

Percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto

Perceptions and expectations of pregnant women about the type of birth

Percepciones y expectativas de mujeres embarazadas sobre el tipo de parto

Roberta Marielle Arik¹

ORCID: 0000-0002-7855-9619

Cristina Maria Garcia de Lima Parada¹

ORCID: 0000-0002-9597-3635

Vera Lúcia Pamplona Tonete¹

ORCID: 0000-0002-3620-7519

Fernanda Cristina Manzini Sleutjes^{II}

ORCID: 0000-0002-7825-8568

¹Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho.
Botucatu, São Paulo, Brasil.

^{II}Faculdade Sudoeste Paulista. Avaré, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Arik RM, Parada CMGL, Tonete VLP, Sleutjes FCM.
Perceptions and expectations of pregnant women about the
type of birth. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):41-9.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0731>

Autor Correspondente:

Cristina Maria Garcia de Lima Parada
E-mail: cristina.parada@unesp.br



Submissão: 23-10-2017 **Aprovação:** 21-04-2018

RESUMO

Objetivo: apreender as percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto. **Método:** trata-se de pesquisa qualitativa, que tomou por base os pressupostos da Humanização da Assistência Obstétrica. Entre outubro de 2015 e maio de 2016, 15 gestantes foram entrevistadas duas vezes, no início e final da gestação. Os dados foram analisados segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** os discursos apreendidos associaram-se a quatro temas: *Vantagens do parto vaginal sobre a operação cesariana; Medo e imprevisibilidade do parto vaginal; Importância do médico na definição do tipo de parto; e Influência da família e amigos na escolha do tipo de parto.* **Considerações finais:** para as gestantes, o parto vaginal apresenta benefício em comparação à operação cesariana. Contudo, durante a gestação e nascimento, o medo da dor e do inesperado e opiniões médicas, de amigos e familiares contrárias ao parto vaginal, influenciam fortemente a opção pela operação cesariana.

Descritores: Gestantes; Parto; Humanização da Assistência; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to understand the perceptions and expectations of pregnant women about the type of birth. **Method:** this is a qualitative research, based on the assumptions of the Humanization of Obstetric Care. 15 pregnant women were interviewed twice at the beginning and the end of gestation between October 2015 and May 2016. Data were analyzed according to the method of the Discourse of the Collective Subject. **Results:** the discourses were associated with four themes: *Advantages of vaginal birth over cesarean section; Fear and unpredictability of vaginal birth; Importance of the doctor in the definition of the type of birth; and Influence of family and friends in choosing the type of birth.* **Final considerations:** according to pregnant women, vaginal birth has more benefit compared to cesarean section. However, during gestation and birth, fear of pain and the unexpected, and medical opinions of friends and family against vaginal birth strongly influence the choice of cesarean section.

Descriptors: Pregnant Women; Parturition; Humanization of Assistance; Nursing; Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: entender las percepciones y expectativas de mujeres embarazadas sobre el tipo de parto. **Método:** se trata de una investigación cualitativa, que se basó en los presupuestos de la Humanización de la Asistencia Obstétrica. Entre octubre de 2015 y mayo de 2016, 15 mujeres embarazadas fueron entrevistadas dos veces al inicio y final de la gestación. Los datos fueron analizados según el método del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** los discursos incautados se asociaron a cuatro temas: *Ventajas del parto vaginal sobre la operación cesárea; Miedo e imprevisibilidad del parto vaginal; Importancia del médico en la definición del tipo de parto; y Influencia de la familia y amigos en la elección del tipo de parto.* **Consideraciones finales:** para las mujeres embarazadas, el parto vaginal presenta beneficio en comparación a la operación cesárea. Sin embargo, durante una gestación y nacimiento, o parecer médico inesperado, de amigos y familiares con parto vaginal, fuertemente influenciado por el funcionamiento de la cirugía cesárea.

Descriptorios: Mujeres Embarazadas; Parto; Humanización de la Atención; Enfermería; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

O parto é um fenômeno intrinsecamente relacionado às mulheres e suas famílias, configurando-se como prática social e, como tal, seu significado passa por mudanças historicamente determinadas. Até o século XIX, o parto era considerado ritual realizado por mulheres parteiras, nos domicílios. Com a criação dos hospitais, no final desse século, esse evento foi gradativamente institucionalizado; mudança essa que lhe conferiu novos sentidos, transcendendo de evento fisiológico, familiar e feminino para ato médico⁽¹⁻³⁾.

A partir de então, o protagonismo da parturiente foi substituído pelo do profissional médico, para quem se outorgou a condução e todas as decisões relativas ao processo de parturição. O parto cirúrgico passou a ser utilizado em grande escala, muitas vezes como procedimento rotineiro, sem qualquer indicação obstétrica necessária para sua realização⁽²⁾, pouco se reconhecendo a importância dos aspectos emocionais e a interferência do ambiente externo no processo de trabalho de parto e parto, havendo favorecimento à ação intervencionista do referido profissional, além da supervalorização de técnicas e tecnologias em um processo de alienação da mulher, família e, em última instância, da sociedade⁽¹⁾.

Atualmente, a operação cesariana é considerada um procedimento comum, havendo evidências de que sua escolha seja fortemente influenciada por parceiros, familiares, amigos e mídia, onde, muitas vezes, o parto vaginal é apresentado de forma negativa. A ideia de segurança proporcionada pela operação cesariana contrapõe-se à ansiedade e ao sentimento de medo pelo parto vaginal, justificando o desejo das gestantes por esse tipo de nascimento, com apoio de familiares, principalmente de suas mães e companheiros, que muitas vezes acabam por garantir o pagamento do procedimento⁽⁴⁾. Pesquisa realizada em um centro médico privado no Norte de Taiwan evidenciou que o profissional médico pode ter papel decisivo na escolha da operação cesariana, quer por apresentá-la como opção desde o início da gestação, e tendo como resposta a aceitação passiva da gestante, quer por supostamente conduzir à tomada de decisão compartilhada ao longo da gestação⁽⁵⁾. No Brasil, estudo de abordagem qualitativa realizado com mulheres que vivenciaram tanto o parto normal quanto à operação cesariana, evidenciou ambivalência de sentimentos: no parto normal, dificuldade no trabalho de parto em contraposição à facilidade na recuperação, sendo o inverso para a operação cesariana; o parto normal foi também apontado como rápido, simples, prático e saudável, enquanto que a operação cesariana foi descrita como complicada e associada a eventos negativos, embora permita o planejamento do nascimento⁽²⁾.

A realização de operação cesariana a pedido associa-se à escolaridade elevada da gestante, à maior renda familiar e, conseqüentemente, ao maior acesso à tecnologia. Em geral, os médicos não contrariam esse desejo, o que contribui para os altos índices do procedimento, muitas vezes decidido no início da assistência ao pré-natal⁽⁶⁾. Por outro lado, o parto vaginal pode não ocorrer, mesmo quando desejado, por falta de orientação das gestantes sobre sua evolução ou mesmo pela valorização das possíveis intercorrências desse tipo de parto⁽⁵⁾.

Recomendações globais para o cuidado na assistência ao pré-natal incluem o desenvolvimento de ações educativas com grupos de mulheres, com o objetivo de promover melhorias na saúde materna

e neonatal. Reitera-se a importância de aproveitar a oportunidade para discutir dúvidas e anseios das gestantes, ofertando informações concisas, realizando-se a identificação das necessidades em tempo oportuno e, por conseguinte, a busca por soluções⁽⁷⁾.

Em uma perspectiva emancipatória, dentre os profissionais de diferentes setores da Saúde, os enfermeiros mostram-se como agentes estratégicos para compartilhar com as gestantes, conhecimentos técnico-científicos inerentes ao período pré-natal e do parto, bem como para abordar aspectos emocionais que essas mulheres e suas famílias poderão vivenciar nesses períodos. O presente estudo foi proposto no intuito de aprofundar os conhecimentos sobre os fatores que influenciam a escolha pelo tipo de parto e em que medida eles se fazem presentes durante o ciclo gravídico-puerperal, com vistas a obter subsídios para viabilizar as referidas ações educativas, reconhecendo a necessária autonomia das gestantes na opção pelo tipo de parto adequado à sua condição obstétrica e de seu conceito. Considera-se que a identificação e a análise de tais influências, sob a perspectiva das próprias gestantes, são fundamentais para subsidiar práticas educativas efetivas, na intenção da qualificação e mudança no modelo de atenção ao parto.

OBJETIVO

Apreender as percepções e expectativas de gestantes quanto ao tipo de parto.

MÉTODO

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e atendeu a todas as normas previstas para pesquisas realizadas em seres humanos.

Referencial teórico-metodológico

Utilizaram-se como referencial teórico os princípios da Humanização da Assistência Obstétrica, considerando que seus preceitos estão relacionados às melhorias no acompanhamento das mulheres em todo o ciclo gravídico-puerperal. Considera-se que a Humanização da Assistência Obstétrica é condição primária para o adequado acompanhamento do parto e puerpério, fundamentando-se em aspectos, como o acolhimento e atendimento da mulher, seus familiares e recém-nascido, com dignidade pela Rede de Atenção à Saúde e a adoção de medidas benéficas no acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas e, muitas vezes, desnecessárias, acarretando maiores riscos para a mulher e o recém-nascido⁽⁸⁾.

Aos dados coletados, aplicou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que favorece a expressão do pensamento dos pesquisados, partindo de procedimentos sistemáticos e padronizados. Inicialmente, realizou-se a identificação das Expressões-Chave (EC) que são pedaços ou trechos contínuos ou descontínuos do discurso, selecionados pelo pesquisador por revelar a essência do conteúdo do depoimento. Tais expressões são partes fundamentais para a construção do DSC, pois possuem a essência do pensamento, tal como ela aparece nos discursos, excluindo os pensamentos não

essenciais. Então, as EC selecionadas foram agrupadas a partir das Ideias Centrais (IC), afirmações que traduzem o essencial do conteúdo discursivo presente nos depoimentos dos atores sociais. Por fim, foram construídos os DSC. Para tal, foram compostos os discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, considerando as EC e as IC dos discursos individuais, por convergência entre eles e buscando contemplar o objetivo proposto⁽⁹⁾.

Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como estudo de campo, prospectivo, com abordagem de natureza qualitativa, modalidade de pesquisa indicada ao estudo das vivências e das interpretações que os indivíduos fazem com relação aos sentimentos e aos pensamentos envolvidos⁽¹⁰⁾.

Procedimentos metodológicos

Intencionalmente, foram convidadas a participar desta pesquisa: gestantes sob acompanhamento em serviço público de município do interior paulista, bem como as participantes do Grupo de Orientação ao Pré-Natal do mesmo município, que também acolhem gestantes atendidas pela rede privada de saúde.

A coleta de dados foi realizada por uma das autoras, enfermeira atuante na rede de atenção primária do referido município e mes-tranda em curso de Pós-Graduação em Enfermagem de universidade pública da mesma região geográfica. Essa pesquisadora apresentava experiência anterior na aplicação de entrevista semiestruturada, estratégia de coleta de dados escolhida por permitir o acesso aos dados da realidade, na perspectiva do informante, visto que a ele é dada a liberdade necessária para abordar as questões do estudo⁽⁹⁻¹¹⁾. Ocorreram dois momentos de entrevista: o primeiro (M1), antes da 20ª semana e o segundo (M2), após a 35ª semana de gestação. O único critério de inclusão foi relativo à idade gestacional, que deveria permitir a inclusão no estudo na primeira metade da gravidez.

A todas as participantes foram prestadas informações sobre a pesquisa, sobre os objetivos e modo de coleta dos dados. Não houve recusas e, assim, agendou-se o dia e horário para M1, entre os meses de outubro e dezembro de 2015. A realização da segunda entrevista ocorreu entre os meses de fevereiro e maio de 2016, contemplando as mesmas gestantes do M1.

Todas as entrevistas foram realizadas na residência das participantes, em espaço reservado, com duração variando entre 35 e 45 minutos. Foram utilizados dois aparelhos de gravação de voz e o material gravado foi transcrito na íntegra. A questão norteadora foi: "Fale sobre o tipo de parto que você deseja (M1)". No M2, repetiu-se essa e foram incluídas outras duas questões: "Você mudou de ideia? Por quê?" Na busca por depoimentos variados, empregaram-se frases para estimular a fala das entrevistadas: "Fale mais sobre isso", "O que você pensa sobre esse assunto?" ou "Conte mais sobre suas ideias". Nos dois momentos, após a entrevista, a gravação foi apresentada à gestante, solicitando complementação e/ou correção do conteúdo gravado, quando necessário.

Subsidiariamente, informação sobre o tipo parto realizado foi obtida no primeiro retorno da mulher à unidade de saúde após o parto, para realização do teste de triagem neonatal, denominado 'teste do pezinho' e vacinação do bebê.

O número final de 15 participantes foi estabelecido durante o desenvolvimento da pesquisa e considerou a possibilidade de obtenção de dados suficientes para responder ao objetivo proposto e o ponto de saturação teórica: ferramenta conceitual usada nas pesquisas qualitativas nos diferentes campos da Saúde, de forma a se estabelecer o momento para interrupção na captação de novos componentes⁽¹⁰⁾. Para resguardar o anonimato, as participantes foram identificadas com a letra G (gestante) e números de 1 a 15, conforme a ordem de realização das entrevistas.

Análise dos dados

Os dados obtidos nas entrevistas foram sistematizados segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo discutidos à luz das premissas da Humanização da Assistência Obstétrica, sendo que os discursos obtidos foram associados a quatro temas: *Vantagens do parto vaginal sobre a operação cesariana; Medo e imprevisibilidade do parto vaginal; Importância do médico na definição do tipo de parto; e Influência da família e amigos na escolha do tipo de parto*. Os dados foram codificados pela entrevistadora que também os transcreveu na íntegra, contando com a contribuição das demais autoras na análise realizada.

RESULTADOS

As 15 participantes se caracterizam por apresentar média de idade de 27,5 anos, variando entre 18 e 37 anos. Todas tinham companheiro no momento da coleta de dados e mais de oito anos de aprovação escolar e, predominantemente, não exerciam atividade remunerada, mas entre as que exerciam, foram citadas as profissões: empregada doméstica, babá, zeladora e calçadista. Em relação ao histórico obstétrico, nove mulheres eram primigestas, três haviam sofrido um aborto e três tinham história de uma operação cesariana. Com relação à gestação atual, 13 gestantes eram atendidas no serviço público, em Unidades Básicas de Saúde e duas em consultórios médicos privados.

Entre as participantes entrevistadas no M1, oito (G1-G3, G10-G13 e G15) referiram o desejo de realizar parto vaginal, cinco (G4-G5, G7-G9) manifestaram preferência pela operação cesariana e duas (G6, G14) tinham dúvida quanto ao tipo de parto. No M2, não havia mais dúvidas quanto ao tipo de parto desejado: oito gestantes (G1, G4-G5, G7-G10, G14) preferiam operação cesariana e sete (G2-G3, G6, G11-G13, G15) desejavam parto vaginal.

Observam-se poucas mudanças com relação ao parto desejado nos dois momentos de entrevista (M1 e M2). Independentemente do tipo de parto escolhido, a maior parte das participantes mantiveram o mesmo desejo ao longo da gravidez: vaginal (G2-G3, G11-G13, G15) ou operação cesariana (G4-G5, G7-G9) e entre as duas gestantes com dúvidas no início da gravidez, uma mencionou desejo de parto vaginal e a outra de operação cesariana no final da gravidez. Das sete gestantes que mencionaram desejar parto normal no final da gestação, cinco passaram por operação cesariana. Nenhuma que mencionou desejo de operação cesariana no M2 teve parto vaginal. Síntese sobre o local do atendimento pré-natal, tipo de parto desejado e justificativa nos dois momentos de entrevista, consta do Quadro 1, assim como o parto efetivamente realizado com justificativa.

Quadro 1 - Serviço pré-natal, tipo de parto desejado nos Momentos 1 e 2 e o realizado, com as respectivas justificativas, Botucatu, São Paulo, Brasil, 2016

	Serviço Pré-natal	M1		M2		Parto realizado	Justificativa
		Parto desejado	Justificativa	Parto desejado	Justificativa		
G1	Público/privado	Vaginal	Baixo risco, recuperação rápida, favorece o bebê.	Operação Cesariana	Segurança, influência médica.	Operação Cesariana	Decisão médico-gestante
G2	Público	Vaginal	Recuperação rápida, respeita o tempo do bebê.	Vaginal	Favorece o bebê e o aleitamento, recuperação rápida.	Operação Cesariana	Macrossomia
G3	Público	Vaginal	Recuperação rápida, internação curta.	Vaginal	Vários benefícios, recuperação rápida.	Operação Cesariana	Medo da dor
G4	Público/privado	Operação Cesariana	Segurança da operação cesariana, não dilatou na 1ª gestação.	Operação Cesariana	Medo da indução do parto vaginal e da dor.	Operação Cesariana	Decisão médico-gestante
G5	Público	Operação Cesariana	Medo do parto vaginal, praticidade.	Operação Cesariana	Medo do parto vaginal.	Operação Cesariana	Decisão médico-gestante
G6	Público	Dúvida	Operação cesariana anterior, benefícios do parto vaginal.	Vaginal	Saudável, recuperação rápida.	Vaginal	Evolução rápida e tranquila
G7	Público/privado	Operação Cesariana	Medo do parto vaginal, influência de amigos.	Operação Cesariana	Medo do parto vaginal, praticidade, influência médica.	Operação Cesariana	Decisão médico-gestante
G8	Público	Operação Cesariana	Cirurgia pélvica anterior.	Operação Cesariana	Problemas pélvicos.	Operação Cesariana	Decisão médico-gestante
G9	Privado	Operação Cesariana	Experiência ruim com parto vaginal.	Operação Cesariana	Experiência ruim com parto vaginal, segurança.	Operação Cesariana	Decisão médico-gestante
G10	Público/privado	Vaginal	Vários benefícios.	Operação Cesariana	Medo do parto vaginal, segurança.	Operação Cesariana	Decisão médico-gestante
G11	Público	Vaginal	Baixo risco, compreensão da dor, recuperação rápida.	Vaginal	Medo da operação cesariana, influência de práticas naturais.	Operação Cesariana	Pressão arterial aumentada
G12	Público	Vaginal	Baixo risco, vários benefícios.	Vaginal	Favorece o bebê, recuperação rápida, risco de infecção após operação cesariana.	Operação Cesariana	Decisão médica
G13	Público	Vaginal	Baixo risco, vários benefícios.	Vaginal	Recuperação rápida, internação curta, risco de infecção após operação cesariana.	Vaginal	Decisão gestante
G14	Privado	Dúvida	Benefícios do parto vaginal, praticidade da operação cesariana.	Operação Cesariana	Medo da dor no parto vaginal, baixo risco, praticidade.	Operação Cesariana	Decisão médico-gestante
G15	Público	Vaginal	Recuperação rápida, internação curta, medo da operação cesariana.	Vaginal	Risco de infecção após operação cesariana, internação curta, facilita cuidar.	Operação Cesariana	Decisão médica

As percepções e expectativas durante a gestação quanto ao tipo de parto desejado seguem apresentadas, considerando-se o momento da coleta de dados (M1 ou M2) e separadas por temas que agregam os DSC construídos, com as respectivas IC.

Tema 1. Vantagens do parto vaginal sobre a operação cesariana

Primeiro Momento - M1

Identifica-se nos DSC 1 e 2, a preferência das gestantes pelo parto vaginal, justificada por suas vantagens, como o nascer natural, dor passageira e a rápida recuperação da mãe, permitindo melhor cuidado ao bebê.

DSC 1: *então, o tipo de parto que eu quero é o parto normal, desde sempre tive essa vontade, mesmo antes de engravidar, eu já*

pensava: "quando ficar grávida, eu quero ter normal, pelo menos só dói na hora". A gente ganha o neném e fica mais fácil, o corpo volta mais rápido, fica só um dia no hospital e já está andando. Prefiro mil vezes sentir as dores da contração e depois ficar bem! Se Deus quiser, vai vir normal. (IC 1- Parto normal só dói na hora e recupera logo. Entrevistas: G1-G3, G10-G13, G15)

DSC 2: *prefiro ter parto normal, também por ser mais natural. É o tempo do bebê! É mais fácil, rápido, são só coisas boas... Ganhou [o bebê] hoje, amanhã praticamente você pode ir embora, pode fazer as coisas, pode cuidar melhor da criança. Eu penso por esse lado, por poder estar mais tranquila para cuidar do neném.* (IC 2- Prefiro parto normal por ser mais natural e permitir o melhor cuidado com o bebê. Entrevistas G1-G3, G10- G13, G15)

A operação cesariana está contemplada no DSC 3 como última opção, apenas com indicação médica precisa, sendo que o sentimento de medo se revela associado à sua realização.

DSC 3: *da cesárea eu tenho muito medo, tem que ficar no hospital três dias, de repouso, com os pontos, corre o risco de pegar bactérias e infecções por causa do corte e a gente não pode pegar peso. Não é legal, tenho muito medo. Então, só se for último caso, no caso de não nascer mesmo, ou de ter alguma complicação...* (IC 3- Cesárea só em último caso. Entrevistas: G1-G3, G10-G13, G15)

Segundo Momento - M2

Observa-se, no DSC 4, a manutenção da preferência pelo parto vaginal em relação à operação cesariana, ainda devido à rápida recuperação, ao menor risco de infecção e ao respeito pelo tempo do bebê. No DSC 5, verifica-se a possibilidade da operação cesariana, caso seja necessária, diante de intercorrências ou riscos.

DSC 4: *continuo desejando o parto normal. É tudo mais fácil: a recuperação é mais rápida, falam que o trabalho de parto demora, mas a recuperação é imediata, não tem complicações. Você ganha [em um dia] e no outro já pode ir embora, pode cuidar melhor do bebê. Então, dou preferência para isso, é mais saudável e não tem o risco de infecção. É a hora que a criança quer nascer, é a natureza, o momento dela... Tem tudo para ser [parto] normal e tem menos riscos tanto para mim quanto para o bebê.* (IC 4- Continuo desejando parto normal por suas vantagens. Entrevistas: G2-G3, G6, G11-G13, G15).

DSC 5: *tem que tentar parto normal e se houver alguma complicação, de última hora, ou se não vier, faz cesárea. Se não tiver risco, acho que vale à pena tentar o normal!* (IC 5- Tem que tentar parto normal, a menos que haja alguma complicação. Entrevistas: G3, G11-G13, G15).

Tema 2. Medo da dor e da imprevisibilidade do parto vaginal

Primeiro Momento - M1

O medo de sentir dor durante o parto vaginal permanece retratado nos discursos obtidos e, segundo o DSC6, tal dor é vista como algo necessário para o nascimento, sendo compensada pela chegada do bebê.

DSC 6: *tenho receio da dor, porque todo mundo fala que a dor do parto é ruim. Imagino que ela é forte, não deve ser uma cólica... Mas, ao mesmo tempo em que sentir aquela dor, vou pensar que é para ter o meu bebê, que vai valer à pena!* (IC 6- Tenho medo da dor, mas pelo meu bebê vale à pena ter parto normal. Entrevistas: G2, G10-G11, G15).

Além da dor, podem-se identificar a espera, o inesperado e o imprevisível no momento do parto como potenciais geradores de insegurança, sentimento que, muitas vezes, influencia as escolhas em favor do nascimento por operação cesariana, como destacado no DSC 7.

DSC 7: *eu acredito que toda mulher deva ter medo dos dois, tanto do parto normal, quanto da cesárea, porque você não se sabe o que vai acontecer... Eu prefiro cesárea, porque eu não vou sentir dor na hora, eu vou sentir depois... O normal dói muito antes, tenho medo da dor, das contrações, medo que aconteça alguma coisa tanto comigo quanto com a criança. A turma fala que leva horas para*

ganhar normal, fica ali com dor, no soro, não sei... O medo que me faz preferir a cesárea... (IC 7- Tenho medo, podem acontecer várias coisas na hora do parto. Entrevistas: G4-G6, G7, G9, G14)

Segundo Momento - M2

Observa-se, no DSC 8, receio quanto ao trabalho de parto no final da gestação, no que se refere ao tempo de espera e outras dificuldades, enquanto o DSC 9, em contrapartida, revela atitude positiva relacionada à dor do parto vaginal, inclusive pela disponibilidade de métodos não farmacológicos de seu alívio.

DSC 8: *eu tenho medo de não ter dilatação, de demorar e ficar sofrendo, principalmente o neném passar da hora... Eu acho que quando a gente se torna mãe, se preocupava mais com eles do que com a gente... Tem gente que já tem medo e escolhe cesárea. Eu não! Eu quero tentar [parto vaginal] mesmo!* (IC 8- Tenho medo de sofrer, mas vou tentar parto normal. Entrevistas: G2-G3, G6, G11-G12, G15)

DSC 9: *a dor, eu não me importo, porque já sei que vai doer, mas acho que é suportável... Não vou ser a primeira a ter [parto] normal e, antigamente, nem tinha a cesárea, eram todos [partos] normais. Hoje, no hospital tem piscina, bolas... É legal! Então, tem que tentar. Para mim, será melhor, eu estou sozinha e os pontos [do parto cirúrgico] podem atrapalhar* (IC 9- A dor é suportável e não vou ser a primeira a ter parto normal. Entrevistas: G2-G3, G6)

Tema 3. Importância do médico na definição do tipo de parto

Primeiro Momento - M1

Nos DSC 10 e 11, observa-se a possibilidade de decisão compartilhada com o médico quanto ao tipo de parto.

DSC 10: *o parto normal é mais saudável para a gestante, a recuperação é rápida, mas dizem que a dor é muito forte. Na cesárea, o problema é que fica dias com dor, aquela dorzinha chata para levantar, porque está com os pontos. Então, ainda tenho dúvidas, pretendo conversar com o médico para ver o que decidimos.* (IC 10- Eu e meu médico ainda não decidimos o tipo de parto. Entrevistas: G6, G14)

DSC 11: *já está tudo certo, já conversei com ele [médico], que quero fazer cesárea e ele concordou, numa boa. Falou para assinar um termo que quero por vontade própria, que não é o médico que está forçando. Perguntei se tinha objeção de não fazer [parto vaginal] e ele falou que não tinha problema algum, é só assinar o termo que não tem problema de fazer cesárea.* (IC 11- Quero cesárea e o médico concordou. Entrevistas: G4- G5, G7-G9)

Segundo Momento - M2

A sensação de imprevisibilidade do trabalho de parto pode levar à escolha da operação cesariana no final da gravidez. Por vezes, ocorre decisão compartilhada ou até estimulada pelo médico, como se pode identificar nos DSC 12 e 13.

DSC 12: *estaria tudo encaminhando para o parto normal, mas agora eu decidi fazer cesárea. Eu conversei com o médico e ele me passou segurança pela cesárea. Está tudo certinho! Espero que [o bebê] venha na hora certa...* (IC 12- O médico me convenceu a fazer cesárea. Entrevistas: G1, G4-G5, G7- G10, G14)

DSC 13: *escolhi a cesárea por ser mais tranquila, a médica achou mais adequado, por saúde, mesmo. No SUS teria que tentar [parto] normal e, se não “desse”, aí faria cesárea... É muito arriscado! O doutor acha que eu posso desmaiar na hora e acontecer alguma coisa comigo ou com o neném. Se não for a cesárea, eu posso arriscar minha vida e da minha filha! Se fosse o verdadeiro parto normal, tranquilo, aí eu queria... Mas não vou ficar sofrendo, induzindo o parto, não quero, de maneira alguma... Então, está tudo certo, vai ser cesárea!* (IC 13- Tem que ser cesárea para não ter riscos. Entrevistas: G1, G4-G5, G7-G10, G14)

4. Influência da família e amigos na escolha do tipo de parto

Primeiro Momento - M1

No DSC 14, observa-se o papel decisivo de pessoas do convívio das gestantes, na escolha dessas últimas pelo tipo de parto.

DSC 14: *quando eu engravidei, eu queria ter normal, eu queria tentar, era o meu sonho ter o parto normal. É muito diferente, natural, você sente tudo... Mas, ficaram falando muitas coisas, que não pode... Aí eu fiquei com aquilo... (IC 14- Falaram muito contra o parto normal. Entrevistas: G4, G7, G9)*

Especialmente, os familiares exercem importante papel em todo processo decisório sobre o tipo de parto. No DSC 15, emerge claro apoio familiar quanto à via de parto escolhida: parto vaginal; enquanto que do DSC 16, apreende-se a indução familiar à operação cesariana.

DSC 15: *a família sempre apoia, está a todo o momento perto da gente... Meu esposo apoia bastante e fala: “você faz o que quiser”. Minha mãe teve filhos de parto normal e ela falou que é bom. Disse que não é aquela dor que o povo fala, que não é uma dor que não dá para aguentar. Então, eles apoiam!* (IC 15- Tenho apoio da minha família para o parto normal. Entrevistas: G1-G3, G11)

DSC 16: *minha mãe fica apreensiva. Ela fala que prefere cesárea para eu não sofrer. Acho que ela imagina que na cesárea se sofre menos que o parto normal... Meu marido fala “imagina que vai fazer [parto] normal, você tem que fazer cesárea!”. Porque, se quiser, ele paga... (IC 16- Minha mãe e meu marido preferem cesárea. Entrevistas: G2, G10, G15)*

Segundo Momento - M2

Salienta-se que boas histórias e vivências com o parto vaginal podem influenciar positivamente a escolha por esse tipo de parto. Esses aspectos constam do DSC 17.

DSC 17: *todos querem que eu faça parto normal, minha família e meu esposo apoiam o que eu decidir... Minha mãe apoia, ela aconselha, porque teve a mim e minha irmã [de parto] normal. Ela fala que a recuperação e para acostumar com a criança é melhor. Estou tranquila, penso que tudo vai dar certo* (IC 17- Tenho apoio familiar na decisão pelo parto normal. Entrevistas: G2-G3, G6, G11- G13, G15)

Em contrapartida, no final da gravidez, a percepção dos familiares da fragilidade da gestante pode influenciar em favor da operação cesariana, situação que se apreende do DSC 18.

DSC 18: *da minha mãe eu não tenho apoio para o parto normal. Quando eu fiz o ultrassom ele [o bebê] estava com tamanho e peso ideal, mas minha mãe disse “como você vai conseguir ter parto normal?” Meu marido também quer cesárea, ele fala assim: “quero ver na hora, se você vai aguentar mesmo”* (IC 18- Minha família acha que eu não aguento o parto normal. Entrevistas: G2, G15)

DISCUSSÃO

Foi possível apreender, neste estudo, as percepções e expectativas das gestantes quanto ao tipo de parto desejado, revelando os aspectos que foram considerados e os que definiram o parto realizado, sendo frequentemente apontadas as vantagens do parto vaginal, especialmente para o bebê; o medo da dor relacionada ao trabalho de parto e da imprevisibilidade do parto normal; e a valorização da indicação do médico e da família quanto ao tipo de parto.

A escolha pelo parto vaginal é justificada em estudos, especialmente, por suas vantagens como: ser natural, saudável, de rápida recuperação e por proporcionar maior autonomia para o autocuidado e cuidado com o recém-nascido^(2,5,12-14), motivos consoantes ao apreendido nos depoimentos das gestantes, visto que os discursos apontam as vantagens do parto vaginal, relacionando-o à rápida recuperação e à qualidade da relação com o bebê no pós-parto, identificados como aspectos que fazem o parto vaginal ser melhor para a mãe e o bebê.

Estudo realizado na região Oeste da África identificou os fatores relacionados a menor satisfação com a operação cesariana, como a recuperação mais lenta, o impacto emocional, social e econômico, apresentados principalmente por mulheres de classes econômicas menos favorecidas, em decorrência do menor apoio para a realização das tarefas domésticas e dificuldades relacionadas ao cuidado com o recém-nascido⁽¹⁵⁾.

Foi verificado nos discursos o reconhecimento das gestantes sobre desvantagens da operação cesariana, principalmente pela dependência de ajuda dos familiares com as atividades rotineiras, ocasionada pela lenta recuperação no pós-parto, em decorrência da dor na incisão e da presença dos pontos cirúrgicos, fatores também associados a dificuldades no cuidado mãe-bebê.

O medo da dor durante o trabalho de parto revelou-se como sentimento frequente nos discursos. Dentre outras possibilidades da Assistência Obstétrica Humanizada, o suporte para o alívio da dor ofertado às mulheres pode ser físico e/ou emocional, transmitindo segurança à parturiente, a partir do compartilhamento sobre a evolução do trabalho de parto e o emprego de técnicas não farmacológicas, como os banhos mornos e a utilização de bola suíça, entre outras, sempre respeitando os limites fisiológicos de cada mulher, assegurando que, em caso de solicitação, métodos farmacológicos de alívio da dor sejam utilizados^(2,16). Além disso, técnicas de relaxamento podem reduzir as reações comportamentais presentes no trabalho de parto, como o estresse e a ansiedade frente à dor, incluindo a adoção de posturas confortáveis em ambientes tranquilos e com iluminação adequada⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Apreendem-se dos discursos que a difícil recuperação e a dor no pós-parto foram as principais questões negativas relacionadas ao parto cirúrgico e apontadas pelas gestantes. Em contrapartida, as gestantes que tiveram preferência por esse

tipo de parto correspondiam à percepção de que o parto vaginal estava associado, muitas vezes, ao sofrimento desnecessário, poupado no parto cirúrgico, evidenciando o modelo de atenção médico-centrado⁽¹⁹⁾. Da mesma forma, estudo realizado na Alemanha demonstrou que a decisão pela operação cesariana se justifica pelo medo do parto vaginal, preocupação com o filho e associação da operação cesariana com o tipo de nascimento menos negativo. A maioria das mulheres que optou pela operação cesariana estava satisfeita e enfatizava o desejo por esse tipo de parto nas próximas gestações⁽²⁰⁾.

A falta de informações precisas sobre o parto vaginal, bem como o não reconhecimento das técnicas que auxiliam na progressão segura e confortável do trabalho de parto pode dificultar a manutenção da preferência por esse tipo de parto, do início ao termo da gestação, como se verificou neste estudo. Além disso, as decisões médicas e médico-gestante foram frequentemente apontadas como determinantes da escolha pela operação cesariana, contribuindo para a elevação das taxas deste procedimento frequente e facilmente adotado⁽¹⁶⁾. Reconhecer os fatores determinantes para as mudanças no processo de decisão pelo tipo de parto configura-se prática essencial para definição de uma linha de cuidado para o nascimento saudável, com preparo das instituições que irão receber as gestantes e dos profissionais responsáveis pela assistência ao parto.

Em grande parte das instituições públicas e privadas, as taxas de operação cesariana estão associadas às cirurgias intencionalmente agendadas e/ou decididas nas primeiras horas após a admissão hospitalar, após início do trabalho de parto, configurando modelos descritos, como operação cesariana eletiva ou operação cesariana eletiva intraparto⁽¹⁶⁾. O aumento na ocorrência desse procedimento também está relacionado ao desejo das mulheres por esse tipo de parto, apoiadas pelo médico, seja pela comodidade de agendar o procedimento, pela viabilidade de ter o mesmo profissional de saúde que acompanhou o pré-natal, pela preferência da família ou pela percepção de que o parto cirúrgico é melhor para mãe e para o recém-nascido, aspectos evidenciados na literatura⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Estudo uruguaio demonstrou que o benefício econômico do médico e o pedido da mulher contribuíram para a elevação das taxas de operação cesariana, destacando-se, principalmente, o setor privado de saúde. Identificou-se que as maternidades que utilizam alta tecnologia, com assistência médico-centrada, estavam localizadas principalmente nos Estados Unidos da América, França e Brasil, enquanto a Holanda apresentava assistência voltada para a mulher, com a presença de parteiras e baixo número de intervenções durante a assistência⁽²¹⁾.

Outro estudo sobre os riscos da operação cesariana sem indicações precisas, realizado nos Estados Unidos da América, investigou fatores associados ao índice de mortalidade materna do ano de 2005 até 2014, demonstrando que a indicação crescente da operação cesariana foi significativa para o aumento desse indicador⁽²²⁾.

Também, existem evidências de que, para o recém-nascido, as consequências da operação cesariana sem indicação podem prejudicar ações essenciais voltadas à sua saúde. Estudo realizado em Bangladesh apontou que bebês nascidos por operação cesariana tinham probabilidade 67% menor de início precoce da amamentação do que os nascidos por parto vaginal, resultante da demora do contato pele-a-pele entre mãe e bebê, por sua vez,

prejudicado pelas condições maternas após o parto cirúrgico⁽²³⁾. O cuidado térmico e a facilitação do contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido são fundamentais para a promoção do aleitamento materno, ainda na primeira hora após o parto, assim, contribuindo para o sucesso dessa prática⁽²⁴⁾.

Como visto neste estudo, o modelo biomédico de assistência à gestação e ao parto, que se apoia nos riscos que o parto vaginal pode acarretar e apresenta o parto cirúrgico como modelo de segurança e modernidade, caracteriza-se pela falta de centralidade e protagonismo da mulher que, em geral, não discute com o médico sobre o que seria melhor para ela e seu filho, aceitando as condutas, sem questionamentos, supervalorizando a opinião médica no que diz respeito à escolha e indicação final do tipo de parto^(3,25).

Dos discursos deste estudo, pôde-se apreender que as experiências dos familiares interferiram na escolha da gestante pelo tipo de parto, principalmente quando foram partos vaginais. Estudo desenvolvido com 25 puérperas, em Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul, Brasil, evidenciou a tomada de decisão baseada em experiências anteriores, sendo que as mulheres que haviam tido parto vaginal anteriormente, mantinham o desejo por esse tipo de parto, o mesmo acontecendo no caso da operação cesariana. Em condição de falta de informações precisas no pré-natal, e com o atual modelo de assistência no setor público e privado, a insegurança e as frustrações quanto às experiências anteriores são comuns e, assim, muitas vezes, a influência é negativa⁽²⁶⁾. Recomenda-se a oferta de informações baseadas em evidências sobre os tipos de partos e nascimentos para as gestantes durante a assistência ao pré-natal, objetivando-se a inclusão e a participação ativa da mulher no processo de decisão, respeitando-se a condição clínica atual, bem como características culturais e autonomia⁽²⁴⁾.

Limitações do estudo

Entre as limitações do presente estudo, destaca-se a dificuldade de captação precoce das gestantes incluídas no mesmo, resultando em proximidade entre os dois momentos de entrevista (M1 e M2). Esse fato pode ter contribuído para a pouca variabilidade quanto ao tipo de parto referido como desejado pelas participantes.

Contribuição para área da Enfermagem, Saúde ou Políticas Públicas

Considera-se que os resultados deste estudo reforçam a necessidade do reconhecimento pelos enfermeiros e demais membros da equipe de saúde do papel central da gestante/parturiente no ciclo gravídico-puerperal, incluindo na assistência a participação ativa e esclarecida das mesmas e de suas famílias. Neste sentido, a oferta de atividades educativas específicas em grupo de gestantes pode ser importante, na medida em que tem o potencial de desmistificar alguns aspectos do parto vaginal, especialmente relacionados ao medo da dor e de sua imprevisibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo confirmam que o processo de decisão sobre a via de parto envolve, para além das preferências

da gestante, as da família e as do médico, sendo identificados os principais aspectos que influenciam tal processo. Em geral, no início da gravidez, as gestantes se dividiam entre a preferência pelo parto vaginal devido às suas vantagens para a mãe e o bebê, e a operação cesariana, especialmente, por envolver menos dor. Nesse primeiro momento, havia, também, dúvidas quanto ao tipo de parto desejado. No termo, não havia dúvidas, sendo mais citada a preferência pela operação cesariana. Tal preferência mostrou-se ainda estreitamente ligada às percepções e expectativas de que, neste tipo de procedimento, poupa-se a gestante da dor e proporciona-se a ela e ao seu bebê maior segurança,

contrariando as evidências contidas tanto na literatura científica quanto nas políticas públicas correlatas.

A oferta de grupos educativos, especialmente organizados no estilo de rodas de conversa, voltados às gestantes e a seus familiares, pode ter papel importante no empoderamento das mulheres quanto à escolha do tipo de parto, visto que a superação da rejeição ao parto vaginal passará pela desconstrução da operação cesariana como modelo ideal para o nascimento e pela valorização do trabalho de parto assistido de uma forma segura e humanizada como mecanismo essencial para a saúde das mães e recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

1. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnolato OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene*. 2014;15(2):362-70. doi: 10.15253/2175-6783.2014000200022
2. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):282-9. doi: 10.5935/0034-7167.20140038
3. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Determinants of women's preference for cesarean section. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):336-43. doi: 10.1590/0104-07072015000430014
4. O'Donovan C, O'Donovan J. Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? a systematic review of the qualitative literature. *Birth*. 2018;45:109-19. doi: 10.1111/birt.12319
5. Chen SW, Hutchinson AM, Nagle C, Bucknall TK. Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:31. doi: 10.1186/s12884-018-1661-0
6. Cesar JA, Sauer JP, Carlotto K, Montagner ME, Mendoza-Sassi RA. Cesarean section on demand: a population-based study in Southern Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2017;17(1):99-105. doi: 10.1590/1806-93042017000100006
7. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018 Feb 8]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Jun 2]. (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
9. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social, um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso de sujeito coletivo. 2a ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Duarte SJH, Mamede MV, Andrade SMO. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. *Saúde Soc*. 2009;18(4):620-6. doi: 10.1590/S0104-12902009000400006
12. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal, Rev Psicol*. 2013;25(3):585-602. doi: 10.1590/S1984-02922013000300011
13. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Supl 1):S1-16. doi: 10.1590/0102-311X00105113
14. Mazzoni A, Althabe F, Gutierrez L, Gibbons L, Liu NH, Bonotti AM, et al. Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:34. doi: 10.1186/s12884-016-0824-0
15. Richard F, Zongo S, Ouattara F. Fear, guilt, and debt: an exploration of women's experience and perception of cesarean birth in Burkina Faso, West Africa. *Int J Womens Health*. 2014;6:469-78. doi: 10.2147/IJWH.S54742
16. Ministério da Saúde (BR). Universidade Estadual do Ceará. Cadernos Humaniza SUS, Volume 4 - Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2016 Jun 2]. Available from: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
17. Souza ENS, Aguiar MGG, Silva BSM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. *Enferm Rev [Internet]*. 2015 [cited 2016 Jun 2];18(2):42-56. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/viewFile/11693>
18. Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Espaç Saúde [Internet]*. 2015 [cited 2016 Jun 2];16(2):37-44. Available from: <http://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/201608205736de31129168663d5038d03/20717-100220-1-PB.pdf>

19. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anesthesiol.* 2011;61(3):376-88. doi: 10.1590/S0034-70942011000300014
 20. Stützer PP, Berlit S, Lis S, Schmahl C, Sütterlin M, Tuschy B. Elective Caesarean section on maternal request in Germany: factors affecting decision making concerning mode of delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(5):1151-6. doi: 10.1007/s00404-017-4349-1
 21. Cópola F. Cesáreas en Uruguay. *Rev Med Urug [Internet].* 2015 [cited 2018 Mar 23];31(1):7-14. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100002
 22. Moaddab A, Dildy GA, Brown HL, Bateni ZH, Belfort MA, Sangi-Haghighykar H, et al. Health Care Disparity and State-Specific Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2005-2014. *Obstet Gynecol.* 2016;128(4):869-75. doi: 10.1097/AOG.0000000000001628
 23. Singh K, Khan SM, Carvajal-Aguirre L, Brodish P, Amouzou A, Moran A. The importance of skin-to-skin contact for early initiation of breastfeeding in Nigeria and Bangladesh. *J Glob Health.* 2017;7(2):020505. doi: 10.7189/jogh.07.020505
 24. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de incorporação de tecnologia no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 Mar 23]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesariana_CP.pdf
 25. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina [Internet].* 2010 [cited 2016 Jun 02];38(8):417-22. Available from: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_I.pdf
 26. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(esp):119-26. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.56496
-