

Artigo Original

Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?

Choice of delivery method by the woman: autonomy or induction?

Welder Geison Weidle¹, Cássia Regina Gotler Medeiros², Magali Teresinha Quevedo Grave³, Simone Morelo Dal Bosco⁴

Resumo

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção e preferência de gestantes e puérperas sobre o parto vaginal e cesáreo. Pesquisa transversal, de caráter exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, ocorrida em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de um município de pequeno porte do Vale do Taquari. A amostra foi composta por 81 gestantes, o que significa 20,88% dos nascimentos anuais, e 28,72% das gestantes cadastradas no Sistema de Informações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (SISPRENATAL); destas, 75% (n=61) preferem o parto vaginal e 25% (n=20), o parto abdominal. Estes dados indicam que a preferência referida pelas gestantes não influencia no tipo de parto realizado, pois o índice de cesáreas do município em questão é de 89%. Foram entrevistadas três puérperas que realizaram partos abdominais e na concepção destas o parto vaginal oferece mais risco na parturição. Conclui-se que a humanização da atenção no pré-natal e ao parto, com indicação médica baseada em evidências, pode contribuir para a redução do percentual de cesarianas, pois o estudo mostra que estas não têm ocorrido, na maioria das vezes, por escolha da mulher.

Palavras-chave: parto; cesárea; tendências; assistência perinatal.

Abstract

This study aimed to assess the perception and preference of pregnant and postpartum women for vaginal and cesarean section. Cross-sectional survey of exploratory, quantitative and qualitative approach, which occurred in four Basic Health Units (BHUs) of a small city's of Taquari Valley. The sample consisted of 81 pregnant women, which means 20.88% of annual births, and 28.72% of pregnant women registered in System Information Program for Humanization of Prenatal and Birth of the Ministry of Health (SISPRENATAL); of these, 75% (n=61) would prefer the vaginal and 25% (n=20), abdominal delivery. These data indicates that the preference reported by pregnant women is not influencing the type of delivery, because the rate of cesarean delivery in the municipality in question is 89%. Three postpartum women who underwent abdominal delivery and for these vaginal birth is more risky during labor were interviewed. It is clear that one is necessary to perform more humanized care in prenatal and delivery care, along with medical recommendations, so that it can reduce the cesarean delivery and induce abdominal delivery and the belief that this offers less risk in parturition.

Keywords: parturition; cesarean section; trends; perinatal care.

Trabalho realizado no Centro Universitário UNIVATES – Estrela (RS), Brasil.

¹Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário UNIVATES – Lajeado (RS), Brasil.

²Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS); Docente do Centro Universitário UNIVATES; Especialista em Saúde da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/SES/RS) – Lajeado (RS), Brasil.

³Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-SP) – Porto Alegre (RS); Docente do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado (RS), Brasil.

⁴Doutora em Ciências da Saúde; Docente do Programa de Pós-Graduação *Scripto Sensu* em Biotecnologia pela PUC-RS – Porto Alegre (RS); Docente do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Cássia Regina Gotler Medeiros – Rua Avelino Tallini, 171 – CEP: 95900-000 – Lajeado (RS), Brasil – E-mail: cassiargm@terra.com.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A operação cesariana surgiu como uma necessidade médica e, com o passar do tempo, foi aprimorada com novas técnicas cirúrgicas, anestesia, assepsia, antibiótico e terapia. Tal procedimento diminuiu as taxas de mortalidade e sequelas neonatais e maternas, principalmente nos casos advindos de partos distócicos. No entanto, houve um aumento na incidência da cesariana, com indicações precoces, o que criou um incremento na morbidez e nos custos, transformando a solução inicial em problema¹.

As taxas de cesariana variam consideravelmente devido a diversos fatores, associados ou não, como gestação de alto risco, fatores culturais, sociais, entre outros. A cesariana é realizada em maior número nas populações de maior poder aquisitivo, com planos de saúde privados, na zona urbana, com mais acesso ao atendimento médico especializado em obstetrícia¹. Tal procedimento vem aumentando nos últimos anos, principalmente na Região Sul do Brasil², com proporções acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 15% dos partos realizados¹.

A indicação correta de cesáreas traz vantagens, mas a indicação indiscriminada, sem critérios bem-definidos, envolve riscos adicionais para mães e recém-nascidos. Como qualquer outra cirurgia, não está isenta de complicações anestésicas, acidentes operatórios e problemas relacionados à transfusão de sangue. Há ainda outros problemas que podem incidir nos cuidados com os recém-nascidos, devido à fragilidade física que acarretam, assim como no comprometimento da relação mãe-filho³.

Em pesquisa feita entre 2002 a 2004 para descobrir os fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul houve maiores taxas entre as mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal, indicando uma possibilidade de pensar que um maior contato com o obstetra influenciou a decisão por cesariana nas gestantes que frequentaram o pré-natal. No mesmo estudo, a ocorrência de cesariana foi mais alta em determinados períodos do dia, não havendo justificativas médicas para esse fenômeno. Isso reforça a ideia de que os fatores relacionados à prática médica têm grande influência na decisão pela cesariana⁴.

Com o aumento do número de cesarianas em jovens primíparas, tem sido observada associação com maior incidência de parto cesáreo para as próximas gestações. Esse fato contribui entre 15 e 45% de todos os nascimentos¹. Em estudo realizado no Hospital Universitário de São Paulo com 1.748 partos ocorridos na clínica obstétrica, de abril a dezembro de 2001, foi observado que entre os 1.274 casos de pacientes sem antecedentes de cesárea anterior, 690 (54,2%) evoluíram com parto vaginal. Quando a paciente apresentava antecedente de cesárea (290 casos), o parto vaginal ocorreu em apenas 23,4%

(68 casos)⁵. Apesar de 97% das mulheres grávidas no Brasil receberem o pré-natal e 99% dos nascimentos ocorrerem em hospitais, os problemas persistem com a qualidade dos cuidados prestados⁶.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro com foco em hospitais do Sistema de Saúde Suplementar, ou seja, os serviços privados contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mostrou que durante a gravidez as mulheres brasileiras mudam de ideia sobre o tipo de parto que querem. No primeiro trimestre, o relatório mostrou que apenas 30% preferem a cesariana, mas no momento em que chegam ao hospital maternidade este número chega a 70% e apenas 10% acabam por ter um parto vaginal. O medo da dor é o principal motivo inicial para querer ter uma cesariana e também é um fator importante para as mulheres que mudam de opinião durante a gravidez. Fatores de proteção contra cesarianas incluem informações claras sobre as vantagens do parto normal e desejo do marido de que a mulher escolha tal modalidade de parto⁷.

A cesariana não deve ser vista como uma intervenção cirúrgica trivial, uma vez que aumenta o risco de hemorragia pós-parto, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mortalidade e ruptura uterina em gestações subsequentes com placentação anormal. Para o recém-nascido, as complicações potenciais incluem o aumento da necessidade de suporte ventilatório no nascimento e maior uso de UTI neonatal⁸.

Em serviços de Saúde Pública no Brasil, as mulheres grávidas submetidas ao parto vaginal também sofrem manipulação excessiva, permanecem confinadas, são impedidas de andar ou comer, recebem ocitocina e dão à luz na posição supina, com o auxílio de uma episiotomia. Nenhum desses procedimentos é recomendado pela OMS⁸.

As causas do aumento da proporção de cesarianas têm sido discutidas e diversas hipóteses têm sido levantadas, tais como o desejo das mulheres pelo parto cesáreo, até a conveniência desse tipo de parto para os profissionais que o realizam. Vale ressaltar que o parto cesáreo está se transformando em problema de Saúde Pública, dados os possíveis riscos causados de forma desnecessária nos partos que aconteceriam sem intercorrências.

No Estado do Rio Grande Sul, em 1999, a proporção de parto cesáreo foi de 39,2% e, em 2008, de 53,7%; no Brasil, foi de 37,2 e 48,5%, respectivamente. Esses dados mostram um aumento de 37% no parto cesáreo no Rio Grande do Sul e de 30,3% no Brasil durante o período de 1999 a 2008. No município onde foi realizado este estudo, conforme dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 1999 a proporção de parto cesáreo foi de 39,1% e, em 2008 passou para 67,8%, representando um aumento de 73,4% na incidência. Observa-se maior incidência de parto cesáreo no referido

município, se comparado aos dados do Rio Grande do Sul e aos do Brasil, no período analisado².

Outro dado de relevância do SINASC sobre o município pesquisado é que, em 1999, a proporção de nascimentos prematuros foi de 6,6%, passando para 9,9% em 2008, o que representa um aumento de 50% nos índices de nascimentos prematuros. Ao comparar o município com o Rio Grande do Sul e o Brasil, o aumento no período analisado foi de, respectivamente, 37,31 e 8,06%, indicando que no município em questão e no Rio Grande do Sul houve aumento importante nos índices. Esses dados sugerem uma relação entre a incidência de parto cesáreo e o aumento da prematuridade².

Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo conhecer a percepção e a preferência de gestantes e puérperas atendidas em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de um município de pequeno porte do Vale do Taquari.

METODOLOGIA

Estudo transversal, de caráter exploratório, com abordagem quanti-qualitativa, realizado em um município de pequeno porte localizado no Vale do Taquari, com 30.628 habitantes, sendo 4.706 pessoas residentes na área rural. A maioria da população é composta por descendentes de europeus⁹.

No ano de 2012, ocorreram 388 nascimentos no município. Nesse mesmo ano, foram cadastradas no Sistema de Informações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (SISPRENATAL) 282 gestantes¹⁰.

Na fase quantitativa do estudo, foi aplicado um questionário fechado às gestantes que procuraram atendimento nas quatro UBSs, no período de fevereiro a abril de 2012. A amostra foi composta por 81 gestantes, o que significa 20,88% dos nascimentos anuais e 28,72% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL¹⁰. Todas as gestantes que procuraram atendimento no período do estudo aceitaram responder ao questionário, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as que estavam recebendo o diagnóstico de gravidez no dia da coleta de dados. Foi realizada análise frequencial dos dados, apresentados em forma de tabela. O questionário foi aplicado em local reservado, na própria unidade de saúde.

Na fase qualitativa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três puérperas a partir da segunda semana após o parto, em suas respectivas residências. O número de sujeitos desta fase foi delimitado pelo critério de saturação de dados. As entrevistas foram gravadas e transcritas. As puérperas foram selecionadas a partir do cadastro que a unidade de saúde realiza quando a puérpera traz o bebê para a primeira vacina e para o teste do pezinho. Foi realizado contato telefônico explicando a

pesquisa e agendando uma data, horário e local de escolha da entrevistada. Foram incluídas puérperas a partir dos 20 anos que tiveram recém-nascidos a termo, sem problemas de saúde e que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura do TCLE. Foram excluídas puérperas com transtornos psíquicos ou deficiência cognitiva. Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo, conforme Bardin¹¹, que propõe a análise categorial, na qual o texto é desmembrado em unidades e em categorias segundo reagrupamentos temáticos. A preservação da identidade deu-se pelo uso de códigos (E1, E2...).

Foi estabelecida triangulação entre os dados obtidos pelos dois métodos de coleta utilizados. Os aspectos éticos foram respeitados conforme exigência da resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos¹¹. Primeiramente, foi solicitada ao Secretário de Saúde do município a autorização para a realização da pesquisa e, após aprovação, foi feito contato com os enfermeiros das unidades envolvidas no estudo por meio de carta de anuência.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIVATES e aprovado sob o protocolo nº 117/11. Somente após a aprovação foi iniciada a coleta de dados.

RESULTADOS

Quanto à caracterização da amostra, a faixa etária das gestantes variou dos 20 aos 51 anos de idade, com maior frequência na faixa entre 20 e 30 anos (69%). A distribuição conforme a ocupação ou profissão apresentou maior quantidade de mulheres do lar (32%); no entanto, a maioria delas tinha alguma ocupação ou profissão remunerada (62%). Considerando as semanas de gestação em que se encontravam as participantes, o número de consultas realizadas está dentro dos parâmetros recomendados, tendo em vista que 44% delas realizaram 2 a 4 consultas, 31%, 5 a 7, e 25% já haviam consultado mais de 7 vezes. A caracterização da amostra é apresentada na Tabela 1.

Para fins de análise, a amostra foi dividida entre as gestantes que preferem parto vaginal – 75% (n=61) e as que preferem parto abdominal – 25% (n=20) (Tabelas 2 e 3). No entanto, os dados do SINASC de 2008 do município estudado mostram uma proporção grande de partos abdominais de 67,8%, indicando que a preferência referida pelas gestantes não influenciou no tipo de parto realizado.

A variável “história reprodutiva prévia” indicou que, entre as mulheres que preferem parto vaginal, as primigestas representam 44%; já entre as que preferem parto abdominal, a maioria era de mulheres com história reprodutiva anterior (75%).

Outro resultado bastante relevante foi o fato de que, dentre as mulheres com parto abdominal anterior, quando perguntadas

sobre o motivo de ter sido efetuado esse tipo de parto, todas responderam que foi indicação do médico.

Na variável “motivo de sua preferência” na escolha pelo parto vaginal foram citadas a preferência pessoal ou familiar e a experiência anterior, correspondendo a 100%. Esses dados sugerem que os fatores socioculturais, familiares e a experiência anterior são decisivos na preferência por esse tipo de parto. No entanto, entre as gestantes que preferem o parto abdominal, a indicação do médico e o medo do parto normal foram frequentes, 30% em ambas variáveis. Importante ressaltar que entre as gestantes que preferem o parto vaginal nenhuma citou a indicação médica como motivo para a sua predileção.

Os dados obtidos mostram que as mulheres que escolhem o parto vaginal, em sua maioria, recebem mais influência dos familiares (43%). No entanto, quem mais influenciou na escolha pelo parto abdominal foi o médico (31%). Importante ressaltar que essa questão do questionário era de múltipla escolha.

Quando perguntadas sobre quantas mulheres da sua família haviam feito parto normal, os dados se mostraram

Tabela 1. Caracterização da participante quanto a dados sociais, semana gestacional e consultas pré-natais

Variável	n	%
Faixa etária (anos)		
20–30	56	69
31–40	24	30
41 ou mais	1	1
Total	81	100
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	30	37
Ensino fundamental	22	27
Ensino médio	27	33
Ensino superior	2	3
Total	81	100
Ocupação/profissão		
Do lar	26	32
Estudante	5	6
Agricultora	1	1
Trabalhadora no comércio	8	10
Trabalhadora na indústria	23	28
Autônoma	11	14
Funcionária pública	7	9
Total	81	100
Semanas de gestação		
10 ou menos	6	7
11 a 20	19	23
21 a 30	28	35
31 a 42	28	35
Total	81	100
Consultas realizadas no pré-natal		
2 a 4	36	44
5 a 7	25	31
Mais de 7	20	25
Total	81	100

semelhantes nos dois grupos, ficando em torno de 90% as que realizaram partos eutócicos.

Análise qualitativa

Participaram do estudo três puérperas que passaram pela experiência da parturição por via cirúrgica. Durante a coleta de dados tentou-se achar uma puérpera que tivesse feito parto vaginal; pela diminuição da realização desse tipo de parto no município, a entrevista não foi realizada.

As puérperas entrevistadas tinham 26, 35 e 38 anos. Duas têm ensino médio completo e profissão remunerada e a outra tem ensino fundamental incompleto e a sua ocupação era ser do lar. Todas as mulheres realizaram mais de sete consultas médicas durante o pré-natal.

Tabela 2. Gestantes que responderam ter preferência pelo parto vaginal ou pelo parto abdominal para a gestação que estava em andamento

Variável	Parto vaginal	
	n	%
História reprodutiva prévia		
Primigesta	26	44
Gesta 2	21	34
Gesta 3	10	16
Multigesta	4	6
Total	61	100
Tipo de parto anterior*		
Parto Vaginal	29	83
Parto Abdominal	4	11
Teve experiência nas 2 vias de parto	2	6
Total	35	100
Motivo de sua preferência		
Preferência pessoal ou familiar	40	66
Experiência anterior	21	34
Indicação do médico	0	0
Total	61	100
O que ou quem a influenciou**		
Internet	2	3
Meios de telecomunicação	1	1
Familiares	34	43
Amigos ou vizinhos	23	29
Revistas ou livros	1	1
Enfermeiro	4	5
Médico	3	4
Ninguém	11	14
Total	79	100
Mulheres da sua família que realizaram parto vaginal		
0	7	11
1 a 3	31	51
4 a 6	18	30
7 ou mais	5	8
Total	61	100

*Conforme a história de via de parto das gestações anteriores; **esta questão na coleta de dados era de múltipla escolha.

Encontraram-se duas categorias nos dados coletados, conforme método proposto por Bardin¹²: “Experiências de parto e outros atendimentos hospitalares” e “Influências recebidas em relação ao tipo de parto”.

Experiências de parto e outros atendimentos hospitalares

Duas entrevistadas relataram ter experiência da parturição antes do parto abdominal: uma de parto vaginal e outra de parto abdominal. “[...] Tive um filho e também foi parto ‘cesariana.’ [...] Para não correr riscos, foi feito cesariana!!! (E1)”

A participante E3 deixou claro que a experiência do primeiro parto foi negativa e marcante, pois estava sozinha e à mercê dos profissionais que ali estavam para fazer seu parto vaginal. O trauma

desse parto levou E3 a optar pelo parto abdominal na parturição seguinte e a contratar um plano de saúde, por medo de que acontecesse novamente o que havia ocorrido no parto vaginal.

(A experiência anterior do parto vaginal). Olha, eu não gostei porque me tratei todo o tempo com um médico, e quando cheguei lá (hospital) e não tava lá, daí estava com um médico que nunca vi na minha vida. Até me xingar, ele me xingou!!! (E3).

Ela contou também que passou por outra experiência negativa no hospital e visivelmente percebeu-se o sentimento de inconformidade diante daquele episódio.

[...] Um dia fui lá com o meu dedo todo quebrado, ele disse (médico do PS): ‘Não tá quebrado!!!’ [...] No outro dia o dedo estava deste tamanho (edemaciado)!!! [...] E estava todo quebrado!!! [...]

E1 já havia trabalhado no hospital e, com isso, ficou sabendo das dificuldades enfrentadas por outras mulheres durante o parto vaginal, devido aos comentários internos da instituição:

[...] já trabalhei no hospital e fiquei sabendo de alguns problemas do parto normal de outras mulheres (E1).

Percebeu-se que as experiências familiares e de outras mulheres influenciam na decisão pelo tipo de parto.

[...] a maioria das minhas tias fez parto cesáreo [...]” (E1); “pelas mulheres com quem conversei me falaram que o parto normal é mais difícil no momento do parto [...] a minha mãe teve que fazer uma cesárea porque não teve dilatação [...]” (E2); “a maioria da minha família foi cesáreo! Tanto que no meu consultório só uma ia tentar parto normal, o resto tudo cesárea!!! (E3).

A experiência desse último parto, na opinião das puérperas, foi positiva, pois a parturição não trouxe riscos aparentes para elas e a escolha por essa via de parto foi ao encontro da decisão médica, por ser a opção mais segura.

[...] tive que fazer a cesárea antes para o benefício do bebê [...] (E1); foi positiva, mas a recuperação é um pouco devagar, como dizem comparando com o parto normal, mesmo assim foi boa (E2); foi tudo tranquilo, mas muito nervosismo!!! [...] fui super bem atendida, também pagando!!! (E3).

Influências recebidas em relação ao tipo de parto

Duas puérperas responderam que escolheram o parto abdominal após conversa com o médico, exceto a E3, que não

Tabela 3. Características das gestantes que preferem parto abdominal

Variável	Parto abdominal	
	n	%
História reprodutiva prévia		
Primigesta	5	25
Gesta 2	9	45
Gesta 3	5	25
Multigesta	1	5
Total	20	100
Tipo de parto anterior*		
Parto vaginal	1	7
Parto abdominal	13	86
Teve experiência nas 2 vias de parto	1	7
Total	15	100
Motivo de sua preferência		
Preferência pessoal ou familiar	2	10
Experiência anterior	5	25
Indicação do médico	6	30
Medo do parto normal	6	30
Laqueadura de trompas	1	5
Total	20	100
O que ou quem a influenciou**		
Internet	0	0
Meios de telecomunicação	1	4
Famíliares	5	22
Amigos ou vizinhos	5	22
Revistas ou livros	1	4
Enfermeiro	1	4
Médico	7	31
Ninguém	3	13
Total	23	100
Mulheres da sua família que realizaram parto vaginal		
0	2	10
1 a 3	13	65
4 a 6	3	15
7 ou mais	2	10
Total	20	100

*Conforme a história de via de parto das gestações anteriores; **esta questão na coleta de dados era de múltipla escolha. Fonte: dados do pesquisador.

queria parto vaginal. Quando perguntadas sobre o porquê da escolha, elas responderam:

[...] tive que fazer a cesárea antes, para o benefício do bebê (E1); [...] na cesárea é mais tranquilo, faz a cirurgia, nasce a criança, é tudo mais rápido (E2); [...] quero direto cesárea!!! Se tiver que marcar hoje (na primeira consulta), hoje marco!!! (E3).

Um dos motivos para a escolha do parto abdominal foi o medo do parto normal, sentimento presente entre as puérperas. Percebeu-se que elas tinham pouco conhecimento e orientações sobre o parto vaginal, o que gerou insegurança para enfrentá-lo. Os argumentos apontados pelas puérperas para a indicação de parto abdominal não possuem embasamento científico, pois não são indicações que constam em protocolos:

[...] decidi optar (pela cesárea) o que era melhor para o bebê, por causa do trabalho de parto prematuro (E1).

Na fala da E2 percebeu-se o sentimento de culpa por não ter realizado parto vaginal, pois ela procurava justificar várias vezes os motivos que a levaram a fazer o parto abdominal.

[...] às vezes no parto normal, a criança está encaixada e a mãe não tem dilatação [...] na semana que cheguei de gestação estaria mais ou menos com 3,700 kg (feto), então seria grande para fazer o parto normal [...] como chegou até 39 semanas, quase 40, eu não tive dilatação, não tive contrações e não rompeu a bolsa, meio que tive que fazer a cesárea (E2).

Na concepção da E1, o parto cirúrgico traz mais segurança, se comparado ao parto vaginal, porque ela repetiu algumas vezes: “[...] optei o que era melhor para o bebê” (E1).

As mulheres entrevistadas entendiam que o parto vaginal oferece mais risco na parturição, ao compará-lo ao parto abdominal, mesmo sabendo que a recuperação é mais demorada. No entanto, essas mulheres não citaram outro benefício do parto vaginal além da recuperação rápida.

Quando perguntadas se haviam recebido alguma orientação sobre os benefícios do parto normal por algum tipo de profissional da área da saúde, todas responderam que não. Esse dado sugere que essas mulheres não conheciam as vantagens do parto vaginal, sendo possível identificar que a percepção comum sobre esse tipo de parto é de que:

O parto vaginal é risco desnecessário, porque existe o parto abdominal, que quase não apresenta desvantagens. [...] (a cesárea), pelo que conversei com outros médicos

e pessoas, é melhor para a mãe e para a criança [...] E no parto cesáreo traz menos riscos para a mãe e o bebê (E2).

■ DISCUSSÃO

Quanto à caracterização da amostra, a faixa etária das gestantes variou dos 20 aos 51 anos de idade, com maior frequência na faixa entre 20 a 30 anos (69%), dados semelhantes aos encontrados no estudo de Barros et al.¹³

A distribuição conforme a ocupação ou profissão apresentou maior quantidade de mulheres do lar (32%); no entanto, a maioria delas tem alguma ocupação ou profissão remunerada (62%). Considerando as semanas de gestação em que se encontravam as gestantes, o número de consultas realizadas está dentro dos parâmetros recomendados, tendo em vista que 44% delas realizaram 2 a 4 consultas, 31%, 5 a 7, e 25% já haviam consultado mais de 7 vezes (Tabela 1), dados semelhantes ao número de consultas foram encontrados em outro estudo¹³.

Considerando a realidade da vida em sociedade, o exercício da autonomia depende de condições culturais, sociais, econômicas e outras. As pessoas são movidas por sua própria vontade (autonomia), mas também pela vontade do mundo exterior (heteronomia), o que confere uma característica relativa e relacional à autonomia, inseparável da dependência. As relações de autonomia/dependência estão presentes durante toda a vida dos seres humanos, seja no nível dos indivíduos, seja no das sociedades. Como não se pode pensar o ser humano fora da sociedade e da cultura à qual pertence, a ideia de autonomia dependente parece mais apropriada que a autonomia absoluta¹⁴.

Esses dados demonstram uma mudança nas características das mulheres contemporâneas, corroborando o estudo de Wolff¹⁵, que apontou que 64% das mulheres estavam “ocupadas”, isto é, tinham algum tipo de trabalho remunerado, enquanto a taxa de ocupação dos homens era de 86,3%¹⁵.

Embora o aumento nas taxas de cesariana em países de média e alta renda seja parcialmente atribuído ao pedido da mulher, uma revisão sistemática concluiu que apenas a minoria delas, em uma ampla variedade de países, manifestou preferência por essa via de parto. A revisão, que incluiu 38 estudos (n=19.403), indicou uma taxa de preferência pela cesariana de 15,6% e mostrou que a tendência foi maior entre as mulheres com cesariana anterior e entre as que moram em países de renda média¹⁶.

Segundo o Ministério da Saúde, a excessiva taxa de cesariana no setor suplementar tem múltiplas razões; dentre elas, a relação médico-paciente assimétrica, que dificulta a participação das mulheres na decisão do tipo de parto¹⁷, fato (e dado) corroborado pelos resultados do presente estudo.

Na questão referente à autonomia das mulheres que desejam parto normal, o conflito entre autonomia e beneficência

não se aplica, especialmente no setor suplementar, uma vez que a beneficência só seria justificada diante de uma cesariana por razão médica real e a maioria das mulheres usuárias deste setor é submetida à cesariana desnecessária¹⁸.

Entre as gestantes que preferiram parto vaginal, 35 tinham história de partos anteriores, das quais 83% tiveram parto vaginal. Já entre as que preferiram parto abdominal, a história anterior foi do mesmo tipo de parto em 86% dos casos. Esses dados apontam para a importância do tipo de parto nas primigestas, pois a escolha será decisiva nas futuras gestações. Maia et al.¹⁹ confirmam esses dados ao comparar a via de parto de primeira parturição à de segunda, constatando que o risco é aproximadamente 22 vezes maior de repetição da via do primeiro parto. Já as gestantes com parto cesáreo na segunda parturição estiveram expostas a risco 230 vezes maior dessa via de parto na terceira parturição¹⁹.

As falas dessas mulheres demonstram que elas não estavam preparadas para o parto normal, pois não receberam informações que diminuíssem os seus medos. Também não foram informadas sobre as complicações que podem gerar os partos cesáreos à saúde da mulher e do bebê. Os medos surgem quando a puérpera não entende a fisiologia do corpo humano e as fases do trabalho de parto, sendo fortalecidos quando ela está sozinha no parto, sem alguém que lhe ofereça alguma segurança. Rattner²⁰ relata em seu estudo que “durante o parto, o medo leva à tensão, que leva à dor, que leva a mais medo. A presença de uma pessoa de confiança da mulher transmite mais segurança durante o trabalho de parto”. Maldonado²¹ cita em seu estudo os tipos de medos que motivam a mulher a realizar o parto abdominal: “[...] medo de aceitar o impacto de um parto desencadeado de maneira espontânea, medo de ficar permanentemente deformada, de ficar com a vagina alargada e arruinar sua sexualidade, de sentir dores insuportáveis” e descreve que as mulheres que optam também pelo parto abdominal têm a sensação de “não dar conta” da parturição. Isso está associado à ideia de ser uma garotinha, preferindo entregar o trabalho de parto ao médico para serem poupadas.²¹

Coortes de nascimentos realizadas em 3 cidades do Brasil revelaram taxas de cesariana de 50,8% em Ribeirão Preto (1994); 33,7% em São Luís (1997–1998); e 45,4% em Pelotas (2004). A proporção de prematuridade foi de 12,5, 12,6 e 15,3% e de baixo peso ao nascer de 10,7, 7,6 e 10%, respectivamente. A maior proporção de baixo peso em Ribeirão Preto, cidade com melhores condições sociais e econômicas que São Luís, revelou um paradoxo, se for considerado que o baixo peso deveria ser menos comum entre recém-nascidos de mães com maior nível socioeconômico^{22,23}.

Esse despreparo das mulheres para o parto vaginal é sinal de que os profissionais da saúde não aderiram à política de humanização do parto, como recomendado pelo Ministério da Saúde, que preconiza, principalmente: favorecer a presença de

algum membro da família durante o parto, informar à parturiente e à família sobre o parto e facilitar o maior contato entre mãe e filho após o nascimento²⁴.

É inegável o papel do profissional que assiste o parto. Além do conhecimento sobre técnicas de parto, deve ser capacitado a reconhecer que cada mulher é portadora de uma cultura própria, que muitas vezes atribui significados diferentes à vivência do parto. Respeitar essa condição da mulher, orientá-la, acolhê-la em seus questionamentos e dúvidas, ajudá-la, enfim, a fazer dessa experiência um marco em sua trajetória pessoal, são os atributos desejáveis num profissional²⁵.

Em estudo realizado para verificar a percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto, concluiu-se que a maioria dos profissionais tem clareza sobre os principais aspectos da humanização, porém há uma resistência à mudança das práticas de assistência. Para mudar esse cenário é necessária a implementação da educação permanente em saúde para os profissionais da área, no sentido de ampliar a compreensão da humanização do nascimento, tendo como objetivo os processos de educação participativa com atenção voltada às necessidades da mãe e da família²⁶.

Neste estudo encontraram-se resultados relevantes ligados à escolha da via de parto, verificando-se que as mulheres, no período gestacional, recebem muitas influências e experimentam sentimentos e sensações que interferem em suas decisões. O fator limitante foi o pequeno número de puérperas entrevistadas na fase qualitativa.

Novos estudos precisam ser realizados, considerando que a humanização do parto passa não apenas por medidas governamentais, que assegurem legalmente os direitos das gestantes, mas perpassa também o comportamento e o comprometimento dos profissionais responsáveis por assisti-las nesse momento tão singular de suas vidas.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas que convivem com as mulheres no período gestacional influenciam na escolha do tipo de parto, momento que é de vulnerabilidade na vida da mulher. As informações recebidas muitas vezes são contraditórias e dificultam que a mulher identifique a melhor opção de parto, sendo necessário que os profissionais da área da saúde orientem e respondam às dúvidas em todas as fases da gestação, o que não foi observado neste estudo, pois elas não demonstraram terem sido informadas e orientadas adequadamente.

O parto transformou-se, durante os últimos anos, de acontecimento natural do sexo feminino, em um evento técnico e medicalizado, mitificando o parto vaginal numa ocorrência desconhecida e amedrontadora para as mulheres, sendo mais conveniente para os profissionais de saúde interferir na escolha da gestante.

Constatou-se que a maioria das gestantes prefere o parto vaginal; no entanto, a falta de atenção humanizada e a indução

levam, muitas vezes, as mulheres a optarem pelo parto abdominal. Além disso, o despreparo das mulheres para o parto vaginal interfere diretamente no sistema emocional da gestante ou parturiente, diminuindo a confiança dela na capacidade de ser protagonista do seu parto. O parto pode e deve ser o momento de reafirmação da capacidade da mulher, mas o medo do parto vaginal se apodera dela e esse sentimento a impossibilita de acreditar em sua capacidade de parir. Assim, ela não consegue perceber as vantagens do parto vaginal e conclui que o “parto abdominal é melhor tanto para mãe quanto para o bebê”.

Ao visualizar esse contexto, observa-se que a decisão da mulher na escolha da via de parto está se tornando “uma questão de opção”, e não uma indicação técnica. Porém, é uma opção sem orientação e conhecimento, o que acaba sendo uma indução, pois diminui a autonomia da mulher na escolha do tipo de parto.

Sugere-se que outros estudos possam verificar como e qual é a escolha da via de parto pelos profissionais da saúde e quais outros fatores organizacionais interferem no aumento das cesarianas, como, por exemplo, a ausência de plantão obstétrico e pediátrico em pequenos hospitais.

REFERÊNCIAS

- Freitas F, Martins-Costa JG, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- DATASUS. Cadernos de Informações de Saúde; 2010 [Internet]. [cited 2014 Mar 19]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/>.
- Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(3):509-19.
- Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(5):1051-61.
- Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):9-15.
- Victoria CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;28(377):1863-76.
- Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Filha MMT, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1521-34.
- Leal MC. Being pregnant in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(8):1420-21.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 – Rio Grande do Sul. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [Internet]. [cited 2014 Feb 28] Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_rio_grande_do_sul.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. SISPRENATAL; 2010 [Internet]. Available from: Available from: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Padrões dos partos em uma coorte de nascimentos: cesarianas quase universais para os ricos. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(4):635-43.
- Bastos S, Silva AL, Beraldi B. Direito à autonomia em saúde: onde mora a vontade livre? In: Keinert TMM, Paula SHB, Bonfim JRA. (Orgs.). *Ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p. 109-17.
- Wolff CS. Profissões, trabalhos: coisas de mulheres. *Rev Estudos Feministas, UFSC*. 2010;18(2):503-6.
- Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2011;118(4):391-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Leão MR, Riesco ML, Schneck CA, Angelo M. [Reflections on the excessive rates of cesareans in Brazil and the empowerment of women]. *Cien Saude Colet*. 2013;18(8):2395-400. [Portuguese].
- Maia VOA, Maia ACA, Queiroga FL, Maia Filho VOA, Araújo AB, Lippo LAM, et al. Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(9):703-7.
- Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(Supl 1):759-68.
- Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 16ª ed. São Paulo: Saraiva; 2002.
- Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA, Brito LGO, Pereira MM, Aragão VMF, et al. Which factors could explain the low birth weight paradox? *Rev Saude Publica*. 2006;40(4):648-55.
- Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol*. 1999;28(4):679-94.
- Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher; 2001.
- Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):639-49.
- Souza TG, Gaiva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaúch Enferm*. 2011;32(3):479-86.

Recebido em: 27/06/2013

Aprovado em: 20/03/2014