

## PERCEPÇÕES DAS GESTANTES QUANTO À ESCOLHA DA VIA DE PARTO

### Dandara Novakowski Spigolon

Doutora em Ciências da Saúde. Docente do curso de enfermagem. Departamento de enfermagem. Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Paranavaí, PR, Brasil.

### Elen Ferraz Teston

Doutora em enfermagem. Docente do curso de enfermagem. Instituto Integrado de Saúde - INISA. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil.

### Edilaine Maran

Mestre em enfermagem. Docente do curso de enfermagem. Departamento de enfermagem. Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Paranavaí, PR, Brasil.

### Patrícia Louise Rodrigues Varela

Doutora em enfermagem. Docente do curso de enfermagem. Departamento de enfermagem. Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Paranavaí, PR, Brasil.

### Sumie Fateme Biazyan

Egressa de enfermagem. Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), Paranavaí, PR, Brasil.

### Beatriz Maria dos Santos Ribeiro

Doutoranda em Enfermagem na Escola de enfermagem de Ribeirão Preto na Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), Brasil.

#### Autor correspondente:

Beatriz Maria dos Santos Santiago Ribeiro  
E-mail: beatrizsantiago1994@hotmail.com

Recebido em: 28/01/2020

Aceito em: 29/06/2020

**RESUMO:** Esta pesquisa teve como objetivo conhecer as percepções das gestantes quanto à escolha da via de parto. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com gestantes de um município da região noroeste do Estado do Paraná. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas. Para o tratamento dos dados, adotou-se o discurso do sujeito coletivo. Participaram 20 gestantes, das quais 13 realizaram o parto cesárea. De acordo com as respostas das entrevistas foram geradas 25 expressões-chaves e delas originaram-se cinco ideias centrais: A – “Preferência pelo parto normal”, na qual metade das gestantes optou inicialmente por essa via de parto; B – “Indicação da via de parto cesárea”, escolhida por nove gestantes (45%) com indicação médica, a despeito da preferência prévia pelo parto normal; C – “Escolha de via de parto cesárea”, com quatro (20%) mulheres que escolheram essa via por medo da dor; D – “Satisfação com via de parto realizada”, via pela qual todas as mulheres (35%) que realizaram parto normal expressaram satisfação; e E – “Dualidade entre satisfação e sofrimento com a via de parto realizada”, misto de sentimento vivenciado por todas mulheres que realizaram cesárea. Concluiu-se que metade das gestantes tem preferência pelo parto normal, mas a maioria acabou por realizar o parto cesárea. Na percepção das entrevistadas, as escolhas da via de parto cesárea foram decorrentes de indicação médica, medo, insegurança e desejo pela laqueadura. Sugerem-se ações educativas esclarecedoras para diminuir inseguranças nas decisões das gestantes e possibilitar autonomia na escolha consciente quanto à via de parto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gravidez; Cesárea; Parto obstétrico; Parto normal; Enfermagem.

## PERCEPTIONS OF PREGNANT WOMEN REGARDING THE CHOICE OF THE ROUTE OF DELIVERY

**ABSTRACT:** This study aimed to know the perceptions of pregnant women regarding the choice of the route of delivery. Descriptive study with a qualitative approach was conducted with pregnant women from a municipality in the Northwest region of the State of Paraná. Data were collected through semi-structured, audio-recorded interviews. For data treatment, the discourse of the collective subject was adopted. Participants were twenty pregnant women, 13 of whom undergoing cesarean delivery. According to the responses to the interviews, 25 key expressions were generated and five central ideas were originated: A – “Preference for vaginal childbirth”, in which half of the pregnant women initially opted for this route of delivery; B – “Indication for cesarean section”, with nine pregnant women (45%) with medical indication, despite the previous preference for vaginal delivery; C – “Choice for cesarean section”, with four (20%) women who chose this

route due to fear of labor pain; D – “Satisfaction with the route of delivery performed”, in which all women (35%) undergoing vaginal delivery expressed satisfaction with this route; E – “Duality between satisfaction and suffering with the childbirth performed”, in which all women who underwent cesarean section experienced this mixed feeling. This study concluded that half of the pregnant women have a preference for vaginal delivery, but the majority had a cesarean delivery. In the perception of pregnant women, the choices for cesarean delivery were due to medical indication, fear, insecurity and desire for sterilization. Educational actions are suggested to reduce insecurities in the decisions of pregnant women and enable autonomy in the conscious choice regarding the route of delivery.

**KEY WORDS:** Cesarean section; Natural childbirth; Nursing; Obstetric delivery; Pregnancy.

## INTRODUÇÃO

O parto normal é a via de parto recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) devido a seus benefícios e à diminuição dos riscos maternos e neonatais. Por sua vez, o parto cesárea, sem indicação médica, constitui risco desnecessário à saúde da mulher e do bebê, uma vez que aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte materna<sup>1</sup>.

A OMS preconiza que o total de partos por cesariana em relação ao número total daqueles realizados em um serviço de saúde não ultrapasse 15%, os quais devem ter indicação precisa. No entanto, as cesáreas se tornam cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento<sup>2,3</sup>.

Atinente a isso, a OMS ressalta o aumento de partos por cesárea, que chegou a 18,6% em 2016. Na Europa, o índice elevou-se, em 20 anos, de 15% para 25%, e nos Estados Unidos, alcançou cerca de 33%. O Brasil, juntamente com a Nicarágua, apresenta as estatísticas mais elevadas em escala mundial no que se refere às intervenções cesarianas. A medida de parto cesárea, que deveria ser exceção, parece estar assumindo a indicação de uma regra geral.<sup>4</sup> No sul do país, as cesáreas correspondem a 61,7% dos partos, e na rede pública do Estado do Paraná chegaram, em 2013, a 63,5%<sup>5</sup>.

É preciso considerar que três em cada dez mulheres começam a gestação com preferência pelo parto cesariana, mas ao final da gravidez esse número sobe para oito. Essa proporção aumenta pela influência de um aconselhamento pré-natal que superestima os riscos do parto vaginal e estimula o medo e a insegurança da gestante<sup>6</sup>. Além disso, sabe-se que mulheres com nível socioeconômico mais alto, maior escolaridade e usuárias do setor privado são as que mais realizam cesarianas. Elas geralmente são as que possuem maior acesso à saúde e conseqüentemente menor risco gestacional, o que remete questionamentos sobre as elevadas taxas de cesáreas nesse grupo, destituídos de um olhar reducionista ao apontar simplesmente as indicações médicas<sup>7</sup>.

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada das gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS), e com a implantação da Rede Cegonha objetiva a prestação de cuidado e acompanhamento integral por profissionais de saúde envolvidos na assistência à gestação e puerpério. Desse modo, o fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades das gestantes, puérperas e recém-nascidos, oportunizadas pelo estabelecimento da rede, proporciona atendimento humanizado e criação de vínculo entre profissionais e familiares<sup>8</sup>.

Aliado a isso, os avanços na área de ciências médicas contribuíram para gestações mais seguras, pois o acompanhamento do pré-natal com abordagens psicossociais e as atividades educativas e preventivas permitiram que fatores de risco durante a gravidez fossem reduzidos ou controlados. Entretanto, há ainda outros que podem influir nos desfechos de saúde materna e neonatal, como condições sociodemográficas – situação conjugal insegura, baixa renda e escolaridade, entre outros aspectos ambientais e clínicos desfavoráveis<sup>8</sup>.

Ademais, é imperativo que se reverta o paradigma social instaurado, o qual tem influenciado fortemente a “cultura das cesáreas” entre as brasileiras. Nessa vertente, a Teoria das Representações Sociais (TRS) vai ao encontro dessa necessidade, pois tais representações são vistas como um modo específico de compreender e comunicar aquilo que já se sabe. Elas ocupam uma posição, em algum ponto, entre conceitos que têm como objetivo abstrair o sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções que reproduzam o mundo de forma significativa<sup>9</sup>.

Buscar a conscientização das gestantes e também dos profissionais que prestam assistência ao parto acerca dos possíveis impactos negativos da intervenção cirúrgica para a mãe e a criança é ainda a melhor forma de reduzir as taxas do parto cesáreo. Uma vez que se conhecem as prováveis razões pelas quais as mulheres preferem a cesárea ao parto vaginal, cabe à sociedade médica, gestores e demais profissionais da saúde desmistificar conceitos equivocados<sup>6,10</sup>.

Salienta-se que durante anos essa problemática tem sido amplamente discutida na literatura. Contudo, verifica-se a necessidade de se conhecerem os aspectos relacionados à escolha da via de parto com vistas à criação de ações educativas eficazes, com respostas efetivas, inclusive nas mudanças socioculturais.

Na perspectiva de ampliar o conhecimento sobre a temática, questiona-se: quais são os fatores que influenciam a escolha da via de parto pelas gestantes? Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer a percepção delas gestantes a respeito do tema.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, realizado em um município da região noroeste do Estado do Paraná, que na ocasião contava com 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destas, as seis com o maior número de gestantes cadastradas foram selecionadas.

Foram incluídas no estudo as gestantes no 3º trimestre que realizavam o acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Por sua vez, foram excluídas aquelas que não foram encontradas no domicílio e/ou durante o contato telefônico e as que já tiveram o parto antes do início da coleta de dados na Fase 1. Os endereços e contatos telefônicos das mulheres foram fornecidos pelas equipes das UBS's.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2018 por meio de entrevistas individuais gravadas a partir de um questionário semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras, com dados sociodemográficos e quatro questões norteadoras: 1) Se você puder escolher, qual a via de parto prefere? Por quê?; 2) Qual foi a via de parto indicada pelo(a) seu(sua) médico(a)?; 3) Você sabe por que a via de parto foi indicada pelo(a) seu(sua)

médico(a)?; e 4) Você ficou satisfeita com a via de parto realizada?

O estudo foi operacionalizado em duas fases:

Fase 1 – período pré-parto: nessa fase foi realizada a primeira entrevista com a gestante, na qual aplicou-se o questionário composto com dados sociodemográficos, clínicos e aqueles relacionados ao parto anterior e da gestação atual; e feita a entrevista audiogravada pautada nas três primeiras questões norteadoras do estudo, a fim de identificar os possíveis fatores que influenciaram a escolha da via de parto.

Fase 2 – período pós-parto: fase caracterizada pelo segundo momento da entrevista audiogravada com o intuito de identificar a via de parto realizada e a satisfação sentida pelas gestantes, bem como obter outras informações, como intercorrências maternas e/ou neonatais.

As entrevistas da Fase 1 e da Fase 2 tiveram duração média de 15 e 20 minutos, respectivamente, e aconteceram no domicílio da depoente, sem a presença de outros indivíduos e/ou familiares. Ressalta-se que todos os encontros foram realizados por uma das pesquisadoras, acadêmica de Enfermagem, que recebeu orientação e capacitação de dois docentes de uma Instituição de Ensino Superior (IES), que possuem experiência em pesquisa qualitativa com entrevistas.

Ela não possuía vínculo com as UBS's e nem relação estabelecida com as participantes antes do início do estudo. Por isso, no momento da abordagem e convite para tomar parte da pesquisa, disponibilizou o questionário à participante, esclareceu os objetivos dela, a técnica de coleta dos dados e os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. Após o contato e inclusão das participantes, não houve desistências. Novas inclusões ocorreram até que se percebesse que o objetivo tinha sido alcançado e que as informações se tornaram repetidas.

Para sistematização e tratamento dos dados, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), baseado no referencial metodológico de Lefèvre.<sup>11</sup> Por sua vez, a discussão dos dados foi fundamentada no referencial teórico conceitual das representações sociais<sup>9</sup>

A TRS faz parte do sentido que o ator social dá ao mundo em que vive, presente em um posicionamento, manifestação e/ou opinião, caracterizado pelo fato de procurar reconstituir tal representação que preserve sua dimensão individual articulada com a coletiva. Assim, o DSC é uma forma de resgatar e apresentar a Representação

Social, em que as opiniões ou expressões individuais que são semelhantes são agrupadas em categorias semânticas, e os conteúdos ou depoimentos, redigidos na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo.<sup>11</sup> Para tanto, a análise dos depoimentos das participantes foi composta por Expressões-Chave (ECHs), Ideias Centrais (ICs), Ancoragens (ACs) e o DSC.

Após gravadas e registradas, as narrativas foram transcritas em um quadro elaborado pelos pesquisadores e digitadas no processador de texto *Microsoft Word*; esse quadro foi dividido em quatro colunas compostas por ECHs, ICs, ACs e os DSCs. Para os procedimentos técnicos, primeiramente se obtiveram os depoimentos, usando literalmente as palavras faladas, e na sequência iniciou-se a redução dos discursos com a leitura e análise individual de cada fala e a captura do seu conteúdo essencial. No geral, as falas foram curtas, logo foram organizados os estratos mais significativos do texto com as ECHs.

Com base nas ECHs deu-se a busca dos sentidos das falas constituídas por ICs e ACs. As ICs corresponderam à formulação sintética do discurso emitido pelo sujeito, tratou-se da descrição do sentido do depoimento, isto é, uma etiqueta semântica; a partir disso, selecionaram-se ideias centrais provisórias e suas respectivas ECHs agrupadas em torno de uma mesma temática.

Há um tipo de IC que aparece algumas vezes nos depoimentos, que é a AC, e só foi utilizada quando o enunciado continha algum valor, uma teoria, uma ideologia, uma crença explicitada no discurso que é professada pelo sujeito, logo dando respaldo às ICs.

Em seguida, realizaram-se novas leituras para confirmação das ICs permanentes e dispostas segundo os grandes temas analisados no estudo. Desse modo, foram identificadas as ICs e as ACs, as que expressaram e tiveram o mesmo sentido, sentido equivalente ou mesmo complementar da melhor maneira possível, e agrupadas e categorizadas com as letras A, B, C, D e E com uma IC-síntese a fim de evitar redundâncias.

A construção do DSC consistiu na reunião das ECs organizadas segundo ICs que apresentaram sentido semelhante. Logo, trata-se de um discurso-síntese feito na primeira pessoa do singular. No processo de seleção das ECHs, foi retirado o discurso não relevante para a questão de pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, sob o parecer n. 2.539.313 no ano de 2018. Todas as informações foram esclarecidas às participantes, respeitando todos os preceitos éticos, assim como a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (uma delas ficou com a participante, a outra, com a pesquisadora).

## RESULTADOS

Das 73 gestantes cadastradas nas seis UBS's, 20 participaram do estudo, uma vez que as demais foram excluídas conforme os critérios de exclusão – 50 não foram encontradas no domicílio e/ou durante o contato telefônico e 3 que já tinham feito o parto antes do início da coleta de dados. Entre as que tomaram parte da pesquisa, 19 apresentavam idade acima de 18 anos, 13 tinham cor parda, 8 eram casadas, 11 possuíam renda familiar de até dois salários mínimos e 11 haviam concluído o ensino médio.

Com relação à gestação anterior, 12 mulheres eram multigestas, 11 realizaram pré-natal pelo SUS, 7 tinham feito parto normal, 3 referiram diabetes gestacional e anemia e uma, ovário policístico. Duas gestantes relataram que tiveram intercorrências no parto anterior, mas não souberam explicar o que aconteceu.

Sobre a gestação atual, todas as depoentes disseram ter realizado acompanhamento efetivo do pré-natal, 13 realizaram parto cesáreo, uma relatou estar em tratamento para anemia, uma para depressão, uma para disfunção na tireoide e uma para ovário policístico. Ocorreram três intercorrências, duas neonatais – uma foi por insuficiência respiratória e hipoglicemia, e a outra, por parada cardiorrespiratória sem causa prévia definida –, e os neonatos ficaram na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por 15 e 18 dias, respectivamente; e uma intercorrência materna por infecção em sítio cirúrgico, o que resultou em uso de antimicrobiano.

De acordo com as respostas das participantes, as entrevistas geraram 25 ECHs, e delas foram identificadas cinco ICs:

- A – Preferência pelo parto normal
- B – Indicação da via de parto cesárea
- C – Escolha da via de parto cesárea
- D – Satisfação com via de parto realizada
- E – Dualidade entre satisfação e sofrimento com a via de parto realizada

As ICs e o DSC referente à via de parto escolhida e realizada pelas gestantes estão apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1.** Ideia Central (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) referente à via de parto escolhida e realizada pelas gestantes

IC	DSC	Representatividade – n (%)
A – Preferência pelo parto normal	<i>DSC 1: Pra mim é o parto normal, porque dizem que é melhor, já ouvi muito, dizem que a recuperação é mais rápida, mais cômodo, mais fácil, a dor é uma só, foi dolorido, demorou, mas tomei banho, ia no banheiro normal [...]. Dizem que o parto cesáreo é complicado porque é uma cirurgia e tem anestésias, então eu tenho muito medo.</i>	10 (50%)
B – Indicação da via de parto cesárea	<i>DSC 2: A minha escolha era parto normal, mas o médico indicou a cesárea porque minha gravidez era de risco, tive complicação e alteração dos batimentos cardíacos do bebê e meu também e daí foi de urgência né [...]. Na hora eu não tive dilatação e cheguei a esperar algumas horas, aí como eu não tive dilatação, não teve jeito, foi cesárea.</i>	9 (45%)
C – Escolha da via de parto cesárea	<i>DSC 3: Eu quis fazer cesárea, foi por minha conta mesmo, porque eu tenho muito medo da dor do parto normal [...]. Daí como eu ia ter que esperar mais e ainda estava sem dilatação, fiquei com medo e quis cesárea mesmo.</i>	4 (20%)
D – Satisfação com via de parto realizada	<i>DSC 4: Eu estou satisfeita com o parto normal, tinha que ser igual a outra, deu tudo certo e minha recuperação foi muito rápida.</i>	7 (35%)
E – Dualidade entre satisfação e sofrimento com a via de parto realizada	<i>DSC 5: Eu estou satisfeita com a cesárea, mas o parto normal parece ser melhor por causa da recuperação que é muito boa [...]. Só que quando tem que esperar muito, daí dá medo de passar da hora, daí tem que fazer cesárea e às vezes a gente aproveita e já faz laqueadura [...]. Eu acho que a dor que você sente depois da cesárea é ruim né, pra levantar, pra sentar, pra amamentar a criança daquele jeito é complicado, além disso o corte da cesárea é feio e a dor é insuportável.</i>	13 (65%)

## DISCUSSÃO

No presente estudo, destacou-se a presença e acompanhamento efetivo das gestantes no pré-natal, o que pode justificar o baixo número de comorbidades e intercorrências, diminuindo o risco de morbimortalidade materna e neonatal. Por outro lado, ficou demonstrado que as equipes de saúde que realizam o pré-natal de alto risco precisam rever suas práticas educativas: dados evidenciaram pontos a serem trabalhados na organização e na assistência prestada a essas gestantes, destacados pela falta de orientação e pela necessidade de melhorias na qualificação durante o acompanhamento dessas mulheres<sup>12</sup>

Desse modo, estudos apontam que o pré-natal deve ser realizado de forma humanizada, acolhedora e qualificada. O enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, desempenha um papel fundamental

na assistência a essas mulheres, com escuta qualificada, orientações necessárias de educação em saúde, acompanhamento na gestação, esclarecimento de dúvidas e apoio aos anseios. Além disso, identifica precocemente alterações e riscos na gestação, pontos primordiais para consolidar o planejamento e desenvolvimento da gestação<sup>13,14</sup>.

Normalmente, a maioria dos partos evolui sem problemas, porém existe uma parcela de nascimentos em que ocorrem intercorrências e/ou complicações<sup>15</sup>. Essa assertiva fortalece os achados deste estudo, na qual dois neonatos evoluíram com intercorrências. Os profissionais envolvidos na assistência devem identificar os casos críticos que necessitam de uma atenção mais complexa e especializada para o direcionamento do atendimento mais adequado e específico a essa condição<sup>15</sup>. Uma das ferramentas utilizadas para isso – e que foi introduzida a

partir da Rede Cegonha – é a estratificação de risco, que direciona a gestante para o ponto de atenção de acordo com o risco<sup>8</sup>.

Nas últimas três décadas, o Brasil apresentou ampliação do acesso à assistência pré-natal a maior parte das gestantes e teve um impacto positivo sobre indicadores de saúde, em especial quanto à saúde infantil, além de reduções nas desigualdades sociais e regionais. Mesmo assim, ainda há preocupações em relação à prática injustificável de cesarianas, que atingem mais de 50% no país. Isso pode ser atribuído, de certo modo, aos nascimentos pré-termo, associados parcialmente ao parto cesárea desnecessário e a fragilidades na atenção primária à saúde<sup>16</sup>.

No entanto, apesar da ampliação desse acesso, não são todas as regiões brasileiras que possuem a rede consolidada ou que apresentam resultados favoráveis com relação a sua implantação. Por isso, é preciso que haja formulações de políticas mais explícitas e explicativas, atribuindo cursos fisiológicos da gravidez, parto e puerpério sob os cuidados de toda equipe de saúde, com incentivos na promoção e cooperação interdisciplinar na atenção às gestantes, com foco nas necessidades e escolhas sobre a gestação<sup>17</sup>.

Foi observado no discurso de metade das gestantes a preferência pelo parto normal devido à rápida recuperação, comodidade e facilidade, mesmo que proporcione dor e/ou demora no momento do parto. E quando comentado sobre o parto cesárea, algumas relataram o medo pelo fato de conter intervenções cirúrgicas e anestésicas. Resultados análogos demonstraram que a maioria das gestantes prefere a via de parto normal, por ser um processo natural e de rápida recuperação quando comparada ao parto cesárea. Adicionalmente, essas mulheres afirmaram pouco sofrimento, pós-parto menos doloroso, facilidade em retomar as atividades diárias e cuidados com o neonato sem restrições, o que mostrou benefícios proporcionados pela escolha dessa via de parto<sup>18</sup>.

A decisão e desejo do parto normal apresentou-se em um estudo, e a escolha da via se deu a partir de interações sociais favorecedoras de um interesse e busca em conhecer esse tipo de parto. Destacou-se a importância nas buscas e reflexões acerca dos apontamentos sociais

quando comparados partos normais e cesarianas, pois vivências do parto normal valorizam a representatividade para o ser mulher<sup>19</sup>.

Os profissionais comumente sugerem o parto normal, mas algumas situações levam à recomendação do parto cesárea, evidenciada no discurso referente à indicação da via de parto cesárea. Isso se dá uma vez que só devem sinalizar o parto cesárea quando há algum risco de morbimortalidade e probabilidade de eventos não esperados, como a posição do bebê e motivos relacionados à saúde neonatal e/ou materna<sup>20</sup>. Esse resultado vem ao encontro da função prescritiva da representação social, que se impõe sobre os indivíduos com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado<sup>9</sup>.

Destarte, o parto cesáreo deve ser decidido por meio de avaliações criteriosas, pois pode ocasionar complicações como infecções puerperais, hemorragias, riscos anestésicos e/ou mortalidade ou morbidade materna e neonatal, não deixando de ser, portanto, uma ferramenta importante, mas usada de forma controlável<sup>21</sup>.

Percebeu-se nos relatos de nove participantes do presente estudo que a indicação do parto foi feita pelo médico, associada às complicações e riscos para mãe e filho. Apesar disso, é preciso refletir o que ainda leva os números de partos cesáreas serem elevados, visto que esse cenário gera a preocupação de que o Brasil segue como um dos países com alto índice deles e acima do indicado pela OMS<sup>20</sup>.

Dados de 2018 do serviço nacional de saúde da Inglaterra demonstraram que, embora a prevalência nos partos vaginais espontâneos seja 58%, 11% tinham assistência instrumental durante o parto, 13% foram cesarianas eletivas e 16% nasceram por cesariana de emergência<sup>22</sup>.

Em geral, compreender essas taxas vai além da decisão sobre a via de parto, pois deve-se levar em conta as necessidades por indicação médica e também o respeito às preferências das mulheres. Isso inclui perceber a relação entre a natureza e a cultura dessas gestantes para que o evento do parto possa ser visto como uma possibilidade de autodeterminação da mulher sobre seu corpo<sup>23</sup>.

Paralelo a isso, o discurso sobre a escolha da via de parto cesárea foi evidenciado pelo medo da dor, pois sabe-se que, além da conveniência em programar o nascimento do filho, pretende-se evitar este desconforto no parto. Por esse motivo, muitas mulheres optam pela cesárea e diversas vezes ignoram ou não são esclarecidas quanto à possibilidade de receber cuidados para alívio da dor também no parto vaginal<sup>23</sup>.

A escolha pela via cesárea pode ser, em inúmeras situações, influenciada pelo medo, pela conveniência e pela desinformação. Isso porque, por influências sociais e culturais, a mulher considera as consequências do parto normal como se fosse arriscado ou que o ato cirúrgico vai evitar a dor. Além de a informação não ser adequada, as intervenções desnecessárias durante o momento do parto 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<sup>10</sup>.

Estudo realizado no sul do Brasil mostra taxas preocupantes de cesarianas, com 55% de ocorrência de partos cesáreas pelo SUS e 93,8% pelo sistema privado. A ocorrência dessa via no sistema privado expressa-se pelo desejo da mulher pelo parto cesárea no início da gestação; no caso do SUS, os fatores associados foram os relacionados à renda familiar maior que um salário mínimo do Brasil, ter tido parto cesárea anterior, sobrepeso ou obesidade pré-gestacional e desejo de parto cesárea no início da gestação<sup>6</sup>.

Comparada a países considerados desenvolvidos, como Estados Unidos, a incidência de parto cesárea por solicitação materna e sua contribuição para o aumento geral da taxa de cesariana não são bem conhecidas, mas sabe-se que o parto cesáreo mediante pedido materno tem aumentado ali. Diante disso, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, com o intuito de incorporar dados adicionais sobre os resultados e informações acerca de aconselhamento materno e para vincular-se aos recursos existentes, recomenda que, na ausência de indicações maternas ou fetais para o parto cesáreo, um plano para o parto vaginal é seguro e apropriado, e quando uma mulher deseja uma cesariana, o médico deve considerar seus fatores de riscos específicos como idade, índice de massa

corporal, acurácia da idade gestacional estimada, planos reprodutivos, valores pessoais e contexto sociocultural<sup>24</sup>.

Sob essa ótica, a representação social é um processo cognitivo e afetivo inacabado de apreensão do mundo, em que a comunicação e o pensamento só podem ser compreendidos como transformações de estruturas anteriores, relativizações culturais, materializações de sentido que ultrapassam a sociedade em seu contexto histórico<sup>9</sup>. Com isso, reitera-se a importância da comunicação e do fornecimento de orientações específicas que esclareçam os riscos e benefícios das vias de parto, quando há a possibilidade de escolha por parte da mulher.

No Brasil, existe ainda uma preocupação estética, associada ao mito de que a cesárea mantém intactas a anatomia e a fisiologia da vagina e períneo<sup>23</sup>. Por isso, oportunizar durante o pré-natal o diálogo sobre essa temática constitui um cuidado importante para escolha consciente da mulher com relação à via de parto.

Desse modo, o enfermeiro pode desempenhar algumas ações na atenção primária à saúde durante as práticas assistenciais, desmistificando algumas crenças e dirimindo questões sobre o parto, e assim promover autonomia da mulher na escolha do tipo de parto e valorizar sua história de vida e decisões. O diálogo durante o pré-natal, por meio de informações sobre a internação e o parto, e o esclarecimento de dúvidas que afastem os medos são pontos importantes e que humanizam e respeitam as escolhas das gestantes; consequentemente, trazem melhores resultados de saúde materno-infantil e segurança aos profissionais de saúde<sup>18</sup>.

Um estudo na Alemanha reforça a importância da preparação das enfermeiras obstétricas sobre alguns cuidados primários em que as mulheres encontram déficits e necessidades, particularmente durante a gravidez. Em geral, falam a respeito de ações que possam ser implementadas de tal forma que as gestantes sejam capacitadas e bem-vindas a declarar claramente suas preferências por cuidados com a obstetrícia e maternidade de forma segura<sup>17</sup>.

Quando se pesquisou sobre satisfação, o parto normal apresentou satisfação com via de parto realizada; por outro lado, observou-se uma dualidade entre satisfação e sofrimento com a via de parto realizada quando se tratava da cesárea. Dessa forma, os discursos revelaram opiniões sobre como se sentem e o que essas mulheres pensam a

respeito das vias de partos, e isso mostra a importância em se respeitarem escolhas, crenças e individualidades de cada uma; quando isso ocorre de forma humanizada, pode refletir na adesão e aproximação do binômio mãe e filho com os cuidados de saúde necessários.

Um estudo realizado em município na Região Sudeste mostrou o sentimento de satisfação das mulheres na decisão pelo parto normal expressado nas falas sobre a essência da experiência de parir com satisfação no encontro consigo mesma, revelador de toda a sua potencialidade e capacidade como mulher<sup>19</sup>.

Em contraposição, outro estudo realizado em um hospital de alta complexidade em uma cidade na região nordeste do Brasil revelou que 44% das mulheres assistidas apresentaram um baixo grau de satisfação em relação ao trabalho de parto e parto. Pode-se observar, ainda, que a maior parte afirmou não ter tido orientações sobre o trabalho de parto e parto, e o que lhes foi dito não fez com que diminuíssem os medos e ansiedades relacionados a esse evento<sup>25</sup>.

Estudo qualitativo apontou que mulheres que tiveram como desfecho o parto normal relataram maiores índices de satisfação, ao passo que as submetidas à cesárea demonstravam frustração, dor e sofrimento em sua fala. Entre as que se declararam satisfeitas com a cesárea, aspectos positivos ressaltados foram o medo da dor e a indicação médica para esse parto durante a gestação<sup>18</sup>.

No presente estudo, as puérperas que tiveram o parto cesárea devido à falha na obtenção de dilatação ou mesmo com vistas à realização da laqueadura demonstraram-se certas e satisfeitas com a escolha, pois para algumas delas seria ausência de dor e um método para não engravidar novamente. Entretanto, entre as que não se felicitaram, deveu-se à não realização de laqueadura e/ou histerectomia, ou pela insatisfação da cicatriz do parto. Logo, a grande maioria das puérperas ficaram satisfeitas com a via de parto escolhida e realizada.

Por fim, um dos problemas da representação social na modernidade é conciliar intuição e experiência, heterogeneidade e homogeneidade, fé e razão. O senso comum necessita ser revigorado, “reabilitado”, porque revela como pensamos e somos, a maneira como nos comunicamos e suas implicações locais e globais. Referendar o caráter construtivo dessas representações

– não como distorções de pensamento, mas como uma forma diferente e “híbrida” de pensar em grupo e de apreender a inovação social<sup>9</sup> – faz-se necessário para que escolhas conscientes quanto à via de parto de fato sejam efetivas.

Ressalta-se neste estudo a dificuldade de acesso às gestantes cadastradas nas UBS's, devido ao insucesso no contato telefônico, ausência no domicílio durante as tentativas de visitas e endereços desatualizados. Ademais, a pesquisa se restringe ao contexto de um grupo distinto de gestantes, o que limita a generalização dos resultados obtidos. No entanto, sublinha-se a importância dos achados para o planejamento de ações que favoreçam a escolha consciente da via de parto pelas gestantes. Sugere-se a produção de novas pesquisas que ampliem a compreensão acerca da escolha da via do parto das mulheres em outros cenários públicos e privados.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer a percepção das gestantes quanto à escolha da via de parto segura ao binômio mãe/filho e os desafios relacionados a esta escolha consciente. Metade das mulheres escolheu o parto normal, e, mesmo empoderadas de conhecimento durante o pré-natal sobre os benefícios dessa via e a despeito de suas opções, foram influenciadas a optar pelo parto cesárea decorrente de indicação médica, medo, insegurança e oportunidade da realização de laqueaduras. As mulheres que realizaram cesárea vivenciaram um misto de sentimento que perpassa a satisfação e o sofrimento com essa via de parto realizada.

Sugere-se que ações educativas ainda precisam ser implementadas pela rede de atenção à saúde materna com vistas a possibilitar a autonomia nas escolhas conscientes da via de parto a serem realizadas pelas gestantes durante o pré-natal.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde e ANS publicam regras para estimular parto normal na saúde suplementar. [internet] 2015 [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/>



- gov.br/noticia/ministerio-da-saude-e-ans-publicam-regras-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar/.
- World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates: Geneva, Switzerland. [internet] 2015 [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/).
  - Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health*. [internet] 2015 [acesso em 2020 Jun 20]; 3(5):e260-70. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70094-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70094-X).
  - Batista Filho M, Rissin A. A OMS e a epidemia de cesarianas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [internet] 2018 [acesso em 2020 Jun 25]; 18(1):3-4. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292018000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100003&lng=en).
  - Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. Nascidos vivos. [internet] 2015 [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
  - Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev. esc. enferm. USP*. [internet]. 2016 [acesso em 2018 Mai 10]; 50(5):733-740. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>.
  - Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. Deciding the route of delivery in Brazil: themes and trends in public health production. *Texto Contexto Enferm.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 Mai 10]; 25(1):e3570014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>.
  - Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/SAS nº 650, de 05 de outubro de 2011. Dispor sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha, conforme consta no § 2º do Art. 8º da Portaria no 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. [internet] 2011 [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html).
  - Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2015.
  - Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Determinants of women's preference for cesarean section. *Texto contexto enferm.* [internet] 2015 [acesso em 2018 Jun 28]; 24(2):336-343. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200336&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200336&lng=en).
  - Lefèvre F. Discurso do Sujeito Coletivo. São Paulo (SP): Andreoli; 2017.
  - Medeiros FF, Santos IDL, Ferrari RAP, Serafim D, Maciel SM, Cardelli AAM. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. *Rev Bras Enferm.* [internet] 2019 [acesso em 2020 Jun 20]; 72(Suppl 3):204-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>.
  - Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Rev Bras Enferm.* [internet] 2018 [acesso em 2018 Out 10]; 71 Suppl 3:1257-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>.
  - Leal NJ, Barreiro MSCL, Mendes RB, Freitas CKAC. Assistência ao pré-natal: depoimento de enfermeiras *Rev. pesqui. cuid. fundam.* [internet] 2018 [acesso em 2020 Jun 20]; 10(1):113-122. Disponível em: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.113-122.
  - Calegari RS, Gouveia HG, Gonçalves AC. Inter-relações clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. *Cogitare Enferm.* [internet]. 2016 [citado 2018 Out 10]; 21(2): 1-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44604/28558>.
  - Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F et al. Saúde

- reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. Saúde Colet.* [internet] 2018 [acesso em 2020 Jun 20]; 23(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>.
17. Lohmann S, Mattern E, Ayerle GM. Midwives' perceptions of women's preferences related to midwifery care in Germany: A focus group study. *Midwifery.* 2018 [acesso em 2018 Out 10]; 61:53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.005>.
18. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contreras L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relacionados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm.* [internet] 2015 [acesso em 2018 Out 10]; 36(esp):119-126. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>.
19. Silva RCF, Souza BF, Wernet M, Fabbro MRC, Assalin ACB, Bussadori JCC. Satisfação no parto normal: encontro consigo. *Rev. Gaúcha Enferm.* [internet] 2018 [acesso em 2020 Jun 25]; 39:e20170218. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100450&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100450&lng=en).
20. Ministério da saúde (BR). Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. [internet] 2016 [acesso em 2018 Out 15]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>.
21. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Rev Saude Publica.* [internet] 2017 [acesso em 2018 Out 10]; 51:105. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000389.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000389.pdf).
22. Community and Mental Health Team, NHS Digital. Maternity services monthly statistics. England, March 2018. Experimental Statistics. [internet] 2018 [acesso em 2018 Out 10]. Disponível em: <https://files.digital.nhs.uk/5A/BCF1E9/msms-mar-18-exp-rep.pdf>.
23. Muller E, Rodrigues L, Pimentel C. O tabu do parto: dilemas e interdições de um campo ainda em construção. *Civitas.* [internet] 2015 [acesso em 2018 Out 10]; 15(2):272-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17928>.
24. ACOG Committee Opinion. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol.* [internet] 2019 [acesso em 2018 Out 30]; 133:e73-7. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co761.pdf?dmc=1&ts=20190410T1328303214>.
25. Riegert IT, Correia MB, Andrade ARL, Rocha FNPS, Lopes LGF, Viana APAL et al. Avaliação da satisfação de puérperas em relação ao parto. *Rev enferm UFPE on line.* [internet] 2018 [acesso em 2020 Jun 20]; 12(11):2986-93. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236863p2986-2993-2018>.