

ASPECTOS QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO DA MULHER SOBRE O TIPO DE PARTO

ASPECTS INFLUENCING WOMEN'S DECISION MAKING ABOUT THE MODE OF DELIVERY

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIÓN DE LA MUJER ACERCA DEL TIPO DE PARTO

Andressa Paula de Castro Martins¹
Mariana Véio Nery de Jesus²
Pedro Paulo do Prado Júnior³
Camila Mendes dos Passos⁴

Como citar este artigo: Martins APC, Jesus MVN, Prado Júnior PP, Passos CM. Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto. Rev baiana enferm. 2018;32:e25025.

Objetivo: conhecer os aspectos que influenciam na tomada de decisão sobre o tipo de parto, por gestantes no terceiro trimestre de gestação. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, realizado em 2015, com 15 grávidas. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas e os dados foram posteriormente submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** o parto vaginal foi apontado como a via de preferência entre as gestantes. As experiências vivenciadas por familiares, por pessoas próximas e pela própria gestante, bem como sentimentos e sensações experimentadas, e a assistência pré-natal recebida foram os aspectos influenciadores na decisão da mulher. **Conclusão:** compreendeu-se que a escolha do tipo de parto não foi influenciada por um aspecto apenas, mas por uma série de fatores indissociáveis que, quando analisados separadamente, talvez não fossem capazes de influenciar a decisão.

Descritores: Gestantes. Parto. Tomada de decisão.

Objective: get to know the aspects that influence decision making about the mode of delivery among women in the third term of pregnancy. Method: descriptive and qualitative study, developed in 2015 involving 15 pregnant women. Semistructured interviews were undertaken and the data were submitted to content analysis. Results: vaginal birth was the preferred delivery route among the pregnant women. The experiences by relatives, close persons and the pregnant woman herself, feelings and sensations experienced and the prenatal care received were the aspects that influenced the women's decisions. Conclusion: the choice of the mode of delivery was not influenced by a single aspect, but by a series of inextricable factors that, when analyzed separately, perhaps would not be able to influence the decision.

Descriptors: Pregnant Women. Parturition. Decision Making.

¹ Enfermeira. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. andressa.castroo@yahoo.com.br

² Enfermeira. Mestre em Ensino e Saúde. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil. naninhavnj@yahoo.com.br

³ Enfermeiro. Doutor em Nutrição. Professor Adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, Minas Gerais, Brasil. enfermeiopedro@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Viçosa, Minas Gerais, Brasil. camilampassos@yahoo.com.br

Objetivo: conocer los aspectos que influyen en la toma de decisión acerca del tipo de parto, por embarazadas en el tercer trimestre de gestación. Método: estudio descriptivo, cualitativo, en 2015, con 15 embarazadas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, cuyos datos fueron posteriormente sometidos al análisis de contenido. Resultados: parto vaginal señalado como la vía de preferencia entre las embarazadas. Experiencias vivenciadas por familiares, personas cercanas y la propia embarazadas, así como sentimientos y sensaciones experimentadas, y asistencia prenatal recibida fueron los aspectos influyentes en la decisión de las mujeres participantes. Conclusión: se comprendió que la elección del tipo de parto no fue influenciada por un aspecto sólo, sino por una serie de factores indisolubles que, cuando analizados separadamente, tal vez no fueran capaces de influir en la decisión.

Descriptor: Mujeres embarazadas. Parto. Toma de decisiones.

Introdução

A gestação associa-se a um período de transformações no corpo e no emocional da mulher e é vivenciada de forma individual. Diversos aspectos, como medos, angústias, dúvidas e alegrias permeiam essa experiência e, quando associados a fatores físicos, culturais e pessoais, influenciam as atitudes da mulher durante a gestação, parto e nascimento⁽¹⁾. Dessa forma, para compreender a complexidade desse fenômeno na perspectiva da integralidade, é necessário considerar, além dos acontecimentos biológicos, como se dá a atuação da mulher no processo de gestar, parir e maternar, particularmente no que se refere à escolha do tipo de parto.

A maternidade configura-se como uma experiência transformadora e impactante. Por isso, a mulher deve ser respeitada em suas decisões. O seu protagonismo durante todo o processo, inclusive no momento do trabalho de parto e parto, é importante para que haja o vivenciamento de forma ativa e participativa⁽²⁾. Ser protagonista no parto envolve, dentre outros fatores, possuir o conhecimento adequado e necessário para tomar decisões e fazer escolhas. Inicialmente mencionada na Declaração de Adelaide, em 1998, a proposta de criação de políticas públicas que valorizem o direito de escolha em relação à forma de partear foi concretizada pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento⁽³⁻⁴⁾. Cabe à mulher decidir pela via de parto de sua preferência, já que se trata de um direito feminino e de um exercício de autonomia⁽³⁾. Ressalta-se, portanto, a necessidade de fortalecer o empoderamento feminino para garantir que a mulher participe ativamente das decisões sobre

o processo de partear, estabelecendo a autonomia como um direito imprescindível⁽⁵⁾.

A institucionalização e medicalização do parto têm transformado esse momento em processo patológico, mediado por intervenções desnecessárias. Influenciada diretamente por essa tendência, a mulher torna-se, cada dia mais, um objeto da ação, além de ter perdido, em vários momentos, o controle do seu corpo e do processo da maternidade⁽²⁾. No Brasil, a maioria dos partos é realizada em ambiente hospitalar ou instituições de saúde⁽⁶⁾. Além disso, a proporção de cesarianas no país foi de 55,4%, em 2014, incluindo serviço público e privado⁽⁷⁾, isto é, índice muito além dos 15% indicado pela Organização Mundial de Saúde⁽⁸⁾.

A via de parto tem distribuição desigual no país. As taxas de cesarianas são mais baixas nos serviços públicos e na região Sudeste. Entretanto, a iniquidade reversa foi verificada, mostrando que mulheres com mais anos de estudos, melhores condições socioeconômicas e usuárias do setor privado de saúde estão entre as que apresentam taxas mais altas de cesáreas e menores chances de parto normal. Por outro lado, apenas um quinto das gestantes possui preferência inicial pela via de parto cesariana, aumentando esse percentual no final da gestação, principalmente no setor privado⁽⁷⁾.

Diante desse cenário, observa-se que os altos índices de partos cirúrgicos nem sempre refletem o desejo final da mulher, tampouco o inicial. Resultados de estudos supracitados associados às experiências na área de Saúde da Mulher, principalmente na atenção aos períodos de gravidez,

pré-parto, parto e puerpério, em todos os níveis de atenção, motivaram o desenvolvimento deste estudo acerca dos fatores influenciadores da escolha da via de parto por gestantes. Embora o objeto aqui empregado, escolha do tipo de parto, traga questões bastante complexas que dificultam sua compreensão, entende-se, sobretudo, que influências externas podem ser responsáveis por essas mudanças e podem ocorrer como resultado de conveniências médicas, dos serviços ou do sistema de saúde em si⁽⁹⁾.

A avaliação clínica, em grande parte, é subjetiva, prevalecendo a comodidade do profissional sobre a necessidade da mulher⁽⁷⁾. É importante dar voz às mulheres para conhecer como se dá a escolha delas pela via de parto e entender que determinantes não-clínicos relacionam-se à sua decisão⁽¹⁰⁻¹¹⁾. A mulher, pois, inserida em um meio social e dotada de vivências pessoais, tem o seu processo decisório influenciado por uma série de fatores, dentre os quais citam-se aspectos socioculturais⁽¹⁰⁾, experiências prévias⁽¹²⁾, assistência médica e pré-natal⁽¹¹⁾, familiares e amigos⁽¹³⁾. Entretanto, grande parte dos estudos foi realizada em mulheres puérperas ou gestantes, independentemente do período gestacional. Como já foi evidenciado que há alteração do desejo da mulher em momentos distintos da gestação⁽⁷⁾, questiona-se: Quais os aspectos que influenciam na tomada de decisão sobre o tipo de parto, por grávidas durante o terceiro trimestre de gestação? Assume-se como pressuposto a influência principal de aspectos relacionados aos profissionais e serviços a que estão submetidas as gestantes⁽⁹⁾.

Conhecer a diversidade de aspectos relacionada à tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto permite aos profissionais de saúde ajudá-las a vivenciar o período gravídico-puerperal de maneira saudável, autônoma e empoderada, proporcionando uma assistência pautada nos princípios de humanização, da integridade e do respeito aos seus direitos. Desse modo, objetivou-se conhecer os aspectos que influenciam na tomada de decisão sobre o tipo de parto, por gestantes no terceiro trimestre de gestação.

Método

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado em um município na região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais, Brasil. Optou-se por esse tipo de estudo, pois acredita-se que, para prestar uma assistência qualificada, seja essencial a compreensão das experiências e vivências do indivíduo, contextualizando-o e envolvendo-o na cultura em que se insere de forma singular⁽¹⁴⁾.

O município mineiro cenário da pesquisa está localizado a 240 km da capital do estado. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se uma população de quase 80 mil habitantes em 2016. O estudo ocorreu na rede de serviços de Atenção Primária à Saúde, composta principalmente por Unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF), onde são distribuídas 17 equipes de saúde da família, priorizando as áreas de maior vulnerabilidade. Também faz parte dessa rede uma policlínica, responsável pelo atendimento da população não adstrita à ESF. A rede de serviços do município conta com estabelecimentos da atenção especializada e hospitalar, inclusive de atendimentos a mulheres gestantes, parturientes e puérperas.

A população escolhida para o estudo foi constituída de mulheres grávidas, residentes no município, cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e em uma das equipes de saúde da família do município durante o período de coleta dos dados. Também fez parte dos critérios de inclusão estar no terceiro trimestre de gestação (28ª semana de idade gestacional ou mais) durante o período de coleta. Esses critérios justificam-se pelo fato de estarem recebendo assistência pré-natal por profissionais de saúde, supondo-se, portanto, a obtenção de informações relacionadas aos tipos de partos. Nessa perspectiva, entendeu-se que favoreceria o diálogo sobre a decisão a respeito da via de parto também devido à maior proximidade do evento. Foram considerados como critérios de exclusão: gestantes de alto risco portadoras de

situações clínicas que pudessem interferir na escolha do parto.

Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. Nesse instrumento, cinco questões norteadoras abordavam desde características sociodemográficas das entrevistadas até expectativas relacionadas à decisão do tipo de parto e motivos da escolha.

O período de coleta de dados foi entre os meses de setembro e outubro de 2015. A escolha das participantes deu-se por amostragem não probabilística por conveniência, com base na lista de gestantes cadastradas nas dezessete equipes de saúde da família, considerando os critérios de inclusão e exclusão já citados. Após contato com a unidade de saúde, cada gestante foi inicialmente selecionada, considerando também a facilidade de acesso a ela. Posteriormente, realizou-se visita domiciliar para convidá-la a participar do estudo. Para as gestantes que concordaram em participar, as entrevistas foram agendadas de acordo com sua disponibilidade e preferência. Ao final do estudo, foram entrevistadas 15 gestantes.

Todas as entrevistadas foram informadas quanto aos objetivos do estudo e a necessidade de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após leitura e concordância em participar da pesquisa. Todas as entrevistas aconteceram nos domicílios das mulheres, para preservar a privacidade das informações. Os depoimentos foram gravados individualmente e depois transcritos na íntegra para serem analisados. Durante as transcrições das falas e análises, as gestantes foram identificadas com a letra "G" (Gestante), seguida do número arábico correspondente à ordem de realização da entrevista (G1, G2, G3 etc.). Utilizou-se o critério de saturação de dados para limitar a amostra. As informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentariam na pesquisa devido à redundância e repetição nos discursos⁽¹⁵⁾.

Os dados foram analisados de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo. Esta análise é realizada mediante a categorização das unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem em uma única temática e seguindo as etapas de pré-análise,

exploração do material, tratamento dos resultados e, por fim, inferência e interpretação dos dados⁽¹⁶⁾.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, em 8 de junho de 2015, sob o Parecer n. 1.147.440. De acordo com os pressupostos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos, os objetivos do estudo, os riscos envolvidos e a garantia do anonimato foram informados e esclarecidos.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 15 gestantes no terceiro trimestre de gravidez, entre a 28ª e 38ª semanas de gestação, com idade entre 16 e 41 anos. Seis gestantes eram adolescentes, oito tinham entre 20 e 40 anos e uma mais de 40 anos. A maioria declarou gravidez não planejada e duas delas também realizavam o pré-natal na rede privada, além da rede pública. Dois terços eram primíparas, entretanto, das multíparas, quatro tiveram experiência anterior com o parto vaginal. Em relação ao grau de escolaridade, apenas uma gestante possuía ensino superior completo; uma possuía ensino superior incompleto; três, ensino médio completo; quatro, ensino médio incompleto; e seis, o ensino fundamental incompleto. O cuidado da casa e da família era a principal atividade de nove dentre elas.

A fim de responder aos objetivos do estudo, as categorias que emergiram na análise dos dados, e que serão discutidas a seguir, foram: o tipo de parto desejado, os fatores que influenciaram no seu processo de decisão e, por fim, questionamentos sobre as orientações recebidas durante o pré-natal, a respeito dos tipos de parto.

Tipo de parto desejado pelas gestantes

As gestantes apontaram o parto vaginal como a via de escolha, apesar de a preferência pela cesariana ter aumentado no Brasil nos últimos anos. Entretanto, o perfil das entrevistadas encontrado pode estabelecer relação com esses achados. Em resultados de outro estudo, percebeu-se

diferenças na via de parto desejada, havendo primazia do parto vaginal entre as primíparas com parto financiado pelo setor público⁽⁷⁾. Este perfil assemelha-se ao encontrado nas gestantes entrevistadas. As justificativas relacionaram-se principalmente à recuperação mais rápida e fácil, não interferindo na rotina, além da crença de que o parto vaginal é natural e fisiológico, acarretando menos riscos para a mãe e o bebê. Essas escolhas foram expressas nas seguintes falas:

Eu quero normal. Meu primeiro filho foi normal e foi ótimo. Eu saí de lá andando já cheguei em casa cozinhando, cuidava da casa, normal [...] Nem parecia que eu tinha parido [risos]. (G2).

Prefiro o parto normal. A gente vê muitos casos falando que o parto normal faz bem pro bebê, pra mãe, tô visando tanto o meu bem-estar quanto o do meu bebê. A recuperação é muito melhor e o risco pro bebê é bem menor do que o parto cesariano. (G10).

Esses resultados corroboram achados de outros estudos^(7,10-13,17). Em um deles, a preferência inicial pela via vaginal era de 66%, no entanto, mais da metade das mulheres apresentaram uma cesariana como via de parto final. A proporção de parto cirúrgico como via final foi cerca de três vezes maior do que a preferência inicial por esse mesmo tipo de parto⁽⁷⁾. Essa talvez seja uma das razões dos elevados índices de cesarianas registradas no Brasil, sugerindo que existe uma lacuna entre a escolha da gestante e a efetivação desse desejo, como já foi visto em estudo anterior⁽⁷⁾. Além disso, existe diferença entre o que os médicos afirmam ser a opinião das mulheres e o que elas manifestam como preferências e motivos⁽¹⁸⁾. A prática obstétrica atual, marcada preferencialmente pelo parto cirúrgico, pode levar o profissional de saúde a buscar uma justificativa para sua conduta.

Durante a análise dos relatos, verificou-se relativa passividade das gestantes frente ao poder decisório do médico, principalmente. A decisão final sobre o tipo de parto foi atribuída a esse profissional. Talvez por confiança, mas também poderia ser devido à postura impositiva e de poder, muito comum entre essas relações diante da persistência do modelo biomédico nas instituições de saúde^(10,19).

Eu prefiro, né? [parto normal]. Mas, como eu já tenho 39 anos, não sei quais minhas condições. Ainda não fui informada pelo médico. Tomara que falem que dá pra fazer o parto normal. (G3).

Mas o médico falou assim, ele vai fazer o possível pra eu ter o parto normal. Mas que não adianta nada a gente querer e não ter condição. Tem que ver como vai ser. (G10).

Mas não sei como que vai ser. Até perguntei à médica, mas ela falou que tem que esperar pra ver o que é que vai acontecer. Como que vai andar o processo. Eu posso não ter passagem. (G6).

O determinismo da cesariana enquanto via de parto pode ser influenciado por questões de ordem biológica⁽¹³⁾, em sua minoria, ou por influências e intervenções do médico durante o parto⁽¹²⁾. As mulheres aceitam a mudança na opção inicialmente feita, movidas pela preocupação em garantir o bem-estar, não sentir dor e ter uma evolução tranquila, prevalecendo a decisão médica no processo de escolha da via de parto, em nome da segurança da mulher e do bebê⁽²⁰⁾. O protagonismo da mulher diante dessa escolha esconde-se frente à figura emblemática do poder médico.

A ausência de empoderamento, o medo e a insegurança da mulher fazem com que transfira a responsabilidade para o médico, abdique de sua autonomia e aceite a interferência técnica, além de impedi-la de atuar ativamente nesse processo. A mulher, que deveria ser protagonista, distancia-se e passa a ser colaboradora, o que também pode justificar os altos índices de cesáreas nas últimas décadas. Percebe-se, portanto, o discurso do parto normal como um ideal que se afasta do real⁽¹⁹⁻²¹⁾.

A responsabilização do médico pela decisão da via de parto confirma o atual modelo obstétrico, caracterizado pela pouca participação das mulheres e por práticas assistenciais em que o médico é o condutor do processo de partear. Considera-se que ele possui uma formação privilegiada e é capaz de “ajudar” a mãe no processo decisório durante o ciclo gravídico e puerperal, influenciando suas opiniões⁽¹⁹⁾.

Ampliar a autonomia da mulher nesse processo decisório apresenta-se como uma possibilidade de enfrentamento do cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas no

Brasil. A ideia de autonomia significa reconhecer o direito de elas realizarem suas escolhas e agir livremente de acordo com seus valores. Além disso, remete à necessidade de proporcionar a capacidade de decidir sobre os aspectos que influenciam sua vida de forma responsável e informada⁽⁵⁾. A autonomia faz-se extremamente importante no cenário obstétrico brasileiro, sendo apontada pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento⁽³⁾ como um dos seus objetivos⁽²²⁾.

Nessa perspectiva, a retomada do protagonismo feminino no parto é necessária e relaciona-se à reformulação no modelo atual de assistência ao parto e nascimento⁽²²⁾. O Ministério da Saúde aponta que a atenção obstétrica deve pautar-se na humanização do atendimento, respeitando o processo natural e evitando intervenções desnecessárias⁽³⁾. Ademais, a decisão da mulher no seu processo de parturição é essencial para que o parto possa ser humanizado e fisiológico, permitindo-lhe adotar uma postura ativa e assumir seu poder decisório durante o processo⁽²²⁾.

Influências na escolha da via de parto pela gestante

A decisão quanto à via de parto recebe influência de múltiplos fatores, alguns facilmente identificados em discursos, outros relacionados de forma tão intrínseca e entrelaçada que não permite conhecer e limitar detalhadamente cada um deles⁽⁴⁾. Evidenciou-se que as gestantes partem de experiências anteriores para auxiliar no seu processo decisório sobre a via de parto. Essas mulheres associam sua escolha atual a acontecimentos vivenciados anteriormente, principalmente a via de parto de uma gestação prévia:

[...] normal. Tenho pavor de cesariana. Ab[...] diz que as mulheres têm que ficar na cama. Todos filhos meus foi [parto] normal, tenho pavor a cesárea. (G7).

[...] eu prefiro [parto normal]. Nunca fui operada e nem pretendo mexer com isso. Todos meus outros partos foram normais, foram bem tranquilos e se Deus quiser esse vai ser também. (G4).

Experiências anteriores são importantes, pois determinam como a mulher vivenciou o período gestacional. E elas diferenciam-se entre primíparas e multíparas^(7,10-11,13). Além disso, a mulher carrega consigo durante o parto toda a experiência alcançada durante sua vida, sendo de fundamental importância conhecer as vivências e a bagagem cultural trazida por ela⁽⁴⁾. Mulheres que passaram por cesariana posteriormente a um parto vaginal não apresentam desejo de ter outra cesárea, por causa das dores no pós-operatório, cicatriz e risco de mortalidade materna⁽²³⁾. Logo, o parto vaginal torna-se prioridade, permanecendo a crença de ser a melhor forma de parir⁽¹¹⁾. A vivência prévia, porém, pode interferir de forma positiva ou negativa, elencando expectativas para o parto seguinte; se foi uma experiência exitosa, passa a ser o desejo da mulher⁽¹⁹⁾. Memórias de cunho positivo em mulheres que pariram em casa asseguram confiança no processo de nascimento, levando-as ao desejo de repetir a experiência⁽⁴⁾. Entretanto, se a experiência foi negativa ou traumática, deixa sentimentos de medo e preocupações e pode influenciar na escolha contrária na próxima oportunidade^(7,19,23).

Cesárea. Meu primeiro feto entrou em sofrimento, estava passando da hora. A bolsa rompeu, eu não tive passagem. Nenbuma, nada, dois centímetros de dilatação; aí estava demorando, fiquei preocupada e foi cesárea [...] Acho que não vai adiantar eu fazer normal, porque não vai sair nada daqui. (G9).

Em nulíparas, experiências de pessoas próximas ou conhecidas podem ser determinantes na escolha da via de parto, não levando em conta que as gestações são únicas⁽¹¹⁾. Apesar de, algumas vezes, referirem-se a experiências de outras pessoas, nota-se que preferem orientar-se pelos discursos dos familiares. Nessa perspectiva, observa-se que as influências culturais repassadas pelo grupo social inserido afetam as decisões. Desse modo, percebe-se que o processo do parto e nascimento é visto como um fenômeno que se estende para além de partear. Ele recebe contribuições culturais, em especial da família e de pessoas próximas, e associa-se a valores, crenças e vivências pessoais⁽¹³⁾. Frequentemente as mulheres trazem referências de histórias de parto que já ouviram ou vivenciaram

próximo a um familiar ou amigo⁽⁴⁾. No caso em estudo, a maioria dos sujeitos abordou vivências positivas associadas à recuperação rápida no parto vaginal. Outras referiram-se a histórias negativas, associadas à cesariana.

Quero cesárea não. Minha cumbada teve. Ela mal levantava da cama, a barriga doía, tinha que ficar ajudando ela. (G2).

Aqui todo mundo quer cesárea né? Só minha vó que não. Minha mãe, minha tia, todo mundo. Minha mãe até falou que se eu quisesse fazer normal pode, mas eu não quero não. (G5).

Ab, minha mãe, minha sogra, minha vó, todas falaram da recuperação, né? Que é melhor. Todas tiveram parto normal, aí me falaram pra eu tentar. (G11).

As interações que se dão no ambiente familiar modulam os sentimentos e auxiliam na interpretação e nos significados que as mulheres carregam durante a gestação. Isso porque é na família que primeiro aprende-se a perceber o mundo e fazer parte dele, sendo um elemento importante nos valores éticos e morais da mulher e, conseqüentemente, em suas escolhas⁽¹³⁾. Além disso, existe uma relação entre como a mulher nasceu e como ela irá partejar⁽⁴⁾. Portanto, é nítido que as vivências de mulheres pertencentes ao seu grupo familiar, em especial a mãe, e de outros sujeitos, além das experiências prévias em múltiparas, influenciam na tomada de decisão das gestantes.

Algumas sensações e sentimentos foram também percebidos como influenciadores no processo de tomada de decisão das gestantes. Entre eles estão dor, medo e insegurança. Essas sensações podem ser percebidas de diferentes formas pela mulher, de modo que sua intensidade varia conforme o limiar de cada uma, o grau de relaxamento, ambiente, apoio recebido durante o trabalho de parto, seja do profissional ou de seu acompanhante, preparação durante o pré-natal e outros^(1,20). O medo da dor relacionada ao parto vaginal é apontado como entrave da escolha dessa via de parto^(10,12-13,21). Em alguns momentos, o parto cirúrgico é visto como uma solução para a dor, tornando-se vantajoso. A dor do parto vaginal é entendida como um sofrimento desnecessário, e não como parte do processo fisiológico. Já na cesárea, a dor pode

ser facilmente evitada pela anestesia durante o parto e por analgésicos após^(19,21).

Porque eu tenho muito medo do normal. Medo não, é pavor mesmo [...] Medo de tudo. Medo da dor, medo de sofrer mesmo, de ficar lá sofrendo. Resumindo: é medo. Na verdade, eu tenho medo dos dois, mas tem que fazer um [...] Sempre quis cesárea. Tenho menos medo, a dor é menor, tem remédio pra ajudar. (G5).

As gestantes não citaram, em nenhum dos depoimentos, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como técnicas de relaxamento, liberdade de posicionamento, deambulação e presença de acompanhante. Isso implica que o medo do parto normal pode também ser influenciado pela qualidade do atendimento ofertado⁽¹⁷⁾. Algumas práticas obstétricas comumente utilizadas durante o trabalho de parto, como episiotomia, episiorrafia, uso indevido de ocitocina, restrição ao leito, são capazes de amplificar a dor, além de desnecessárias na maior parte das vezes⁽¹²⁾.

A dor é reconhecida em muitas culturas como um evento inerente ao processo de parturição. No entanto, quando associado ao sofrimento, distancia o parto de seu caráter natural e fisiológico e pode ser considerado como um dos fatores motivadores para o aumento de cesarianas no país^(12,21).

Todavia, o medo também esteve presente do discurso das gestantes que escolheram a via de parto cesáreo. Esses sentimentos estão atrelados principalmente à recuperação durante o puerpério e aos riscos associados a um procedimento cirúrgico, o que corrobora o encontrado em outro estudo⁽¹⁹⁾. Isso sinaliza que o medo é um sentimento comum entre as gestantes e influencia, de formas distintas, na decisão quanto ao tipo de parto, seja ele vaginal ou cesariana.

Tenho muito medo da cesárea, né? Da anestesia, a dor que sente depois. Prefiro o parto normal. (G6).

Tenho pavor de cesariana. O jeito que as mulheres ficam depois que sai da sala de parto, né? Quero não. (G7).

Sentimentos de insegurança relacionados à evolução do parto vaginal e ao atendimento médico foram observados, principalmente em gestantes que optaram pela cesariana, levando-as a escolherem cesárea eletiva, fato que pode ser determinante quando aliado a questões culturais

e sociais⁽¹³⁾. Sentimentos como esse levam a pensar na ausência de conversas sobre o trabalho de parto com os profissionais responsáveis pela assistência pré-natal, pois a tendência é que ocorra mais insegurança, quando se trata de assunto desconhecido. Nota-se, em alguns discursos, que os sofrimentos influenciadores relacionam-se também à demora no trabalho de parto, gerando uma diversidade de sentimentos e sensações ruins quanto à evolução do parto.

Ressalta-se, portanto, o contínuo desconhecimento das mulheres sobre a fisiologia da parturição e a importância das contrações uterinas para o bem-estar materno e fetal⁽¹⁹⁾. Esta falha precisa ser corrigida durante o acompanhamento da gestante. O medo gerado pelo desconhecimento de como evoluirá o parto e a impossibilidade de controle sobre a situação influencia a decisão dessa mulher, uma vez que ela acredita que o trabalho de parto demorado possa causar malefícios ao bebê. Este entendimento reforça o despreparo para passar pelo momento⁽¹³⁾.

Por último, a comodidade do planejamento e agendamento do parto cirúrgico também influenciou nas decisões das gestantes. Por vezes, aumenta a possibilidade de ser assistida por um profissional conhecido e a segurança para o binômio mãe-filho⁽⁷⁾.

Orientações sobre o tipo de parto no pré-natal

Algumas expectativas das mulheres quanto ao parto resultam de uma combinação de fatores relacionados ao conhecimento sobre o período gravídico-puerperal. Nesse sentido, as informações e orientações recebidas durante o pré-natal têm papel fundamental. Diversos são os tipos de atividades que podem ser utilizados para esse fim durante a assistência. Esses momentos preparam a mulher física e psicologicamente, assim como promove troca de conhecimentos e interação entre profissional de saúde, gestante e família e podem ainda minimizar ansiedades e medos em relação ao parto e ao período gestacional⁽¹¹⁾.

Os resultados deste estudo mostraram que as gestantes não receberam ou receberam poucas

orientações a respeito dos tipos de parto e suas características. Este assunto foi abordado superficialmente durante as consultas e também não foi questionado pela mulher. Talvez porque há um conhecimento advindo do senso comum, capaz de satisfazer, ou a impropriedade é tamanha que a mulher não considera esse assunto importante dentro do seu poder decisório. Em apenas um discurso, a entrevistada afirmou ter recebido orientações da via de parto, no entanto ficou evidente a incompletude delas. Por serem mulheres no terceiro trimestre, a falta de informação sobre esses aspectos emergiu como um fator preocupante, visto que o parto aproximava-se e seria necessário refletir sobre ele.

Os médicos aqui no posto perguntaram pra mim qual parto eu queria. Não explicou muito não, mas perguntou sim. (G1).

Não. Eles não comentaram nada comigo não, mas eu também nem perguntei nada. (G12).

Minha médica sempre falou comigo que é melhor normal. Ela explicou essas coisas aí, negócio do bebê respirar melhor quando é normal. (G14).

Outro estudo já havia constatado baixa referência de informação sobre as vias de parto⁽⁷⁾. Quando há, ocorre de forma limitante, não oportunizando reflexões, questionamentos e discussão sobre o assunto⁽²¹⁾. Pode-se pensar que esse tipo de informação não proporciona o esclarecimento de dúvidas e não é efetivo para que a mulher vivencie a gestação e o parto com segurança e empoderamento.

É preconizado pelo Ministério da Saúde⁽³⁾ que o pré-natal deve associar atividades educativas individuais e de grupos, favorecendo o preparo para o parto e puerpério, esclarecendo dúvidas e permitindo à mulher escolher o melhor tipo de parto e o exercício de sua autonomia. Os grupos educativos foram apontados por três gestantes como importantes meios de informação para a mulher sobre a gestação, o parto e o puerpério. Vinculam-se a sentimentos de satisfação e configuram-se como um meio de trazer às gestantes as novas práticas e métodos instituídos pelo Ministério da Saúde na assistência ao parto vaginal.

Teve a mulher lá do grupo que conversou com a gente. Ela falou lá num grupo que teve, que é melhor o normal, pra a gente, pro meu bebê. Disse que é melhor em tudo

[...] *Ela conversa umas coisas da gravidez com a gente e falou disso. É bem legal. A gente que é nova assim [...] aprende algumas coisas.* (G1).

É porque, no grupo de gestantes que as meninas faz, eles falaram. Ali no posto. Elas me falaram que a recuperação é mais rápida [parto normal], o bebê pode nascer mais saudável. Fala sobre parto, amamentação minha e do bebe, amamentação [...] Eu gosto, é importante, né? A gente aprende umas coisas, tem outras mulheres também e é importante a gente saber dessas coisas. Eu gosto muito! (G11).

Lá no grupo, elas falam lá, na hora que chega, sabe? Faz uma reunião e fala. Elas explicam como é o parto, falou que tem bola pra sentar e ficar mais fácil o parto. Esses trem [...] Que a gente tem como escolher qual parto que quer, falou um monte de coisa, de que é melhor para o bebê e pra a gente ter parto normal [...] É bom. A gente fica sabendo de umas coisas novas, que não falam na consulta. Eu nem conhecia esses trem de bola, né moça? Fiquei sabendo lá. (G13).

O modelo de assistência obstétrica deixa lacunas. Uma delas está relacionada às orientações adequadas de todo o processo. Esse tipo de falha gera dúvidas, inseguranças e insatisfação entre as gestantes e suas famílias. Por isso, é necessário estabelecer o vínculo e a comunicação entre a gestante e os profissionais de saúde⁽²¹⁾.

Os enfermeiros consideram que as atividades de educação em saúde são essenciais para a conquista da autonomia da mulher, e que ações pautadas na escuta, no diálogo e no aconselhamento tornam-se facilitadoras para a melhor compreensão da mulher no período gravídico puerperal⁽²⁾. Dessa forma, ressalta-se que essa categoria profissional deve apropriar-se do local de trabalho e das estratégias de orientação para prestar uma assistência pré-natal integral, humanizada, considerando a mulher como sujeito ativo do processo.

Conclusão

Os resultados do estudo sinalizam para a diversidade de aspectos que permeiam a decisão da mulher sobre o tipo de parto. A gestante, por sua vez, inserida em um contexto social, possui valores, sentimentos, crenças e vivências que se entrelaçam para moldar suas representações e decisões sobre o processo de partear. Evidenciam, portanto, a complexidade do processo decisório quanto à via de parto durante a gestação. Fica claro que a escolha não é influenciada

apenas por um aspecto, mas por uma série de fatores indissociáveis, que, analisados separadamente, talvez não fossem capazes de influenciar em tal decisão.

As experiências vivenciadas pelos familiares, por pessoas próximas e pela própria gestante, bem como sentimentos e sensações experimentadas, e a assistência pré-natal recebida no decorrer do processo foram alguns dos aspectos encontrados e discutidos no presente estudo como influenciadores na decisão da mulher. No entanto, ressalta-se que existe uma variedade de outros fatores que podem também estar associados à escolha da via de parto. Entretanto, diante das limitações da metodologia escolhida, do instrumento de coleta e do método de análise não foram identificados. Principalmente diante da possibilidade de encontrar resultados complementares aos apresentados, reforça-se a necessidade de continuar investigando as particularidades que se relacionam ao processo de escolha durante a gestação e durante o próprio trabalho de parto.

É importante ressaltar ainda que a via preferencial de parto foi a vaginal, contradizendo os elevados índices de cesariana registrados no Brasil. Este fato suscita a reflexão sobre estudos que aprofundem o tema poder decisório e autônomo das mulheres diante das escolhas por todo o processo gravídico-puerperal, incluindo o gestar, o parir e o maternar. Mesmo não sendo objeto deste estudo, os resultados levam a pensar que a interferência do profissional de saúde sobre a via de parto não ocorre, na maioria dos casos, durante o pré-natal, mas é crucial no momento do parto.

Em um cenário que evidenciou a ineficácia da forma de preparação para o parto, é oportuno e necessário que o enfermeiro atuante na assistência pré-natal assumo o seu papel com qualidade, atribuição já firmada e reforçada pelos protocolos e documentos oficiais. Diante da dinamicidade e capacidade do enfermeiro, é possível melhorar a assistência ao pré-natal, bem como os indicadores ligados a ela, além de possibilitar e promover a autonomia e o protagonismo da mulher durante o período.

Assim sendo, espera-se que os resultados propiciem reflexões entre os profissionais da ESF sobre as lacunas presentes na assistência pré-natal, possibilitando-lhes proporcionar uma assistência qualificada.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Andressa Paula de Castro Martins e Camila Mendes dos Passos;
2. redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Andressa Paula de Castro Martins, Mariana Véio Nery de Jesus, Pedro Paulo do Prado Júnior e Camila Mendes dos Passos;
3. aprovação final da versão a ser publicada: Andressa Paula de Castro Martins, Mariana Véio Nery de Jesus, Pedro Paulo do Prado Júnior e Camila Mendes dos Passos.

Referências

1. Mota EM, Oliveira MF, Victor JF, Pinheiro, AKB. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. *Rev RENE* [Internet]. 2011 Out-Dez [cited 2016 Feb 18];12(4):692-8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027977005>
2. Caires TLG, Santos RS. O saber da enfermagem obstétrica e suas contribuições sociais para a autonomia da parturiente. *Rev Enf Prof* [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 18];1(2):422-35. Available from: http://seer.unirio.br/index.php/enfermagem_profissional/article/view/3454/pdf_1406
3. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília, DF; 2014.
4. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 Feb 18];12(4):765-72. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715323022>
5. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 Aug [cited 2016 Nov 21];18(8):2395-400. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, DF; 2015.
7. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 29];30(Suppl 1):S101-S16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
8. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985 Aug 24;2(8452):436-7.
9. Sgarbi AKG, Espíndola PPT, Júlio ICF. Estudos comparativos sobre fatores que influenciam a escolha do tipo de parto pelas gestantes. *Interbio*. 2013;7(1):72-81.
10. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TASS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Rev*. 2010;36(4):296-306.
11. Silva SPC, Prates RC, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(1):1-9.
12. Pimenta L, Silva S, Barreto C, Ressel L. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. *J Res: fundam care Online*. 2014 Jul 2 [cited 2016 Nov 21];6(3):987-97. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3165/pdf_1347
13. Lagomarsino BS, Sand ICPV, Perlini NMOG, Linck CL, Ressel LB. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. *Rev Min Enferm*. 2013;17(3):680-7.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2012 Mar [cited 2017 Aug 29];17(3):621-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2011 Feb [cited 2017 Aug 29];27(2):388-94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>

16. Bardin L. Análise de conteúdo. 19a ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
17. Iorra MRK, Namba A, Spillere RG, Nader SS, Nader PJH. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. *Rev Amrigs* [internet]. 2011 jul-set [cited 2017 Aug 29];55(3):260-8. Available from: http://www.amrigs.com.br/revista/55-03/0000045956-Revista_AMRIGS_3_artigo_original_aspectos_relacionados.pdf
18. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2004 Aug [cited 2017 Aug 29];38(4):488-94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400002>
19. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde soc* [Internet]. 2011 Sept [cited 2017 Aug 29];20(3):579-89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>
20. Freire NC, Nunes IM, Almeida MS, Gramacho RCCV. Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. *Rev baiana enferm*. 2011 set-dez;25(3):237-47.
21. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto contexto enferm* [internet]. 2012 Dec [cited 2017 Aug 29];21(4):819-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400012>
22. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto contexto enferm* [internet]. 2012 June [cited 2017 Aug 29];21(2):329-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200010>
23. Barros MLF. Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. *Rev enferm*. 2011;5(2):496-504.

Recebido: 6 de dezembro de 2017

Aprovado: 7 de fevereiro de 2018

Publicado: 4 de abril de 2018



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais e, embora, os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.