



ARTIGO DE PESQUISA

FATORES QUE INFLUENCIAM NA INDICAÇÃO DA VIA DE PARTO

FACTORS INFLUENCING THE INDICATION OF THE DELIVERY ROUTE

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INDICACIÓN DE LA RUTA DE ENTREGA

Thainá Meirelles Pinheiro¹, Suellen Inácia Rodrigues Marques¹, Maria Eliane Liégio Matão², Denismar Borges De Miranda³.

RESUMO

Objetivo: conhecer os fatores que influenciam na escolha da via de parto, na perspectiva de gestantes, puérperas e médicos obstetras. **Métodos:** estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram gestantes, puérperas e médicos obstetras vinculados à Hospitais/Maternidades particulares de Goiânia/GO. Utilizou-se entrevista aberta em profundidade e aplicação de questionários para coletar os dados; análise de conteúdo foi aplicada. **Resultados:** dos 46 participantes, 20 eram gestantes, 20 puérperas e seis obstetras. As gestantes apresentavam renda familiar relativamente baixa e preferiram a cesariana. Mais da metade dos obstetras referiu realizar mais cesárea. Todas as puérperas estavam internadas, em pós-parto imediato; a grande maioria submetida ao procedimento cirúrgico e alegou satisfação com este. **Conclusão:** influência da família e da sociedade; medos, receios e condição socioeconômica foram os principais fatores que influenciaram a escolha da via de parto neste estudo. **Descritores:** Parto normal; Parto obstétrico; Comportamento de escolha; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: To know the factors that influence the choice of mode of delivery in view of pregnant, lactating women and obstetricians. **Methods:** This exploratory, descriptive study with a qualitative approach. The study subjects were pregnant women, lactating women and obstetricians linked to private Hospitals/Maternity of Goiânia city. We used in-depth structured interviews and questionnaires to collect data, content analysis was applied. **Results:** of the 46 participants, 20 were pregnant, 20 postpartum women and six obstetricians. The women had relatively low family income and preferred to cesarean section. More than half of obstetricians reported performing more cesareans. All women were hospitalized in the immediate postpartum period, the majority referred to the surgical procedure and claimed satisfaction with this. **Conclusion:** the influence of family and society; fears, fears and socioeconomic status were the main factors that influenced the choice of mode of delivery in this study. **Descriptors:** Natural childbirth; Delivery obstetric; Choice behavior; Women's health.

RESUMEN

Objetivo: conocer los factores que influyen en la elección del tipo de parto en vista de las mujeres embarazadas, lactantes y obstetras. **Métodos:** En este estudio exploratorio, descriptivo, con abordaje cualitativo. Los sujetos del estudio eran mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia y obstetras relacionados con Hospitales/Maternidad particular la ciudad de Goiânia. Se utilizó entrevistas estructuradas en profundidad y cuestionarios para recopilar datos, se aplicó el análisis de contenido. **Resultados:** de los 46 participantes, 20 eran embarazadas, las puérperas 20 y seis obstetras. Las mujeres tenían relativamente bajo ingreso familiar y prefirieron cesárea. Más de la mitad de los obstetras reportaron realizar más cesáreas. Todas las mujeres fueron hospitalizados en el período inmediatamente posterior al parto, la mayoría se refirió a la intervención quirúrgica y afirmó su satisfacción por ello. **Conclusión:** la influencia de la familia y la sociedad, los miedos, los temores y el nivel socioeconómico fueron los principales factores que influyeron en la elección del tipo de parto en este estudio. **Descritores:** Parto normal; Parto obstétrico; Conducta de elección; Salud de la mujer.

¹ Graduada em Enfermagem. ² Graduada em Enfermagem. Doutora em Psicologia. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem da PUC/GO. ³ Graduado em Enfermagem. Doutorando em Medicina Tropical e Saúde Pública pela Universidade Federal de Goiás.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo utilizada como ferramenta reorganizadora da Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e uma possibilidade de superação do modelo médico hegemônico, o qual demonstra ser ineficaz e altamente dispendioso ⁽¹⁾.

A ESF tem como fundamentos e diretrizes o acesso universal e contínuo dos usuários ao serviço, a integralidade das ações, as relações de vínculo e a responsabilização entre equipes de saúde e população adscrita. Ademais, precisa garantir, por meio do trabalho de uma equipe multiprofissional, a educação permanente, o planejamento/programação/avaliação de resultados e a estimulação da participação popular e do controle social ⁽²⁾.

A reorganização da APS é capaz de impactar em todos os pontos assistenciais, por possibilitar a continuidade do cuidado para a população e viabilizar os recursos, com intuito de contribuir com a redução da sobrecarga e precarização do trabalho ⁽³⁾.

A composição da ESF sugere uma equipe multiprofissional na qual maior parte dos seus membros pertence à área do conhecimento da enfermagem. Sendo assim, a ESF consolida-se como *locus* importante para atuação da enfermagem, que se diferencia de outras profissões por possuir características peculiares, no que se refere à permanência do profissional por mais tempo no estabelecimento de saúde, à atuação nas mais diversas áreas e à realização de atividades junto à comunidade ⁽⁴⁾. Neste contexto, vale destacar a atuação do profissional enfermeiro que, além da capacidade técnica e da responsabilidade sob as ações dos técnicos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, deve garantir que a equipe mantenha o vínculo permanente com a comunidade para priorizar ações individuais e coletivas específicas, de acordo com as demandas e necessidades do indivíduo e sua família.

Dessa maneira a equipe de enfermagem inserida na ESF lidam com todo processo saúde-doença-cuidado ⁽⁵⁾. Os trabalhadores de enfermagem inseridos neste âmbito de atenção devem cumprir metas, participar de reuniões e ao mesmo tempo atender aos imprevistos, os quais vão desde demandas por respostas a problemas

que extrapolam os programas previstos para os usuários, até questões de cunho administrativo, que algumas vezes vão além das funções previamente estipuladas para este grupo profissional⁽⁶⁾.

Diante dessa perspectiva, o modelo assistencial proposto para a ESF trouxe um novo cenário para as questões relacionadas à saúde do trabalhador de enfermagem. Percebe-se que além dos riscos ocupacionais, que são encontrados em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, os trabalhadores na APS lidam com dificuldades relacionadas à organização do processo de trabalho, visando atender as demandas dos usuários e alcançar os princípios e diretrizes estabelecidos⁽³⁾.

Considera-se que as análises com foco na saúde do trabalhador ainda são voltadas para o contexto hospitalar, quando em comparação com o primeiro ponto de atenção, o que evidencia a persistente valorização das ações de cunho assistencial-curativas em detrimento das ações de promoção da saúde e controle de riscos⁽³⁾.

Portanto, destaca-se a importância de organização das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem na ESF, com o objetivo de tornar o ambiente de trabalho produtivo, saudável e agradável. Considerando que a qualidade de vida

no trabalho está relacionada ao estado de saúde e à rotina dos profissionais, bem como às perspectivas organizacionais⁽⁷⁾, torna-se necessário estabelecer estratégias que possam beneficiar estes trabalhadores na ESF.

As situações complexas que permeiam os serviços de saúde muitas vezes expõem os profissionais da enfermagem a fatores potencializadores de desgaste, que quando não considerados, podem impedir o avanço e a realização de práticas inovadoras no processo de humanização do trabalho.

A Política Nacional de Humanização (PNH) aponta que a desvalorização dos profissionais de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento no processo de educação permanente e a pouca participação ativa na gestão dos serviços, são aspectos dificultadores ao alcance da satisfação laboral⁽⁸⁾. Tais fatores afetam a saúde física e mental dos profissionais e podem minimizar a autonomia, dificultar o avanço intelectual e desconsiderar a relação direta entre se sentir cuidado para cuidar do outro. Estas são lacunas capazes de influenciar negativamente a responsabilização dos profissionais perante as necessidades do serviço e dos usuários.

Pesquisa realizada na região metropolitana do Rio de Janeiro

apontou que os profissionais de enfermagem relacionam a insatisfação no trabalho com a falta de motivação. Desta forma, a vontade, a decisão, o desejo e o envolvimento com o trabalho são fatores externos que impactam na saúde do trabalhador e que em determinados momentos, são negligenciados pela cultura organizacional⁽³⁾.

Para que o profissional se insira no processo de cuidado e se reconheça como integrante das políticas de atenção à saúde, é primordial que as causas desencadeadoras do desgaste biopsíquico sejam minimizadas⁽⁹⁾. A superação dos fatores que influenciam na qualidade de vida dos profissionais, independente da categoria profissional, beneficia também a organização, uma vez que trabalhadores realizados e satisfeitos melhoram sua produtividade e qualificam suas ações⁽¹⁰⁾.

Neste sentido, é essencial compreender as situações geradoras de desgaste profissional para que esforços sejam compreendidos na instrumentalização do sujeito, tanto para o cuidado de si, como para o cuidado com o outro⁽⁹⁾.

Reforça-se que não é apenas a multiplicidade de funções e tarefas que contribui para o desgaste e o estresse profissional, mas a forma como estas são desempenhadas,

apontando para a necessidade e importância do gerenciamento, da educação permanente, do processo de comunicação mais direto e do dimensionamento de pessoal que atenda as necessidades da equipe de enfermagem.

Tendo em vista as considerações apresentadas, este artigo descreve oficinas educativas acerca da redução de fatores geradores do desgaste profissional, junto a uma equipe de saúde da família. O objetivo dessa ação foi propiciar o compartilhamento de saberes, a autorreflexão e a construção coletiva de estratégias para organização e fortalecimento do trabalho na ESF.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram gestantes, puerperas e médicos obstetras que concordaram em participar como voluntários.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: para as gestantes, serem primigestas de baixo risco, no terceiro trimestre de gravidez, assistidas em serviços de saúde particulares ou conveniados e idade acima de 18 anos; para as puerperas, serem primíparas, parto a termo, sem antecedentes de patologias obstétricas, hospitalizadas

em serviços de saúde particulares ou conveniados e idade acima de 18 anos; para os médicos, especialização na área obstétrica e vinculados a serviços de saúde particulares ou conveniados. Foram excluídas gestantes primigestas de alto risco e gestantes e puérperas mentalmente incapacitadas ou com atendimento obstétrico pelo SUS.

O trabalho foi desenvolvido em quatro maternidades particulares da cidade de Goiânia com a autorização da Diretoria das mesmas para acesso ao campo de pesquisa. Este se deu após aprovação pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (protocolo de aprovação número 1641.0.000.168-08). Os preceitos da resolução 466/12⁽¹⁴⁾ foram resguardados.

A abordagem das gestantes se deu na sala de espera de consultórios obstétricos; das puérperas aconteceu nas unidades de internação obstétrica de instituições hospitalares da rede particular de atendimento à saúde, previamente autorizadas, durante o puerpério imediato; já a dos médicos obstetras ocorreu nos consultórios durante o intervalo das consultas de pré-natal. Aos que aceitaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito.

A coleta de dados aconteceu por meio da aplicação de questionários com perguntas fechadas e abertas acerca da temática em foco e realização de entrevista aberta em profundidade, com as seguintes questões norteadoras: para a gestante: você considera que teve algum tipo de influência na determinação do tipo de parto que terá? Como foi esse processo de decisão? Para a puérpera: você considera que o tipo de parto realizado teve a sua influência? Fale como está percebendo o período pós-parto. Para o obstetra: na sua prática diária, percebe tentativa de influência da gestante na determinação da via de parto? Isso interfere na sua indicação? Em todos os casos, quando necessário, para dar continuidade à entrevista foram feitas perguntas do tipo: pode explicar melhor? Como assim? Fale um pouco mais sobre isso.

As entrevistas foram gravadas e após sua transcrição as fitas foram destruídas. Apenas três casos cujo registro das informações foi em bloco de papel com caneta esferográfica. O questionário autoaplicável, distinto para cada grupo, foi entregue ao participante logo após a realização da entrevista.

O critério de encerramento da coleta de dados foi diferente para cada categoria participante: para os obstetras, foi usado o critério de

saturação; para as gestantes e puérperas, a permanência de três dias úteis em cada Instituição ou até a realização de entrevista com cinco sujeitos de cada categoria em cada local.

Utilizou-se análise de conteúdo para estabelecimento de categorias temáticas. Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, foram descritos o tipo de sujeito participante, preferência da vida de parto nos casos das gestantes e via de parto realizada para as puérperas, logo após as falas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

A pesquisa teve 46 participantes, dos quais 20 gestantes, 20 puérperas e 06 obstetras vinculados a 04 Instituições de Saúde particulares localizadas na cidade de Goiânia/Goiás. A idade das gestantes variou de 18 a 37 anos, a maioria casada, com renda familiar abaixo de R\$ 1.000,00, sendo a idade gestacional mínima encontrada de 28 semanas. Quanto às puérperas, a idade variou de 18 a 40 anos, todas no período de pós-parto imediato, ainda hospitalizadas, a grande maioria submetida à cesárea.

A literatura mostra que são mínimos os riscos da mulher com idade entre 18 e 30 anos apresentar qualquer complicação durante sua gestação.

Este risco aumenta, gradualmente, naquelas com extremo de idade⁽¹⁵⁾. Em relação àquelas com idade superior aos 35 anos, alguns autores acreditam que possuam maior risco obstétrico⁽¹⁵⁾. Mas, as participantes que se enquadraram nesse parâmetro de idade não relataram temor quanto a isso e não apresentaram nenhuma complicação durante a gestação, pois tiveram acompanhamento obstétrico adequado, garantindo segurança tanto para ela quanto para o bebê.

Dentre os médicos obstetras, prevaleceu o sexo masculino, idade mínima de 31 anos e máxima de 60 anos. Quanto ao tempo de prática médica no âmbito obstétrico, este variou de 03 a 35 anos. No que se refere à diferença de valor cobrado para realização de parto normal ou cesariana, a maioria relatou tal existência. Especificamente de R\$ 400,00 a R\$ 1.245,00 pelo parto normal e R\$ 400,00 a R\$ 1.660,00 pela cesárea. Quanto à preferência do profissional realizar determinado tipo de parto, a metade (03) referiu o normal, a outra metade ficou dividida entre cesariana (02) e inexistência de preferência (01). Acerca da efetiva realização, mais da metade relatou cesariana.

Acerca do parto, a grande maioria das gestantes apresentou opção por um tipo, com o predomínio

da cesariana sobre o normal e poucas ainda não haviam definido a via de parto, mas tenderam pelo parto vaginal. A verificação do desejo pelo tipo do parto, seja pela via alta, seja via baixa, apresenta argumentos explicativos, que dentre os quais a referência ao medo da dor tem destaque^(1,7,12-13).

Autores justificam essa alta incidência devido à aceitação dos obstetras em realizar a cesárea “a pedido”⁽⁵⁾. A ideia é que uma cesariana eletiva, decidida com antecedência para dia e hora marcados, permite à mulher conciliar sua vida profissional à conclusão da sua gravidez, e ao obstetra organizar suas atividades profissionais e pessoais⁽¹⁾.

Dentre as puérperas, com relação à satisfação com o tipo de parto realizado, a imensa maioria respondeu favoravelmente. Das que fizeram cesariana, isso se deve a dois motivos principais: a via de parto de escolha das mesmas, seguida da rapidez em que ocorreu. Das que cujo parto foi normal, a satisfação decorre da pronta recuperação e por considerarem essa via de parto mais saudável. Quanto à referência de insatisfação com o parto, poucas relataram que estavam insatisfeitas porque desejaram/planejaram parto normal, mas não tiveram êxito durante o trabalho de parto, submetidas,

então, à cesariana. Àquelas submetidas à cesariana, declaram que foi o de sua preferência e que ocorreu com rapidez. É reconhecido, mundialmente, que o parto normal é mais saudável para a mãe e o recém-nascido, pois diminui o risco de morbimortalidade para ambos, uma vez que ocorre por um processo natural não invasivo^(1,13).

A influência da mulher na determinação da vida de parto

Acerca da discussão sobre a influência da mulher na escolha da via de parto, observa-se através dos depoimentos, a seguir, a realidade encontrada nas maternidades da capital goiana: “Então, eu já cheguei decidida. Ela perguntou se eu tinha certeza, então eu falei para ela que não conseguiria e que não queria tentar. Então, por isso que já está marcado” (Gestante 2, via de preferência a cesárea). “Eu considero que eu influenciei. Pro médico também já tá marcado a cesárea desde o início, pro dia 26 de dezembro porque eu falei que eu queria comer comida do natal, né!” (Gestante 5, via de preferência a cesárea).

“Sim, percebo a influência da gestante na determinação do tipo de parto. A influência de protocolo na clínica particular é um pouco diferente da

clínica pública. A particular realmente você tem uma influência muito grande” (Obstetra 1). “A influência da gestante é extremamente freqüente, muitas pacientes inclusive já vão ao consultório com a idéia formada de querer parto cesáreo, muitas chegam até querer que você defina nas primeiras consultas, a data da cesárea” (Obstetra 3).

“[...] eu não queria de jeito nenhum parto normal e queria parto cesáreo. A médica falou pra mim fazer parto normal, mas eu não queria. A médica deixou livre para mim escolher” (Puerpera 2, via de parto cesária). “Influenciei sim, porque eu já tava tendo muita contração, e aí [...] a melhor situação foi fazer o cesáreo, né, porque senão ia nascer normal e normal eu não queria” (Puerpera 5, via de parto cesárea).

A influência na determinação da via de parto não ocorre só por parte direta da gestante, pois esta acaba sendo sugestionada também por outros diversos fatores, como a família e a sociedade em que está inserida⁶.

A influência da família e sociedade

Os costumes e valores familiares, dependendo de como são abordados e aceitos, podem vir a influenciar e prejudicar a decisão médica, levando em conta que, na

maior parte, não são coisas fundamentadas e explicadas cientificamente.

“A médica aconselhou que fosse normal, mas eu vi alguns vídeos e estou mudando de ideia” (Gestante 1, indecisa quanto à via de parto). “Ao longo do tempo se ouve muitos comentários a respeito de parto normal: dores, mau posicionamento do cordão umbilical, queda da bexiga, a maioria das mulheres fazem períneo...” (Gestante 4, via de preferência a cesárea).

“Realmente a paciente tem a tendência cultural de tentar indicar a via de parto. Eu costumo ainda não ceder a essa condição imposta pela paciente, mas eu assumo que é uma questão ainda pessoal por estar envolvido em formação médica e orientação de estudantes, acadêmicos, em relação ao parto normal” (Obstetra 1).

“Desde que eu comecei a fazer o pré-natal eu queria normal, pra mim a minha idéia era normal, até porque está tendo muita campanha para isso, mas não teve jeito. [...] as pessoas me passaram muito medo por causa da cesariana, os dois passa medo, se for normal porque vai machucar demais e a cesariana que depois que passar o efeito da anestesia vai doer demais”

(Puérpera 5, via de parto cesárea). *“Teve influência dos meus pais também. [...] o pessoal põe um medo na gente, normal é isso é aquilo, mas não é nada, é rapidinho, dói mesmo, sofre, mas é bom, é melhor”* (Puérpera 1, via de parto normal). *“[...] o médico falou dos benefícios do parto normal pra mim, né, só que por medo, por conversas que eu ouvia desde a infância, né, e pela tradição também na família de ter parto cesariano eu optei pela cesariana”* (Puérpera 3, via de parto cesárea).

A presença e opinião da família são fatores muito importantes durante todo decorrer de uma gestação. A cultura da família e sociedade não deixa de ser absorvida principalmente pelas “mães de primeira viagem”, que buscam conselhos para que tenham sucesso nessa fase que estão passando⁶. Quanto aos profissionais, ceder ao apelo da gestante no que se refere à escolha da cesariana como via de parto está na contramão dos preceitos científicos e éticos. Reafirmando, a realização de cesárea desnecessariamente pode trazer complicações para a mãe, como hemorragias e infecções, e ao recém-nascido, prematuridade e, conseqüentemente, problemas respiratórios⁽²⁾. No aspecto conduta profissional, o Conselho Regional de Medicina traz, de modo claro, o que é

vedado ao profissional: a não realização e/ou indicação de atos médicos desnecessários⁽⁵⁾.

Medos e receios do parto

Desde a descoberta da gravidez, a mulher se depara com vários sentimentos que se confundem, principalmente, no que diz respeito ao parto. O medo de sentir dor, de não aguentar o parto ou de ficar com sequelas faz com que muitas escolham a via de parto e não aceitem a indicação médica. Já para os obstetras, o medo das gestantes interfere bastante na hora de decidir que parto realizar, considerando que esses sentimentos podem vir a influenciar no trabalho de parto e parto: *“[...] porque eu tenho medo de ter parto normal, então cheguei pro médico falei o que eu queria e pronto, não tem outro jeito, a decisão foi minha”* (Gestante 3, via de preferência a cesárea). *“Apesar de eu ser psicóloga e achar que é importante o parto normal, todas essas coisas assim, eu falo que eu ainda tenho muito medo da questão do parto normal”* (Gestante 5, vida de preferência a cesárea).

“[...] eu sempre digo para minhas pacientes que só dá à luz a parto normal quem quer, porque se ela não quiser parto normal há uma

dificuldade muito grande na evolução nas primeiras contrações uterinas que já informam o trabalho de parto, elas começam a sentir muito mais dores que as outras pacientes normalmente, a pressão é muito grande para que se realize a cesariana, então a influência da paciente é fundamental para que o parto seja normal ou cesáreo” (Obstetra 3).

“Eu escolhi o parto cesáreo porque eu não queria sentir dor e eu preferia também, eu acho melhor, acho menos sofrido” (Puerpera 3, via de parto cesárea). *“Eu tinha muito medo, mas depois que eu vi a recuperação é instantânea, bem rápida mesmo, em vista do cesáreo”* (Puerpera 1, via de parto normal).

Nas diversas situações da vida, deparamos com obstáculos que são necessários ser transpostos para superação e conquista. No que se refere ao parto, o medo é um dos mais difíceis a ser superado pela gestante e quando vencido pode resultar em grandes benefícios, principalmente para a mãe e o bebê. Entretanto, o medo da dor ao longo do processo parturitivo, seja ele antes, durante ou após o parto, configura-se o principal motivo para a escolha de determinado tipo de via. Muitas mulheres relataram preferir a cesariana por produzir menos dor no momento do parto,

outras querem o normal devido à rápida recuperação e ausência de dor no pós-parto^(1,7,12-13), o que coincide com os resultados obtidos nesse estudo.

A influência da condição socioeconômica

O dinheiro é outro fator de influência em muitas questões relacionadas à tomada de decisões. Em determinadas circunstâncias, pode se tornar problema quando empregado inadequadamente, por exemplo, na “compra” de serviços em saúde na área obstétrica.

“Foi eu que quis, eu que optei por esse parto. Eu ganhei do meu sogro, porque tá sendo cesariana e ele que tá pagando, por minha cunhada também estar grávida, foi mais por isso” (Gestante 5, via de preferência a cesárea).

“A gestante tenta influenciar aí acaba que no consultório interfere sim. Hoje os planos de saúde dão... a paciente pode escolher. Agora no público a gente só faz quando tem indicação mesmo” (Obstetra 1).

“Foi eu que decidi o parto. O médico na verdade, a opção dele era pelo parto normal, mas eu preferi uma cesárea, eu mesmo, e ele acatou

minha decisão” (Puérpera 2, via de parto cesárea).

Hoje, a sociedade se insere em uma redoma capitalista, na qual o dinheiro é capaz de “tomar decisões”, e quem o possui é capaz de pagar pelos seus desejos, fazer com que suas escolhas sejam acatadas, sobrepondo inclusive o ponto de vista técnico. A cultura e a condição econômica garantem à mulher, nos dias de hoje, poder de decisão. Ela passa a comprar procedimentos, que não deveriam ser feitos sem indicação médica, para o seu conforto e comodidade. Descaracterizando o que tantos estudos, há tanto tempo, vêm concluindo como qualidade da assistência materna e neonatal⁽¹²⁾. Atualmente, os obstetras têm abreviado o parto, levando frustração às mulheres que desejam vivenciar a fisiologia do processo de parir. A explicação para isso, possivelmente, está na comodidade para se realizar uma cesariana, pois esses profissionais não precisam alterar suas rotinas para executar um parto não agendado⁽¹³⁾.

Nos casos das gestantes com renda familiar baixa (menor que mil reais) e que, mesmo assim, aderem aos planos de saúde para não serem atendidas pelo SUS, acreditando na possibilidade de decidirem sobre seus tratamentos, no caso a via de resolução do parto. Outra perspectiva

para compreensão dessa ocorrência, qual seja, famílias de baixa renda com planos de saúde, é o pagamento desses serviços pelas empresas nas quais trabalham, muitas vezes por obrigatoriedade de convenção sindical dos funcionários⁽¹⁶⁾.

Um dos princípios do SUS é a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência para toda população. Esse serviço é oferecido, mas não consegue atender à alta demanda, o que dificulta atendimento realizado com qualidade para todos. Além disso, nesse serviço, as mulheres não têm o poder de escolher a via de parto de sua preferência, pois na rede pública de saúde a cesariana só é feita segundo indicação obstétrica⁽⁹⁾.

A desigualdade na assistência às mulheres de classes sociais distintas ocorre há vários séculos. Igualmente à nobreza, aquelas inseridas em uma camada privilegiada da sociedade recebem um tratamento diferenciado, pois são capazes de pagar por aquilo que querem e, por isso, se acham no direito de escolher e são atendidas⁽¹⁾.

Isso também foi verificado em estudos realizados em outras regiões do Brasil, que mostraram que os elevados números de cesarianas ocorrem em decorrência de fatores relacionados à assistência médica, educação precária, falta de orientação

adequada às gestantes e também à condição econômica destas⁽¹²⁻¹³⁾. Tal fato justifica o alto índice de cesárea no país, sendo um dos maiores do mundo^(5,17).

Nas últimas décadas, o reforço do estímulo aos profissionais da saúde a repensarem sua assistência é uma realidade. O atendimento ao parto no modelo humanizado, no qual se prioriza o cuidado necessário ao invés das necessidades profissionais e das Instituições. Entretanto, pode-se dizer que tal perspectiva não se consolidou de forma ampla no país, ou seja, ainda é muito frequente sobressair o privilégio capitalista em detrimento da saúde dos indivíduos, mulheres e recém-nascidos⁽⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescente índice de cesarianas tornou-se um grave problema de saúde. Assim, percebe-se que este tema é bastante atual, já que diversas organizações vêm desenvolvendo ações que objetivam a redução dessas altas taxas.

Verificou-se que existe diferença na indicação da via de parto, considerando a condição socioeconômica da gestante nas unidades de saúde privadas em

Goiânia. As gestantes se veem no direito de escolher o tipo de parto que terá, pois “pagam por isso”, e os médicos obstetras assumem aceitar essa escolha por motivos estranhos à boa prática médica.

A família e a sociedade, a condição socioeconômica, além dos medos e receios, pessoais e familiares, para com o parto sustentaram os argumentos apresentados pelos participantes desta pesquisa, justificando suas opiniões em relação à via de parto.

A indicação indiscriminada é a principal causa da alta incidência de cesarianas. Inúmeros fatores estão associados ao seu crescente aumento, entretanto cabe essencialmente aos médicos essa indicação, ou seja, eles devem determinar argumentos para justificar o procedimento. Assim, de modo relativo, a responsabilidade da magnitude dessa problemática é atribuída a esses profissionais. A gestante pode manifestar a sua preferência por um determinado tipo de parto, mas cabe ao médico avaliar e decidir sobre a adequada via de parto.

Esse tema é pouco discutido por causar polêmica, já que

envolve preceitos éticos e morais. Desta forma, ressalta-se a importância da realização de mais trabalhos com esse enfoque, em diferentes regiões e populações, para que seja formada a caracterização do país no que diz respeito a essa realidade, apesar dos índices de cesarianas serem indiscutíveis.

Certamente, modificar o perfil do profissional que está sendo formado ensejará mudanças nos indicadores de qualidade da assistência à saúde do segmento materno-infantil e contribuirá para imprimir novos valores na cultura nacional acerca da humanização do parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, et al. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev. eletrônica enferm.* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 10 nov 2014]; 10(2):337-46. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8032/5811>.
2. Correia DS, Santos LVA, Caleiros AMN, et al. Adolescentes grávidas: sinais, sintomas, intercorrências e presença de estresse. *Rev. gaúch. enferm.* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 22 jan 2015];32(1):40-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a05v32n1.pdf>.
3. Santos RAA, Melo MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrative da literature. *Cad. cultura ciência* [periódico na internet]. 2015 [acesso em 22 fev 2015]; 13(2): 76-89. Disponível em: <http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838>.
4. Declercq E. Childbirth in Brazil: challenging an interventionist paradigm. *Birth.* [periódico na internet]. 2015 [acesso em 28 fev 2015];42(1):1-4. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12156/epdf>.
5. Tesser CD, Knobel R, Rigon T, et al. Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil. *Saúde transform. Soc.* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 10 fev 2015]; 2(1):4-12. Disponível em: <http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1088/1255>.
6. Lagomarsino BS, Sand ICPV, Girardon-Perlini NMO, et al. A cultura mediando preferências pelo tipo de

parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. REME rev. min. enferm. [periódico na internet]. 2013 [acesso em 22 jan 2016];17(3):680-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/681>.

7. Melchiori LE, Maia ACB, Bredariolli RN, et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. Interação psicol. [periódico na internet]. 2009 [acesso em 20 jan 2015];13(1):12-23. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/psicologia/article/view/9858/10482>.

8. Mendonça SS. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. CIVITAS Rev. ciênc. sociais [periódico na internet]. 2015 [acesso em 28 jan 2016]: 15(2): 250-71. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17899/13392>.

9. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. saúde pública. [periódico na internet]. 2014 [acesso em 22 fev 2015];30(sup):S17-47. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>.

10. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no sudeste do Brasil. Physis. [periódico na internet]. 2015 [acesso em 24 jan 2016]; 25(3): 885-904. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00885.pdf>.

11. Carneiro LMA, Paixão GPN, Sena CD, et al. Parto natural x parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. R. Enferm. Cent. O. Min. [periódico na internet]. 2015 [acesso em 10 de fev de 2016]; 5(2): 1574-85. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/744>.

12. Iorra MRK, Namba A, Spillere RG, et al. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. Rev. AMRIGS. [periódico na internet]. 2011 [acesso em 10 jan 2015];55(3):260-8. Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/55-03/0000045956-Revista_AMRIGS_3_artigo_original_aspectos_relacionados.pdf.

13. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Processo

de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. saúde pública. [periódico na internet]. 2014 [acesso em 22 fev 2015]; 30(sup): S101-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>.

14. Brasil. Resolução no 466, de 12 de dezembro e 2012 [online]. Brasil; 2012. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

15. Gravena AAF, Sass A, Marcon SS, et al. Resultados perinatais em gestações tardias. Rev. Esc. Enferm. USP. [periódico na internet]. 2012 [acesso em 19 jan 2016];46(1):15-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>.

16. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet. Séries Saúde no Brasil. 2011 [acesso em 01 fev 2016];1(1):11-31. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf

17. Santos JO, Pacheco TS, Oliveira PS, et al. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. Rev. pesqui. cuid.

fundam. [periódico na internet]. 2015 [acesso em 23 fev 2015]: 7(1): 1936-45. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3547/pdf_1433.

Recebido em: 22/03/2015

Versão final reapresentada em: 29/02/2016

Aprovado em: 08/04/2016

Endereço de correspondência

Maria Eliane Liégio Matão
Rua: 235, nº 85, Ap 403
Setor Universitário - CEP 74.605-050
Goiânia/GO - Brasil
E-mail: liegio@ih.com.br