

FATORES DETERMINANTES PARA A PREFERÊNCIA DA MULHER PELA CESARIANA

Fernanda Hannah da Silva Copelli¹, Larissa Rocha², Maria de Fátima Mota Zampieri³, Vitória Regina Petters Gregório⁴, Zaira Aparecida de Oliveira Custódio⁵

¹ Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: fernandacopelli@hotmail.com

² Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: enfa.larissa.rocha@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: mfatima@nfr.ufsc.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: vitoriarp@gmail.com

⁵ Doutora em Psicologia. Psicóloga do Hospital Universitário da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: zaira@hu.ufsc.br

RESUMO: Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, documental, retrospectiva, com objetivo de conhecer os fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. As informações desta investigação pertencem ao banco de dados do projeto de extensão Grupo de Gestantes e Casais Grávidos da Universidade Federal de Santa Catarina (1996-2013). Utilizou-se o método de análise temática, do qual emergiu a categoria Opção pela cesariana, com três subcategorias: Quem opta pela cesariana?; Preferência pela cesariana definida no pré-natal; e Alternativa da cesariana durante o trabalho de parto. Das 169 puérperas submetidas à cesariana, 16 optaram pelo procedimento. Verificou-se, nesse grupo, que a escolha da cesariana no pré-natal sofreu influência do poder médico e, no trabalho de parto, foi motivada pela duração "prolongada" e pela dor oriunda das contrações. Este estudo reforçou a importância da educação em saúde desde a gestação e destacou a necessidade de consolidar políticas públicas, que fortaleçam o potencial da mulher para fazer escolhas.

DESCRIPTORES: Educação em saúde. Período pós-parto. Cesárea. Políticas públicas.

DETERMINANTS OF WOMEN'S PREFERENCE FOR CESAREAN SECTION

ABSTRACT: A qualitative, exploratory, descriptive, documentary, and retrospective research study to identify the determinants of women's preference for cesarean section. The information in this study is from the database extension project Group of Pregnant Women and Pregnant Couples by the *Universidade Federal de Santa Catarina* (1996-2013). We used the method of thematic analysis, from which emerged the Choice for Cesarean Section category, with three subcategories: who chooses cesarean section; preference for cesarean section defined during prenatal care; and possibility to choose cesarean section during labor. Of 169 postpartum women who had undergone a cesarean section, 16 chose the procedure. It was found that, in this group, the choice for cesarean section during prenatal care was influenced by the medical authority and, during labor, it was motivated by the prolonged duration and the pain caused by contractions. This study reinforced the importance of health education from the time of conception, and highlighted the need to strengthen public policies that increase the potential of women to make choices.

DESCRIPTORS: Health education. Postpartum period. Cesarean section. Public policies.

DETERMINANTES PARA LA PREFERENCIA DE LAS MUJERES POR CESÁREA

RESUMEN: Cualitativo, exploratorio, descriptivo, documental y retrospectivo, con el fin de conocer los factores determinantes de la preferencia de las mujeres por factores cesárea. La información contenida en esta investigación pertenecen al Grupo de mujeres embarazadas y parejas embarazadas base de datos del Proyecto de Extensión de la *Universidade Federal de Santa Catarina* (1996-2013). Se utilizó el método de análisis temático, de la que surgió la Opción por cesárea categoría, con tres subcategorías: ¿Quién opta por cesárea; Preferencia por cesárea se define en la atención prenatal; y Alternativa C-sección durante el parto. De 169 mujeres puérperas sometidas a cesárea, 16 optaron por el procedimiento. Se encontró en este grupo de que la elección de cesárea prenatalmente influenciado por el poder médico; y en la trabajo de parto, fue motivado por la duración "prolongada" y el dolor de las contracciones próximos. Este estudio refuerza la importancia de la educación para la salud desde el embarazo y destacó la necesidad de fortalecer las políticas públicas que fortalezcan el potencial de las mujeres para tomar decisiones.

DESCRIPTORES: Educación en salud. Período de postparto. Cesárea. Políticas públicas.

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos, provindos a partir da segunda metade do século XX, empregados na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, acarretaram, no Brasil, modificações significativas no cuidado prestado à mulher, transformando o parto em um evento hospitalar e cirúrgico.¹ Tais inovações contribuíram, significativamente, com o crescimento da medicalização do parto e o fortalecimento do saber biomédico em justaposição ao saber humanizado, domiciliar e, tradicionalmente, feminino utilizado até então.²

No Brasil, a medicalização do parto contrapõe-se às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que preconizam taxa ideal de cesárea entre 10-15% e o mínimo de intervenções na assistência ao parto. A medicalização também contribuiu com as crescentes taxas de cesárea: 32%, em 1994; 38,9%, em 2000; 46,5%, em 2007; e 52%, em 2010.³⁻⁵

Apesar do aumento do percentual de cesariana no Brasil, iniciativas e políticas públicas vêm sendo consolidadas com o intuito de alterar o paradigma da assistência ao parto, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e a Rede Cegonha.⁶

Outra estratégia para auxiliar na redução das elevadas taxas de cesárea são as ações de promoção de saúde, dentre as quais estão as práticas educativas coletivas, tais como, os grupos de gestantes. No contexto de Florianópolis, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), o projeto de extensão Grupo de Gestantes e Casais Grávidos é uma alternativa no sentido de implementar e sedimentar as boas práticas, recomendadas pelas políticas públicas brasileiras de saúde.

Nessa perspectiva, desde 1996, o Grupo de Gestantes e Casais Grávidos procura compartilhar conhecimentos sobre os diversos tipos de parto, suas indicações e cuidados. Esse grupo consiste de um microambiente interativo, dinâmico e complexo, direcionado à promoção da saúde, ao cuidado humanizado e à autonomia dos participantes, propiciando mudanças de condições de vida, transformações de posturas na condução do processo de nascimento e o desenvolvimento das boas práticas obstétricas, com vistas ao viver saudável. É um projeto de extensão gratuito, educativo e interdisciplinar, dirigido às gestantes e a seus acompanhantes, coordenado por docentes

do Departamento de Enfermagem, educadora perinatal e profissionais do Hospital Universitário da UFSC. Também é um espaço de ensino e pesquisa, contribuindo para a formação profissional, produção e socialização de novos conhecimentos e práticas. Anualmente, são realizados quatro grupos de gestantes, com participação de 25 gestantes e seus acompanhantes, oriundos do serviço público ou privado. Esses, constituem-se de oito encontros semanais, no período vespertino, no centro de capacitação do Hospital Universitário. Até agosto de 2014, foram realizados 72 grupos, com a participação de 1.376 gestantes e 810 acompanhantes, discentes de diferentes cursos e profissionais de saúde.⁷

Ao longo de sua existência, o referido grupo vem consolidando um número significativo de dados, porém, com poucas oportunidades para analisá-los. Tendo em vista as políticas de saúde no sentido de diminuir os índices de cesariana no Brasil, os condutores do grupo debruçaram-se sobre os dados produzidos para, à luz dessas informações e produções científicas resultantes, oferecer contribuições para a mudança de paradigma vigente da medicalização do parto.

Nos últimos anos, percebeu-se que o número de mulheres que escolhem o parto normal tem sido superior àquele das que optam pela cesariana. Contudo, mesmo com os avanços e as mudanças de modelo de assistir a mulher, estimulando o parto normal e reduzindo as intervenções no processo de nascimento, constatou-se que mais de 30% das que participam do grupo ainda optam pelo procedimento cirúrgico por escolha ou induzidas. Os conhecimentos adquiridos não dão conta de superar a cultura da cesariana, construída socialmente.

Pesquisa intitulada "Nascer no Brasil", realizada com 23.940 mulheres, em 266 hospitais e 191 municípios, apontou que, aproximadamente, 66% das entrevistadas preferiam o parto vaginal, quando no início da gestação. Entretanto, no setor privado, apenas 14,6 % conseguiu realizá-lo; enquanto, no público, 57%. Nesse mesmo estudo, quando ao final da gestação, um terço das mulheres havia mudado sua decisão, optando por realizar a cesariana; um quarto ainda não havia decidido sobre o tipo de parto; e 51,5% das mulheres foram submetidas à cesariana como via de parto final, sendo que 65,7% destas foram realizadas sem que as mulheres entrassem em trabalho de parto. A pesquisa também concluiu que as mulheres, independentemente da fonte de pagamento do parto e da paridade, não são apoiadas ou incen-

tivadas na sua opção pelo parto vaginal no final da gestação.⁸ Esse quadro tem gerado inquietação sobre o motivo que leva a mulher a escolher, como alternativa, a cesariana e aponta para a relevância de identificar e pesquisar os fatores associados à decisão pelo tipo de parto.

Nessa perspectiva, procurando ampliar o estado da arte e visando compreender esse fenômeno, o presente estudo questiona: Quais são os fatores determinantes para a opção da mulher pela cesariana? Respondendo a essa questão, este estudo teve como objetivo conhecer os fatores determinantes da preferência da mulher pela cesariana.

MÉTODO

Pesquisa exploratório-descritiva, documental, retrospectiva, com enfoque qualitativo. Os dados deste estudo fazem parte do banco de dados do projeto de extensão Grupo de Gestantes e Casais Grávidos da UFSC, o qual dispõe de documentos datados de março de 1996 a junho de 2013. Os documentos, registrados manualmente e de forma digital, incluem: inscrição dos participantes; depoimentos nos grupos de gestantes e casais grávidos e reencontros de pais e bebês; avaliação das atividades; e termos de consentimentos.

A coleta dos dados deu-se durante os meses de dezembro de 2012 a julho de 2013. Nesse período, foi realizada a seleção dos relatos transcritos das puérperas participantes do grupo de gestantes, numa atividade promovida pelo projeto, intitulada Reencontro de Pais e Bebês, que ocorre um mês após o nascimento do último bebê das gestantes do grupo.

Assim, foram ordenados 448 relatos de puérperas. Posteriormente, os relatos foram classificados em dois grupos: 1) relatos de puérperas que foram submetidas à cesariana; e 2) relatos de puérperas que não fizeram cesariana. Por meio desse processo foi possível identificar o número de puérperas submetidas à cesariana, correspondendo ao total de 169 mulheres (37,72%). O valor identificado foi menor do que os dados nacionais e estaduais divulgados, apontando que a maioria dos nascidos vivos no Brasil (53,74%) e em Santa Catarina (58,88%) foram concebidos por via operatória.⁹ Esse percentual está acima dos 15%, preconizados pela OMS.⁵

Os 169 relatos foram, novamente, classificados, desta vez identificando o motivo que levou a puérpera a realizar a cesariana. Nesse sentido, como alvo desta investigação, selecionaram-se 16 puérperas que optaram pela cesariana. A análise

dos dados foi feita por meio da análise temática, seguindo as etapas: a) pré-análise, etapa em que se escolheram os documentos para análise, constituindo o *corpus*; b) exploração do material, que consistiu na operação classificatória para compreensão do texto, estabelecendo-se os temas que, agrupados por características comuns, originaram as categorias temáticas; e c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, pela qual se realizou a análise dos dados com base em fundamentos teóricos.¹⁰ Os dados do perfil foram analisados por meio de estatística simples.

Os princípios éticos foram respeitados, de acordo com o que recomenda a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.¹¹ O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob Parecer n. 724.385. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo o anonimato das identidades garantido pela substituição do nome dos participantes pela letra "P" de puérpera, seguida do número ordinal de cada documento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados analisados, deram origem à categoria Opção pela cesariana, com três subcategorias: Quem opta pela cesariana?; Preferência pela cesariana definida no pré-natal; e Alternativa da cesariana durante o trabalho de parto.

Quem opta pela cesariana?

Nesta subcategoria, abordou-se o perfil social e obstétrico da mulher que opta pela cesariana. Do total de mulheres submetidas à cesariana, 9,46% a fizeram por opção. Destas, a maioria que optou pela cesárea estava na faixa etária entre 26 e 32 anos (52,94%). Do total, 61,17% eram casadas e 58,82% tinham o terceiro grau completo. Ademais, constatou-se que a maioria delas era primigesta (80%), tinha feito o pré-natal e dado à luz na rede privada (55,29%).

Os resultados apontaram para a relação entre preferência por cesárea e melhor condição socioeconômica (escolaridade e maior nível econômico). Estudo divergente mostra que a maioria das mulheres, seja qual for seu perfil sócio demográfico, não tem preferência pela cesariana, mesmo sendo submetida a esse procedimento,¹²⁻¹³ pois cerca de 70 a 80% das gestantes, de serviços públicos ou privados, preferem parto normal.¹⁴⁻¹⁵ Pesquisa finalizada em 2014 revela que 66% de mulheres de um total de 23.940 participantes preferiam

o parto normal no início da gestação, contudo, no setor privado, a proporção pela preferência por cesariana era maior. No final da gestação, a proporção de mulheres que referiam decisão pela cesariana se manteve constante no setor público, alcançando valores superiores a 70% no setor privado. Nesse setor, na maioria das vezes, a decisão foi tomada pela própria mulher ou em conjunto com o profissional pré-natalista.⁸ A prerrogativa pode ser melhor conhecida por meio dos relatos:

falei que queria parto normal, mas [...] optei pela cesárea (P54).

[...] eu queria parto normal, mas não tinha mais condições de fazer força, aí eu falei que queria cesárea (P62).

Ratificando o exposto, estudo realizado em hospitais públicos e privados do Brasil concorda que muitas mulheres preferem o parto normal. Contudo, quando se analisam os valores relativos às cesarianas realizadas, evidencia-se que a taxa de cesariana é maior que a de parto normal, correspondendo a 70% no setor privado, sendo 64% delas programadas.¹⁶ O mesmo ocorre com a escolaridade e com estado civil em primigestas. Apesar de a preferência não ser definida em função desses fatores, os índices de cesariana estão mais perceptíveis quando a escolaridade é maior e quando a mulher é casada ou vive com o companheiro.¹⁷ A concepção do bebê no setor privado pode não ser um fator preditivo da preferência da mulher pela cesariana, apesar das elevadas taxas de cesárea neste ambiente. Porém, certamente, contribui para isso o fácil agendamento deste procedimento, como pode ser observado nas falas:

foi bem tranquilo, uma cesárea agendada [...] (P66).

fiquei triste com a notícia, desejava muito parto normal, mas marquei cesárea para 39 semanas (P59).

O exposto ratifica a cultura da cesárea existente no Brasil, e evidencia que, apesar de preferirem o parto normal, independentemente do seu perfil social, grande parte das mulheres acabam optando pela cesárea, seja durante o pré-natal ou no trabalho de parto. Essa situação ocorre por meio de diversos fatores técnicos ou pela adoção de procedimentos intervencionistas que alimentam o fenômeno da cesárea. Dentre esses fatores, destacam-se: a utilização de métodos de diagnóstico da vitalidade fetal, os quais, por sua vez, aumentam os critérios para a indicação de cesárea; melhores resultados apresentados pelos indicadores de morbimortalidade materno-fetal; a melhoria da técnica cirúrgica; os avanços no setor terapêutico da hemoterapia e antibioticoterapia;¹⁸ e, sobretudo,

do, a presença dos médicos neste contexto.¹⁹ A influência familiar e cultural também colaboram para a mulher preferir a cesariana.

Tais fatores, certamente, são levados em consideração durante a gestação ou o trabalho de parto e, por esse motivo, serão melhor explorados nas próximas subcategorias.

Preferência pela cesariana definida no pré-natal

Os resultados do presente estudo mostraram que nem todas as mulheres justificavam a opção pela cesárea durante o pré-natal. Dentre as que justificaram, as principais explicações apresentadas para a definição da preferência pela cesariana durante o pré-natal foram relacionadas à história clínica da mulher, ou seja: idade “avançada” e desejo de realizar a laqueadura tubária durante a cesariana, conforme se observa nos depoimentos:

eu tenho 40 anos. A idade foi um dos fatores para eu escolher a cesariana, porque o médico que estava me acompanhando tinha dito para eu não escolher parto normal de jeito nenhum. Eu agendei a cesárea. O único problema é que ele me quebrou duas costelas, foi muito dolorido. O médico disse que foi acidente, disse que o cotovelo escorregou (P65).

fiz cesariana marcada e laqueadura, consegui a cirurgia no posto de saúde (P46).

Apesar de as participantes terem justificado a opção pela cesariana, os motivos apresentados, idade e laqueadura, também ratificados em algumas pesquisas,^{8,14} não estão em consonância com a literatura como indicações absolutas de cesárea. A laqueadura, método irreversível, só pode ser realizada após 60 dias do parto, com o consentimento do casal, exceto em casos de cesarianas sucessivas anteriores ou casos em que a exposição a outro ato cirúrgico represente risco de vida para a mulher.²⁰⁻²¹

Algumas mulheres estabelecem uma cumplicidade com o médico, repassam a responsabilidade para ele em relação à sua saúde por impotência para decidir, por comodidade e conveniência da data marcada para organização do cotidiano familiar, ou, ainda, por medo em função da dor e dos riscos que possam ocorrer.

Marquei a cesárea no pré-natal. Com 39 semanas começaram as contrações, procurei a médica e resolvemos fazer a cesária, pois podia entrar em trabalho de parto a qualquer hora (P51).

Assim, o profissional empodera-se, assume o papel que a sociedade espera dele e que ele

considera o mais correto, por entender que esse procedimento garante um desfecho favorável para a mulher e o bebê. Esse comportamento é problematizado em uma pesquisa sobre as representações das mulheres sobre o parto. As autoras questionam se o médico, ao indicar a cesariana, tem apenas interesse pessoal ou indica a técnica de que tem domínio e que, para ele, é a mais adequada naquele momento. Nesse sentido, elas reforçam a importância de considerar a questão cultural, a responsabilidade que é concedida ao médico pela sociedade e, também, o envolvimento emocional que este tem com o casal grávido.¹⁸ Tal questão aponta para a necessidade de se refletir sobre a formação desse profissional e sobre os aspectos culturais, determinados socialmente, que influenciam as escolhas das mulheres em relação ao tipo de parto.

Por outro lado, os resultados apontados mostraram, também, que a motivação para realizar a cesariana não se embasou apenas em evidências científicas, no desejo da mulher, ou no papel outorgado, socialmente, ao médico, mas na conveniência do profissional médico, conforme demonstrado a seguir:

a cesárea foi combinada no pré-natal. Não cheguei a entrar em trabalho de parto. Foi marcada cesárea para de manhã, mas como o médico teve um congresso não pode ser feito nesse horário, foi marcado para noite (P61).

Os achados revelaram que a preferência da mulher pela cesariana, definida durante o pré-natal, não apresenta, como justificativa, critérios científicos, podendo ser gerada pela insegurança clínica dos obstetras e pelo despreparo para a realização dos partos, uma vez que a formação de um expressivo número de profissionais deu-se dentro de um modelo tecnocrático, biologicista, centrado na técnica/intervenção e não no usuário e seu protagonismo. Ademais, pode-se, ainda, considerar a falta de disponibilidade de tempo para acompanhar o parto em função de sua agenda profissional e, até mesmo, a relação custo-benefício ao realizar um parto que não tem previsibilidade quanto ao momento de seu desfecho e tempo de duração, enquanto que na cesárea o profissional pode determinar o horário e o dia da sua realização, conforme sua disponibilidade e praticidade.

Autores ratificam o exposto ao dizerem que a justificativa incorreta, bem como a ausência de justificativa para a indicação de cesárea pode ser legitimada pela conduta médica adotada, pautada em relações sociais, interesses econômicos e de conveniência, favorecendo, significativamente, a banalização das cesáreas,¹⁹ em especial, as eletivas.²²

A outra justificativa é intervir para ter mais segurança, contudo a literatura comprova que os riscos e as complicações são maiores no caso da cesariana.¹⁴

A utilização de procedimentos tecnológicos pode, também, reafirmar as conveniências. O profissional utiliza-se de uma informação técnica, que não é indicativa de uma cesariana, para realizar o procedimento, já que a mulher não tem este conhecimento, e está vivenciado um momento delicado, imprevisível, sujeito a riscos que a deixam fragilizada para decidir, como pode ser observado no relato:

[...] eu sempre quis cesárea, mas depois do grupo [de gestantes e casais grávidos] eu estava até pensando em ter um parto normal. Aí, eu conversei com a minha médica. Então, a gente viu que o bebê estava muito grande. O médico do ultrassom falou que podia ser cesárea, que o bebê não ia descer, era muito grande. Então, nasceu de cesárea com 3.755Kg (P66).

A utilização das tecnologias de avaliação da vitalidade fetal vem se constituindo como uma tendência nas organizações de saúde, favorecendo e justificando as indicações de cesárea.¹⁸ Tais inovações contribuem para o diagnóstico precoce de diversas distócias que poderiam impedir a viabilização do parto normal.

O fato é que a análise dos resultados dos exames, assim como a indicação acerca deste procedimento é feita pelo profissional médico em concordância com a mulher e o acompanhante que, muitas vezes, se sentem intimidados pelo poder médico apresentado,²³ acatando, sem questionar, as condutas empregadas. Ressalta-se que, além da autoridade e influência médica, essa situação se deve à falta de informação sobre as indicações e os riscos compartilhada com a mulher durante o pré-natal, bem como à crença, determinada socialmente, de que a cesárea é mais segura, o que é ratificado pela literatura.¹⁸

A participação no Grupo de Gestantes e Casais Grávidos também foi citada, nesse caso, como fator questionador do desfecho previamente traçado. O relato anterior mostra que as mulheres, mesmo participando das discussões que tratam sobre vantagens e desvantagens da cesariana, acabam valorizando mais a opinião do médico, no que diz respeito à escolha sobre a via de parto pretendida. Esse fato ocorre porque a opção por cesariana nunca é uma escolha apenas da mulher, ou seja, é uma opção compartilhada entre a mulher/família e médico, visto que, como é esse profissional que acompanha a mulher em toda a evolução da gravidez, ele tem a confiança dela e é responsável por conduzir e indicar o tipo de parto. A argumentação

técnica do profissional e as suas orientações, têm um peso significativo na escolha do tipo de parto, bem como na opção pela cesariana, tornando inócuas as iniciativas em prol do parto normal.²³

Alternativa da cesariana durante o trabalho de parto

De acordo com os relatos, a preferência pela cesariana durante o trabalho de parto ocorreu, principalmente, devido ao medo da dor decorrente das contrações e da duração “prolongada” desse período.

Tinha contrações e fiquei com medo de sentir dores no parto normal (P49).

Eu gemia de dor [...] então, ele [médico] me aconselhou a fazer cesárea, porque eu não teria força para fazer o parto normal (P61).

[...] o médico falou que, do jeito que estava, eu iria ganhar só de madrugada. Como estava sendo muito cansativo e dolorido o trabalho de parto, eu optei pela cesárea (P54).

Fiz cesárea porque eu quis. Não quis esperar o trabalho de parto. Senti contrações a noite inteira. Ela encaixou, tive dilatação, mas fui para cesárea (P26).

Os discursos fazem menção ao parto normal como doloroso e prolongado, conferindo à cesárea praticidade, agilidade e isenção de dor. Estudo desenvolvido com o objetivo de analisar as perspectivas de primigestas sobre a dor do parto normal e sua relação com o contexto sociocultural e de assistência pré-natal destaca que o obstetra, além de manter o modelo biomédico e intervencionista da assistência, passa a destacar a cesariana como solução para a dor do parto normal, trazendo a ideia de que a mulher não tem culpa pela dor, mas é vítima de sua própria natureza.²⁴

A falsa concepção de isenção de dor durante e após o procedimento operatório é questionável, visto que muitas mulheres não são orientadas quanto à duração do trabalho de parto e a outros fatores relacionados à fisiologia do parto normal, bem como sobre a dor pós-operatória, inerente a procedimentos cirúrgicos como a cesariana.²⁵ Além da desinformação, as intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e as violências obstétricas transformam o que seria um acontecimento normal em um procedimento desumanizado, aumentando ainda mais as sensações dolorosas e os medos, o que contribui para a aceitação e solicitação da cesariana.

O processo de parto é um período no qual a mulher e a família compartilham de diversas

vivências e expectativas, cristalizadas social e culturalmente, e que podem reforçar medos e sentimentos negativos relativos ao parto. O medo de não suportar a dor, de morrer, de ficar dilacerada, assim como a sensação de não ser capaz de parir são angústias frequentes no momento do parto, tornando as mulheres mais vulneráveis às intervenções médicas nesse período.²⁶ Por essa razão, é importante observar o contexto em que essa parturiente está inserida, estimulando o apoio físico, psicológico e educativo dos envolvidos. Uma das formas de promover o apoio emocional e aumentar as chances de parto normal, livre de intervenções, é a participação do pai e/ou acompanhante durante o processo de parturição.²⁷⁻²⁸

Outra estratégia para instrumentalizar a mulher e a família nesse momento é a participação da enfermeira obstetra no cuidado, objetivando a compreensão das emoções dos envolvidos, transmitindo confiança, encorajando e mostrando que a mulher é capaz de vivenciar as sensações dolorosas do trabalho de parto, garantindo, por conseguinte, menores índices de cesariana.^{19,29} Além dos aspectos relacionados ao apoio emocional, as enfermeiras podem utilizar métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como a utilização da bola suíça, do banho terapêutico, de massagem, entre outros. Tais métodos baseiam-se em conhecimentos e evidências científicas, que levam em consideração a clínica e a epidemiologia, organizando a atuação do profissional no processo de trabalho de parto.³⁰

Nesse sentido, a enfermeira obstetra é essencial para apoiar a mulher na evolução do trabalho de parto e parto, e ampliar os conhecimentos dela sobre esse momento, reduzindo as influências externas que direcionam para um parto com intervenção. Destaca-se, também, a importância dessa profissional no planejamento e na implantação de práticas educativas interdisciplinares, em especial, o grupo de gestantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer os fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. No pré-natal, foram determinantes da preferência: a idade avançada e o desejo de realizar a laqueadura durante a cesariana. Durante o trabalho de parto, o medo da dor, o tempo prolongado do processo de parturição, a desinformação, a praticidade, a indicação do procedimento pelo médico para segurança do filho e o poder de intervenção desse profissional foram os fatores que motivaram a mulher a optar pela cesariana.

Constatou-se que a influência do profissional que acompanha o pré-natal e as orientações recebidas nesse período são decisivas na escolha do tipo de parto. Nesse sentido, faz-se necessário compartilhar, com as gestantes e os acompanhantes, informações sobre a fisiologia do parto, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, as vantagens, desvantagens e riscos dos diversos tipos de parto, bem como socializar experiências exitosas sobre o parto normal. Também é fundamental refletir e problematizar com os profissionais de saúde sobre esta temática, buscando desmedicalizar esse momento da mulher e da família.

Entende-se importante rever como está se conduzindo a formação dos discentes na área de saúde, com vistas a resgatar o protagonismo da mulher no processo de nascimento, oportunizando a ela decidir sobre o tipo de parto com base em informações consistentes e evidências científicas. Ademais, problematizar crenças que foram transmitidas de geração em geração em relação ao parto normal e à cesariana, que reforçam a ideia de que o procedimento cirúrgico tem menos riscos e complicações, o que não é verdade de acordo com as evidências científicas. Divulgar essas evidências na mídia pode contribuir para mudar esse modelo intervencionista e biologicista, ainda vigente.

Considerando que são as mulheres com maior nível econômico e cultural, atendidas na rede privada, que têm a preferência pela cesárea, faz-se necessário desenvolver práticas educativas com essa parcela de mulheres, informando os riscos e as complicações da cesárea para ela e o filho quando não se tem uma indicação precisa, bem como as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, e que a cesárea deve ser utilizada para o bem-estar e segurança do binômio. Informadas, essas mulheres poderão ser multiplicadoras e incentivadoras do parto normal junto às redes sociais e aos espaços do cotidiano.

A subcategoria Preferência pela cesariana definida durante o trabalho de parto traz à tona a falta de apoio e de informação das puérperas, o que refletiu na percepção dolorosa das contrações e no parto prolongado. Tais resultados oportunizam pensar o quão vulnerável ficaram essas puérperas, bem como o quanto a enfermeira obstetra poderia contribuir no apoio emocional, educacional e físico neste momento único e complexo na vida da mulher, conceito e família.

Este estudo reforçou a importância da educação em saúde, sobretudo do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos como um instrumento para con-

tribuir para um pré-natal de qualidade e fortalecer os potenciais da mulher para fazer escolhas na condução de seu parto. E aponta que as orientações recebidas do profissional, durante a consulta pré-natal, e influência familiar têm um peso significativo na opção pelo parto. Nessa perspectiva, a inserção da família, em especial do acompanhante e/ou do companheiro nos cuidados durante o processo de nascimento é fundamental.

A pesquisa permitiu, também, identificar a necessidade de consolidar as políticas públicas acerca da temática e a necessidade de qualificar e capacitar os profissionais de saúde que atuam na área obstétrica sobre as boas práticas no parto e nascimento, bem como rever a formação dos profissionais de saúde que se centram mais na tecnologia do que na pessoa que busca o serviço.

Por fim, como este estudo foi restrito ao contexto de um único grupo de gestantes, o que limita a generalização dos resultados obtidos, sugere-se a produção de novas investigações que ampliem a compreensão sobre a preferência das mulheres em outros contextos públicos e privados.

REFERÊNCIAS

1. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 Ago; 18(8):2395-400.
2. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre o desejo e a realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*. 2012; 22(1):35-52.
3. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011 Fev; 45(1):185-94.
4. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010 Out; 38(10):527-37.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. As cesarianas no Brasil: situação do ano de 2010 - tendências e perspectivas. Brasília (DF): MS; 2011.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do sistema único de saúde - SUS, a Rede Cegonha. Brasília (DF): MS; 2011.
7. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Out-Dez; 19(4):719-27.
8. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão

- pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* [online]. 2014 [acesso 2014 Set 18]; 30(Sup.1):. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
9. Ministério da Saúde (BR). Informações de Saúde. DATASUS 2011 [online]. Brasília (DF): MS; [acesso 2013 Set 14]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
 10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo (SP): Hucitec; Abrasco; 2010.
 11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. DOU n. 12, seção1, p.13 Brasília (DF): MS; 2013.
 12. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, 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 Set-Out; 13(5):1521-34.
 13. Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Diagn Tratamento*. 2009 Out-Dez; 14(4):133-7.
 14. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesariana. *Rev Saúde Pública*. 2006 Abr; 40(2):226-32.
 15. Potter JE, Berquó E, Formiga MCC. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *Br Med J*. 2001 Nov; 323(7322):1155-8.
 16. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth*. 2008 Mar; 35(1):33-40.
 17. Oliveira DR, Cruz MKP. Estudo das indicações de parto cesáreo em primigestas no município de Barbalha-Ceará. *Rev Rene*. 2010 Jul-Set; 11(3):114-21.
 18. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde Soc*. 2011 Jul-Set; 20(3):579-89.
 19. Tesser CD, Knobel R, Rigon T, Bavaresco GZ. Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil. *Saúde Transf Soc*. 2011; 2(3):4-12.
 20. Soalheiro LC. Fatores associados à preferência por cesariana em uma amostra representativa de primíparas na Região Sul do Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ; 2012.
 21. Berquó E, Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cad Saúde Pública* [online]. 2003 Jan [acesso 2014 Set 19]; 19(Suppl2):. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800025
 22. Ferrari J. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Rev Bioética*. 2009; 17(3):473-95.
 23. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010. Abr-Jun; 10(2):191-7.
 24. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2012 Out-Dez [acesso 2014 Ago 8]; 21(4):819-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/12.pdf>
 25. Sell SE, Beresford PC, Dias HHZR, Garcia ORZ, Santos EKA. Olhares e saberes: vivências de puérperas e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2012 Out-Dez [acesso 2014 Jul 9]; 21(4):766-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/06.pdf>
 26. Sarmiento R, Setúbal MSV. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev Ciênc Méd*. 2003 Jul-Set; 12(3):261-8.
 27. Perdomini FRI, Bonilha ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Jul-Set; 20(3):445-52.
 28. Bruggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013 Jul-Set; 17(3):432-8.
 29. Reis SP, Meincke SMK, Bielemann VLM, Carraro TE, Lopes CV. Percepção das puérperas quanto ao cuidado prestado pela equipe de saúde durante o trabalho de parto. *Ciênc Cuid Saúde* [online]. 2008 [acesso 2014 Jul 9]; 7(Suppl 2). Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/20938/pdf>
 30. Gayeski ME, Bruggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no Trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Out-Dez; 19(4):774-82.