. Há poucos dados disponíveis com relação às indicações clínicas para cesáreas, informação esta que poderia auxiliar a compreensão dos motivos pelos quais as taxas de nascimento por cesárea têm mudado. STANTON et al. (2008) recomendaram o uso de um único sistema de classificação, a ser utilizado tanto em situações de taxas altas quanto baixas, dado que a subutilização e a sobreutilização da cirurgia são evidentes dentro de muitas populações. O estudo citado recomendou uma categorização hierárquica, que prioriza cesáreas realizadas por indicações maternas absolutas. A categorização entre as indicações remanescentes não absolutas é baseada na indicação primária para o procedimento e inclui indicações maternas e fetais, além de indicações psicossociais, necessária em situações de altas taxas de cesáreas.

Em um estudo recente conduzido com a intenção de investigar fatores intervenientes e associados às razões para indicações de cesáreas, MONARI et al. (2008) concluíram que diferentes categorias de profissionais na assistência ao parto e nascimento apresentam também diferentes atitudes em relação a cesarianas. Em um estudo com 248 obstetras e parteiras italianos, esses autores verificaram que a maioria das parteiras considerou altas as taxas da cirurgia do hospital onde trabalhavam, enquanto a minoria dos obstetras pensava de modo semelhante. As parteiras também eram menos inclinadas a acreditar que as cesáreas trazem benefícios para a mãe ou que possa ser indicada por presença anterior do

procedimento cirúrgico. Esses dados apontam que o tipo de profissional responsável pela assistência pode influenciar um possível desfecho cirúrgico.

FINSEN et al. (2008) concluíram em um estudo comparativo entre população e grupos de médicos, na Noruega, que as taxas de cesárea na população em geral têm poucas chances de serem reduzidas enquanto tantos obstetras têm seus próprios filhos por meio da cirurgia.

Em outro estudo conduzido na Noruega, KRINGELAND et al. (2010) apontam a paridade como outro fator que influencia a definição da indicação da cesariana, sendo que multíparas apareceram com maiores chances de parir sem intervenções.

Como já citado anteriormente, a pressão de demandas judiciais por más práticas influencia a decisão do profissional da assistência pela cirurgia, conforme verificado por YANG et al. (2009). Nesse estudo, os autores demonstraram que quanto maior a pressão causada pela possibilidade de sofrer ações judiciais por más práticas, mais cesarianas são realizadas, e ocorrem menos nascimentos por parto normal após cesárea.

Os dados sobre indicações de parto cirúrgico por via alta estão disponíveis em todo local onde ocorre o procedimento. O que se faz necessário é compilar, sistematizar e revisar essas informações, tanto no serviço de ocorrência quanto em níveis hierárquicos mais altos do sistema. É fundamental defender essa necessidade junto às autoridades de saúde e às corporações profissionais médicas, para que se possa avançar na aplicação dessas recomendações, pois a situação sugere que a comunicação dos resultados das pesquisas que apontam os efeitos em saúde resultantes, tanto da subutilização, como da sobreutilização das cesáreas, parece ter sido inadequada (POTTER et al., 2008).

No mesmo texto citado anteriormente, DINIZ e CHACHAM (2006) pontuam que os vieses de gênero que permeiam os modelos de assistência ao parto levam pesquisadores e profissionais a aceitar crenças da cultura sexual sobre o corpo da mulher, socialmente construídas, como sendo explicações científicas e objetivas sobre o corpo e a sexualidade. Uma dessas crenças é a de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e perigoso, o que justificaria inúmeras intervenções na tentativa de correção de tais “vícios”. Entre tantas

consequências possíveis, a “pessimização” do parto – construída a partir de intervenções rotineiras dolorosas, desnecessárias e não baseadas em evidência – é uma das que sustenta a cultura de ocorrência da cesárea como intervenção corretiva.

Entre os textos brasileiros que apontam elementos participantes dos conflitos de interesses existentes na decisão por cesáreas, destaca-se o editorial de MARTINS-COSTA e RAMOS (2005). Nesse texto, os autores apontam, entre outras categorias, a conveniência médica, ao afirmar que “Não há nenhuma dúvida de que, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra” (p. 573) e que “Somente uma improvável mudança no espírito das relações entre médicos e pacientes poderá alterar este comportamento”. Esta afirmativa demonstra o quanto os interesses do obstetra – representados nesta citação pela “segurança” – estão hierarquicamente colocados acima dos da mulher.” (p. 573).

Tendo em vista o que foi exposto anteriormente, questiona-se: a quem é vantajoso o que se prescreve? Quais são as conveniências envolvidas? Quem são os atores com interesses conflitantes? Quais as naturezas dos conflitos de interesses existentes?

Para se fundamentar essa discussão, é necessário relacionar a indagação ao que a literatura apresenta como conflitos de interesses na área. Para que se possam propor intervenções com potencial de mudança deste panorama, faz-se necessário conhecer a natureza do conflito de interesse que permeia as relações entre a mulher, os profissionais da assistência ao nascimento – particularmente os médicos – e os hospitais, no ato de decisão por uma cesárea, como fator de particular importância na motivação e determinação da cirurgia.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Revisar sistematicamente a produção científica nacional e internacional que trata das circunstâncias em que o tema dos conflitos de interesses nas indicações de cesárea é abordado.

2.2 ESPECÍFICOS

- Mapear as publicações que abordam o conflito de interesses nas decisões por cesáreas;
- Caracterizar as publicações conforme país de origem, idioma, ano de publicação e tipo de pesquisa e área do conhecimento;
- Identificar os termos e descritores associados aos conflitos de interesses nos estudos;
- Identificar em que circunstâncias os conflitos de interesses são problematizados e quais atores são a eles associados;
- Identificar como o conceito é utilizado na assistência ao parto, com foco na indicação das cesáreas;
- Identificar a natureza dos conflitos de interesses existentes entre mulheres, médicos, outros profissionais da assistência ao parto, hospitais e fontes pagadoras.

3. MÉTODO

Neste estudo, foi feita a síntese de evidências existentes acerca dos conflitos de interesses na decisão por cesáreas, por meio de uma revisão sistemática qualitativa e quantitativa.

O núcleo da síntese das evidências é a revisão sistemática da literatura de uma determinada intervenção, condição ou fenômeno. A revisão sistemática é essencialmente uma análise da literatura disponível e julgamento acerca da existência ou inexistência de efetividade de uma prática ou intervenção, ou da influência de determinado fenômeno sobre desfechos (DINIZ, 2012). Revisões sistemáticas procuram reunir evidências que se enquadram nos critérios de elegibilidade preestabelecidos, a fim de responder a uma questão de investigação específica, e têm por objetivo minimizar vieses usando métodos sistemáticos explícitos (JBIEBNM, 2000).

A natureza das revisões sistemáticas tem mudado ao longo dos anos e significativos progressos têm sido feitos sobre o que constitui evidência adequada para inclusão em revisão. Cada vez mais, essas revisões têm sido usadas para responder a uma ampla gama de questões dos profissionais, assim como dos usuários de serviços de assistência à saúde e formuladores de políticas.

Tradicionalmente, o movimento pela prática em saúde baseada em evidência tem se concentrado nos resultados de evidências quantitativas (considerando o ensaio controlado randomizado como padrão-ouro) para responder a questões de eficácia. No entanto, há situações em que o foco central não se resume à eficácia ou à efetividade, mas também diz respeito ao significado, à adequação e à viabilidade das práticas de saúde e das formas e métodos de disponibilização dessas práticas, bem como dos conceitos e construções conceituais e teóricas que servem como fundamentação das mesmas. Estas questões são por vezes respondidas ao se considerarem outras formas de evidências científicas.

A revisão sistemática qualitativa procura responder às perguntas do estudo por meio da busca de estudos quantitativos. Com uma pergunta bem definida realiza-se a busca abrangente de todos os trabalhos relevantes. A partir de resultados

de pesquisa derivados de procedimentos metodológicos similares, é possível efetuar uma análise estatística do tipo metanálise, que compara os resultados de cada estudo entre si e os agrupa conforme a pertinência. Estudos considerados de baixa qualidade ou portadores de vieses são excluídos da revisão.

A revisão qualitativa segue as regras e os critérios dos métodos quantitativos, com alguns aspectos diferenciais. Entre estes, destacam-se a inexigência de representatividade estatística para a coleta de dados, a avaliação de equilíbrio entre o conteúdo do trabalho e a qualidade metodológica com que foi realizado, e a consideração, para efeito de análise, do conteúdo das discordâncias, conhecimentos e interpretações alternativos dos investigadores. Esse tipo de revisão pode servir à geração de modelos e teorias.

Assim, no presente estudo, serão considerados, para inclusão, estudos quantitativos e qualitativos que tenham tido como objeto investigações sobre *cesárea* e que apontem, explícita ou implicitamente, elementos que descrevam, analisem ou expliquem conflitos de interesse entre dois ou mais dos seguintes atores: mulheres, médicos, outros profissionais da assistência ao parto, hospitais, formuladores de políticas e fontes pagadoras. Também serão incluídos outros tipos de literatura não indexada, chamada de literatura cinzenta (*gray literature*). Esta compreende textos produzidos por governos, universidades, instituições de pesquisa e empresas privadas, divulgados tanto em meio impresso quanto digital. O que diferencia a literatura cinzenta é o fato de não ser controlada por editoras comerciais (GREYNET. GREY LITERATURE NETWORK SERVICE, 1999).

3.1 PROCESSO DE REVISÃO SISTEMÁTICA

De acordo com o projeto de pesquisa inicial, a revisão seguiu as prescrições para revisões sistemáticas definidas pelo Instituto Joanna Briggs (JBIEBNM, 2011. O protocolo para registro da pesquisa foi submetido (Anexo), porém, devido a incompatibilidade de agendas, não foi possível atender a todos os procedimentos necessários para a conclusão da revisão via esse Instituto neste momento. Optou-se, ainda assim, por dar andamento ao estudo, conforme

orientações do Joanna Briggs Institute, ainda que sem o suporte de suas ferramentas informacionais.

Fundado em 1996, a partir da parceria entre o Royal Adelaide Hospital e a Universidade de Adelaide, ambos na Austrália, o Instituto Joanna Briggs (*Joanna Briggs Institute – JBI*) é uma colaboração internacional de enfermagem, medicina e demais profissões em saúde, incluindo pesquisadores, gestores, formuladores de políticas, clínicos, usuários e estudantes. Concentra o foco nas evidências sobre cuidados à saúde, com a utilização de diversos recursos metodológicos, além das sínteses quantitativas. Envolve pesquisas em mais de 40 países em todos os continentes.

O Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs (JBI – Brasil) é a primeira entidade colaboradora do JBI no país. Iniciou suas atividades em 2009, por meio de iniciativa conjunta da Escola de Enfermagem, da Faculdade de Saúde Pública e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

As recomendações do JBI têm como base o modelo conceitual de práticas de saúde baseadas em evidência (Figura 2) e propõem as seguintes etapas:

- geração de evidência na área da saúde;
- síntese da evidência;
- transferência do conhecimento;
- utilização da evidência.

Figura 2: Modelo conceitual de práticas de saúde baseadas em evidências.

Fonte: PEARSON, WIECHULA, COURT, e LOCKWOOD, 2005).

A necessidade de rigor na produção de revisões sistemáticas levou ao desenvolvimento de um processo científico formal específico para sua condução. A compreensão da abordagem utilizada e das tentativas de minimização de vieses pode auxiliar na avaliação crítica de revisões sistemáticas publicadas de modo a também ajudar a avaliar se seus achados podem ser aplicados a determinada prática em saúde.

3.2 ETAPAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA

A revisão sistemática desenvolveu-se conforme as seguintes etapas:

1. Formulação da pergunta de pesquisa;
2. Busca em bases de dados secundárias para verificar a existência de revisão em andamento ou já finalizada com o mesmo objeto de estudo;
3. Elaboração dos critérios de inclusão e exclusão de estudos encontrados;
4. Identificação dos tipos de estudos, tipos de participantes/problema e tipos de intervenção/fenômeno de interesse;
5. Detalhamento da(s) estratégia(s) de busca para a seleção dos estudos para cada base de dados;
6. Definição da forma de seleção dos estudos e de instrumentos para avaliação da inclusão e para extração de dados;
7. Avaliação da qualidade do estudo por meio da utilização do instrumento;
8. Extração dos dados;
9. Análise e síntese dos estudos relevantes;
10. Apresentação dos resultados;
11. Interpretação dos resultados.

3.2.1 Elaboração de pergunta de pesquisa

As perguntas de pesquisa, expressas no objetivo do trabalho, foram formuladas seguindo o acrônimo PICO, que pode corresponder a *Population*, *Intervention*, *Comparator* e *Outcome(s)* (População, Intervenção, Comparação e Resultado), em trabalhos quantitativos, ou a *Population*, *Interest* e *Context* (População, fenômeno de Interesse e Contexto), em trabalhos qualitativos. Desse modo, estabeleceu-se que seriam pesquisados estudos cujo objeto fosse o conflito de interesses na cesárea, tendo como contexto a assistência ao parto ou nascimento, o que pode ser expresso da seguinte maneira:

- População: textos
- Interesse: conflito de interesses
- Contexto: assistência ao parto e nascimento

3.2.2 Busca de trabalhos anteriores

Pesquisaram-se as principais bases de dados e não foram localizados estudos semelhantes, tampouco protocolos de pesquisas em andamento com o mesmo recorte de objeto. Assim, devido ao ineditismo do levantamento, sua primeira fase compreendeu processos semelhantes aos de uma revisão exploratória (*scoping review*), conforme definição do JBI (JBIEBNM, 2011, p. 11), com objetivo de identificar as pesquisas existentes sobre o tema, assim como verificar as lacunas do conhecimento a respeito do conflito de interesses nas decisões por cesárea. A partir dessa pesquisa preliminar, o método da revisão sistemática pôde ser refinado em seus diversos aspectos, como bases de dados a pesquisar, expressões de buscas mais significativas e tipos de estudos a considerar.

3.2.3 Elaboração de critérios para considerar os estudos para a revisão

Nesse contexto, a presente revisão considerou evidências quantitativas e qualitativas, avaliações econômicas, textos opinativos tais como editoriais e cartas, assim como relatórios de trabalho. Essa gama de evidências considerada permite classificar o trabalho como *comprehensive review*, de acordo com a metodologia proposta pelo JBI (JBIEBNM, 2011, p. 7). Por vezes esse tipo de trabalho é definido no Brasil como ‘revisão abrangente’, porém, não há consenso quanto ao melhor termo a utilizar.

No caso das evidências quantitativas, foram contemplados estudos de desenhos variados, desde que abordassem conflitos de interesses na decisão por cesárea. Assim, mereceram atenção os estudos randomizados controlados, assim como estudos não randomizados, transversais, observacionais, caso-controle, entre outros. Na componente qualitativa, foram considerados estudos interpretativos que investigassem conflitos de interesses na decisão por cesárea, incluindo mas não se limitando a, estratégias de pesquisa como fenomenologia, etnografia e análise de discurso. Também foram contemplados textos de opinião, editoriais e relatórios,

publicados em periódicos revisados por pares ou de associações profissionais, assim como documentos oficiais de autoridades de saúde pública e relatórios produzidos por instituições acadêmicas e de pesquisa.

Tendo em vista a matriz explicativa de conflitos de interesses em saúde (Figura 1) e sua aplicação ao contexto da assistência ao parto, foram considerados apenas os textos que problematizassem o conflito de interesses, em suas diferentes dimensões. Tiveram espaço, portanto, textos que abordassem e analisassem ao menos um dos seguintes aspectos no contexto da decisão por cesárea: os incentivos financeiros, os não financeiros, as conveniências e a indução da demanda pelo provedor.

De acordo com tais critérios, os seguintes tipos de resultados eram esperados:

- estudos indicando a preferência ou escolha da mulher por uma via de nascimento e o resultado obtido em termos de via de nascimento;
- estudos indicando fatores da mulher que tiveram impacto nos resultados em termos de via de nascimento, como escolha informada, preferências e discussões com profissionais da assistência;
- estudos indicando preferências dos médicos e de outros profissionais da assistência e conveniências relacionadas a via de nascimento, incluindo as econômicas;
- estudos indicando interesses institucionais em vias de nascimento específicas de acordo com políticas internas e externas;
- estudos indicando interesses institucionais em vias de nascimento específicas em relação a questões econômicas;
- estudos indicando a presença de conflitos de interesses nas decisões por cesárea.

Outros tipos de resultados esperados incluíam estudos, cartas, editoriais e relatórios de trabalho que apresentassem relatos relacionados aos fatores que influenciam as preferências ou escolhas por via de nascimento. Entre os autores

de tais textos poderiam figurar pesquisadores, mulheres, médicos, outros profissionais de saúde e formuladores de políticas.

3.2.4 Elaboração das estratégias de buscas

As estratégias de buscas foram desenhadas de modo a localizar estudos publicados e não publicados, bem como outros textos como cartas, editoriais e relatórios institucionais. A busca não se limitou ao idioma inglês, embora tenha sido elaborada nesse idioma, e também não houve limite temporal para a pesquisa.

Conforme mencionado anteriormente, a aproximação com o objeto de pesquisa exigiu uma busca inicial em que se testaram diversas expressões e palavras-chave nas bases Medline, CINAHL, HeinOnline e The Cochrane Library. Os estudos recuperados foram analisados quanto ao título, resumo, termos de indexação usados para descrever o artigo e sua relevância para a pesquisa. Também foram considerados, nessa etapa, os números de estudos recuperados em relação a cada expressão de busca.

Após essa etapa da pesquisa decidiu-se pela exclusão da base de dados HeinOnline (heinonline.org). Nessa base especializada na área do Direito, a maioria dos estudos não possui resumo, tampouco indexação por palavra-chave. Como consequência, as buscas foram inespecíficas, com elevado número de resultados, sem possibilidade de aplicar filtros ou limites que auxiliassem na sua seleção.

Em contrapartida à exclusão da base HeinOnline, optou-se pela inclusão da EconPapers (econpapers.repec.org), base de dados que agrega periódicos científicos da Economia, bem como outros tipos de estudos dessa área. Por meio das buscas nessa base foi possível agregar textos da área econômica ao presente trabalho, e os estudos de economia da saúde mostraram-se especialmente relevantes para o tema de interesse investigado.

A análise das palavras do título e do resumo e dos termos de indexação usados para descrever os textos recuperados nessas etapas auxiliaram na definição das expressões de buscas, conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Palavras-chave e expressões de busca, por base de dados.

Base de dados	Palavras-chave/expressões de busca
The Cochrane Library	<ul style="list-style-type: none"> - Term birth[MeSH] - Vaginal birth after caesarean[MeSH] - Caesarean section[MeSH] - Caesarean section, repeat[MeSH] - Term birth[MeSH] AND Attitude to health[MeSH] - Vaginal birth after caesarean[MeSH] AND Attitude to health[MeSH] - Caesarean section[MeSH] AND Attitude to health[MeSH] - Caesarean section, repeat[MeSH] AND Attitude to health[MeSH]
EconPapers	<ul style="list-style-type: none"> - Childbirth conflict interest - Childbirth convenience* - Childbirth financial incentive* - Childbirth decision making* - Childbirth prefer* - Childbirth supplier induced demand* - Delivery conflict interest - Delivery convenience* - Delivery decision making* - Delivery financial incentive* - Delivery prefer* - Delivery supplier induced demand* - Cesarean conflict interest - Cesarean convenience* - Cesarean decision making - Cesarean financial incentive* - Cesarean prefer* - Cesarean supplier induced demand* - Vaginal birth after cesarean conflict interest - Vaginal birth after cesarean decision making - Vaginal birth after cesarean convenience* - Vaginal birth after cesarean financial incentive* - Vaginal birth after cesarean prefer* - Vaginal birth after cesarean supplier induced demand* - Repeat cesarean section conflict interest - Repeat cesarean section decision making - Repeat cesarean section convenience* - Repeat cesarean section financial incentive* - Repeat cesarean section prefer* - Repeat cesarean section supplier induced demand*
CINAHL Plus with Full Text	<ul style="list-style-type: none"> - (MH "Childbirth") AND (MH "Conflict of Interest") - (MH "Childbirth") AND (MH "Decision making") - (MH "Childbirth") AND ("convenience*") - (MH "Childbirth") AND ("financial incentive*")

Base de dados	Palavras-chave/expressões de busca
	<ul style="list-style-type: none"> - (MH "Childbirth") AND ("prefer*") - (MH "Childbirth") AND ("supplier induced demand*") - (MH "Delivery") AND (MH "Conflict of Interest") - (MH "Delivery") AND (MH "Decision making") - (MH "Delivery") AND ("convenience") - (MH "Delivery") AND ("financial incentive*") - (MH "Delivery") AND ("prefer*") - (MH "Delivery") AND ("supplier induced demand*") - (MH "Cesarean Section") AND (MH "Conflict of Interest") - (MH "Cesarean Section") AND (MH "Decision making") - (MH "Cesarean Section") AND (convenience*) - (MH "Cesarean Section") AND ("financial incentive*") - (MH "Cesarean Section") AND (prefer*) - (MH "Cesarean Section") AND ("supplier induced demand*") - (MH "Vaginal Birth after Cesarean") AND (MH "Conflict of Interest") - (MH "Vaginal Birth after Cesarean") AND (MH "Decision making") - (MH "Vaginal Birth after Cesarean") AND ("convenience*") - (MH "Vaginal Birth after Cesarean") AND ("financial incentive*") - (MH "Vaginal Birth after Cesarean") AND ("prefer*") - (MH "Vaginal Birth after Cesarean") AND ("supplier induced demand*") - (MH "Cesarean Section, Repeat") AND (MH "Conflict of Interest") - (MH "Cesarean Section, Repeat") AND (MH "Decision making") - (MH "Cesarean Section, Repeat") AND ("convenience*") - (MH "Cesarean Section, Repeat") AND ("financial incentive*") - (MH "Cesarean Section, Repeat") AND ("prefer*") - (MH "Cesarean Section, Repeat") AND ("supplier induced demand*")
Medline	<ul style="list-style-type: none"> - "Term Birth" [Mesh] AND "Conflict" [Mesh] - "Term Birth" [Mesh] AND "Access to Information" [Mesh] - "Term Birth" [Mesh] AND "Attitude to Health" [Mesh] - "Term Birth" [Mesh] AND "Decision Making" [Mesh] - "Term Birth" [Mesh] AND convenience* - "Term Birth" [Mesh] AND "financial incentive*" - "Term Birth" [Mesh] AND "supplier induced demand*" - "Vaginal Birth after Cesarean" [Mesh] AND "Conflict"[Mesh] - "Vaginal Birth after Cesarean" [Mesh] AND "Access to

Base de dados	Palavras-chave/expressões de busca
	Information” [Mesh] - “Vaginal Birth after Cesarean” [Mesh] AND “Attitude to Health” [Mesh] - “Vaginal Birth after Cesarean” [Mesh] AND “Decision Making” [Mesh] - “Vaginal Birth after Cesarean” [Mesh] AND “financial incentive*” - “Vaginal Birth after Cesarean” [Mesh] AND “supplier induced demand*” - “Cesarean Section” [Mesh] AND “Conflict” [Mesh] - “Cesarean section” [Mesh] AND “Access to Information” [Mesh] - “Cesarean Section” [Mesh] AND “Attitude to Health” [Mesh] - “Cesarean Section” [Mesh] AND “Decision Making” [Mesh] - “Cesarean Section” [Mesh] AND convenience* - "Cesarean Section" [Mesh] AND “financial incentive*” - "Cesarean Section" [Mesh] AND “supplier induced demand*”

As buscas nas bases de dados, conforme essas expressões, foram efetivadas entre 9 e 11 de setembro de 2013. Todos os resultados foram gravados.

3.2.5 Definição da forma de seleção dos estudos e instrumentos utilizados

Os estudos, editoriais, relatórios e demais textos recuperados por meio das buscas descritas anteriormente foram avaliados pela autora do presente trabalho e por uma revisora auxiliar para verificação metodológica e de seu objeto de interesse antes de sua inclusão na revisão, independentemente de agregarem dados quantitativos ou qualitativos. As revisoras trabalharam de forma independente e as discordâncias foram resolvidas por meio de discussão entre ambas e, na persistência da discordância, com auxílio de uma terceira revisora.

Para essa etapa foi preciso retomar as perguntas da pesquisa e por fim estabelecer que os textos deveriam problematizar o conflito de interesses nas decisões por cesárea, mesmo quando o conflito não era nomeado como tal. Assim, foram incluídos textos que abordassem e analisassem ao menos um fator associado

ao conflito de interesses entre mulher e provedor de saúde nas decisões por cesárea. Consideramos como fatores associados aqueles com potencial para promover influência indevida sobre a indicação de um nascimento por via cirúrgica, a despeito do melhor interesse da mulher. Para tanto, definimos este último como o desfecho que combina prática baseada em evidência na promoção de saúde e bem-estar materno e fetal, com o pleno exercício do direito ao consentimento informado pela mesma evidência.

O trabalho se deu por meio de planilha eletrônica elaborada em Excel, com dados sobre a referência bibliográfica completa, o título do artigo, o nome dos autores, o periódico científico de publicação ou instituição responsável e o resumo, quando disponível (Figura 3). Nenhum estudo foi excluído por baixa qualidade metodológica.

Figura 3: Modelo de instrumento para seleção de estudos.

Referência	Título	Autores	Periódico/Instituição	Resumo	Incluir	Excluir

3.2.6 Extração e análise de dados

Os estudos selecionados em comum acordo passaram então à etapa de extração de dados, a qual também se realizou por meio de planilha eletrônica elaborada em Excel, conforme modelo a seguir (Figura 4).

A planilha eletrônica (Figura 4) foi preenchida com os dados correspondentes dos estudos incluídos. Importante ressaltar que não foi executada meta-análise dos resultados quantitativos, metassíntese dos resultados qualitativos nem a análise econométrica em estudos da área da economia.

Todos os dados extraídos foram confrontados com a matriz explicativa conceitual de conflitos de interesses em saúde (Figura 1) e, em seguida, analisados e interpretados com apoio da literatura.

Figura 4: Modelos de instrumentos para extração de dados.

Estudo			Publicação		
Identificação	Título	Autores	Título (País)	Idioma	Ano

Identificação	Principais achados

4. RESULTADOS

A partir das buscas nas referidas bases de dados, foram identificados 4.135 estudos. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, 4.048 estudos foram excluídos, de modo que 87 foram considerados na presente análise (Tabela 1).

Tabela 1: Número de estudos identificados, excluídos e incluídos. Brasil, 2014.

Base de dados	Identificados	Excluídos	Incluídos
Total	4135	4091	44
The Cochrane Library	137	137	0
EconPapers	872	859	13
CINAHL Plus with Full Text	1038	1027	11
Medline	2088	2068	20

Figura 5: Fluxograma de seleção de estudos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES

Muitos estudos incluídos constituem relatórios elaborados por órgãos governamentais ou departamentos de instituições de ensino. Intitulados “working papers”, esses trabalhos não necessariamente deram origem a artigos publicados em periódicos indexados, embora tenham sido recuperados por meio das buscas efetuadas nas bases de dados. De todo modo, quando localizados na íntegra, foram considerados na presente análise. Todos esses estudos encontram-se disponíveis em inglês, mesmo quando oriundos de países que não têm esse idioma como língua oficial. Verificou-se que entre os estudos publicados em revistas científicas também predomina o idioma inglês. Não houve limitação temporal para as buscas e os resultados distribuíram-se de modo relativamente homogêneo entre as décadas de 1990 e 2000.

4.2 TERMOS E DESCRITORES ASSOCIADOS A CONFLITOS DE INTERESSES

Entre os estudos recuperados e incluídos na revisão, a maioria trazia a palavra “cesárea” (*cesarean section*) entre seus descritores ou palavras-chave. Os demais termos foram bem menos frequentes, com poucas ocorrências de “incentivo financeiro”, por exemplo. De modo geral, foram recorrentes palavras ligadas à prática de profissionais (prática médica, atitude do médico, variação da prática) e às diferentes formas de pagamento ou financiamento da assistência, que variam conforme a localidade pesquisada. Destaca-se que com frequência utiliza-se o nome do país onde se realizou o estudo como palavra-chave.

Deve-se considerar, a esse respeito, que muitos estudos, em especial os publicados há mais de duas décadas, não incluem descritores ou palavras-chave, e muitas vezes também não possuem resumo.

Diante desse cenário, selecionar os termos para efetuar as buscas não constituiu tarefa simples, uma vez que cada base de dados tem suas especificidades, como vocabulário controlado ou não, possibilidade de restringir a busca a determinados campos como título e resumo, além de sensibilidade (ou falta dela) a determinadas expressões. Acrescenta-se, ainda, o fato de nem todas as bases

de dados incluem descritores para os estudos indexados. Desse modo, a combinação dos termos “childbirth”, “cesarean section” e “delivery” a termos como “financial incentive”, “convenience” e “conflict of interest”, por exemplo, retornou itens de diferentes naturezas de acordo com a base de dados consultada. Na Econpapers, por exemplo, base voltada para estudos ligados à economia, o termo “delivery” mostrou-se inespecífico e precisou ser excluído, pois retornou inúmeros resultados ligados a “entrega de produtos ou serviços” de modo geral.

A análise dos estudos incluídos revela que o termo “conflict of interest”, que constitui principal expressão do objetivo do presente trabalho, não se mostrou acurado para o levantamento de estudos, por retornar muito poucos resultados quando associado a termos ligados a nascimento. Assim, os termos mais relevantes no levantamento de estudos para o presente trabalho foram “financial incentive” e “convenience”, combinados aos termos ligados a cesárea e nascimento.

4.3 CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OS CONFLITOS DE INTERESSES SÃO ABORDADOS

As influências sobre a decisão por cesárea são abordadas em diferentes circunstâncias, com a ressalva de que raramente são nomeadas como situações conflituosas. De todo modo, prevalecem análises ligadas ao financiamento da assistência, com foco em políticas específicas de incentivo ou desincentivo financeiro adotadas em determinadas regiões e seus impactos nas taxas de cesarianas e, em alguns casos, nos indicadores de saúde materno-infantil. Na Índia, por exemplo, BHAT, CHANDRA e MUKHERJEE (2007) avaliaram a contratação de serviços privados para uso por famílias abaixo da linha de pobreza. Alguns estudos abordam o “estilo de prática” do profissional de saúde, outros avaliam os resultados perinatais de partos atendidos por médicos em contraste àqueles assistidos por parteiras. HSU, LIAO e HWANG (2008), assim como outros pesquisadores, investigaram os fatores que impedem a redução das taxas de cesárea mesmo após a implantação de políticas que restringem a realização do procedimento.

4.4 ATORES ENVOLVIDOS NOS CONFLITOS DE INTERESSES

De acordo com a matriz teórica adotada no presente trabalho, a saúde e o bem-estar da mulher são o interesse primário da assistência ao parto. Ela deveria ser, portanto, a personagem principal nas decisões por cesárea. De acordo com os estudos selecionados, outros atores envolvidos são: médicos, instituições de saúde, governos, fontes pagadoras e ainda outros profissionais, como enfermeiros e administradores.

4.5 NATUREZA DOS CONFLITOS DE INTERESSES E FATORES ASSOCIADOS

A leitura do conjunto dos estudos permite identificar conflitos de duas naturezas: financeiros e não financeiros. O conflito financeiro expressa-se também como ganho econômico, e pode ser direto ou indireto. Entende-se que o ganho indireto se dá quando determinada decisão terapêutica permite que, mediante reorganização do tempo dedicado às atividades médicas, o profissional consiga auferir renda maior, dada a possibilidade de planejar sua agenda de trabalho. Entre os conflitos não financeiros, os estudos citam o desejo por lazer e convivência familiar organizados, a pressão institucional por alcance de metas e a pressão corporativa ou de grupo, entre outros.

Numerosos fatores estão imbricados na conformação desses conflitos. Os mais destacados nos estudos analisados dizem respeito aos incentivos financeiros, sejam eles diretos, sejam indiretos, incluindo-se nesse espectro o incentivo “às avessas” ou desincentivo e o pagamento por procedimento. Outros fatores são indicados, tais como o receio de litígio, a assimetria de informação e de poder, e o estilo de prática médica, tanto no plano individual como no coletivo. Em algumas circunstâncias esses fatores são definidos como “conveniências”. A indução da demanda se configura como a própria expressão da influência indevida exercida pela percepção da possibilidade de se beneficiar de um incentivo.

4.6 PRINCIPAIS RESULTADOS

Os quadros a seguir resumem os principais resultados após a extração dos dados.

Quadro 2: Caracterização dos estudos selecionados.

Estudo			Publicação		
Identificação	Título	Autores	Título (País)	Idioma	Ano
ARRIETA, GARCÍA-PRADO	Non-elective cesarean sections in public hospitals: hospital capacity constraints and doctor's incentives	Alejandro Arrieta, Ariadna Garcia-Prado	Departamento de Economía Universidad Publica de Navarra (Espanha)	Inglês	s.d.
BÉHAGUE	Beyond the Simple Economics of Cesarean Section Birthing: Women's Resistance To Social Inequality	Dominique P. Béhague	Culture, Medicine and Psychiatry (Holanda)	Inglês	2002
BETTINSOLI	Cesárea anunciada	Abel R. Bettinsoli	Archivos Argentinos de Pediatría (Argentina)	Espanhol	2009
BHAT et al.	Involving Private Healthcare Providers to Reduce Maternal Mortality in India: A Simulation Study to Understand Implications on Provider Incentives	Ramesh Bhat, Pankaj Chandra, Shantanu Mukherjee	Indian Institute of Management Ahmedabad (Índia)	Inglês	2007
DAS	Is there evidence against the induced demand hypothesis? Explaining the large reduction in cesarean rates	Mitali Das	Department of Economics Columbia University (EUA)	Inglês	2002

Estudo			Publicação		
Identificação	Título	Autores	Título (País)	Idioma	Ano
FABBRI, MONFARDINI	Style of practice and assortative mating: a recursive probit analysis of cesarean section scheduling in Italy	Daniele Fabbri, Chiara Monfardini	Department of Economics University of Bologna (Itália)	Inglês	s.d.
FAÚNDES et al.	Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto	Aníbal Faúndes, Karla Simônia de Pádua, Maria José Duarte Osis, José Guilherme Cecatti, Maria Helena de Sousa	Revista de Saúde Pública (Brasil)	Português	2004
FUGLENES et al.	Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation?	Dorthe Fuglenes, Pal Oian, Ivar Sonbo Kristiansen	American Journal of Obstetrics & Gynecology (EUA)	Inglês	2009
GHOSH	Increasing trend in caesarean section delivery in India: role of medicalisation of maternal health	Sancheetha Ghosh	The Institute for Social and Economic Change (Índia)	Inglês	2010
GLASSER	Cesarean Section: Science or Ritual Surgery?	M. Glasser	Medical Hypotheses (Reino Unido)	Inglês	1991
GOER	“Spin Doctoring” the Research	Henci Goer	Birth (EUA)	Inglês	2003

Estudo			Publicação		
Identificação	Título	Autores	Título (País)	Idioma	Ano
GRANT	Physician financial incentives and cesarean delivery: new conclusions from the healthcare cost and utilization project	Darren Grant	Department of Economics and International Business Sam Houston State University (EUA)	Inglês	2008
GRUBER, OWINGS	Physician financial incentives and cesarean section delivery	Jonathan Gruber, Maria Owings	National Bureau of Economic Research (EUA)	Inglês	1994
HONG, LINN	Financial Incentives and Use of Cesarean Delivery: Taiwan Birth Data 2003 to 2007	Yi-Chen Hong, George Chinhung Linn	The American Journal Of Managed Care (EUA)	Inglês	2012
HOPKINS	Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?	Kristine Hopkins	Social Science & Medicine (Reino Unido)	Inglês	2000
LO	Financial incentives do not always work—An example of cesarean sections in Taiwan	Joan C. Lo	Health Policy (Holanda)	Inglês	2008
JOHNSON, REHAVI	Physicians treating physicians: information and incentives in childbirth	Erin M. Johnson, M. Marit Rehavi	National Bureau of Economic Research (EUA)	Inglês	2013

Estudo			Publicação		
Identificação	Título	Autores	Título (País)	Idioma	Ano
KABAKIAN-KHASHOLIAN et al.	The policy environment encouraging C-section in Lebanon	Tamar Kabakian-Khasholian, Afamia Kaddour, Jocelyn DeJong, Rawan Shayboub, Anwar Nassar	Health Policy (Holanda)	Inglês	2007
LANGER, SCHLAEDER	Que penser du taux de césarienne en France?	B. Langer, G. Schlaeder	Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (França)	Francês	1998
LEE, KIRKMAN	Disciplinary Discourses: Rates of Cesarean Section Explained by Medicine, Midwifery, and Feminism	Amy Su May Lee, Maggie Kirkman	Health Care for Women International (Reino Unido)	Inglês	2008
LIU, YANG	Rethinking “Woman’s Choice” of Cesarean Delivery	Chia-Nien Liu, Ming-Chin Yang	American Journal of Public Health (EUA)	Inglês	2003
LO	Financial incentives do not always work: an example of cesarean sections in Taiwan	Joan C. Lo	Health Policy (Holanda)	Inglês	2008
MAIA	Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte	Monica Bara Maia	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais	Português	2008

Estudo			Publicação		
Identificação	Título	Autores	Título (País)	Idioma	Ano
MCCALLUM	Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil	Cecilia McCallum	Sociology of Health & Illness (EUA)	Inglês	2005
MELLO E SOUZA	C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil	Cecilia de Mello e Souza	Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics	Inglês	1994
MOSSIALOS et al.	An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: The impact of financial incentives and convenience	E. Mossialos, S. Allin, K. Karras, K. Davaki	European Journal of Public Health (Holanda)	Inglês	2005
MOVSAS et al.	Does medical insurance type (private vs public) influence the physician's decision to perform Caesarean delivery?	Tammy Z Movsas, Eden Wells, Ann Mongoven, Violanda Grigorescu	Journal of Medical Ethics (Reino Unido)	Inglês	2012
NAU	De la césarienne e de la convenance	Jean-Yves Nau	Revue Médicale Suisse (Suíça)	Francês	2009
PARKHURST, RAHMAN	Life saving or money wasting? Perceptions of caesarean sections among users of services in rural Bangladesh	Justin Oliver Parkhurst, Syed Azizur Rahman	Health Policy (Holanda)	Inglês	2007
PENNA, ARULKUMARAN	Cesarean section for non-medical reasons	L. Penna, S. Arulkumaran	International Journal of Gynecology and Obstetrics (Reino Unido)	Inglês	2003

Estudo			Publicação		
Identificação	Título	Autores	Título (País)	Idioma	Ano
PIERRE et al.	Obstetrical attitudes and practices before and after the Canadian Consensus Conference Statement on Cesarean Birth	Karin Domnick Pierre, Eugene Vayda, Jonathan Lomas, Murray W Enkin, Walter J Hannah, Geoff M Anderson	Social Science & Medicine (Reino Unido)	Inglês	1991
POTTER et al.	Women's Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale	Joseph E. Potter, Kristine Hopkins, Anibal Faúndes, Ignez Perpétuo	Birth (EUA)	Inglês	2008
REBELO et al.	High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice	Fernanda Rebelo, Camilla Medeiros Macedo da Rocha, Taísa Rodrigues Cortes, Carmem Lúcia Dutra, Gilberto Kac	Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica (Dinamarca)	Inglês	2010
SHOJAI, BOUBLI	Pour ou contre la césarienne de « convenance » ?	R. Shojai, L. Boubli	Gynécologie Obstétrique & Fertilité (França)	Francês	2004
SKALKIDS et al.	Are Operative Delivery Procedures in Greece Socially Conditioned?	Yannis Skalkidis, Eleni Petridou, Eugenia Papathoma, Katharine Revinthi, Donald Tong, Dimitrios Trichopoulos	International Journal for Quality in Health Care (Reino Unido)	Inglês	1996
SPETZ et al.	Physician Incentives and the Timing of Cesarean Sections: Evidence from California	Joanne Spetz, Mark W. Smith, Sean F. Ennis	Medical Care (EUA)	Inglês	2001

Estudo			Publicação		
Identificação	Título	Autores	Título (País)	Idioma	Ano
STAFFORD	Alternative Strategies for Controlling Rising Cesarean Section Rates	R. S. Stafford	Journal of the American Medical Association (EUA)	Inglês	1990
TURCOTTE et al.	Medical interventions among pregnant women in fee-for-service and managed care insurance: a propensity score analysis	Leo Turcotte, John Robst, Polachek, Solomon W.	IZA Discussion Papers (Alemanha)	Inglês	2005
VICTORA, BARROS	Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous	Cesar G Victora, Fernando C Barros	Lancet (Reino Unido)	Inglês	2006
VILLARREAL PERAL, OLVERA GRACIDA	La epidemia nos ha alcanzado	Claudia Villarreal Peral, Leonardo Olvera Gracida	Gynecología y Obstetricia de México (México)	Espanhol	2005
WANIEZ et al.	L'abus du recours à la césarienne au Brésil: dimensions géographiques d'une aberration médicale	Philippe Waniez, Blandine Wurtz, Violette Brustlein	Cahiers Santé (França)	Francês	2006

Quadro 3: Principais achados relacionados às circunstâncias dos conflitos de interesses nas decisões por cesárea e população de estudo, segundo textos analisados.

Identificação	Principais achados	População
ARRIETA, GARCÍA-PRADO	Apresentam um modelo teórico que possibilita identificar a influência da capacidade instalada de leitos hospitalares juntamente com a busca por tempo livre pelo médico sobre o aumento das taxas de cesarianas .	Mulheres peruanas que tiveram uma cesárea não planejada
BÉHAGUE	Analisa o cenário brasileiro de cesarianas “a pedido”. O artigo argumenta que, para algumas mulheres, o esforço de medicalizar o processo de nascimento representa uma solução prática para problemas encontrados dentro do sistema médico. A autora explora as condições sociobiológicas que produzem a necessidade dessa tecnologia. Cesarianas são representadas como cuidado de qualidade.	Puérperas brasileiras da cidade de Pelotas, RS
BETTINSOLI	Em carta ao Editor, o autor admite que as cesáreas são agendadas, muitas vezes, por comodidade médica, incluindo como motivos as férias e feriados.	Não se aplica
BHAT et al.	Examinam os resultados obtidos por uma política de distribuição de pagamentos a provedores de cuidados obstétricos privados e avaliam se a iniciativa proporciona incentivos financeiros adequados para mantê-los no esquema. A média de ganhos aumenta sem que haja necessidade de recorrer a maiores taxas de cesáreas para lucrar mais.	Gestantes, parturientes e puérperas da região de Gujaraat, Índia
DAS	Analisa o contexto norte-americano a partir do modelo econômico de indução de demanda . No período de 1970-1982 as taxas de cesarianas começaram a subir em resposta a reduções nas taxas de fertilidade. A introdução da medicina de grupo, em especial o sistema <i>managed</i>	Nascimentos ocorridos para mulheres norte-americanas

Identificação	Principais achados	População
	<i>care</i> , equilibrou as taxas no período seguinte analisado (1989-1996).	
FABBRI, MONFARDINI	Estudam a variação da prática de agendamento de cesáreas eletivas em hospitais públicos e privados na Itália, buscando verificar se ocorre um pareamento entre preferência da população pelo procedimento e o estilo de prática do médico. Encontram uma inclinação significativamente maior para a prática de cesarianas agendadas em hospitais privados, não completamente explicada pela preferência.	Mulheres italianas com cesárea agendada
FAÚNDES et al.	Autores entrevistaram mulheres e médicos em sete hospitais, sendo três da intervenção (segunda opinião para executar cesárea). Os resultados revelam “um abismo” entre o que as mulheres desejam (maioria deseja parto vaginal) e o que os médicos supõem ser a preferência delas (cesárea).	Mulheres que tiveram parto pelo SUS em São Paulo e Pernambuco
FUGLENES et al.	O estudo informa que a percepção do risco de reclamações e litígios por má-prática médica é fator determinante na opção pela cesariana em todos os cenários clínicos hipotéticos propostos aos obstetras.	Obstetras noruegueses
GHOSH	Analisa a crescente medicalização da saúde da mulher na Índia e o consequente aumento nas taxas de cesarianas a partir de dados oficiais. Análises bi-variada e multivariada mostram que fatores não-médicos tais como ganho econômico e pressão da prática privada são determinantes deste contexto.	Mulheres que tiveram cesariana na Índia
GLASSER	Aponta a possibilidade de a cesariana executada por razões tais como conveniência, preferência ou receio de litígio atuar como uma cirurgia ritual, que cumpre o papel de afirmação de valores	Cesarianas

Identificação	Principais achados	População
	relacionados ao pensamento coletivo sobre a prática obstétrica. Médicos entrevistados admitem que, no contexto brasileiro, mulheres são convencidas pelos médicos a passar pela cesariana sob argumentos de inadequação de seus corpos para o parto.	
GOER	A ativista aponta como o conhecimento médico autoritativo desvia da melhor evidência e como achados de pesquisas enviesadas são disseminados promovendo a consolidação de informações sem a devida credibilidade científica. Ela sugere a existência de conflitos de interesses mediados por sistemas de crenças tão influentes quanto o são os incentivos financeiros, assim como por fortes motivações de preservação do poder hegemônico da categoria, prestígio e a consequente recompensa econômica.	Não se aplica
GRANT	Analisa o efeito de incentivos financeiros aos médicos sobre as taxas de cesáreas, utilizando os mesmos dados de estudo anterior (Gruber e Owings). Os dados indicam que um aumento de US\$ 1.000 no valor de reembolso por uma cesariana aumenta as taxas do procedimento, em cerca de um ponto percentual, aproximadamente um quarto do efeito estimado originalmente.	Mulheres que tiveram nascimentos financiados pelo Medicaid norteamericano
GRUBER, OWINGS	Testam a pertinência do modelo de indução de demanda sobre a oferta médica de excesso de procedimentos face à ocorrência de choques de renda negativos. A mudança exógena no ambiente financeira causada pelo declínio da fertilidade nos EUA teria levado médicos a praticarem maior número de cesáreas, cujo reembolso era maior.	Mulheres que tiveram nascimentos financiados pelo Medicaid norteamericano
HONG, LINN	A análise dos resultados da implementação de incentivos financeiros diretos para o estímulo ao parto vaginal pelo lado do provedor e desincentivos da mesma ordem à cesárea eletiva pelo lado	Mulheres que tiveram nascimentos por cesariana em Taiwan

Identificação	Principais achados	População
	da demanda demonstrou que a nova estratégia foi insuficiente para reduzir consideravelmente as taxas de cesáreas	
HOPKINS	. Analisa o contexto de ocorrência de cesáreas em hospitais privados e públicos no Brasil a partir da constatação da assimetria de poderes entre mulheres e médicos na assistência a nascimentos. Por meio de uma pesquisa que incluiu <i>survey</i> pós-parto, observação participante e entrevistas em profundidade, revela que as mulheres são manipuladas pelos médicos a aceitarem a cesárea, contrariando seus desejos por parto vaginal. Argumenta que a cesariana é propícia à conveniência médica de organização do tempo entre consultório privado, emprego público e assistência hospitalar no setor privado.	Mulheres que tiveram cesarianas em hospitais públicos e privados em dois estados brasileiros
JOHNSON, REHAVI	Fornecem evidências sobre a interação entre as informações do paciente com os incentivos financeiros e a indução da demanda. Comparam micro-dados de nascimentos em populações de médicos e de não-médicos. Os profissionais apresentam uma probabilidade cerca de 10% menor de receber uma cesárea, com melhores desfechos de saúde em relação à população em geral .	Médicos e não médicos norteamericanos
KABAKIAN-KHASHOLIAN et al.	Investigam no Líbano os fatores que promovem o aumento das taxas de cesarianas. Segundo obstetras entrevistados, o fator que mais afeta sua decisão por executar a cirurgia é a conveniência do controle sobre a data e o horário do procedimento.	Informantes-chave em serviços de maternidade no Líbano
LANGER, SCHLAEDER	Analisam o quadro das ocorrências de cesarianas na França. Entre outros fatores associados à prática da cirurgia, o horário e dia da ocorrência e a oportunidade de organização do tempo médico foram importantes, não ocorrendo o mesmo com	Mulheres francesas que tiveram cesarianas

Identificação	Principais achados	População
	o maior ganho oferecido pela prática do procedimento.	
LEE, KIRKMAN	Analisam o discurso sobre as altas taxas de cesarianas sob a ótica do feminismo e das disciplinas médica e de parteria. A conveniência médica não é ignorada no discurso da própria categoria profissional como responsável por parte do quadro, porém aparecem como justificativas pragmáticas tais como agendas muito ocupadas, coerente com o discurso de que o médico sabe o que faz.	Médicos, parteiras e feministas
LIU, YANG	Em carta ao Editor, os autores discutem os achados de Tsai e Hu, e problematizam a equivalência do termo cesárea eletiva com aquela “de escolha da mulher”. Afirmam que o sistema de reembolso de seguro-saúde promove a maior ocorrência de cesarianas. Outros fatores associados são a preocupação dos médicos com responsabilização por más práticas, sua preferência pela intervenção cirúrgica, e suas complexas agendas de trabalho e lazer.	Mulheres que tiveram cesáreas em Taiwan
LO	Analisa alteração de política de pagamentos por procedimento em Taiwan e testa a possibilidade de redução da taxa de cesarianas após a equalização dos valores pagos para partos vaginais e cirúrgicos. Não encontra redução nas taxas após a mudança na política de pagamento.	Mulheres que tiveram nascimentos em Taiwan
MAIA	Aponta que no sistema de saúde brasileiro mulheres de diferentes classes sociais são submetidas a diferentes formas de medicalização na assistência ao parto evidenciando a desigualdade social. Destaca também a importância da institucionalização dos nascimentos para o controle médico dos eventos corporais.	Mulheres brasileiras

Identificação	Principais achados	População
MCCALLUM	Argumenta que, mais que responsabilidades de indivíduos ou grupos específicos, as altas taxas de cesáreas em Salvador e no Brasil são causadas pela organização dos serviços de saúde reprodutiva, desde a formação médica à forma como são financiados os nascimentos no setor privado.	Mulheres mães de Salvador, BA
MELLO E SOUZA	Analisa a epidemia de cesarianas no Brasil apontando que muitos médicos reposicionam riscos relativos, redefinem o interesse das pacientes e utilizam a linguagem dos direitos das mulheres para manipular a ética médica e servir a uma prática questionável. Desta forma ocultam razões insidiosas para a execução das cirurgias: seus próprios interesses, manutenção da popularidade e conveniências.	Mulheres brasileiras que tiveram cesáreas; médicos
MOSSIALOS et al.	Para avaliar o efeito de fatores não médicos sobre as taxas de cesarianas, os dados de nascimentos ocorridos em 3 hospitais gregos – um privado e dois públicos – foram analisados. Os resultados do estudo apoiam a hipótese de que os médicos são motivados a executar cesarianas por incentivos financeiros e conveniências. Mulheres gregas atendidas nos hospitais públicos tiveram 2,7 vezes a chance das imigrantes de receber uma cesárea; nenhuma imigrante foi atendida no hospital privado.	Mulheres que tiveram cesáreas em Atenas, Grécia
MOVSAS et al.	Análise de informações sobre nascimentos em dois tipos de financiamento no sistema norte-americano. Não encontraram disparidade significativa entre público e privado na análise multivariada da ocorrências de cesáreas, após ajuste para outros fatores de risco.	Mulheres norte-americanas com cesarianas cobertas pelo Medicaid ou no sistema privado

Identificação	Principais achados	População
NAU	O entrevistado do autor, presidente de uma corporação médica, afirma que é preciso admitir que a programação da cesariana permite ao médico melhor organização dos horários de trabalho, e oferece também maior segurança, já que nem todo estabelecimento tem plantonista. Paradoxalmente, também proporciona melhor remuneração por um trabalho menos penoso do que o parto vaginal, por definição imprevisto.	Não se aplica
PARKHURST, RAHMAN	Entrevistas em profundidade com mulheres de Bangladesh revelaram desconfiança substancial relacionada ao diagnóstico médico de necessidade de cesárea. Em sua percepção, médicos aparentemente mudam o diagnóstico sem motivo real ou determinam a execução do procedimento sem tentar outras técnicas, apenas para lucrar mais.	Mulheres em Bangladesh
PENNA, ARULKUMARAN	Cesáreas eletivas são mais convenientes para os obstetras pois podem ser agendadas em horário conveniente. Com a pressão do tempo sobre os médicos, não surpreende que as taxas sejam mais altas em sistemas fundamentados na figura do médico como provedor de serviços de maternidade. A internação mais longa e o uso de salas de cirurgia também eram maior renda a médicos e hospitais.	Mulheres que têm cesarianas
PIERRE et al.	Analisam respostas de obstetras a casos hipotéticos com base em mudança de consensos clínicos corporativos sobre a prática da cesariana. Consideram a influência de conveniência, questões relacionadas à renda e o receio de litígios sobre a diferença entre as respostas e sua prática real, na qual a ocorrência do procedimento cirúrgico é maior.	Obstetras

Identificação	Principais achados	População
POTTER et al.	Brasileiras atendidas no setor público e no privado foram entrevistadas três vezes ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Os dados sugerem que os médicos frequentemente persuadem as mulheres a aceitar uma cesárea agendada por condições que, ou não existiam, ou não justificavam o procedimento. O problema identificado no estudo pode se estender para além do Brasil e deve ser uma preocupação para aqueles que têm responsabilidade pelo comportamento ético em obstetrícia.	Mulheres brasileiras
REBELO et al.	Analisa as questões ligadas às altas de cesarianas no Estado de São Paulo, e aponta o procedimento como paradigma para análise da perversidade da forma de organização do sistema de saúde (misto de público e privado), demonstrando que o que rege as indicações terapêuticas é o objetivo lucrativo, e não o bem-estar da mãe ou de seu filho, ou das populações.	Mulheres que tiveram cesarianas no Estado de São Paulo
SHOJAI, BOUBLI	Analisam o papel do setor suplementar de saúde na composição das taxas de cesarianas no Brasil. Apontam o risco 87% maior de ter uma cesariana entre mulheres que fazem o pré-natal em clínicas privadas. As altas taxas de ocorrência da cirurgia na população brasileira de renda mais alta revela maior acesso desse grupo à tecnologia.	Mulheres brasileiras que tem seus partos pelo setor suplementar
SKALKIDS et al.	Destacam as conveniências médicas permitidas pela prática da cesariana eletiva: escolha da data e hora conforme seus outros vínculos profissionais e planejamento de tempo livre, redução do tempo gasto e organização do tempo útil do bloco cirúrgico, redução do tempo de monitorização pré-parto, disponibilidade da equipe.	Mulheres cujos filhos nasceram em Atenas, Grécia

Identificação	Principais achados	População
SPETZ et al.	Em análise das taxas de cesáreas dos setores público e privado na Grécia, apontam que a distribuição desigual do procedimento cirúrgico levanta a questão sobre as reais justificativas de sua prática, e indicam que fatores sociais condicionam sua utilização.	Mulheres cujos filhos nasceram na Califórnia, EUA
STAFFORD	Estudam os horários de ocorrência de cesáreas para verificar a influência das conveniências médicas e dos incentivos financeiros sobre a decisão de executar a cirurgia. No sistema das “Organizações de Manutenção de Saúde”, onde ocorrem maiores incentivos financeiros e maior regulação da prática, as taxas foram menores do que no sistema tradicional de seguro.	Mulheres norte-americanas atendidas pelo sistema tradicional de seguro-saúde e pelo sistema de “Organizações de Manutenção de Saúde”
TURCOTTE et al.	Exploram o efeito da política do <i>managed care</i> sobre a prática das seguintes intervenções: ultrassonografia, indução do trabalho de parto, cardiotocografia e cesárea. Os resultados indicam que a cobertura de seguro influencia a intensidade do tratamento, mas que a utilização de controles e incentivos financeiros ao provedor não prejudicam a prestação de cuidados às gestantes.	Gestantes norte-americanas atendidas pelo sistema tradicional de seguro-saúde e pelo sistema de <i>managed care</i>
VICTORA, BARROS	Em comentário, os autores afirmam que no Brasil, como em outros países da América Latina, há várias dimensões não técnicas da prática médica que determinam as taxas de cesáreas. Médicos do setor privado sabem que a rápida cirurgia interfere menos em sua carga de trabalho e lazer do que as várias horas gastas no hospital acompanhando um parto vaginal	Médicos brasileiros e latinoamericanos
VILLARREAL PERAL, OLVERA GRACIDA	Em carta ao Editor, os autores destacam que a redução das habilidades obstétricas, associada aos benefícios financeiros gerado pela prática das cesarianas eletivas para médicos e hospitais, se juntam a outros fatores para aumentar as taxas de	Mulheres latino-americanas que têm cesáreas

Identificação	Principais achados	População
	ocorrência do procedimento.	
WANIEZ et al.	Em estudo de base territorial no Brasil, os autores destacam a hipertrofia do setor hospitalar privado, particularmente nas regiões de maior desenvolvimento socioeconômico, como determinante das altas taxas de nascimento por via cirúrgica.	Mulheres brasileiras que têm cesarianas

4.7 EMPREGO DO CONCEITO DE CONFLITO DE INTERESSES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A partir da matriz proposta por LO e FIELD (2009), representada anteriormente na Figura 1, e dos resultados da presente pesquisa, constatou-se que a literatura atual, indexada ou não, não evidencia a presença de situação conflituosa na assistência ao nascimento, em especial no que tange a decisão por cesariana. Embora alguns fatores secundários que influenciam a decisão terapêutica sejam elencados pelos textos analisados, eles não são explicitados como possíveis originadores de conflitos. A seguir, discutem-se tais resultados a fim de melhor elaborar tal conceituação.

5. DISCUSSÃO

O processo de realização da revisão sistemática foi revelando, à medida que avançávamos, o principal e mais provocador achado deste estudo: o quase absoluto silêncio da literatura sobre os conflitos de interesses entre provedores de cuidados e mulheres nas decisões por cesárea.

A cada texto revisado, somavam-se mais elementos que apontavam as fragilidades do discurso médico sobre o caráter de urgência e/ou emergência das cesáreas não agendadas e sobre as justificativas para agendamento eletivo da cirurgia, muitas vezes atribuído a uma solicitação da mulher.

Cabe aqui retomar uma afirmação fundamental para a coerência deste trabalho: o conceito de conflito de interesses adotado exclui a construção conhecida como *conflito materno-fetal*, amplamente difundida no meio acadêmico da medicina obstétrica. As buscas preliminares que antecederam a elaboração das expressões de pesquisa nas bases de dados foram pródigas em retornar artigos com a discussão desse conceito. OBERMAN (2000) desconstrói essa ideia ao afirmar que o conflito entre mulher e feto é baseado em uma suposta neutralidade do médico no momento da decisão por cesárea, o que não resiste à mais rasa das análises. Assim como nos ensina essa autora, não pode o médico ser juiz de uma situação em que estão postas em cena suas próprias convicções, conveniências e interesses.

A produção de conhecimento gerada pelo movimento social de mulheres por partos e nascimentos respeitosos, disponível em um sem número de ferramentas – websites, blogs, listas de discussão – espalhadas pela internet, assim como em clippings de imprensa, dá conta de como o discurso médico é moldado para convencer e até mesmo coagir a mulher ao procedimento que é mais conveniente ao profissional. Não é raro que os argumentos, inicialmente mais sutis, vão se tornando mais duros (“seu filho não quer morrer”, “o cordão enforcará o bebê”, por exemplo), podendo resultar em discursos e práticas violentos, como bem demonstram as cenas

dos documentários “Violência Obstétrica – a Voz das Brasileiras”¹ e “O Renascimento do Parto”²

Dado que se adotou como perspectiva o conflito entre mulher e outros atores como o provedor de saúde, esta revisão poderia ter resultado vazia. Assim, nas pesquisas nas bases de dados, foi necessário compor expressões com elementos que pressupõem e remetem à existência de conflito de interesses na área da saúde conforme a definição elaborada por LO e FIELD (2009), mencionada anteriormente. Por meio dessa estratégia, foi possível encontrar textos que pudessem ter como objeto central ou secundário algum aspecto do conflito entre mulher e provedor nas decisões por cesárea. Esta decisão foi complexa pois, ao mesmo tempo em que permitiu ampliar o espectro de textos a examinar, trouxe também a necessidade de inferir pelo contexto e com base na teoria dos autores citados neste parágrafo se a publicação problematizava, mesmo que tangencialmente, e sem tocar em seu nome, o conflito de interesses.

5.1 INTERESSES PRIMÁRIOS SOBREPULADOS POR INTERESSES SECUNDÁRIOS

Como as circunstâncias que nos dispusemos a evidenciar não são explicitadas na literatura, aplicamos a matriz conceitual de LO e FIELD (2009) à leitura dos textos recuperados. Dessa forma, pudemos identificar se o estudo, artigo, editorial ou texto de opinião problematizava ou apontava a interferência de algum interesse secundário sobre a decisão terapêutica que indicava a cesárea como desfecho adequado para o nascimento.

¹ Disponível na íntegra em <http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>. Acessado em 06/11/2013.

² Teaser disponível em http://www.youtube.com/watch?v=3B33_hNha_8. Acessado em 06/11/2013.

Na presente análise, chamamos esses interesses secundários de “fatores associados a conflito de interesses”. Conforme mencionado anteriormente, os fatores associados a conflito de interesses correspondem àqueles com potencial para promover influência indevida sobre a indicação de cesárea, em detrimento do melhor interesse da mulher. Este último define-se como interesse primário da assistência, e idealmente combina prática baseada em evidência com o pleno exercício do direito ao consentimento informado. Os conflitos de interesse, praticamente inevitáveis, tornam-se um problema intrínseco ao cuidado em saúde se infringem o dever fiduciário dos cuidadores em relação aos usuários e pacientes ou quando contribuem para a perda da confiança em serviços e sistemas de saúde. Mas nada é mais deletério do que circunstâncias conflituosas em que o direito do usuário é colocado de lado e provedores de cuidados tomam decisões enviesadas por seus próprios interesses, causando desfechos adversos nas pessoas e aumentando os custos da assistência sem o correspondente benefício (ROBERTSON, ROSE e KESSELHEIM, 2012).

Nos textos analisados, o interesse secundário aparece localizado no provedor, mas hipoteticamente poderia ser originado em outros atores, como cônjuges e familiares, por exemplo.

Conforme pudemos verificar durante o processo de extração de dados, a literatura apresenta interesses secundários classificáveis como financeiros e não financeiros. Enquanto os financeiros podem ser divididos em diretos e indiretos, os não financeiros identificados foram: assimetria de informação e poder, pressão institucional, pressão corporativa, tempo dedicado à vida familiar e ao lazer, necessidade de prevenir-se contra processos judiciais e estilo de prática.

Embora a temática do abuso de cesáreas seja bastante debatido atualmente (DINIZ e CHACHAM, 2006; DINIZ, 2009; VICTORA et al., 2011), o exemplo norte-americano mostra que as taxas de cesarianas começaram a sofrer grandes alterações já a partir dos anos 1960: entre 1965 e 1979, aumentaram 264% (MARIESKIND, 1979). Somado a isto, temos que a formação médica, já neste período, nos EUA desconsiderava o ensino do manejo de parto pélvico vaginal. Segundo MARIESKIND, os fatores que contribuíram para o rápido crescimento dessas taxas foram receio de processos por erro médico, o costume de cesáreas de

repetição, o parto cirúrgico para apresentação pélvica, o aumento de diagnósticos de distócia e sofrimento fetal, treinamento médico inadequado e incentivos econômicos (MARIESKIND, 1979, p. 21).

Conforme afirma JOHNSON (2013), como os pacientes não têm o conhecimento médico necessário para tomar decisões independentes sobre os tratamentos, os médicos tanto recomendam quanto lucram com os procedimentos executados. Tal possibilidade conduz à hipótese de indução da demanda pelo provedor, segundo a qual os médicos podem alterar a demanda do paciente e da quantidade e tipo de tratamento na direção de suas próprias preferências e interesses. Isso ocorre porque os pacientes dependem do médico para informá-los sobre as opções de tratamento, além dos riscos e benefícios associados. No entanto, pouco se sabe sobre o grau de distorção na assistência atribuível a esta assimetria de informação. O caso das cesarianas é exemplar para demonstrar como essa hipótese se aplica e como, na ausência de regulação da prática, a indução da demanda pode se originar de diversos tipos de incentivos e oportunidades combinados.

Em análise do contexto brasileiro de assistência ao nascimento, HOPKINS (2000) indica que os médicos podem preferir a cesariana porque indiretamente ganham mais dinheiro para executá-las. Isso porque, mesmo quando recebem o mesmo valor do que por um parto, eles tendem a trabalhar muito menos horas para realizar a cirurgia, particularmente quando é programada com antecedência. Os profissionais também percebem as cesarianas como neutras para a saúde da mulher e mais seguras para o bebê. Alegam, ainda, que as mulheres preferem cesarianas para evitarem a dor do parto vaginal, por supostamente recuperarem sua forma física mais rapidamente, para não sofrerem danos futuros à sua “função” sexual, e porque o procedimento pode ser visto como mais seguro para o bebê (HOPKINS, 2000). Tais afirmações médicas colhidas na pesquisa de HOPKINS (2000), porém, não encontram respaldo nas evidências científicas, tampouco em outras pesquisas relativas às preferências das mulheres pela via de nascimento (POTTER et al., 2008).

5.2 GASLAITEAMENTO DO CONFLITO DE INTERESSES

O reconhecimento da existência da assimetria de informações entre mulheres e médicos, e sua citação como elemento que propicia a oportunidade de manipular decisões constituem fatores de extrema relevância para o presente trabalho. De fato, a mulher espera que o médico a supra com as informações sobre o andamento e os desfechos possíveis da gestação e confia que o profissional que a atende saberá lhe recomendar condutas adequadas e baseadas na melhor ciência, já que se preparou para isto ao longo de tantos anos de formação e prática. Portanto, quando seu médico lhe diz que há determinada intercorrência e que, para resolvê-la, é preciso tomar tal curso terapêutico, a mulher não o questiona, imaginando que o conhecimento do profissional está à disposição dos cuidados de que ela e seu bebê precisam. Essa assimetria de saberes promove, dessa maneira, a vulnerabilidade da mulher.

Essas diferenças de formação e conhecimento também podem dar espaço a práticas manipulativas por parte de médicos com o objetivo final de levar a mulher a aceitar a cesárea como único caminho para o nascimento. Ao longo dos meses de acompanhamento pré-natal, a percepção da mulher sobre si e seu corpo pode ser alterada como acontece nos casos de *gaslighting* ou gaslaiteamento, uma forma de violência na qual uma falsa informação é apresentada com a intenção de fazer a vítima duvidar de sua própria memória, percepção e sanidade. O termo *gaslighting* se originou da peça de teatro *Gas Light* e suas adaptações para o cinema,* sendo hoje utilizado na literatura clínica e de pesquisa. Quando justificativas não baseadas em evidências são oferecidas às mulheres para que aceitem cesarianas, fazendo com que uma mulher creia que é pequena demais, grande demais, estreita demais, ou que seu corpo é defectivo e incapaz de levar a cabo a experiência do parto, é a tentativa de destruição da sua percepção da realidade que entra em cena. É inegável que, em nossa sociedade, as mulheres são vulneráveis a comportamentos

* A respeito do termo gaslaitamento, pode-se consultar a Internet para definições concisas, como em: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Gaslighting>>.

deste tipo, os quais são tão presentes nas relações. Segundo NELSON (2001), “em casos de *gaslighting* [...] a capacidade de resistir depende de sua capacidade de confiar em seu próprio julgamento”.

PIERRE (1991) destaca que os obstetras, confrontados com pressões para mudar suas práticas, aceitam o novo arrazoador intelectual e mudam de discurso, mas, na prática, permanecem limitados por padrões e comportamentos estabelecidos. Em estudos que usaram casos hipotéticos para estimar o comportamento do médico houve pouca correlação entre as escolhas terapêuticas apontadas pelo médico na teoria e suas práticas cotidianas. Em 1985, logo após a adoção do Consenso Canadense em Cesáreas, uma pesquisa revelou que, enquanto os obstetras diziam oferecer prova de trabalho de parto para 60% de suas pacientes com cesárea anterior, de fato 95% delas sofriam cesarianas (PIERRE et al., 1991).

No estudo de HOPKINS (2000), os médicos diziam sofrer fortes pressões de mulheres e suas famílias para realizar a cesariana. Entretanto, a observação da autora não confirmou essa alegação. Ao contrário, os médicos observados exerciam pressão para que as mulheres cedessem e solicitassem ou concordassem com a indicação do procedimento.

Com raras, ainda que relevantes, exceções, a observação de que a maioria dos textos recuperados e incluídos apenas tangencia o tema dos conflitos de interesses e os fatores a eles associados nos faz refletir ainda sobre a aplicação do termo *gaslighting* à análise da produção científica: a invisibilidade do conflito de interesses nos resultados apresentados nos estudos, particularmente os da área econômica, pode ser assim interpretada. A narrativa hegemônica (percepção do médico) se sobrepõe a todas as outras e as obscurece. Por isso, conflitos de interesse facilmente são omitidos e em seu lugar aparecem categorias tais como “conveniências” e “incentivos”. Esses termos frequentemente são analisados tanto do ponto de vista do provedor como da mulher, e são muitas vezes tratados como tendo igual valoração, por se desconsiderar o desnível de poderes dos diversos atores. Chega-se inclusive a tratar cesárea eletiva como sinônimo de cesárea por solicitação materna (DAHLGREN et al., 2009), o que nos permite afirmar que há uma clara inflexão do discurso na direção de excluir a possibilidade de um médico indicar uma cesárea sem justificativa plausível segundo as melhores evidências.

Para HOPKINS (2000), os médicos utilizam os supostos medos das mulheres a seu favor. Ao medicalizar as questões sociais e psicológicas do parto vaginal e ao reforçar a ideia de que a cesárea é, sem dúvida, segura, eficiente, e desejável, os médicos têm gradualmente transformado um procedimento de emergência em prática de rotina. Para evitar questionamentos éticos na relação médico-paciente, os profissionais têm mascarado outros motivos mais insidiosos para tantos partos cirúrgicos: seus próprios interesses, sua popularidade e suas conveniências (MELLO E SOUZA, 1994).

5.3 QUEM TEM INTERESSES EM JOGO

Figura 5: A repreensão de Adão e Eva.

Fonte: Domenichino, 1626. National Gallery of Art.

E Deus perguntou: “Quem lhe disse que você estava nu? Você comeu do fruto da árvore da qual lhe proibi comer?”

Disse o homem: “Foi a mulher que me deste por companheira que me deu do fruto da árvore, e eu comi”.

O Senhor Deus perguntou então à mulher: “Que foi que você fez?” [...]

À mulher, ele declarou: “Multiplicarei grandemente o seu sofrimento na gravidez; com sofrimento você dará à luz filhos. Seu desejo será para o seu marido, e ele a dominará”. (Gênesis 3:11-13 e 16).

Citando MELLO E SOUZA (1994), HOPKINS (2000) ressalta que muitas vezes os profissionais justificam a decisão por cesárea como escolha da mulher. Segundo a autora, o uso do termo “escolha” (em referência à solicitação da cesariana pela mulher) obscurece de quem são os interesses atendidos, de certo modo ocultando a prática eticamente questionável. Deve-se considerar que, no cenário hospitalar, a autoridade e o poder estão nas mãos dos médicos, situação que propicia o obscurecimento dos reais motivos pelos quais a mulher precisa ser levada a uma cesárea. Este é o contexto no qual obstetras podem retratar ou manejar a situação de parto de tal forma que as mulheres se sentem aliviadas quando uma cesariana é considerada necessária.

É muito comum ouvir das mulheres que desejam “tentar” o parto normal. Esta frase remete à prática dos médicos de retratar a cesariana como recurso sempre disponível se a tentativa de trabalho de parto não for bem-sucedida. Esse argumento facilita ao profissional o enquadramento de suas decisões para realizar cesáreas em termos de demandas das mulheres, camuflando os benefícios para si. Além disso, os obstetras podem reforçar os medos cultural e socialmente construídos para sua própria vantagem. Quando falham todas as tentativas de convencimento, eles muitas vezes ordenam a cirurgia sem discussão. Assim, são protagonistas da construção permanente da cultura da cesariana no Brasil (HOPKINS, 2000).

A literatura recuperada no presente trabalho evidencia os fatores associados ao interesse secundário – incentivos e conveniências – localizados no provedor, que pode aqui ser representado pelos profissionais da assistência, mais especificamente a categoria dos médicos. Também podem ser incluídos como agentes do interesse secundário as instituições – hospitais e fontes pagadoras, como governo e seguros de saúde, nas suas diversas configurações. Entretanto, embora possam assim ser consideradas, as instituições estão mais distantes da mulher no momento da decisão pela cesárea do que o profissional que a atende diretamente com o provimento de cuidados.

Foram também encontrados textos que contrapuseram os interesses de médicos aos das instituições, particularmente no caso das chamadas Organizações Mantenedoras de Saúde (*Health Maintenance Organization* – HMO), presentes no contexto norte-americano do *Managed Care*. Nesse formato de fornecimento de

serviços de saúde, os médicos são, ao mesmo tempo, provedores de cuidados e agentes de bloqueio ao acesso da usuária a serviços e procedimentos de mais alta complexidade, além de atuarem com base em protocolos clínicos com forte ênfase na relação custo-benefício. Tais estudos foram mantidos na revisão mesmo quando não mencionavam ou analisavam as consequências deste tipo de conflito para a mulher, pois considera-se que o contexto da assistência ao parto e ao nascimento pressupõe sua presença.

As entrevistas com profissionais médicos conduzidas por MAIA (2008) esclarecem como a organização da forma de pagamento influencia de forma contundente a prática obstétrica. A autora destaca que, no cenário brasileiro, a situação mais precária em relação à remuneração é a dos obstetras plantonistas de hospitais privados sem contrato com o SUS. A ideia de “zerar o plantão”, isto é, terminar o plantão sem procedimentos pendentes, é fruto do modelo de pagamento por procedimento ocorrido dentro do horário de trabalho do profissional. Para poder garantir melhor remuneração em seu plantão, o profissional faz tudo ao seu alcance para concluir o atendimento ao parto no mesmo plantão em que a mulher foi internada. “Para isso, indução, aceleração e cesárea se prestam muito bem”, afirma a autora (MAIA, 2008, p. 128). A fala deste profissional ilustra de maneira clara tal realidade:

Nos hospitais privados, o profissional que está de plantão recebe pelos procedimentos que ele faz no serviço, e na obstetrícia o procedimento ou é cesariana ou parto normal ou curetagem. Quando é curetagem de paciente externa, o médico dela é que vai fazer e o plantonista não recebe nada; quando é cesariana da paciente externa, ele só recebe o auxílio cesariana; e quando é parto normal ele também não recebe nada. Ele só recebe quando é cesárea ou um parto normal de plantão, o que é raro. (médico obstetra, 45 anos) (MAIA, 2008, p. 128).

HOPKINS (2000) afirma que, embora alguns médicos se digam favoráveis ao parto vaginal, não esperam pela progressão natural do trabalho de parto. Segundo a autora, esses comportamentos podem ser influenciados pelas múltiplas jornadas de trabalho distribuídas entre diversos serviços públicos e privados, que podem somar de 70 a 80 horas de trabalho semanais. As cesáreas agendadas resultariam convenientes para maior controle sobre o seu tempo. O fator

de conveniência não deve ser subestimado, como as altas proporções de cesariana programada entre as pacientes particulares podem atestar. As cesáreas agendadas no Brasil ocorrem tipicamente durante as tardes ou no início da noite, isto é, depois que os médicos concluem seu turno de trabalho em serviços públicos ou depois de terem acabado de atender suas pacientes em consultórios particulares.

Achados como os de HSU (2008), que aponta a realização da cesárea como fruto de decisão conjunta de médico e paciente, reforçam o padrão acadêmico que desconsidera o desnível de poder entre mulher e médico e define como horizontal a relação médico-paciente. Esse pressuposto adotado no delineamento de estudos deve ser tratado como um viés, que tem como consequência a interpretação parcial e a invalidação dos achados. Os desfechos da assistência devem ser analisados não só do ponto de vista das variáveis que caracterizam as mulheres, mas devem também incluir características da própria assistência disponível aos grupos específicos de mulheres e que possam gerar situações em que conflitos de interesses se manifestem.

HOPKINS (2000) aprofunda a discussão afirmando que os estudos tendem a equilibrar os motivos médicos com os das mulheres no que diz respeito à conveniência da realização de cesarianas. O que normalmente falta a essas análises é a discussão sobre as diferenças de poder entre mulheres e médicos. Os médicos têm claramente mais poder de decisão na situação hospitalar, e seu conhecimento autoritativo é amplamente utilizado para convencer a mulher a “escolher” a cesariana. Os médicos se beneficiam da epidemia de cesarianas no Brasil, por meio do agendamento prévio das cirurgias. Isto lhes permite atender mais pacientes e sofrer menos interrupções em suas vidas profissionais e privadas. Em um sistema que exerce pouco ou nenhum controle e fiscalização sobre a prática obstétrica, os médicos encontram maior facilidade para indicar e praticar cesáreas desnecessárias (“desnecesáreas”).

Fatores ligados ao provedor de serviços de saúde que influenciam a decisão por cesárea incluem, segundo HSU (2008), o tipo de proprietário, o tamanho e as atividades de ensino de um hospital. Taxas elevadas são observadas mais frequentemente em instituições pertencentes a grupos empresariais investidores, com grande número de leitos e com finalidades de ensino. A autora cita ainda estudos que

apontam a realização de cesáreas como forma de suprir conveniências da ocupação hospitalar. A cesárea como prática defensiva também é mencionada, o que corrobora as afirmações do editorial de MARTINS-COSTA e RAMOS (2005) em relação ao que esses autores nomeiam “segurança”.

5.4 NECESSIDADE DE ELABORAÇÃO DE DISCURSO CONTRA-HEGEMÔNICO

No contexto das cesarianas sem razão médica precisa, é possível inferir a presença de conflito de interesses por meio da análise dos fatores que influenciam as decisões terapêuticas. Apesar dessa possibilidade, por que o conflito é tão invisível na literatura? A que se deve a ausência do conceito, quando há tantas recomendações para que se evitem e se declarem conflitos de interesses na educação, pesquisa e assistência em saúde? (LO, 2012) Para responder estas e outras perguntas que podem ser levantadas, é preciso considerar o contexto social patriarcal e misógino em que se estabelece a relação entre a mulher e os provedores de saúde. Dentro desse modelo, procedimentos médicos sobre o corpo da mulher não podem ser problematizados a partir da colocação da figura feminina como centro da atenção, uma vez que isso implicaria reconhecer a mulher como sujeito autônomo e detentor de direitos, favorecendo suas percepções e concepções. Neste sentido, a agenda de pesquisa precisa ser modificada e contemplar a mulher como sujeito de direitos e, no delineamento de estudos, considerar a assimetria de poderes como um pressuposto. Estudos como os de MELLO E SOUZA (1994) e HOPKINS (2000) precisam ganhar visibilidade, valorização e servir como inspiração para novos trabalhos.

De acordo com a literatura analisada no presente estudo, a cesárea eletiva muitas vezes torna-se sinônimo de cirurgia a pedido da mulher, e mulheres pressionam médicos para obterem um parto cirúrgico. Ou seja, conforme o discurso hegemônico, é a mulher quem decide pela cesárea. Tal discurso não tem sustentação, uma vez que ignora a diferença de hierarquia e poder entre esses atores e que atribui à mulher total autonomia sobre tal escolha, como se ela estabelecesse com o médico uma relação horizontal.

Logo, assumindo esse suposta equivalência de poderes, assim como a impossibilidade de suportar a pressão imposta pelo “sofrimento” materno que clama pela cesárea aliviadora (HOPKINS, 2000) pode finalmente um médico justificar a prática de um procedimento que vai ao encontro das supostas necessidades da mulher. Por meio desta justificativa, alinham-se artificialmente os interesses dos dois atores, restando ocultos os reais interesses do profissional em fazer a cirurgia.

Esta perspectiva é particularmente útil para a análise daquelas situações em que a gestante é levada a se internar ainda em fase latente de trabalho de parto ou em pródromos e prontamente recebe medicamentos para indução das contrações, particularmente infusão venosa de ocitocina e misoprostol no canal de parto. Não raramente, a evolução não se dá a contento e a introdução desses fármacos impõe real sofrimento à parturiente, causando-lhe dores insuportáveis. Como em uma sessão de tortura* e com a percepção alterada da realidade, a mulher termina por concordar com a indicação da cesariana – seu discurso enfim alinhado ao do médico por meio de uma forma de convencimento que jamais ocorreria em qualquer outra situação. Seria tal prática validada caso ocorresse no corpo e na vida de um homem?

No entanto, em grande parte das vezes, o processo que modifica a inflexão do desejo pelo parto vaginal se inicia durante a gestação e termina na indicação de uma cesárea eletiva fora de trabalho de parto (POTTER et al., 2008). Nessa trajetória, uma parcela significativa das mulheres que planejavam ter um parto vaginal muda de ideia e “escolhe” uma cesariana (HOPKINS, 2000). O pré-natal parece ser, portanto, um momento de particular vulnerabilidade da mulher a opiniões externas, e o conhecimento autoritativo, representado pelo médico, tem o maior potencial entre todos de modular essa “escolha”.

Nos textos recuperados a partir das bases de dados da área da saúde, a invisibilidade do conflito é ainda maior – não foram encontrados textos com

* Vera Silvia Facciolla Paiva, arguição de memorial de Livre-Docência de Carmen Simone Grilo Diniz, 2011.

a combinação dos termos *cesarean section* e *induced demand*, associados. Essa combinação só retornou resultados na base EconPapers, onde vários estudos econométricos examinam a influência de incentivos financeiros diretos e indiretos na indução da demanda pelas cesáreas.

O conflito de interesses entre médico e mulher parece ser impalpável no que diz respeito ao reconhecimento de sua presença, indizível para a mulher que, gaslaiteada e desempoderada de si na decisão aceita o veredicto médico de cesárea necessária; e inconfessável para o médico, que autojustifica sua prática e faz uso de mecanismos de alteração da percepção dos riscos associados ao parto pela gestante. Na linha da superestimação dos riscos do parto associada à subestimação dos riscos da cirurgia, os discursos vão sendo realinhados, até que seja eticamente aceitável praticar a cesariana sem indicação precisa: “eu fiz porque ela pediu”.

Ao mesmo tempo, é preciso que o profissional esteja munido de grande autoconfiança e autoconvencimento. Para aliviar-se do dilema ético, é preciso que acredite em si mesmo e em sua capacidade de executar bem o procedimento e ele também precisa estar convencido de que sua escolha, que entende ser coincidente com a da mulher, é a mais adequada e menos arriscada. É notório que a segurança de uma cesariana tem sido superestimada, ao mesmo tempo em que seus riscos são subestimados (DINIZ, 2009; HOPKINS, 2000), de tal modo que os nascimentos cirúrgicos tornaram-se uma prática de rotina que é considerada como segura ou mais segura do que o parto vaginal.

A cirurgia cesariana devolve ao médico o valor do seu papel social. Ao dispor da cesárea, o profissional reforça a divisão social do trabalho que reputa seu tempo como mais valioso entre tantos outros. Detentor de prestígio porque seu tempo de trabalho vale mais que outros, o médico não pode esperar pelo tempo da mulher e de seu trabalho de parto. É também importante lembrar que a cesariana agrega alta densidade de tecnologia dura que, quanto mais utilizada, mais prestígio confere a quem a domina.

A invisibilidade do conceito na literatura científica também pode ser interpretada como consequência de censura sobre o desalinhamento de interesses entre mulher e médico. Ao se investigar temas que permitem inferir a presença de relação conflituosa entre interesses sem, no entanto, explicitar o fenômeno,

pesquisadores acabam por subestimar a influência das conveniências relacionadas ao interesse secundário de médicos e instituições. Embora este viés possa ser creditado mais ao instituído e ao costume do que à intencionalidade de ocultação das circunstâncias conflituosas, o resultado remete à percepção de que explicitar a possibilidade de conflito de interesses no parto e no nascimento seja algo indizível e inconfessável.

Como demonstram os textos incluídos neste estudo, a possibilidade de indução da demanda de cesáreas pelo provedor, mediada por incentivos financeiros e não financeiros, configura a interferência de interesses secundários sobre a decisão terapêutica, caracterizando, desta forma, a evidência de presença de conflito de interesses.

Por mais que seja necessário inferir a presença do fenômeno por meio do estudo dos fatores associados, não há evidência de ausência do conflito. Além disso, pode-se afirmar que existem as evidências de sua presença, conquanto esta seja subliminar no discurso. Ao desvelar os achados dos textos incluídos e trazer à superfície o que está apenas insinuado, cria-se a possibilidade de nomear o conflito de interesses – e a consequência imediata é promover o seu reconhecimento.

É relevante notar que, à exceção de apenas três autoras (GOER, 2003; HOPKINS, 2000; MELLO E SOUZA, 1994), outros textos sequer mencionam a categoria “interesses”. Porém, podemos afirmar que a existência de conflito de interesses nas decisões por cesáreas é possível porque na assistência ao parto pode-se identificar circunstâncias que criam o risco de diversos interesses secundários localizados no provedor influenciarem indevidamente as decisões terapêuticas no nascimento e parto, mudando os desfechos que seriam esperados pelo interesse primário, inclusive na direção de agregar riscos e de romper com a relação de confiança e com o cumprimento de direitos

Segundo LO (2012), na assistência em saúde, os interesses secundários podem incluir, embora não exclusivamente, prestígio, reconhecimento profissional e comprometimento intelectual a uma determinada ideia ou abordagem. Essa colocação corrobora os achados recolhidos nesta revisão, pois a ideia da cesárea como procedimento mais seguro permeia o discurso das corporações médicas, que aparecem em algumas referências como agentes de pressão sobre os profissionais. O

autor ainda destaca que, apesar de não serem necessariamente os fatores mais fortes, as relações econômicas são normalmente o foco das políticas de controle de conflitos de interesse por serem mais facilmente quantificáveis e mais fáceis de serem submetidas à regulação

Alguns estudos apontam o “estilo de prática” do profissional como um fator que pode modular sua indicação de cirurgia. Neste sentido, a categoria utilizada parece estar desprovida de inclinação do pensamento ou viés, sendo algo estático que acontece *per se*: o médico pratica mais cesáreas porque esse é seu estilo definido *a priori*. Não há valor imputado a essa escolha, é como gostar mais de uma cor do que de outra. Esse raciocínio facilita a exclusão de qualquer aspecto conflituoso que possa ser levantado, e praticamente invalida a análise do conflito de interesses já que esta requer a avaliação da conjuntura no momento da indicação.

Um dos poucos a mencionar a palavra “interesses” em seu conteúdo, o estudo de HOPKINS (2000) conclui que apenas uma minoria de mulheres acredita que médicos prefiram cesáreas a partos normais. Solicitadas a estimar a taxa de cesáreas do hospital onde estavam sendo atendidas, as mulheres sempre subestimaram em muito a taxa real, e ficavam surpresas quando esta última lhes era revelada.

A mesma autora aponta o quanto a utilidade do tempo altamente comprometido de médicos que dividem suas jornadas semanais entre plantões obstétricos em hospitais estatais, clínica de pré-natal no setor público e consultório privado pode promover sua indicação de cesáreas em suas gestantes do setor privado para propiciar o cumprimento de tais jornadas. Entretanto, é impossível a um profissional confessar eticamente essa prática.

Algo bastante intrigante é perceber como a comunidade científica desconsidera discursos destoantes, como as narrativas de HOPKINS (2000) e MELLO E SOUZA (1994) acerca dos reais motivos para taxas tão altas de cesarianas. Seus textos apontavam, já no final dos anos 1990, o caminho para o evidenciamento do conflito de interesses nesta área. No entanto, apesar de bastante citados, seus trabalhos parecem não encontrar eco na produção científica, que reverbera constantemente outras construções mais facilmente discutidas e que

deslocam o discurso para fora do personagem médico, como acontece, por exemplo, com a cesárea por solicitação materna.

Na análise econométrica efetuada por DAS (2002), investiga-se a teoria da indução da demanda pelo provedor no contexto da redução das taxas de cesarianas nos Estados Unidos, após a implantação do modelo de *managed care*. Na mesma época, já havia uma forte tendência de queda nas taxas de fertilidade entre mulheres americanas. Esse fator pressionou pelo aumento das taxas de cesáreas que, à época, remuneravam diretamente melhor o médico. A autora argumenta que médicos podem abusar da situação de assimetria de conhecimento e induzir a demanda por cesáreas. Isto tende a acontecer ainda mais quando a renda se dá em função de procedimentos médicos específicos mais lucrativos. É importante acrescentar que a conduta médica pode ser mais rentável direta ou indiretamente, pelo aumento da utilidade do tempo devido à utilização de atos que abreviam o tempo gasto pelo profissional. Assim, a cesariana novamente mostra sua utilidade para aumentar a remuneração médica.

A complexidade da influência exercida pelos diversos fatores parece não ser alcançada completamente pelo raciocínio de DAS (2002), que segue afirmando que “pode haver outros benefícios não pecuniários, como lazer adicional e conveniências agendadas que podem levar o ginecologista/obstetra afiliado do *managed care* a induzir a demanda”. A pesquisadora ainda infere que o efeito de incentivo decorrente desses fatores é menos importante do que o efeito de incentivo decorrente de maior renda. Ela reconhece que a cesariana leva menos tempo que o acompanhamento do trabalho de parto e parto fisiológicos, mas presume que o tempo que sobra é utilizado meramente com o lazer, desconsiderando a possibilidade de ser utilizado para outras atividades economicamente rentáveis. É clara a subestimação do ganho pecuniário secundário que pode ser obtido com a reorganização do tempo. Ainda pressupõe que a indução da demanda tenha um limite, o que se fundamenta na ideia de que a realização da cesariana é estressante e mais arriscada para o médico, no que diz respeito à possibilidade de processos judiciais. Isto pode ser verdade no caso americano, mas no contexto brasileiro, onde é mais fácil ser processado por consequências danosas de um parto do que de uma cesárea, o contrário se verifica. Da mesma forma, como praticam muito a cesárea, sentem-se mais seguros e menos

estressados na cirurgia que no parto, o que corrobora com as afirmações de MARTINS-COSTA e RAMOS (2005) acerca da segurança da cesariana para o médico.

Outro estudo que aponta a potência da assimetria informacional entre provedor e usuária para promover a maximização da renda é o de BHAT et al. (2007). Os autores afirmam que a complexidade da área de saúde provoca essa assimetria, que torna possível aos médicos lançar mão de opções terapêuticas mais rentáveis, a despeito de sua aceitação pela sociedade e pelos usuários.

FABBRI e MONFARDINI (s.d.) também reforçam a importância do papel da assimetria de conhecimentos na determinação de uso abusivo de procedimentos por parte do médico, que consideram ter o conhecimento dominante na relação com o paciente. Apesar de reconhecer este fato, os autores apontam que a literatura vem tratando a decisão pela cesárea como resultado de um processo de negociação entre médico e paciente, no qual o profissional aceita o desejo da usuária quando este coincide com o seu “estilo de prática”.

A mesma linha de raciocínio é desenvolvida por GHOSH (2010). A autora ressalta que “o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias reprodutivas tem criado possibilidades contraditórias para as mulheres”. Seu estudo mostra que fatores que ela chama de “não-médicos” são determinantes importantes para a realização da cesariana, tornando crescente a preocupação com a possibilidade de abuso dessa tecnologia médica tendo o lucro como finalidade. Assim como identificado por FABBRI e MONFARDINI (s.d.), ela também cita a preferência de médicos associada à suposta demanda das mulheres pela cirurgia como fator responsável pela tendência de aumento das taxas de cesarianas. Novamente se fala da presença de um estilo de prática médica mais favorável à cirurgia. Assim como na realidade brasileira, seu estudo verifica taxas mais altas no setor privado, em comparação com o público.

Reconhecendo que a prática da cesariana manifesta-se sensível a uma variedade de forças econômicas, o que inclui tipo de fonte de pagamento, responsabilização por negligência e incentivos financeiros, GRANT (2008) retoma um estudo realizado anos antes por GRUBER e OWINGS (1994) e submete os dados a um novo referencial analítico da econometria. Os resultados mostram que o poder

de exercício de influência indevida de incentivos financeiros diretos havia sido superestimado por GRUBER e OWINGS (1994). Mais uma vez, a área da economia contribui para mostrar que incentivos financeiros diretos para reduzir a ocorrência de cesáreas falham em atingir seus objetivos.

GRUBER e OWINGS (1994) são citados por vários dos autores mantidos na revisão, por terem desenvolvido a ideia da pertinência do modelo de indução da demanda e sua aplicabilidade no campo da obstetrícia. Essa teoria afirma que, confrontados com choques negativos de renda, médicos podem se utilizar da relação de poder sobre seus pacientes para prover excesso de cuidados, de forma a manter seu patamar de rendimentos. Seu teste de arcabouço teórico possibilitou criar uma explicação para o aumento das taxas de cesariana nos EUA a partir dos anos 1970, em decorrência do declínio da fertilidade. Naquela época, o reembolso por um parto era menor do que para uma cesariana e, como demonstrado pelo estudo dos autores, impulsionou o retorno aos ganhos pecuniários de antes da redução das taxas de fertilidade. Entretanto, como foi demonstrado posteriormente por GRANT (2008), o efeito da influência desse tipo de incentivo financeiro foi superestimado pelo formato de análise.

Os outros fatores apontados pelos autores com potencial para redução de renda do médico são a redução dos valores pagos por procedimentos e as variações na relação matemática médicos/população. Os autores também apontam a influência do surgimento de novas tecnologias – mais caras – como desencadeadoras de seu próprio uso, e analisam a literatura que sugere que a introdução indiscriminada de tecnologia médica pode na verdade reduzir ou por em risco o bem estar das pessoas. Chama a atenção, também, o fato de os autores não considerarem o incentivo indireto em sua análise.

Em termos de investimento de tempo apenas, a cirurgia cesariana é muito mais eficiente para o obstetra e, ao contrário de parto normal, cesáreas podem ser agendadas com antecedência. e levam muito menos tempo do que um parto normal. A cesariana, que é descrita pelos autores “como um procedimento mais difícil”. Entretanto, se pensarmos que sua prática tornou-se corriqueira, possibilitando que o aprendizado seja facilitado, a dificuldade do procedimento dá

lugar à comparação com o parto vaginal em termos de carga de trabalho, muito maior neste último.

5.5 CONCEITUAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

A partir da proposição de LO e FIELD (2009), a construção da matriz que descreve o conceito em forma gráfica teve como objetivo criar uma espécie de sala de situação em que pudéssemos avaliar os dados extraídos da literatura. Em seguida, propusemos o uso desse arcabouço para descrever como os elementos analisados nos textos recuperados na revisão sistemática são, de fato, fatores associados ao conflito de interesses e lhe conferem concretude no contexto da indicação, escolha e decisão por cesáreas.

ROBERTSON e col. (2012) revisaram estudos a respeito de conflitos de interesses e, mesmo que tenham focado os de natureza financeira, problematizados objetivamente há mais tempo, os autores apontam que muitos dos trabalhos incluídos não nomeiam o conflito de interesse como tal. É curioso notar que mesmo ao documentarem a influência de interesses financeiros nas decisões terapêuticas efetivadas por médicos esses estudos não se referem à existência de conflito de interesses. Assim é que, tendo como ponto de partida esta revisão, afirmo hoje que, na decisão por uma cesariana, existe conflito de interesses entre médico e mulher sempre que uma indicação do procedimento desconsiderar o interesse primário – identificado com a promoção da saúde, dos direitos e do bem-estar da mulher – e se deslocar para o suprimento do interesse secundário, aqui relacionado com quem provê o que deveriam ser os cuidados.

Assim, conforme a Figura 6, a promoção da saúde e do bem-estar da mulher constitui a finalidade central da assistência, em torno de quem se realizam as indicações de cesariana. Estas sofrem influências indevidas de interesses secundários financeiros e não financeiros, segundo aventado no presente trabalho e de acordo com a representação gráfica a seguir.

Figura 6: Matriz teórica conceitual do conflito de interesses nas decisões por cesárea. Brasil, 2013.

Fonte: Delage Silva, 2013.

5.6 LIMITAÇÕES

Entre as limitações deste trabalho, destacamos a possibilidade de não termos explorado todos os termos para identificar evidências dos conflitos de interesses. Outra questão importante a ser avaliada é se a ampliação das buscas para bases de dados relacionadas com outras áreas temáticas do conhecimento poderia mudar o delineamento do conceito de acordo com os fatores associados que surgissem nos discursos dos estudos recuperados. O silêncio sobre o tema limita a pesquisa – podemos ter feito inferências indevidas sobre a possibilidade de haver conflitos de interesses em decisões por cesáreas devido à escassez de material para análise que definisse e utilizasse o conceito.

Por fim, construímos o conceito de conflito de interesses na decisão por cesárea com base em um conceito que considera a possibilidade de sua existência na educação, na assistência e na pesquisa em saúde. Porém, toda essa construção, incluindo a identificação dos fatores associados, fica comprometida caso essa matriz não se aplique de fato no contexto da decisão por uma cesariana.

6. CONCLUSÕES

O principal achado desta revisão foi o quase absoluto silêncio da literatura sobre os conflitos de interesses entre provedores de cuidados e mulheres nas decisões por cesárea. Embora o fenômeno apareça implícito nos textos que problematizam variados tipos de incentivos à prática de cesarianas e a indução da demanda, raramente é nomeado como tal.

O mapeamento das publicações que abordam o tema, ou seus fatores associados, demonstrou a ocorrência massiva de textos escritos em língua inglesa, publicados desde o final dos anos 1980 até o presente, com forte presença de relatórios da área de economia da saúde.

Alguns dos termos e descritores que puderam ser associados à presença, mesmo que apenas implícita, do conceito de conflitos de interesses nos estudos foram: agendamento de cesárea, variação da prática, atitudes médicas, mudança de comportamento médico, prática obstétrica, interações médico-paciente, seguro-saúde, assistência gerenciada, estilo de prática do provedor, regulação do seguro-saúde, incentivo ao provedor, incentivos financeiros, escolha do paciente, prática médica, tomada de decisão e conhecimento autoritativo.

As principais circunstâncias em que os fatores associados aos conflitos de interesses são problematizados são processos de análise da assistência obstétrica que investigam explicações e interferências potenciais nas variações das taxas de cesáreas nos mais diversos cenários. Os atores mais frequentemente incluídos nessas análises são médicos, outros profissionais da assistência (enfermeiros, parteiras, administradores), seguros-saúde, hospitais públicos e privados, governos, organizações para manutenção de saúde (específicas do caso norte-americano) e, por fim, as mulheres. É inegável que, entre todos, o ator mais próximo da mulher no momento da tomada de decisão, e com mais poder de influenciar o desfecho, é o médico.

A quase total ausência da análise explícita de conflitos de interesse em decisões por cesáreas aponta para uma lacuna de conhecimento a ser preenchida. A invisibilidade do conceito na literatura científica também pode ser interpretada

como consequência de uma determinada forma de censura sobre o desalinhamento de interesses entre a mulher e o médico.

A natureza dos conflitos de interesses existentes entre mulheres, médicos, outros profissionais da assistência ao parto, hospitais e fontes pagadoras ou financiadoras da assistência dividem-se, embora com pesos diferentes, entre os de ordem financeira direta e indireta e os de ordem não financeira. Entre estes últimos, destacam-se os seguintes fatores associados: assimetria de informação e poder, pressão institucional, pressão corporativa, lazer e vida familiar, prevenção contra processos judiciais e estilo de prática. No que diz respeito à assimetria de informação e poder, à assimetria na relação médico-paciente soma-se também a assimetria de gênero, e através desta sinergia de assimetrias, a fisiologia e os tempos femininos são considerados inadequados e irracionais frente às necessidades institucionais e profissionais.

As altas taxas de cesárea, como forma de eliminação do trabalho de parto e redução do tempo de assistência configuram-se como um efeito adverso do monopólio e hegemonia médicos na atenção ao parto e nascimento. Ao dispor da cesárea, o profissional reforça a divisão social do trabalho que reputa seu tempo como mais valioso entre todos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbieri TDE. Derechos reproductivos y sexuales . Encrucijada en tiempos distintos. Revista Mexicana de Sociología. 2000;62(1):45–59.

Barroco MLS. Fundamentos éticos do Serviço Social. São Paulo;

Béhague DP. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. Culture, Medicine and Psychiatry. 2002;473–507.

Bernstein SN, Matalon-Grazi S, Rosenn BM. Trial of labor versus repeat cesarean: are patients making an informed decision? American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. Elsevier Inc.; 2012 Sep [cited 2013 Oct 14];207(3):204.e1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22939727>

Bettinsoli AR. Cartas al Editor. Arch Argent Pediatr. 2009;107(1):95.

Bhat R, Chandra P, Mukherjee S. Involving Private Healthcare Providers to Reduce Maternal Mortality in India : A Simulation Study to Understand Implications on Provider Incentives Involving Private Healthcare Providers to Reduce Maternal Mortality in India : A Simulation Study to Unders. Ahmedabad; 2007. p. 23.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) [Internet]. 2010. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Calipo SM, Soares CB. Público e privado na reforma do Sistema de Saúde no Brasil. Sociedade em Debate. 2008;14(1):119–38.

Cesaroni G, Forastiere F, Perucci CA. Are cesarean deliveries more likely for poorly educated parents? A brief report from Italy. Birth Berkeley Calif [Internet].

Blackwell Publishing, Malden MA; 2008;35(3):241–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18844650>

Cindoglu D, Sayan-Cengiz F. Medicalization discourse and modernity: contested meanings over childbirth in contemporary Turkey. *Health care for women international* [Internet]. 2010 Mar [cited 2014 Feb 12];31(3):221–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20390649>

Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília: D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173; 2010.

Dahlgren LS, Dadelszen P Von, Christilaw J, Janssen PA, Lisonkova S, Marquette GP, et al. Caesarean Section on Maternal Request: Risks and Benefits in Healthy Nulliparous Women and Their Infants. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2009;31(9):808–17.

Das M. Is there evidence against the induced demand hypothesis? Explaining the large reduction in cesarean rates. New York; 2002. p. 43.

Diniz CSG. Evidências em saúde: o que são, o que podem ser, e de que tipo de evidências precisamos. In: Paiva V, Jr. IF, Kalichman AO, editors. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos – Prevenção e Promoção da Saúde – Livro IV - Planejar, Fazer, Avaliar*. Juruá; 2012.

Diniz SG, Chacham AS. “The Cut Above” and “the Cut Below”: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in Sao Paulo, Brazil. *Reproductive health matters*. 2004;12(23):100–10.

Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2009;19(2):313–26.

Dodd JM, Crowther C a, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS. Birth after caesarean study--planned vaginal birth or planned elective repeat caesarean for women at term with a single previous caesarean birth: protocol for a patient preference study and

randomised trial. BMC pregnancy and childbirth [Internet]. 2007 Jan [cited 2013 Feb 10];7:17. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1988834&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Fabbri D, Monfardini C. Style of practice and assortative mating: a recursive probit analysis of cesarean section scheduling in Italy. Bologna; p. 1–22.

Faúndes A, Cecatti G. A Operação Cesárea no Brasil . Incidência , Tendências , Causas , Consequências e Propostas de Ação. Cadernos de Saúde Pública. 1991;7(2):150–73.

Faúndes A, Pádua KS de, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH de. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto Brazilian women and physicians ' viewpoints on their preferred route of delivery. Rev Saúde Pública. 2004;38(4):488–94.

Finsen V, Storeheier AH, Aasland OG. Cesarean Section : Norwegian Women Do as Obstetricians Do — Not as Obstetricians Say. Birth Berkeley Calif. 2008;35(2):117–20.

Fraser W, Usher R, McLean F, Bossenberry C, Thomson M, Kramer M, et al. Temporal variation in rates of cesarean section for dystocia: does “convenience” play a role? Am J Obstet Gynecol. 1987;156(2):300–4.

Freda MC. And now primary cesarean section by choice?. MCN Am J Matern Child Nurs. 2003;28(4):221.

Fuglenes D, Pal Oian, Kristiansen IS. Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? Am J Obstet Gynecol. Forde, Norway; 2009;200(48).

Gallagher J. Prenatal invasions & interventions: what's wrong with fetal rights. Harvard Women's Law Journal. 1987;10(9):9–58.

Gamble JA, Health M, Creedy DK. Women ' s Request For a Cesarean Section : A Critique of the Literature. *Birth*. 2000;(December):256–63.

Ghosh S. Increasing trend in Caesarean Section Delivery in India : Role of Medicalisation of Maternal Health. Bangalore; 2010. p. 20.

Gibbons L, Belizan JM, Lauer J a, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American journal of obstetrics and gynecology* [Internet]. Elsevier Inc.; 2012 Apr [cited 2013 Nov 1];206(4):331.e1–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22464076>

Glasser M. Cesarean section: science or ritual surgery? Medical hypotheses [Internet]. 1991 Jan;34(1):73–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2056934>

Goer H. “Spin doctoring” the research. *Birth* (Berkeley, Calif.) [Internet]. 2003 Jun;30(2):124–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12752170>

Goodman MJ, Nelson WW, Maciosek M V. Births by day of week: a historical perspective. *Journal of midwifery & women's health* [Internet]. 2005 [cited 2013 Oct 16];50(1):39–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15637513>

Grant D. Physician financial incentives and cesarean delivery: new conclusions from the healthcare cost and utilization project. Huntsville; 2008. p. 22.

Green JPTHS. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of*. 2008.

Gruber J, Owings M. Physician financial incentives and cesarean section delivery. Cambridge, MA; 1994.

Gutiérrez FC. Encuentros Y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76(5):395–408.

Hong Y-C, Linn GC. Financial incentives and use of Cesarean delivery: Taiwan birth data 2003 to 2007. *The American journal of managed care* [Internet]. 2012 Jan;18(1):e35–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22435789>

Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social science & medicine* (1982) [Internet]. 2000 Sep;51(5):725–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10975232>

Hotimsky SN. *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. Universidade de São Paulo; 2007.

Hsu K-H, Liao P-J, Hwang C-J. Factors affecting Taiwanese women's choice of Cesarean section. *Social science & medicine* (1982) [Internet]. 2008 Jan [cited 2013 Sep 22];66(1):201–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17869398>

Huang K, Tao F, Faragher B, Raven J, Tolhurst R, Tang S, et al. A mixed-method study of factors associated with differences in caesarean section rates at community level: the case of rural China. *Midwifery* [Internet]. Elsevier; 2013 Aug [cited 2013 Sep 25];29(8):911–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23434022>

JBIEBNM. Appraising Systematic Reviews. *Changing Practice Sup.* 1 [Internet]. 2000;1–6. Available from: www.joannabriggs.edu.au/CP1.pdf

Johnson EM, Rehavi MM, Si N, Care H, We UBC, Almond D, et al. *Physicians treating physicians: information and incentives in childbirth*. Cambridge, MA; 2013. p. 49.

Kabakian-Khasholian T, Kaddour A, Dejong J, Shayboub R, Nassar A. The policy environment encouraging C-section in Lebanon. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* [Internet]. 2007 Sep [cited 2013 Oct 16];83(1):37–49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17178426>

Kaimal AJ, Kuppermann M. Understanding risk, patient and provider preferences, and obstetrical decision making: approach to delivery after cesarean. *Seminars in perinatology* [Internet]. Elsevier Inc.; 2010 Oct [cited 2013 Oct 16];34(5):331–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20869549>

Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish register study. *Birth* Berkeley Calif [Internet]. 2010;37(1):11–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20402717>

Kesselheim AS, Orentlicher D. Insights from a National Conference: “conflicts of interest in the practice of medicine.” *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics* [Internet]. 2012 Jan;40(3):436–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23061571>

Khawaja M, Jurdi R, Kabakian-Khasholian T. Rising trends in cesarean section rates in Egypt. *Birth* (Berkeley, Calif.) [Internet]. 2004 Mar;31(1):12–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1457115&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Kringeland T, Daltveit AK, Møller A. How does preference for natural childbirth relate to the actual mode of delivery? a population-based cohort study from Norway. *Birth* Berkeley Calif [Internet]. 2010;37(1):21–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20402718>

Langer B, Schlaeder G. Travail original. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1998;27:62–70.

Lauretis T de. *Eccentric Subjects: Feminist Theory and Historical Consciousness*. *Feminist Studies*. 2014;16(1):115–50.

Lee ASM, Kirkman M. Disciplinary discourses: rates of cesarean section explained by medicine, midwifery, and feminism. *Health care for women international*

[Internet]. 2008 May [cited 2014 Feb 12];29(5):448–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18437594>

Lee S, Khang Y, Lee M. Women ' s Attitudes Toward Mode of Delivery in South Korea — a Society with High Cesarean Section Rates. *Birth*. 2004;2001(June):108–16.

Liu C-N, Yang M. Rethinking “woman’s choice” of cesarean delivery. *American journal of public health*. 2003;93(7):1036–7.

Liu T, Chen C, Tsai Y, Lin H. Taiwan ’ s High Rate of Cesarean Births : Impacts of National Health Insurance and Fetal Gender Preference. *Birth*. 2007;(June):115–22.

Lo B, Field MJ. Conflict of interest in medical research, education, and practice. Washington; 2009. p. 436.

Lo B. The Future of Conflicts of Interest : A Call for Professional Standards. *Conflicts of interest in the practice of medicine*. 2012. p. 441–51.

Lo JC. Financial incentives do not always work: an example of cesarean sections in Taiwan. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* [Internet]. 2008 Oct [cited 2013 Sep 22];88(1):121–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18436331>

LoCicero A K. Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. *Social science & medicine* (1982) [Internet]. 1993 Nov;37(10):1261–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8272904>

Lowe NK. Amazed or appalled, apathy or action? *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG* [Internet]. 2003;32(3):281–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12774866>

Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2008.

Malacrida C, Boulton T. Women's Perceptions of Childbirth "Choices": Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness. *Gender & Society* [Internet]. 2012 Aug 8 [cited 2013 Sep 16];26(5):748–72. Available from: <http://gas.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0891243212452630>

Marieskind HI. An evaluation of Cesarean section in the United States. Washington, DC; 1979.

Martins-Costa S, Ramos JGL. Editorial A questão das cesarianas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(10):571–4.

Mattar LD, Simone C, Diniz G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2012;16(40):107–20.

McCallum C. Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil. *Sociology of health & illness* [Internet]. 2005 Mar;27(2):215–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15787776>

Mello e Souza C de. C-sections as ideal births: The cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 1994;3:358–66.

Miesnik SR, Reale BJ. A Review of Issues Surrounding Medically Elective Cesarean Delivery. *JOGNN*. 2007;36(6).

Miller AR. The Impact of Midwifery-Promoting Public Policies on Medical Interventions and Health Outcomes. *Advances in Economic Analysis & Policy*. 2006;6(1).

Miller R, Depp R. Minimizing perinatal neurologic injury at term: is cesarean section the answer? Clinics in perinatology [Internet]. 2008 Sep [cited 2013 Oct 16];35(3):549–59, xi. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18952021>

Monari F, Mario S Di, Facchinetti F, Basevi V. Obstetricians' and Midwives' Attitudes toward Cesarean Section. Birth. 2008;35(2):129–35.

Morrison J, Mackenzie IZ. Cesarean Section on Demand. Seminars in perinatology. 2003;27(1):20–33.

Mossialos E, Allin S, Karras K, Davaki K. An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. European journal of public health [Internet]. 2005 Jun [cited 2013 Oct 16];15(3):288–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15923214>

Mossialos E, Allin S, Karras K, Davaki K. An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. European journal of public health [Internet]. 2005 Jun [cited 2014 Feb 12];15(3):288–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15923214>

Movsas TZ, Wells E, Mongoven A, Grigorescu V. Does medical insurance type (private vs public) influence the physician's decision to perform Caesarean delivery? Journal of medical ethics [Internet]. 2012 Aug [cited 2013 Oct 4];38(8):470–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22562949>

Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. BMJ British Medical Journal [Internet]. Bmj; 2000;321(7275):1501–5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=27552&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Nau J-Y. News et opinions : Actualité. Revue Médicale Suisse. 2009;(2):2–4.

Nelson, H. L. (2001). *Damaged Identities, Narrative Repair*. New York: Cornell University Press.

Oberman M. Mothers and Doctors' Orders: Unmasking the Doctor's Fiduciary Role in Maternal-Fetal Conflicts. *Northwest Univ Law Rev*. 2000;94(2):451–501.

Obst TE, Nauenberg E, Buck GM. Maternal Health Insurance Coverage as a Determinant of Obstetrical Anesthesia Care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* [Internet]. 2001 [cited 2013 Oct 16];12(2):177–91. Available from: http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/journal_of_health_care_for_the_poor_and_underserved/v012/12.2.obst.html

Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(10):1927–36.

Parkhurst JO, Rahman SA. Life saving or money wasting? Perceptions of caesarean sections among users of services in rural Bangladesh. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* [Internet]. 2007 Mar [cited 2013 Oct 16];80(3):392–401. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16698113>

Pearson A. Balancing the evidence : incorporating the synthesis of qualitative data into. *JBIC Reports*. 2004;2:45–64.

Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2003;82(April):399–409.

Peral CV, Gracida LO. La epidemia nos ha alcanzado. *Ginecol Obstet Mex*. 2005;73:464–5.

Pierre KD, Vayda E, Lomas J, Enkin MW, Hannah WJ, Anderson GM. Obstetrical attitudes and practices before and after the Canadian Consensus Conference Statement on Cesarean Birth. *Social science & medicine* (1982) [Internet]. 1991 Jan;32(11):1283–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2068611>

Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale. *Birth*. 2008;35(1):33–40.

Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo , Brasil * On the hypothesis of the cesarean birth rates stabilization. 1996;(Iii):19–33.

Rebello F, da Rocha CMM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2010 Jul [cited 2014 Feb 12];89(7):903–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20583936>

Robertson C, Rose S, Kesselheim AS. Effect of financial relationships on the behaviors of health care professionals : A review of the evidence. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2012;Fall:452–66.

Rubin G. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. 1989. p. 113–90.

Sakala C. Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. *Social science & medicine*. 1993;37(10):1177–98.

Santos VE dos. Valores sociais e valores associados ao consumo de drogas entre jovens de diferentes grupos sociais na cidade de Santo André - São Paulo: Uma análise de representações cotidianas. 2013. p. 431.

Scott JW. Gender : A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*. 1986;91(5):1053–75. 10. Shearer EL. Cesarean section: medical benefits and costs. *Social science & medicine*. 1993;37(10):1223–31.

Shojai R, Boubli L. Pour ou contre la césarienne de « convenance » ? Cesarean section on maternal request : pros and cons ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2004;32:347–51.

Skalkidis Y, Petridou E, Papathoma E, Revinthi K, Tong D, Trichopoulos D. Are operative delivery procedures in Greece socially conditioned? *International journal for quality in health care* [Internet]. 1996 Apr;8(2):159–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8792171>

Souza C de M e. C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 1994;3:358–66.

Spetz J, Smith MW, Ennis SF. Physician incentives and the timing of cesarean sections: evidence from California. *Medical care* [Internet]. 2001 Jun;39(6):536–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11404639>

Stafford RS. Alternative Strategies for Controlling Rising Cesarean Section Rates. *Journal of the American Medical Association* [Internet]. 1990 Oct;10(3):121–2. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00132582-199010000-00001>

The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition [Internet]. The Joanna Briggs Institute; 2011. Available from: <http://joannabriggs.org/Documents/sumari/Reviewers Manual-2011.pdf>

Tully KP, Ball HL. Misrecognition of need: women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social science & medicine* (1982) [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 May [cited 2013 Sep 22];85:103–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540373>

Turcotte L, Robst J, Polachek SW. Medical Interventions among Pregnant Women in Fee-for-Service and Managed Care Insurance: A Propensity Score Analysis. Bonn; 2005.

Victora CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* [Internet].

2011 May 28 [cited 2013 Jun 9];377(9780):1863–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561656>

Victora CG, Barros FC. Beware : unnecessary caesarean sections may be hazardous. *The Lancet*. 2006;367:1796–7.

Waniez P, Wurtz B, Brustlein V. L’abus du recours à la césarienne au Brésil: dimensions géographiques d’une aberration médicale. *Cahiers Santé*. 2006;16(1):21–31.

WHO. Social determinants of sexual and reproductive health. 2010. p. 166.

Witter F, Devoe L. Update on successful induction of labor —. *Advanced Studies in Medicine*. 2005;5(October):888–98.

Yang Y, Mello M, Subramanian S, Studdert D. Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section. *Med Care*. 2009;47(2):234–42.

8. ANEXO: PROTOCOLO DE PESQUISA

Protocol: Conflicts of interests on deciding for caesarean sections: a systematic review

Reviewers

Deborah Rachel Audebert Delage Silva, DDS, PhDc (Public Health)¹ and Denise Yoshie Niy (MSc)²

The Brazilian Centre for Evidence-based Healthcare: An Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute

1 PhDPS Student, Public Health School, University of São Paulo. Contact: delage@usp.br

2 Research group member, Public Health School, University of São Paulo. Contact: niy@usp.br

Abstract

The objective of this systematic review is to identify national and international scientific production in which the circumstances where conflicts of interest on deciding upon a caesarean section are dealt with. This study aims to answer this question: how the concept of conflicts of interest is used in studies addressing childbirth care particularly when caesarean sections are in focus? Studies that involve the following populations will be considered: women regardless of parity status, obstetric risk, age, education, race, ethnicity, culture and living with or without partners; health professionals of all types involved with antenatal and/or childbirth care in both private and public health care units, including but not limited to hospitals; and other stakeholders in charge of payment sources. Phenomenon of

interest is the occurrence of conflicts of interest in the context of deciding upon a caesarean section.

Background

Conflicts of interests may origin and involve any actors on scene in health care: consumers, professionals, institutions, financing sources. The interests of a health care worker and those of his patient may not coincide, as well as those of the health care institution as opposed to those of the source that pays for the procedures. 1

Conflicts between pregnant women and their doctors may arise at any moment during prenatal care, from orientation given to women before conception to labour and childbirth care. 2 Doctors and women may disagree, for instance, about the need to perform certain prenatal exams, in issues related to maternal life style, or over the convenience of making use of innovative therapies committed to improve conditions that could otherwise compromise foetal viability. They may also be in conflict at the very moment of childbirth, as it happens when a woman rejects or resists the use of invasive medical technology as well as procedures designed to monitor, accelerate or interfere in the birthing process. One of the possible procedures at this moment, the caesarean section, emerges as a potential setting for conflicts of interests.

But conflicts may also origin in economics. Childbirth is configured as a potential situation of care where induction of demand by the provider can be observed. At the childbirth scene, doctors' opinions may be motivated by financial and nonfinancial incentives. From a financial standpoint, physicians may prefer to perform a caesarean section for better pay directly or due to indirect compensation, since the surgical intervention demands less time to be performed when compared to assisting a vaginal birth. In addition to financial incentives, caesarean deliveries allow the physician to have more control of the situation by programming most deliveries in advance. The results of procedures can also act as incentives for caesarean section because doctors consider the surgery as neutral to the health of the woman and safer for the baby. For all these reasons described, the doctor may be active in choosing the type of delivery, inducing demand for the procedure. 3

When performing a search using the key words caesarean section and conflicts of interests most of the studies retrieved focus on maternal-foetal conflicts. This is a concept that opposes maternal and foetal interests on deciding over the course of treatment during prenatal, labour or childbirth care, excluding all other interests that might be involved. 4

Caesarean sections represent more risk for the pregnant woman's health, recovery is longer and more painful, scar is permanent and many women report an intangible yet real perception that non-vaginal childbirth is somehow "not natural" and "a failure". Nevertheless, the caesarean surgery is a common surgical procedure in women all over the world. Caesarean rates have grown in the majority of middle and high income countries during the last decades, corresponding in 2008 to 45.9% of all births in Brazil, 30.3% in the United States and in Australia, 25.9% in China, 41.9% in Iran and in Dominican Republic, 38.2% in Italy and 37.7% in the Republic of Korea. 5 Many reasons have been suggested to explain the growth of these rates in recent years, including the increased use electronic foetal cardiac monitoring during labour, the decrease in availability of vaginal childbirth training for obstetricians, and also the fear of law suits. 6

Studies^{7, 8} point out that caesarean sections might be happening out of unjustified reasons and that doctors might be convincing women to accept the surgery allegedly justified, but in fact not indicated. The practice of unnecessary and unsafe procedures can be considered as a public health and human rights issue; the occurrence of unjustified surgical deliveries seems also to be gender based, and stems from the belief system that reinforces women as not qualified to decide on treatments over their own bodies. 9

The performance of this surgery in the absence of medical reasons is an important issue in many countries, but the studies that focus on the occurrence of the procedure are inconclusive. 10

This systematic review aims to examine the ways the concept of conflict of interests is addressed to in relation with decisions for caesarean sections. A search of the

Cochrane Collaboration and Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews did not reveal any previous systematic reviews on this topic.

Review Objective

The objective of this systematic review is to identify national and international scientific production in which the circumstances where conflicts of interest on deciding upon a caesarean section are dealt with.

More specifically, the review question(s) are:

Quantitative

- What are the characteristics of publications that address conflicts of interest on deciding for a caesarean section (country of origin, language, year of publication, type of research, area of knowledge)?
- Which keywords in these articles relate to conflicts of interest?
- What are the circumstances in which conflicts of interest are approached?
- Who are the stakeholders in the conflicts of interest approached?

Qualitative

- How the concept of conflicts of interest is used in studies addressing childbirth care particularly when caesarean sections are in focus?
- What is the nature of conflicts between women, doctors, other professionals in childbirth care, hospitals and payment sources?

Criteria for considering studies for this review

Types of Studies

Quantitative

This component of the review will consider any randomised controlled trials (RCTs) that address the circumstances where conflicts of interest on deciding upon a caesarean section are dealt with. In the absence of RCTs other research designs, such as non-RCTs, before and after studies, cross-sectional studies such as surveys, and observational studies including cohort studies, case control studies, descriptive studies and case series will be considered for inclusion in a narrative summary.

Qualitative

This component of the review will consider any interpretive studies that investigate conflicts of interest upon decisions for caesarean sections, including but not limited to, research strategies such as phenomenology, grounded theory and ethnography. In the absence of research studies, other text such as opinion papers, editorials and reports, published in peer review journals or by professional associations as well as official documents of public health authorities will be considered in a narrative summary.

Types of participants

Quantitative

This component of the review will consider studies that involve women regardless of parity status, obstetric risk, age, education, race, ethnicity, culture and living with or without partners; health professionals of all types involved with antenatal and/or childbirth care in both private and public health care units, including but not limited to hospitals; and other stakeholders in charge of payment sources.

Qualitative

This component of the review will consider studies that involve women regardless of parity status, obstetric risk, age, education, race, ethnicity, culture and living with or without partners; health professionals of all types involved with antenatal and/or childbirth care in both private and public health care units, including but not limited to hospitals; and other stakeholders in charge of payment sources. It will also consider texts other than studies, such as opinion papers, editorials and reports.

Types of Interventions/Phenomena of Interest*Quantitative*

This component of the review will consider studies that investigate the circumstances where conflicts of interest upon deciding for a caesarean section are dealt with or described. These include any type of caesarean deliveries (emergency and elective). Studies investigating vaginal birth after caesarean (VBAC) will also be included. Births in hospitals, birthing centres and homes are included.

Qualitative

This component of the review will consider studies that investigate women's, health care professionals' and other institutional stakeholders' experience of being involved as a party in conflicts of interest upon deciding for a caesarean section. Women's, health care professionals' and other institutional stakeholders' experience of emergency and elective caesarean deliveries will be included. Women's, health care professionals' and other institutional stakeholders' experience of VBAC will also be included. Births in hospitals, homes and birthing centres are included.

Types of outcome measures/anticipated outcomes*Quantitative*

- Studies indicating women's preference or choice for a type of birth and the actual outcomes in terms of type of birth.
- Studies indicating women's factors which have impact over women's outcomes in terms of type of birth such informed choices, preferences, and discussions with health care professionals.
- Studies indicating doctors' and other health care professionals' preferences and conveniences related to types of birth, including economic conveniences.
- Studies indicating institutional interests in specific types of birth according to internal and external policies.
- Studies indicating institutional interests in specific types of birth in relation to economic features.
- Studies indicating the presence of conflicts of interest upon decisions for caesarean sections.

Qualitative

This component of the review will consider studies or other scientific texts that present women's, doctors' and other health care professionals subjective accounts related to the factors influencing their birth preferences or choices. It will also consider institutional reports or accounts on the subject.

Search Strategy for identification of studies

The search strategy aims to find both published and unpublished studies and papers. The search will not be limited to English language reports. A three-step search strategy will be utilised in each component of this review. An initial limited search of PubMed and CINAHL Plus with full text will be undertaken followed by an analysis of the text words contained in the title and abstract, and of the index terms used to describe the article. A second search using all identified keywords and index terms

will then be undertaken (Appendix I). Thirdly, the reference list of all identified reports and articles will be searched for additional studies.

The databases to be searched include:

- CINAHL Plus with Full Text
- EconPapers
- PubMed
- ScienceDirect
- Scopus
- The Cochrane Library
- Web of science

The search strategy will not be time-limited to start, covering until the year 2013.

Initial keywords to be used for the six review components will be:

- C*esarean section
- C*esarean delivery
- Childbirth*
- Conflict* of interest*
- Convenience*
- Doctor* prefer*
- Economic convenience*
- Financial incentive*
- Informed choice*
- Maternal-f*etal conflict*
- Supplier induced demand*
- Women prefer*

Methods of review

Critical Appraisal

Quantitative

Quantitative papers selected for retrieval will be assessed by two independent reviewers for methodological validity prior to inclusion in the review using the standardised critical appraisal instruments from the Joanna Briggs Institute Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (JBI-MAStARI) (Appendix II, III, IV, V). Any disagreements that arise between the reviewers will be resolved through discussion with a third reviewer.

Qualitative

Qualitative papers selected for retrieval will be assessed by two independent reviewers for methodological validity prior to inclusion in the review using the standardised critical appraisal instruments from the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument (JBI QARI) (Appendix VI). The Joanna Briggs Institute Narrative, Opinion and Text Assessment and Review Instrument (JBI NOTARI) (Appendix VII) will be used to facilitate critical appraisal, data extraction and synthesis of opinion texts and reports. Any disagreements that arise between the reviewers will be resolved through discussion with a third reviewer.

Data Extraction

Quantitative

Quantitative data will be extracted from papers included in the review using standardised data extraction tools from the Joanna Briggs Institute Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (JBI-MAStARI) (Appendix VIII, IX, X). The data extracted will include specific details about the interventions,

populations, study methods and outcomes of significance to the review questions and specific objectives. Any disagreements that arise between the reviewers will be resolved through discussion with a third reviewer.

Qualitative

Qualitative data will be extracted from papers included in the review using standardised data extraction tools from the Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument (JBI QARI) (Appendix XI) and the Joanna Briggs Institute Narrative, Opinion and Text Assessment and Review Instrument (JBI NOTARI) (Appendix XII). The data extracted will include specific details about the phenomena of interest, populations, study methods and outcomes of significance to the review question and specific objectives. Any disagreements that arise between the reviewers will be resolved through discussion with a third reviewer.

Data Synthesis

Quantitative

Where possible, quantitative research study results will be pooled in statistical meta-analysis using the Joanna Briggs Institute Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (JBI-MASARI). All results will be double entered. Odds ratio (for categorical data) and weighted mean differences (for continuous data) and their 95% confidence intervals will be calculated for analysis. Heterogeneity will be assessed using the standard Chi-square.

Where statistical pooling is not possible the findings will be presented in narrative form.

Qualitative

Where meta-synthesis is possible, qualitative research findings will be pooled using the Qualitative Assessment and Review Instrument (JBI-QARI) and the Narrative,

Opinion and Text Assessment and Review Instrument (JBI-NOTARI). This will involve the aggregation or synthesis of findings to generate a set of statements that represent that aggregation, through assembling the findings (Level 1 findings) rated according to their quality, and categorising these findings on the basis of similarity in meaning (Level 2 findings). These categories are then subjected to a meta-synthesis in order to produce a single comprehensive set of synthesised findings (Level 3 findings) that can be used as a basis for evidence-based practice. Where textual pooling is not possible the findings will be presented in narrative form.

Conflicts of Interest

There are no conflicts of interests.

References

1. Lo B, Field MJ (editors). Conflict of interest in medical research, education, and practice. Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice, Board on Health Sciences Policy, 2009.
2. Oberman M. Mothers and doctors' orders: unmasking the doctor's fiduciary role in maternal-fetal conflicts. *Nw. U. L. Rev.* 94 (2): 451-501.
3. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by caesarean? *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 51, n. 5, p.725-740, Sept. 2000.
4. Harris LH. Rethinking maternal-fetal conflicts: gender and equality in perinatal ethics. *Obstetrics & Gynecology.* 96 (5): 786-791.
5. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, et al. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 206:331.e1-19.
6. Dodd JM, Crowther CA, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS. Birth after caesarean study – planned vaginal birth or planned elective repeat caesarean for women at term with a single previous caesarean birth: protocol for a patient

preference study and randomised trial. BMC Pregnancy and Childbirth. 2007; 7 (17):9.

7. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cadernos de Saúde Pública. 1991; 7 (2): 150-173.

8. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. Birth. 35 (1): 33-40.

9. Diniz SG, Chacham AS. "The Cut Above" and "the Cut Below": The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters. 12 (23): 100-110.

10. Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: a Swedish Register study. Birth. 37 (1): 11-20.

Appendix I: Search Strategy

Search Databases/Keywords/Search terms

CINAHL Plus with Full Text

- (MH "Childbirth") AND (MH "Conflict of Interest")
- (MH "Childbirth") AND (MH "Decision making")
- (MH "Childbirth") AND ("convenience*")
- (MH "Childbirth") AND ("financial incentive*")
- (MH "Childbirth") AND ("prefer*")
- (MH "Childbirth") AND ("supplier induced demand*")
- (MH "Delivery") AND (MH "Conflict of Interest")
- (MH "Delivery") AND (MH "Decision making")

- (MH “Delivery”) AND (“convenience”)
- (MH “Delivery”) AND (“financial incentive”)
- (MH “Delivery”) AND (“prefer”)
- (MH “Delivery”) AND (“supplier induced demand”)
- (MH “Cesarean Section”) AND (MH “Conflict of Interest”)
- (MH “Cesarean Section”) AND (MH “Decision making”)
- (MH “Cesarean Section”) AND (convenience*)
- (MH “Cesarean Section”) AND (“financial incentive”)
- (MH “Cesarean Section”) AND (prefer*)
- (MH “Cesarean Section”) AND (“supplier induced demand”)
- (MH “Vaginal Birth after Cesarean”) AND (MH “Conflict of Interest”)
- (MH “Vaginal Birth after Cesarean”) AND (MH “Decision making”)
- (MH “Vaginal Birth after Cesarean”) AND (“convenience”)
- (MH “Vaginal Birth after Cesarean”) AND (“financial incentive”)
- (MH “Vaginal Birth after Cesarean”) AND (“prefer”)
- (MH “Vaginal Birth after Cesarean”) AND (“supplier induced demand”)
- (MH “Cesarean Section, Repeat”) AND (MH “Conflict of Interest”)
- (MH “Cesarean Section, Repeat”) AND (MH “Decision making”)
- (MH “Cesarean Section, Repeat”) AND (“convenience”)
- (MH “Cesarean Section, Repeat”) AND (“financial incentive”)
- (MH “Cesarean Section, Repeat”) AND (“prefer”)
- (MH “Cesarean Section, Repeat”) AND (“supplier induced demand”)

EconPapers

- Childbirth conflict interest

- Childbirth convenience*
- Childbirth financial incentive*
- Childbirth decision making*
- Childbirth prefer*
- Childbirth supplier induced demand*
- Delivery conflict interest
- Delivery convenience*
- Delivery decision making*
- Delivery financial incentive*
- Delivery prefer*
- Delivery supplier induced demand*
- Cesarean conflict interest
- Cesarean convenience*
- Cesarean decision making
- Cesarean financial incentive*
- Cesarean prefer*
- Cesarean supplier induced demand*
- Vaginal birth after cesarean conflict interest
- Vaginal birth after cesarean decision making
- Vaginal birth after cesarean convenience*
- Vaginal birth after cesarean financial incentive*
- Vaginal birth after cesarean prefer*
- Vaginal birth after cesarean supplier induced demand*
- Repeat cesarean section conflict interest
- Repeat cesarean section decision making

- Repeat cesarean section convenience*
- Repeat cesarean section financial incentive*
- Repeat cesarean section prefer*
- Repeat cesarean section supplier induced demand*

PubMed

- “Term Birth” [Mesh] AND “Conflict” [Mesh]
- “Term Birth” [Mesh] AND “Access to Information” [Mesh]
- “Term Birth” [Mesh] AND “Attitude to Health” [Mesh]
- “Term Birth” [Mesh] AND “Decision Making” [Mesh]
- “Term Birth” [Mesh] AND convenience*
- “Term Birth” [Mesh] AND “financial incentive*”
- “Term Birth” [Mesh] AND “supplier induced demand*”
- “Vaginal Birth after Cesarean” [Mesh] AND “Conflict”[Mesh]
- “Vaginal Birth after Cesarean” [Mesh] AND “Access to Information” [Mesh]
- “Vaginal Birth after Cesarean” [Mesh] AND “Attitude to Health” [Mesh]
- “Vaginal Birth after Cesarean” [Mesh] AND “Decision Making” [Mesh]
- “Vaginal Birth after Cesarean” [Mesh] AND “financial incentive*”
- “Vaginal Birth after Cesarean” [Mesh] AND “supplier induced demand*”
- “Cesarean Section” [Mesh] AND “Conflict” [Mesh]
- “Cesarean section” [Mesh] AND “Access to Information” [Mesh]
- “Cesarean Section” [Mesh] AND “Attitude to Health” [Mesh]
- “Cesarean Section” [Mesh] AND “Decision Making” [Mesh]
- “Cesarean Section” [Mesh] AND convenience*
- "Cesarean Section" [Mesh] AND “financial incentive*”

- "Cesarean Section" [Mesh] AND "supplier induced demand"

ScienceDirect

- Childbirth* AND conflict*
- Childbirth* AND women prefer*
- Childbirth* AND decision making
- Childbirth* AND convenience*
- Childbirth AND financial incentive*
- Childbirth AND supplier induced demand*
- Vaginal birth after c*esarean AND conflict*
- Vaginal birth after c*esarean AND women prefer*
- Vaginal birth after c*esarean AND decision making
- Vaginal birth after c*esarean AND convenience*
- Vaginal birth after c*esarean AND financial incentive*
- Vaginal birth after c*esarean AND supplier induced demand*
- C*esarean section AND conflict*
- C*esarean section AND women prefer*
- C*esarean section AND decision making
- C*esarean section AND convenience*
- C*esarean AND financial incentive*
- C*esarean AND supplier induced demand*
- Term childbirth* AND conflict*
- Term childbirth* AND women prefer*
- Term childbirth* AND decision making
- Term childbirth* AND convenience*

- Term childbirth* AND financial incentive*
- Term childbirth* AND supplier induced demand*
- Live birth* AND conflict*
- Live birth* AND women prefer*
- Live birth* AND decision making
- Live birth* AND convenience*
- Live birth* AND financial incentive*
- Live birth* AND supplier induced demand*

Scopus

- childbirth* AND “women prefer*”
- childbirth* AND convenience*
- childbirth* AND “decision making”
- childbirth* AND “conflict of interest*”
- childbirth* AND “financial incentive*”
- childbirth* AND “supplier induced demand*”
- “c*esarean section” AND “women prefer*”
- “c*esarean section” AND convenience*
- “c*esarean section” AND “decision making”
- “c*esarean section” AND “conflict of interest*”
- “c*esarean section” AND “financial incentive*”
- “c*esarean section” AND “supplier induced demand*”
- “vaginal birth after c*esarean” AND “women prefer*”
- “vaginal birth after c*esarean” AND convenience*
- “vaginal birth after c*esarean” AND “decision making”

- “vaginal birth after c*esarean” AND “conflict of interest*”
- “vaginal birth after c*esarean” AND “financial incentive*”
- “vaginal birth after c*esarean” AND “supplier induced demand*”

The Cochrane Library

- Term birth[MeSH]
- Vaginal birth after caesarean[MeSH]
- Caesarean section[MeSH]
- Caesarean section, repeat[MeSH]
- Term birth[MeSH] AND Attitude to health[MeSH]
- Vaginal birth after caesarean[MeSH] AND Attitude to health[MeSH]
- Caesarean section[MeSH] AND Attitude to health[MeSH]
- Caesarean section, repeat[MeSH] AND Attitude to health[MeSH]

Web of Science

- (childbirth*) AND (women prefer*)
- (childbirth*) AND (women decision making)
- (childbirth*) AND (convenience*)
- (childbirth*) AND (conflict*)
- (childbirth*) AND (financial incentive*)
- (childbirth*) AND (supplier induced demand*)
- (c*esarean section) AND (women prefer*)
- (c*esarean section) AND (women decision making)
- (c*esarean section) AND (convenience*)
- (c*esarean section) AND (conflict*)

- (c*esarean section) AND (financial incentive*)
- (c*esarean section) AND (supplier induced demand*)
- (vaginal birth after c*esarean) AND (women prefer*)
- (vaginal birth after c*esarean) AND (women decision making)
- (vaginal birth after c*esarean) AND (convenience*)
- (vaginal birth after c*esarean) AND (conflict*)
- (vaginal birth after c*esarean) AND (financial incentive*)
- (vaginal birth after c*esarean) AND (supplier induced demand*)

Appendix II:

JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised and pseudorandomised studies

	Criteria	Yes	No	Unclear
1)	Was the assignment to treatment groups truly random?	☒	☐	☐
2)	Were participants blinded to treatment allocation?	☒	☐	☐
3)	Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?	☒	☐	☐
4)	Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis ?	☒	☐	☐
5)	Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?	☒	☐	☐
6)	Were the control and treatment groups comparable at entry?	☒	☐	☐
7)	Were groups treated identically other than for the named interventions?	☒	☐	☐
8)	Were outcomes measured in the same way for all groups?	☒	☐	☐
9)	Were outcomes measured in a reliable way?	☒	☐	☐
10)	Was appropriate statistical analysis used?	☒	☐	☐

Appendix III:**JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort/Case Control appraisal**

Criteria	Yes	No	Unclear
1) Is sample representative of patients in the population as a whole?	☐	☐	☐
2) Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	☐	☐	☐
3) Has bias been minimised in relation to selection of cases and of controls?	☐	☐	☐
4) Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	☐	☐	☐
5) Are outcomes assessed using objective criteria?	☐	☐	☐
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?	☐	☐	☐
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	☐	☐	☐
8) Were outcomes measured in a reliable way?	☐	☐	☐
9) Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐

Appendix IV:**JBI Critical Appraisal Checklist for Descriptive/Case series studies**

Criteria	Yes	No	Unclear
1) Was study based on a random or pseudo-random sample?	☐	☐	☐
2) Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	☐	☐	☐
3) Were confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	☐	☐	☐
4) Were outcomes assessed using objective criteria?	☐	☐	☐
5) If comparisons are being made, was there sufficient descriptions of the groups?	☐	☐	☐
6) Was follow up carried out over a sufficient time period?	☐	☐	☐
7) Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	☐	☐	☐
8) Were outcomes measured in a reliable way?	☐	☐	☐
9) Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐

Appendix V:

JBI Critical Appraisal Checklist for Text/Opinion

Criteria	Yes	No	Unclear
1) Is the source of the opinion clearly identified?	☐	☐	☐
2) Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	☐	☐	☐
3) Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	☐	☐	☐
4) Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	☐	☐	☐
5) Is the argument developed analytical?	☐	☐	☐
6) Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruency with it logically defended?	☐	☐	☐
7) Is the opinion supported by peers?	☐	☐	☐

Appendix VI:

JBI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

	Criteria	Yes	No	Unclear
1)	There is congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology.	☒	☐	☐
2)	There is congruity between the research methodology and the research question or objectives.	☒	☐	☐
3)	There is congruity between the research methodology and the methods used to collect data.	☒	☐	☐
4)	There is congruity between the research methodology and the representation and analysis of data.	☒	☐	☐
5)	There is congruity between the research methodology and the interpretation of results.	☒	☐	☐
6)	There is a statement locating the researcher culturally or theoretically.	☒	☐	☐
7)	The influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed.	☒	☐	☐
8)	Participants, and their voices, are adequately represented.	☒	☐	☐
9)	The research is ethical according to current criteria or, for recent studies, there is evidence of ethical approval by an appropriate body.	☒	☐	☐
10)	Conclusions drawn in the research report do appear to flow from the analysis, or interpretation, of the data.	☒	☐	☐

Appendix VII

	Criteria	Primary	Secondary	Yes	No	Unclear
1)	Is the source of the opinion clearly identified?	Yes	Yes	☒	☐	☐
2)	Does the source of the opinion have standing in the field of expertise?	Yes	Yes	☒	☐	☐
3)	Are the interests of patients/clients the central focus of the opinion?	Yes	Yes	☒	☐	☐
4)	Is the opinion's basis in logic/experience clearly argued?	No	Unclear	☐	☐	☒
5)	Is the argument developed analytically?	Yes	Yes	☒	☐	☐
6)	Is there reference to the extant literature/evidence and any incongruence	Yes	Yes	☒	☐	☐
7)	Is the opinion supported by peers?	Yes	Yes	☒	☐	☐

Appendix VIII:**JBI Data Extraction Form for Randomised and Pseudo randomised controlled trials**

Method	RCT	
Setting	Hospital	
Participants	Patients	
# Participants	Group A: 21	Group B: 21
Interventions	Interventions A: Music Interventions B: No Music	
Authors Conclusion	music aids relaxation	
Reviewers Comments	some participants were adversely effected by listening to music styles they did not like	
Complete	Yes ▾	

Appendix IX:**JBI Data Extraction Form for Comparative Cohort/Case Control studies**

Method	Cohort	
Setting	hospital	
Participants	adults	
# Participants	Group A: 123	Group B: 321
Interventions	Interventions A: music Interventions B: talk back radio	
Authors Conclusion	music assists people to relax	
Reviewers Comments	relaxation demonstrated. Effect of music on other clinical outcomes not established.	
Complete	Yes <input type="button" value="v"/>	

Appendix X:**JBI Data Extraction Form for descriptive/case series studies**

Method	descriptive
Setting	acute care hospital
Participants	adults aged 16-65 undergoing orthopedic surgery
# Participants	15
Interventions	Music
Authors Conclusion	music helps people relax when played during the post operative recovery phase
Reviewers Comments	Relaxation demonstrated, however, impact on other clinical outcomes such as pain, nausea and vomiting not established.
Complete	Yes ☐

Appendix XI:

JBQ QARI Data Extraction Form for Interpretive & Critical Research

Methodology:	Phenomonology
Method:	Interview
Phenomena of Interest:	Characteristics of good leadership
Setting:	Acute Care
Geographical:	United Kingdom
Cultural:	Anglo Saxon
Participants:	Nursing staff in senior clinical positions
Data Analysis:	thematic analysis
Authors Conclusion:	leadership must be proven in practice
Reviewers Comments:	conclusions appear congruent with textual reporting
Complete	Yes <input type="button" value="v"/>

Appendix XII:

Select Detail Assessment Extraction Consolidate	Extraction Details : Austin Health - Final Report (2003)
Type of Text:	Research report
Those Represented:	Palliative care patients and health care professionals
Stated Allegiance/Position:	A resourcing patient choices program improves patient outcomes
Setting:	Acute care hospital, including aged care, oncology and haematology, nephrology, surgery
Geographical:	Victoria, Australia
Cultural:	Patient population predominantly Irish/Anglo Saxons, including
Logic of Argument:	Clear, conclusive supported
Data Analysis:	Thematic and grounded theory analysis of qualitative interviews
Authors Conclusion:	Palliative care patients' wishes are better fulfilled using a resourcing patient choices program
Reviewers Comments:	improvement in compliance with patients' wishes was spectacular and resulted in improved
Complete	Yes <input type="button" value="v"/>
<input type="button" value="Update"/> <input type="button" value="Cancel"/>	

9. CURRÍCULO LATTES

Carmen Simone Grilo Diniz

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7232133934331288>
Última atualização do currículo em 23/07/2013

possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984), mestrado (1996) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2001), e pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp (2004). É livre-docente do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (concurso em junho 2011). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências. É coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012). Visiting Reader no King's College London, Women's Health Division (Fevereiro 2012-Janeiro 2013), com bolsa da Fapesp. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Carmen Simone Grilo Diniz
Nome em citações bibliográficas	Diniz, C. S. G.;Diniz, S.;Diniz, Simone;Diniz, Simone G;Diniz, Simone Grilo;Diniz, Carmen Simone Grilo;Carmem Simone Grilo Diniz;Diniz, CSG, Carmen SG Diniz;Diniz Carmem Simone Grilo;Diniz, Carmem Simone Grilo;DINIZ, CARMEM SIMONE

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar Cerqueira César 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667124 Fax: (11) 30850240
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2011	Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública. Título: Gênero e Saúde Materna, Ano de obtenção: 2011. Palavras-chave: direitos da maternidade; direitos humanos; gênero e saúde; modelos de assistência ao parto; humanização; saúde materna. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
2003 - 2004	Pós-Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
1997 - 2001	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, Ano de obtenção: 2001.

Deborah Rachel Audebert Delage Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5956870459422761>
Última atualização do currículo em 09/10/2009

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1985), especialização e mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2000). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome Deborah Rachel Audebert Delage Silva
Nome em citações bibliográficas SILVA, D. R. A. D.

Endereço

Endereço Profissional Prefeitura do Município de Diadema, Secretaria da Saúde.
Av. Antonio Piranga, 617
Jardim de Comércio
09911-180 - Diadema, SP - Brasil
Telefone: (11) 40438212
URL da Homepage: www.diadema.sp.gov.br

Formação acadêmica/titulação

2001 interrompida	Doutorado interrompido em 2005 em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Representações de Saúde Bucal de Trabalhadores de Frente de Trabalho, Orientador: Paulo Capel Narvai. Ano de interrupção: 2005
1997 - 2000	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Percepção de Saúde Bucal em Adultos Trabalhadores, Ano de Obtenção: 2000. Orientador: Paulo Capel Narvai. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
1995 - 1995	Especialização em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Trabalho de Campo Multiprofissional - Análise Institucional do Sistema Municipal de Saúde de Leme, SP.
1980 - 1985	Graduação em Odontologia. Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF, Brasil.
1977 - 1979	Ensino Médio (2º grau). Colégio dos Jesuítas.
1969 - 1976	Ensino Fundamental (1º grau). Colégio Mariano Procópio.