

Parto: direito de escolha da mulher

Maiara Naves Costa¹; Jeniffer de Fátima Oliveira da Silva¹;
Larissa De Almeida Silva¹; Cíntia Valéria Galdino² e Márcia Ribeiro Brás³

Resumo

A gestação é um evento biopsicossocial, pois está cercado de valores culturais, sociais e emocionais. Embora seja um processo considerado, predominantemente, fisiológico e que geralmente decorre sem complicações, tem crescido nas últimas décadas o uso de técnicas intervencionistas e entre estes, o parto cesariano. Observa-se que em muitos casos a escolha do parto tem ocorrido de maneira diferente, ou seja, a gestante não tem o parto de sua preferência realizado. Ressalta-se também que de acordo com dados estatísticos, há elevados números de cesarianas desnecessárias nos serviços de atenção obstétricas no país. O presente estudo objetiva identificar a preferência de parto pelas gestantes e, posteriormente comparar o parto realizado, com a preferência destas mulheres. Foi realizada uma pesquisa descritiva e exploratória. Participaram do estudo todas as gestantes no 9º (nono) mês de gestação (com 37 semanas ou mais), que procuraram atendimento na sala de espera do pré-natal do ambulatório de hospital da região sul fluminense. Os dados foram coletados de agosto a setembro do ano de 2015, através de entrevistas semi-estruturadas para se identificar a preferência da gestante para o tipo de parto. Posteriormente, as pesquisadoras fizeram o levantamento no prontuário destas mulheres, já puérperas, para a comparação da preferência da mulher ao tipo de parto e o parto realizado. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Valença e aprovado sob o nº 1.222.194. Participaram do estudo 13 gestantes com idade gestacional (IG) acima de 37 semanas na faixa etária entre 18 e 36 anos. Entre as participantes 84,6% foram orientadas sobre os tipos de parto e 15,4% relataram que não receberam a orientação sobre os tipos de parto. Foi observado que 77% das entrevistadas apresentam a preferência pelo parto vaginal, em relação a 23% que relataram preferência parto cesariano. Em comparação as entrevistas realizadas, foi observado que do total dos partos realizados 62% foram cesarianas e apenas 38% foram partos vaginais. Após a busca em prontuários, pelas acadêmicas, foi identificado que todas as cesarianas realizadas tiveram indicações clínicas. Conclui-se que embora a preferência das gestantes, que participaram do presente estudo, seja pelo parto vaginal, houve uma predominância de partos cesarianos realizados. Mediante ao número de partos cirúrgicos, identificamos com esta pesquisa, que os partos realizados não estão sendo os mesmos de escolha das gestantes, porém, mesmo com o aumento da cesariana o parto de escolha das gestantes ainda é o parto vaginal.

Palavras-chave: gestação, saúde reprodutiva, parto.

1. Discente do 10 período da Faculdade de Enfermagem de Valença (FEV-CESVA)

2. Mestre, professora da disciplina de Saúde da Mulher da Faculdade de Enfermagem de Valença (FEV-CESVA)

3. Doutora, professora da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Enfermagem de Valença (FEV-CESVA)

Childbirth: the woman's right to choose

Abstract

The pregnancy is a biopsychosocial event, because it is surrounded by cultural, social and emotional values. Although it is a process considered predominantly physiological and usually takes place without complications, it has grown in recent decades the use of interventional techniques and between them, the cesarean childbirth. It's Noted that in many cases the choice of childbirth has taken place in a different way, namely the pregnant woman does not have a birth preferably carried out. Points out also that according to statistics, there are high numbers of unnecessary cesarean sections in obstetric care services in the country. This study aims to identify the delivery preference for pregnant women and subsequently compare the labor performed, with the preference of these women. A descriptive and exploratory research was conducted. Participants were all pregnant women in the 9th (ninth) month of pregnancy (37 weeks or more), who sought care in prenatal waiting room of the clinic of the hospital of the Rio de Janeiro state. Data were collected from August to September of 2015 through semi-structured interviews to identify the preference of pregnant women to the type of childbirth. Later, the researchers did a survey in the medical records of these women, as mothers, to compare the woman prefers the type of childbirth and birth performed. The study was submitted to the Ethics and Research Committee of Valença Medical School and approved under number 1.222.194. The data were presented in simple percentages and discussed in the light of the relevant literature. The study included 13 pregnant women with gestational age (IG) over 37 weeks between the ages of 18 and 36 years. Among the participants 84.6% (11) were oriented about the types of childbirth and 15.4% (2) reported that they receive guidance on the types of childbirth. It was observed that 77% (10) of the surveyed show a preference for vaginal childbirth, compared to 23% (03) of cesarean section. Compared the interviews it was observed that of the total births in 62% (08) were cesarean sections and only 38% (05) were vaginal childbirth. After the search of the records, the academic, was identified that all cesareans performed had clinical indications. Concludes - that although the preference of pregnant women who participated in this study, either by vaginal childbirth, there was a predominance of cesarean sections performed. By the number of surgical deliveries, we identify with this research, that deliveries are not made the same choice of pregnant women, but even with the increase in cesarean childbirth of choice for pregnant women is still vaginal childbirth.

Keywords: gestation, reproductive health, childbirth

Introdução

A gestação e o parto representam um período único e especial na vida da mulher, no qual a sensação de tornar-se mãe confunde-se muitas vezes com incertezas, medos e inseguranças. É um evento biopsicossocial, pois está cercado de valores culturais, sociais e emocionais. Embora seja um processo considerado,

predominantemente, fisiológico e que geralmente decorre sem complicações, tem crescido nas últimas décadas o uso de técnicas intervencionistas e entre estes, o parto cesariano (TEDESCO et al., 2004).

O parto natural é aquele que se concretiza sem cirurgias ou outro procedimento que seja dispensável durante e após o parto, e com o acolhimento localizado na mulher (COREN, SP 2010). Pode receber também o nome de "parto humanizado", devido a todo acolhimento que o recém-nascido e a mãe recebem neste momento (BRASIL, 2014). É mais seguro para mulher e para a criança, pois não compromete o futuro reprodutivo da mulher como na repetição de parto cesáreo. Tem menor índice de bebês prematuros e de alteração respiratórias em recém-nascidos, a recuperação da mulher é mais rápida e há uma frequência menor de complicações como hemorragias, infecção puerperal e dor após o parto. Outra vantagem é que durante o trabalho de parto a mulher tem liberdade de movimentos, pode caminhar e se alimentar sem restrições e o início do aleitamento materno é mais precoce (BRASIL, 2011).

Existe distinção entre o parto normal (tradicional) e o parto natural, já que há algum tempo o parto normal tem sucedido de maneira oposta a sua normalidade e com intervenções presentes. Quer dizer que para a realização do parto estão sendo integrados procedimentos de modo rotineiro, como a episiotomia, interrupção da alimentação, proibição de acompanhantes, dentre outros o que contribui com a aflição e o acréscimo do ímpeto de inúmeras burocracias à mãe e ao recém-nascido. Por isso muitas mulheres carregam consigo o grande receio do parto normal (BRASIL, 2010).

Entre os benefícios do parto natural destacam-se a livre escolha do posicionamento do trabalho de parto para que se sinta mais aconchegada, uma vez que a mulher é dona de seu parto; nutrição aberta, pois já se confirmou que não há necessidade de interrupção da nutrição da mesma, utilizando uma alimentação com comidas leves que proporcione energia para o trabalho de parto; minimiza riscos de exposição aos efeitos colaterais de anestésicos e outros tipos de drogas; recuperação mais rápida no puerpério sem incisões cirúrgicas e dores referentes à cirurgia entre outras (COREN-SP 2010).

Na maioria das situações, o parto pode ser antecipado por meio de técnicas de indução. Em outras as situações, quando há contra-indicações à indução, a cesariana deve ser o método de escolha (BRASIL, 2012a).

O parto cirúrgico é indicado em ocasiões onde o parto vaginal possa acarretar risco de vida à mãe e/ou ao bebê. A opção pelo parto cesáreo pode ser feita antecipadamente, ou apenas na hora do nascimento, caso algum evento inesperado apareça durante o trabalho de parto normal (BRASIL, 2012a).

Entre as indicações da cesariana destacam-se situações tais como: quando feto está em posicionamento inadequado para parto normal, ou grande relacionado ao tamanho da pelve da mãe, gravidez gemelar, em casos de placenta prévia, mães contaminadas com doenças transmissíveis, durante o parto quando ocorre desconfiança de anomalias genéticas do bebê, cirurgias uterinas prévias, trabalho de parto que não evolui como deveria, sinais de sofrimento fetal durante o parto, hemorragia intensa, protusão entre outras (BRASIL, 2012a).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos (WHO *apud* BARBOSA *et al*, 2003). Dessa maneira, a OMS recomenda que o profissional de saúde intervenha no nascimento de uma criança somente quando necessário. Para Patah e Malik (2011), apesar dessa recomendação, a incidência do parto cesáreo está aumentando em diversos países, o que motiva muitos estudos internacionais e nacionais.

O Ministério da Saúde aponta para os percentuais de cesáreas elevados, acima do recomendado pela OMS que estima uma margem de 15% em relação ao total de partos. Os destaques mostram que quanto mais os números se distanciam dos 15%, independente se para mais ou para menos, mais próximo fica seu vínculo com a mortalidade materna e neonatal. Encontramos dois casos: o primeiro no SUS, onde são recebidos mais de 70% dos partos, com as taxas de 30,1% em 2006 e 31,8% em 2007; e o segundo no campo de saúde suplementar, onde a taxa foi de cerca de 82,3% em 2008 (BRASIL, 2012a). Os percentuais no SUS e no sistema privado somam uma taxa nacional de 41,8% dos partos hospitalares confirmados no País em 2004. A taxa de cesáreas no SUS e a calculada a partir do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) têm crescido progressivamente desde 1999 (BRASIL, 2012).

Leal et al. (2014), comentam que apesar das iniciativas do Ministério da Saúde (MS) em elaborar materiais educativos, (tais panfletos com orientações sobre o parto humanizado, folders com as vantagens em relação ao parto natural, capacitações sobre a humanização no parto), para os profissionais que atendem à gestação e ao parto, tais ferramentas, não têm se mostrado suficientes para reverter o modelo de atenção obstétrica do Brasil. Tal situação coloca o Brasil como extremamente intervencionista, tendo as taxas de cesárea mais elevadas do mundo (BARROS, 2005).

No final da década de 60, Rezende (1969) já destacava que cesárea era uma intervenção cirúrgica originalmente concebida para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e no trabalho de parto. Entretanto, não é isenta de risco. Lurie e Glezerman apud Patah e Malik (2011) comentam que antigamente a cesariana só era realizada em mulheres mortas para salvar a vida do feto, esta cirurgia passou a proporcionar segurança à gestante e a seu filho em situações de maior complexidade.

Se a indicação correta de cesáreas traz vantagens, sua indicação indiscriminada envolve riscos adicionais às mães e recém-nascidos, estando associada no Brasil e em outros países, a maior morbimortalidade materna e fetal. A incidência de morte materna associada à cesariana é 3,5 vezes maior do que no método natural. As complicações maternas na cesariana podem variar de eventos menores, como episódios de febre, a infecções puerperais e acidentes anestésicos (BRASIL, 2010).

A OMS concorda que uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto, possa ser reduzida através da cesariana. Por outro lado, o uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a mãe e seu conceito (LEAL et al., 2014).

O parto Cesário trouxe à mulher a medicalização e o dano na autonomia a ser condutora do seu ato de parir. Assim, o parto e o nascimento atual acabam se caracterizando de medicalização, excesso de técnicas invasivas desnecessárias e pelo exercício abusivo da cesariana. E com isso é gerado o isolamento da gestante e seus íntimos perdendo, sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001).

As consequências do grande número de cesarianas podem ser sérias levando a maiores chances para a mulher desenvolver uma infecção puerperal; risco elevado para a mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da puerpera, maior período de separação entre mãe/bebê levando a atraso e dificuldade para o início da amamentação e elevação de gastos para o sistema de saúde (HOTIMSKY, 2002).

Rea apud Sgarbi, Espíndula e Júlio (2013) questiona se o parto cesáreo tem sido por vontade da mulher ou por fatores como conveniência médica, facilidade do sistema de saúde, currículos de obstetrícia fracos, ausência de parteiras qualificadas, ou da busca de laqueadura durante a cesárea. Prossegue afirmando que embora os hospitais privados façam mais cesárea que os públicos, não é desejo da mulher de classe média a opção preferencial por cesárea.

Diante deste fato surgem as seguintes questões: qual a preferência de parto da mulher valenciana? A valenciana está perdendo sua autonomia na hora de escolher seu tipo de parto?

O estudo justifica-se, pois uma intervenção cirúrgica expõe a mãe e o bebê a riscos desnecessários. Um prejuízo que a criança pode ter é ela nascer antes do tempo que estaria pronta para nascer e, portanto, pode ter dificuldade para respirar, pode precisar ir para uma Unidade de Tratamento Intensivo neonatal, e isso é um imenso prejuízo no começo da vida, essa separação da mãe. Para a mãe, o primeiro risco é que a cesárea é uma cirurgia, e como tal tem maior chance de hemorragia, de infecção, e também a recuperação da mulher é pior na cesárea do que no parto vaginal.

Diante do exposto, este estudo objetiva identificar a preferência de parto pelas gestantes e, posteriormente comparar o parto realizado, com a preferência destas mulheres.

Abordagem metodológica

Para atender aos objetivos deste estudo optou-se pela pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem quanti-qualitativa.

A pesquisa foi realizada no ambulatório de pré-natal de um hospital da região sul fluminense. A escolha por este hospital se deu devido o mesmo ser referência em obstetrícia no município.

Participaram do estudo todas as gestantes no 9º (nono) mês de gestação (com 37 semanas ou mais), que procuraram atendimento na sala de espera do pré-natal do hospital, durante o período do estudo e que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas do estudo as gestantes em pré-natal de alto risco, uma vez que esta paciente já tivesse a indicação do parto cesariana, menores de dezoito anos e as que estavam recebendo o diagnóstico de gravidez no dia da coleta de dados.

Os dados foram coletados de agosto a setembro do ano de 2015, através de entrevista semiestruturada para se identificar a preferência da gestante para o tipo de parto. As entrevistas após autorização das participantes foram gravadas e transcritas. Posteriormente, as pesquisadoras fizeram o levantamento no prontuário destas mulheres, já puérperas, para a comparabilidade da preferência da mulher ao tipo de parto e o parto realizado.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme exigência da resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Primeiramente, foi solicitada a administradora do hospital a autorização para a realização da pesquisa e, após aprovação, foi feito contato com os enfermeiros do ambulatório de pré-natal e obtida a carta de anuência da Instituição.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Valença e aprovado com sob nº 1.222.194. Os dados foram apresentados em porcentagens simples e sob a luz da literatura pertinente.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 13 gestantes com Idade Gestacional (IG) acima de 37 semanas na faixa etária entre 18 e 36 anos. Entre as participantes 84,6% (11) relataram que foram orientadas sobre os tipos de parto e 15,4% (2) relataram que não receberam a orientação sobre os tipos de parto.

Para Rios e Vieira (2007), o pré-natal é o momento que a gestante tem para se preparar para viver o parto de maneira positiva, na compreensão de que a educação em saúde é essencial não só para trazer conhecimentos a essa mulher sobre o processo de gerar e parir como também para seu fortalecimento como mulher e cidadã.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) é extremamente importante para humanização do parto, o preparo apropriado da gestante para o momento do nascimento, e esse preparo deve ter início no pré-natal de forma mais precoce possível. E isso demanda um enorme esforço, mas que é possível no sentido de incentivar os profissionais de saúde fornecendo-lhe instrumentos para que possam trabalhar com as gestantes.

A deficiência de informações ou mesmo informações impróprias, o medo de uma experiência ainda não conhecida e até os primeiros cuidados que serão prestados ao recém-nascido em seus primeiros momentos são fatores que podem deixar a gestante apreensiva, influenciando assim negativamente durante toda a gestação (RIOS; VIEIRA, 2007).

O adequado preparo da gestante para o momento do parto também compreende o acolhimento da mesma e seu companheiro no serviço de saúde, abrangendo o fornecimento de informações, tais como as orientações do pré-natal até o momento do nascimento (BRASIL, 2001).

Cabe a equipe de saúde receber a gestante e a família desde o primeiro momento de contato a unidade, pois trata - se de um vínculo com um novo ser (RIOS; VIEIRA, 2007).

A principal finalidade dos profissionais que acompanham as gestantes do pré-natal até o parto é assegurar um fim de gestação segura, um recém-nascido saudável e uma mãe com saúde e sem nenhum tipo de trauma pelo processo de parto (BRASIL, 2001).

As orientações sobre os tipos de partos e as dúvidas apresentadas pelas gestantes são de suma importância, desde o início do pré-natal até o momento da realização do parto, com isso a gestante irá se sentir acolhida e não terá medo durante os procedimentos, o objetivo dessas orientações é diminuir o trauma sobre o tipo de parto realizado.

Entre as pacientes que receberam a orientação 84,5% (11), relatam como principalmente as vantagens relacionadas à dor (só na hora do parto) 15,9% (2) e a recuperação mais rápida da mulher 46,1% (6) para o parto vaginal, não apresentando nenhuma desvantagem em relação a este tipo de parto.

Entre os benefícios do parto natural destacam – se a livre a escolha do posicionamento do trabalho de parto, para que se sinta mais aconchegada; nutrição aberta, pois já se confirmou que não há necessidade de interrupção da nutrição da mesma; minimiza riscos de exposição aos efeitos colaterais de anestésicos e outros tipos de drogas; recuperação mais rápida no puerpério sem incisões cirúrgicas e dor referente à cirurgia, entre outras (COREN-SP 2010).

A grande modificação realizada na assistência dos procedimentos transformou o parto normal em um parto com excessivas intervenções, o que acaba constituindo um parto com mais riscos. Fazendo assim com que esse tipo de parto seja considerado como um parto vaginal dirigido em espaço hospitalar (MANDARINO et al, 2009).

Já para Pinheiros e Bittar (2012), o parto natural é aquele que engloba conhecimentos e técnicas centrados na promoção do parto saudável e que tem como prioridade os métodos que sejam comprovadamente favoráveis tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, evitando assim procedimentos desnecessários, de maneira que seja conservada a privacidade e autonomia da gestante.

Ainda assim de acordo com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP 2010), independente da classificação como Parto vaginal ou Parto Natural suas vantagens sobressaem por ser de baixo custo e apresentando maiores benefícios ao recém-nascido (RN) proporcionando-lhe um ambiente mais confortável nos primeiros momentos de sua vida, promovendo a amamentação logo após o parto e estabelecendo um maior vínculo entre mãe e recém-nascido.

É definido como indução de parto a estimulação artificial das contrações uterinas antes de seu princípio natural, levando ao início de trabalho de parto,

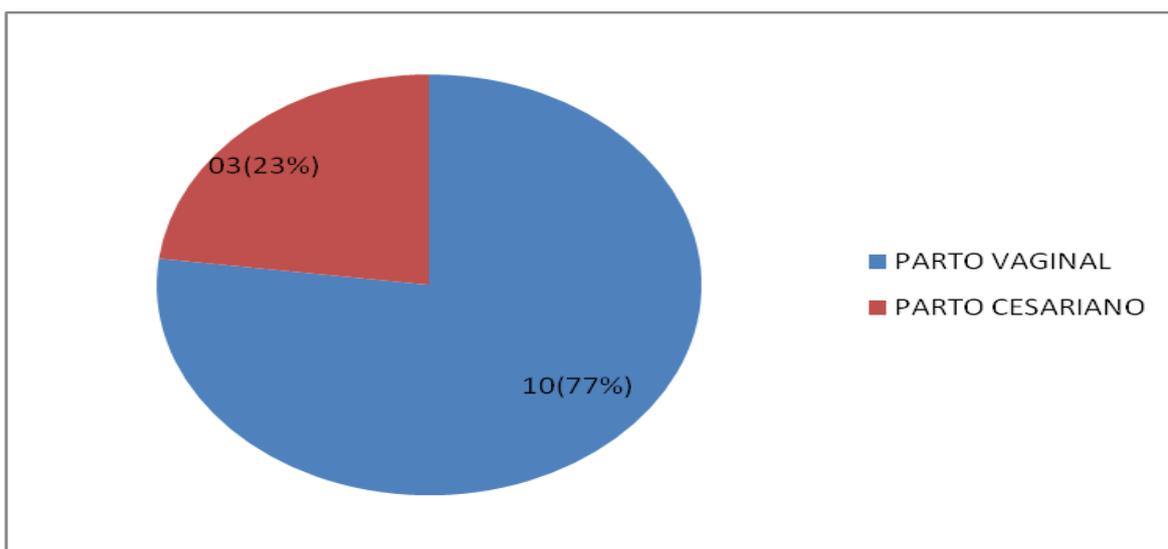
gestantes que tenham a partir de 22 semanas de gestação. Entre as indicações temos desde gestantes com 41 semanas de gestação que não tenha nenhum tipo de doença obstétrica a interrupção da gestação quando há doenças maternas ou fetais que podem ocasionar morte a mãe ou ao feto (SOUZA et al., 2010).

No presente estudo, as gestantes entrevistadas 84,5% (11), que receberam a orientação para o parto, àquelas que apresentam preferência pelo parto Cesário relataram suas escolhas pelos seguintes motivos: 7,6% (1) acredita que para o RN será melhor e 7,6% (1) relacionada à dor e 7,6% (1) a opção da laqueadura tubária.

O parto cirúrgico é indicado em ocasiões onde o parto vaginal possa acarretar risco de vida à mãe e/ou ao bebê. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), na cesariana o risco de infecção se torna mais eminente e sua recuperação mais demorada, sendo assim esse tipo de parto deve ser realizado apenas quando houver realmente indicações, como por exemplo, sinais de sofrimento fetal, hemorragias, posicionamento inadequado, entre outros.

De acordo com o gráfico 1 observa-se que 77% (10) das entrevistadas apresentam a preferência pelo parto vaginal, em relação a 23% (03) do parto cesariano.

Gráfico 1- Distribuição da frequência relativa da escolha da gestante pelo tipo de parto



Esta escolha deve-se principalmente de acordo com a opinião das entrevistadas (identificadas abaixo pela letra “G” de gestante e **numeração** (ao final da fala) devido ao parto vaginal apresentar a recuperação mais rápida, onde a escolha foi relacionada a necessidades do bem estar (fisiológicas).

“prefiro, pois acho a recuperação mais rápida..” (G6)

“Pois as pessoas me dizem que o parto normal tem mais vantagens como, por exemplo, o tempo em que ficamos na sala de parto e após o parto normal a mulher se sente melhor para cuidar do seu bebê e o cesariano, após o parto a mulher tem de ficar 12 horas sem fazer qualquer tipo de movimento e na minha opinião é mais complicado chegando até a trazer risco de vida a mãe e ao bebê.” (G9)

Para as gestantes que escolheram o parto cesáreo como já citado os motivos foram relacionados às necessidades pessoais (para a laqueadura e “passagem do feto”).

“[...] é que não tenho passagem.” (G1)

“Por que é o meu quinto filho por isso quero operar.” (G3)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009; 2012a), os percentuais de cesáreas permanecem elevados, acima do recomendado pela OMS que estima uma margem de 15% em relação ao total de partos.

Os destaques mostram que quanto mais os números se distanciam dos 15%, independente se para mais ou para menos, mais próximo fica seu vínculo com a mortalidade materna e neonatal. Encontramos dois casos: o primeiro no SUS, onde são recebidos mais de 70% dos partos, com as taxas de 30,1% e 31,8%; e o segundo no campo de saúde suplementar, onde a taxa foi de cerca de 82,3% (BRASIL, 2009). Os percentuais no SUS e no sistema privado somam uma taxa nacional de 45,9% dos partos hospitalares. A taxa de cesáreas no SUS e a calculada a partir do Sinasc e têm crescido progressivamente (BRASIL, 2008).

A tabela 1 apresenta a comparabilidade da escolha da gestante ao tipo de parto e o parto realizado propriamente dito. Observa-se que das 77% (10) do total de gestantes que tinham preferência pelo parto vaginal, apenas 40% (04) tiveram

seu parto de escolha e de 23% (3) do total de gestantes que tinham preferência pelo parto Cesário 67% (02) tiveram o parto de escolha.

Tabela 1- Comparação pela escolha do tipo de parto pela gestante e o tipo de parto realizado

ESCOLHA DA GESTANTE	PARTO REALIZADO		TOTAL
	PARTO VAGINAL	PARTO CESARIANO	
	N (%)	N (%)	N (%)
PARTO VAGINAL	4 (40)	6 (60)	10 (77)
PARTO CESARIANO	1 (33)	2 (67)	3 (23)
TOTAL	5 (38)	8 (62)	13 (100)

Observa-se que do total dos partos realizados 62% (08) foram cesarianas e apenas 38% (05) foram partos vaginais. Após a busca em prontuários, pelas acadêmicas, foi identificado que todas as cesárias realizadas tiveram indicações clínicas tais como: Pós-datismo 25% (02) sendo uma delas apresentando também falha na indução ao parto; Desproporção Céfalo-Pélvica 25% (02); Depressão por Serotonina com Amniorrexe prematura e Cesária anterior 12,5% (01); Parada de progressão 12,5% (01); Taquicardia fetal 12,5% (01) e Pré-eclampsia 12,5% (01).

Nas indicações de parto cesáreo que identificamos, observamos que nem todas as indicações são exclusivas para cesariana. Entre eles estão o Pós-datismo e a Amniorrexe prematura.

O pós-datismo é descrito na literatura como a gestação que se encontra entre 40 a 42 semanas. Quando a gravidez chega a este estágio ela pode causar sofrimento fetal, neste sentido indica-se uma indução monitorada ou fazer-se uma cesariana (BRASIL,2000).

A Amniorrexe prematura é quando ocorre a rotura de membranas ovulares, conhecida como “rompimento da bolsa das águas” antes que inicie o trabalho de parto da gestante, induzindo o parto prematuro, aumentando o risco de mortalidade materna e perinatal, por isso é realizado o parto cesáreo (BRASIL, 2010).

De acordo com as definições acima a cesariana é indicada aos casos apresentados em última instância, ou seja, onde realmente o parto vaginal estaria contra-indicado, com justificativas descritas nos prontuários. O que as pesquisadoras no presente estudo não encontraram. As demais causas, apresentadas no estudo, são causas elegíveis de alta complexidade, sendo a indicação absoluta do parto cesariano por trazer risco de vida à mãe e ao feto.

Para Amorim, Souza e Porto (2010), é preocupante o aumento no índice de cesárias no Brasil, o que é caracterizado grave problema de saúde pública. O parto vaginal deve ser indicado sempre que possível, sendo feito a cesária apenas quando realmente houver indicação ou se o trabalho de parto não evoluir, lembrando que a opinião da gestante deve ser sempre analisada.

O aumento do número de cesariana vem realmente acontecendo o que é um problema de saúde pública. Podemos observar através de nossa pesquisa que muitas das cesárias realizadas vêm ocorrendo indicação.

Conclusão

Ao término do presente estudo conclui-se que os partos realizados não estão sendo os mesmos de escolha das gestantes, porém observamos que mesmo com o aumento da cesariana o parto preferencial ainda é o vaginal. O estudo também aponta que mais da metade dos partos realizados (sendo eles cirúrgicos) tiveram indicações clínicas.

O fato dos partos realizados não serem os partos de escolha das gestantes (como apontado no estudo, preferência pelo parto vaginal), traz uma preocupação ao preparo da mulher durante a gestação para o parto. A literatura aponta que grande parte das gestações sem intercorrências (como a população do presente estudo), evoluem para partos sem intervenções cirúrgicas, uma vez que a gestação é um processo fisiológico do organismo feminino.

Não é uma crítica em relação ao parto cesáreo (pois este tem suas indicações), mas sim uma crítica em relação ao elevado número de partos cirúrgicos que como já descrito na literatura e observado no presente estudo está muito acima do esperado.

Como já apresentado, as gestantes que no estudo escolheram o parto cirúrgico, de acordo com a literatura apresentada, o fizeram por informações inadequadas que receberam de orientações durante a gestação. Outra situação apontada pelo estudo e também encontrada nos artigos científicos é o desejo da cesariana para a realização da esterilização feminina (a esperada laqueadura tubária). Sendo esta prática um importante fator de risco à morbi-mortalidade materna.

Neste sentido o profissional enfermeiro, hoje cada vez mais presente na prática da saúde da mulher, em especial o pré-natal de baixo risco, tem entre suas atribuições manter a qualidade da assistência prestada a gestante, com as atividades de promoção a saúde (tais como as orientações gerais desde a concepção até o parto), acompanhamento integral da gestante e a assistência humanizada.

Referencias bibliográficas

AMORIM, M. M. R; SOUZA, A. S. R; PORTO, A. M. F. **Indicação de cesariana baseadas em evidências**. Centro de Atenção à Mulher do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – Recife (PE), Brasil. 2010.p.421. Disponível em:

<http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_1.pdf>. Acessado em 11/10/2015.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, Dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acessado em 06/09/2015.

BARROS FC, et al. **The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004**. *Lancet*; 2005; v. 365, p. 847-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco- Manual técnico**. 3ª edição Brasília 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/25gestacao_alto_risco.pdf>. Acessado em 22/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 1. Ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher, 2001. 199p. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acessado em 26/09/2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº5. **Pré Natal e Puerpério**. Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**. Brasília DF 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf> Acessado em 22/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria da Rede Cegonha**. Portaria nº 1.459. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acessado em 05/06/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Editora do Ministério da Saúde. 5. ed.. Brasília. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política Nacional de Humanização. Caderno HumanizaSUS. **Humanização do Parto e do Nascimento**. Vol. 4. Brasília 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Brasília, 2007 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_saude_mulher.pdf> Acessado em 08/06/2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamentos de dados do SUS (DATASUS)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrj.def>> Acessado em 03/06/2015.

BIBLIOTECA VIRTUAL. **Atenção primária básica** . Disponível em: <<http://aps.bvs.br/aps/qual-o-periodo-limite-de-uma-gestacao-houve-alguma-alteracao-recente>> Acessado em 22/10/2015.

COREN - SP, Conselho regional de Enfermagem de São Paulo. **Parto natural**. 2011. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf> Acessado em 30/05/2015.

DALFOVO, MS; LANA, RA; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13. 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. set-out, 2002, v. 18, n. 5, p. 1303-1311.

LEAL, M C et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

MANDARINO,N.R; CHEIN,M.B.C; MONTEIRO,F.C.J; BRITO,L.M.O; LAMY;Z.C; NINA,V.J.S; MOCHEL,E.G; NETO,J.A.F. **Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil**. Programa de Pós-graduação em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil. JUL 2009.

MARCONI, M A; LAKATOS, EM. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006. 1926 p.

MINAYO, MCS. **Pesquisa Social: Teoria, Método e criatividade**. 25ª edição. Petrópolis-RJ. Editora Vozes. 1993. 108p.

MORAES et al. Parto normal ou cesárea? Uma avaliação a partir da percepção de parturientes. **Revista Rene**. Fortaleza, n.2, p. 87-93, jul./dez.2001.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo,v. 45,n. 1,p. 185-194,Feb. 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acessado em 06/09/ 2015.

PINHEIRO,B.C.; BITTAR,C.M.L. **Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde**. Universidade de Franca, Franca – SP. Abr 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141303942012000100015&script=sci_art_text> Acessado em 23/10/2015

REZENDE, JM. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: EditoraUnifesp, 2009. A primeira operação cesariana em parturiente viva. pp. 171-172.. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acessado em 07/06/2015.

RIOS,C T F; VIEIRA,N F C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde**. São Luís MA: Universidade Federal do Maranhão.p 479. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>. Acessado em 26/09/2015.

SGARBI, A KG.; ESPÍNDOLA, PPT; JÚLIO, I C F. Estudos comparativos sobre fatores que influenciam a escolha do tipo de parto pelas gestantes. **Revista Interbio**, v. 7, n. 1, p. 72 -81, 2013.

SOUZA, A.S.R.; Costa,A.A.R.; Coutinho,I.; Neto, C.R.;Amorim,M.M.R. **Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades**. Centro de Atenção à Mulher do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – Recife (PE), Brasil. FEMINA . Abril 2010 .vol 38 . nº 4. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>>. Acessado em 22/10/2015

TEDESCO, R. P.; FILHO, N. L. M.; MATHIAS, L.; BENEZ, A. L.; CASTRO, V. C. L.; BOURROUL, G. M.; REIS, F. I. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.26, n.10, nov-dez, 2004.

UNICEF. Fundação das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância, 2009. **Saúde Materna e Neonatal**. Disponível em: <https://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf> Acessado em 07/06 2015