

## ARTIGO ORIGINAL

### RAZÕES MATERNAS DA PREFERÊNCIA INICIAL PELO TIPO DE PARTO EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Dalva Eloiza Santos Silva<sup>1</sup>, Karina Maria Santos Lima<sup>2</sup>, José Marcos de Jesus Santos<sup>3</sup>, Andreia Freire de Menezes<sup>4</sup>, Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas<sup>5</sup>, Adriana Moraes Leite<sup>6</sup>, Rosemar Barbosa Mendes<sup>7</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar as razões maternas da preferência pelo tipo de parto no início da gravidez. **Método:** estudo transversal realizado entre março e julho de 2018 com 655 puérperas em uma maternidade de risco habitual em Lagarto, Sergipe, Brasil. Os dados foram analisados com os testes Qui-quadrado e Razão de Prevalência.

**Resultados:** das mulheres entrevistadas, (73,3%; n=480) desejaram parto vaginal no início da gravidez, em razão da melhor recuperação no pós-parto (89,6%; n=430), desejo pessoal (30,4%; n=146) e experiência positiva (17,3%; n=83). Quanto à cesariana (n=142), predominaram o medo da dor do parto vaginal (59,9%; n=85) e o desejo pessoal (37,3%; n=53). Foi observada maior frequência de realização do tipo de parto que a mulher desejou no início da gravidez (RP: 2,07; IC 95%: 1,37-3,12).

**Conclusão:** a preferência inicial materna pelo tipo de parto possui razões variadas e influencia na via de parto final.

**DESCRITORES:** Gravidez; Obstetrícia; Parto Normal; Cesárea; Preferência do Paciente.

#### COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Silva DES, Lima KMS, Santos JM de J, Menezes AF de, Freitas CKAC, Leite AM, et al. Razões maternas da preferência inicial pelo tipo de parto em um município do nordeste brasileiro. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.68997>.

<sup>1</sup>Enfermeira. Universidade Federal de Sergipe. Lagarto, SE, Brasil. 

<sup>2</sup>Enfermeira. Universidade Federal de Sergipe. Lagarto, SE, Brasil. 

<sup>3</sup>Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, SE, Brasil. 

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal de Sergipe. Lagarto, SE, Brasil. 

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Docente de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 

<sup>7</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, SE, Brasil. 

## REASONS BEHIND MOTHERS' INITIAL PREFERENCE FOR TYPE OF DELIVERY IN A MUNICIPALITY IN NORTHEASTERN BRAZIL

### ABSTRACT

*Objective:* to identify the reasons behind mothers' preference for type of delivery in early pregnancy.

*Method:* this was a cross-sectional conducted between March and July of 2018 with 655 post-partum women in a low-risk maternity hospital in Lagarto, Sergipe, Brazil. The data were analyzed using chi-squared test and prevalence ratio.

*Results:* of the women interviewed, (73.3%; n=480) preferred a vaginal birth in early pregnancy because of easier post-partum recovery (89.6%) or personal desire (30.4%; n=83). The most prevalent reasons for preferring a cesarean section (n=142) were fear of labor pain (59.9%; n=85) and personal desire (37.3%; n=53). The results showed greater frequency of occurrence of the type of birth desired in early pregnancy (PR: 2.07; 95%CI: 1.37-3.12).

*Conclusion:* there are many reasons behind initial maternal preferences of type of birth, and these have an impact on the final route of delivery.

**DESCRIPTORS:** Pregnancy; Obstetrics; Vaginal Delivery; Cesarean Section; Patient Preference.

## RAZONES MATERNAS DE PREFERENCIA INICIAL DEL TIPO DE PARTO EN MUNICIPIO DEL NORESTE BRASILEÑO

### RESUMEN:

*Objetivo:* identificar las razones maternas de preferencia por un tipo de parto al inicio del embarazo.

*Método:* estudio transversal, realizado entre marzo y julio de 2018 con 655 puérperas en una maternidad de riesgo normal en Lagarto, Sergipe, Brasil. Datos analizados mediante test de Chi-cuadrado y razón de prevalencia.

*Resultados:* de las entrevistadas, (73,3%; n=480) solicitaron parto vaginal al inicio del embarazo, considerando una mejor recuperación posparto (86,6%; n=430), deseo personal (30,4%; n=146) y experiencia positiva (17,3%; n=83). Respecto a la cesárea (n=142), predominó el miedo al dolor del parto natural (59,9%; n=85) y el deseo personal (37,3%; n=53). Se observó mayor frecuencia de realización del tipo de parto por el que la mujer optó al comienzo de su embarazo (RP: 2,07; IC 95%; 1,37-3,12).

*Conclusión:* la elección materna inicial por un tipo de parto responde a razones variadas e influye en la vía de parto final.

**DESCRIPTORES:** Embarazo; Obstetricia; Parto Normal; Cesárea; Prioridad del Paciente.

## INTRODUÇÃO

O direito materno à escolha pela via de parto está contido nos princípios da bioética, de forma que limitar tal decisão, quando livre de contraindicações, é violar a autonomia destas mulheres frente ao parto. No ambiente hospitalar, é notável a influência dos profissionais de saúde na condução/escolha pelo tipo de parto. Por isso, faz-se necessária a expansão de informações adequadas para que as gestantes possam exercer seu direito de escolha de forma consciente e segura<sup>(1-2)</sup>.

Entende-se que o foco da assistência obstétrica e neonatal deve ser a valorização dos sentimentos e queixas da mulher/família na cena do parto<sup>(3)</sup>. No entanto, o que perpetua nos ambientes de trabalho obstétricos são mulheres sendo submetidas a vários procedimentos invasivos e até mesmo desnecessários por parte dos profissionais de saúde<sup>(4)</sup>.

Ademais, o pré-natal deve ser um tempo de preparação física e psicológica para o parto e parentalidade. Entende-se o parto como um processo essencialmente fisiológico, capaz de progredir sem intercorrências na maioria das mães e bebês<sup>(5)</sup>. Porém, nas últimas décadas, indicações e práticas desnecessárias durante o processo de parturição tornaram-se frequentes. Como forma de contrapor esse crescimento, políticas públicas em conjunto com classes de profissionais têm buscado modificar o atual cenário com base em evidências científicas<sup>(6)</sup>.

Existem duas vias de parto: a vaginal e a cesariana. A primeira deve ser a via de preferência, por ser fisiológica e oferecer benefícios para a parturiente e recém-nascido, enquanto a segunda é indicada somente quando há algum fator de risco à saúde da mãe e/ou do filho. A indicação adequada do tipo de parto, a atenção humanizada e o respeito à autonomia da gestante indicam que a dignidade das mulheres e o controle sobre a parturição estão sendo assegurados, favorecendo seu protagonismo neste processo<sup>(7)</sup>.

Sabe-se que a autonomia é um dos princípios da bioética laica definida como a capacidade humana de decidir sobre si, com base em informação adquirida<sup>(8)</sup>. Dessa forma, quando a assistência obstétrica é centrada na mulher e em suas necessidades, o protagonismo desta passa a ser efetivo e um direito básico é respeitado<sup>(9)</sup>. Para consolidação desta afirmação, de acordo com a Resolução nº 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina, em situações eletivas, a mulher tem total autonomia para decidir sobre a via de parto que acredita ser mais agradável, desde que tenha o conhecimento sobre todos os riscos e benefícios associados<sup>(10-11)</sup>.

Pontua-se que, mesmo com toda esta garantia legal, os índices de cesariana continuam elevados no Brasil, embora já existam há anos políticas públicas e incentivos que visam à diminuição deste procedimento cirúrgico. Acredita-se que tal problemática é influenciada por vivências de um parto anterior doloroso, falta de humanização, desvalorização dos profissionais e desinteresse da categoria médica por ações menos invasivas, além do lucro positivo das instituições obstétricas mediante o ato cirúrgico<sup>(11)</sup>.

Uma consolidação de dados de 150 países mostrou que a América Latina e Caribe possuem as maiores taxas de cesariana (40,5%), seguidas pela América do Norte (32,3%), Oceania (31,1%), Europa (25%), Ásia (19,2%) e África (7,3%). O Brasil (55,4%) e a República Dominicana (56,4%) foram os países com as taxas mais elevadas de cesárea no mundo<sup>(12)</sup>. Entende-se que isso implica na necessidade de se concentrar os esforços globais em garantir que cesáreas sejam feitas exclusivamente nos casos em que são necessárias<sup>(13)</sup>.

Em 2018, tendo em vista as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a nova Estratégia Global para Mulheres, Saúde da Criança e do Adolescente (2016-2030), a Organização Mundial de Saúde publicou uma nova diretriz com recomendações de cuidados intraparto adaptáveis aos contextos individuais de cada país. Reduziram-se intervenções desnecessárias no trabalho de parto e parto, bem como ampliou-se o seu foco/cuidado<sup>(14)</sup>.

Desse modo, o presente estudo torna-se importante por permitir um melhor entendimento sobre o processo de preferência materna por cada tipo de parto, possibilitando inclusive o conhecimento de fatores que contribuem para a manutenção de altos índices da cesariana no Nordeste brasileiro. Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar as razões maternas da preferência pelo tipo de parto no início da gravidez.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e transversal, descritivo e analítico, realizado entre os meses de março e julho de 2018. Foram avaliadas 655 puérperas por meio de entrevista no pós-parto imediato de uma maternidade de risco habitual localizada no município de Lagarto, Sergipe, Brasil. A instituição onde o estudo foi realizado atende a partos com financiamento público e/ou privado de parturientes de risco habitual, provenientes de Lagarto e de outras cidades pertencentes e/ou circunvizinhas da Região Centro-Sul do estado.

As puérperas elegíveis foram selecionadas por amostragem aleatória simples, a partir de uma listagem de internação diária, tendo como critérios de elegibilidade mulheres que tiveram parto de feto vivo de qualquer peso ou idade gestacional e de feto morto com peso ao nascer  $\geq 500\text{g}$  ou IG  $\geq 20$  semanas. Não foram incluídas mulheres que não falassem e/ou compreendessem o idioma português e/ou que apresentassem transtornos mentais graves.

As variáveis do presente estudo foram inicialmente apresentadas de forma descritiva. Em seguida, estimou-se a associação entre as variáveis categóricas nominais “tipo de parto desejado pela mulher no início da gravidez” e “tipo de parto realizado na maternidade”.

A população elegível ao estudo era composta por 1.250 mulheres, com base na estimativa anual de partos disponibilizada em 2017 pela direção da instituição onde a pesquisa foi realizada. A partir disso, foi feito o cálculo amostral usando a fórmula de Barbetta (2014), sendo considerado um nível de confiança de 97% e de erro amostral de 3%<sup>(15)</sup>. Acrescentou-se ainda uma margem de segurança de 10% no número calculado, resultando em 655 puérperas entrevistadas.

Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas com as puérperas com intervalo mínimo de 6 horas após o parto. O questionário da pesquisa abordava o processo de decisão pelo tipo de parto, incluindo as razões maternas para cada preferência.

Na análise estatística, utilizou-se das técnicas univariada e bivariada para obtenção da distribuição dos valores das frequências absoluta e relativa. A associação foi investigada por meio do teste Qui-quadrado de Independência de Pearson entre variáveis categóricas nominais. Estimou-se a Razão de Prevalência como medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Foi adotada significância de 5%. O pacote utilizado foi o IBM® SPSS 20.0 Mac. Dados faltantes/ignorados foram apresentados em frequências absoluta e relativa na estatística descritiva por meio da categoria “Não respondeu” – na análise inferencial, esses dados foram suprimidos.

Este estudo está vinculado ao Projeto “Nascer em Lagarto, SE: Inquérito Municipal sobre Parto e Nascimento”, aprovado em março/2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, sob Parecer nº 2.553.774.

## RESULTADOS

Participaram do presente estudo 655 puérperas, sem perdas amostrais durante a pesquisa. A média de idade das participantes era de  $25,9 \pm 6,8$  anos. Houve distribuição quase igualitária entre as zonas de moradia, com 322 (49,2%) da zona urbana e 321 (49,1%) da rural. A raça parda foi a mais referida 458 (69,9%) e 347 (53,0%) possuíam ensino médio ou superior completos. Mais da metade não possuía emprego remunerado (72,3%) e 558 (85,2%) viviam com o companheiro à época da pesquisa.

Dentre as mulheres entrevistadas (n= 655), 480 (73,3%) referiram preferência pelo parto vaginal no início da gravidez, 142 (21,7%) pela cesariana e 32 (4,9%) sem decisão. Estes percentuais sofreram discretas alterações durante o pré-natal, com diminuição na preferência pelo parto vaginal e cesariana e aumento da indecisão quanto ao tipo de parto. No final da gravidez, observou-se um aumento na preferência pela cesariana, inclusive motivada por profissionais de saúde na parturição (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultados descritivos das respostas das puérperas sobre o processo de decisão pelo tipo de parto (n=655). Lagarto, SE, Brasil, 2018

<b>Processo de decisão pelo tipo de parto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>1. No início da gravidez, qual tipo de parto você gostaria de ter?</b>		
Parto vaginal	480	73,3
Cesariana	142	21,7
Sem preferência ("tanto faz")	32	4,9
Não respondeu	1	0,1
<b>2. Durante o pré-natal (n=653), qual tipo de parto que lhe orientaram ser o mais seguro para a mulher e criança ("o melhor tipo de parto")?</b>		
Parto vaginal	410	62,8
Cesariana	47	7,2
Qualquer um (ambos)	15	2,3
Não ficou esclarecido	172	26,3
Não respondeu	9	1,4
<b>3. No final da gravidez, qual tipo de parto você decidiu ter?</b>		
Parto vaginal	429	65,5
Cesariana	174	26,6
Sem decisão	51	7,8
Não respondeu	1	0,1
<b>4. De quem partiu a decisão final sobre o tipo de parto?</b>		
De você (mulher)	268	40,9
Do profissional de saúde	195	29,8
De ambos	186	28,4
Não respondeu	6	0,9

Legenda: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

As principais razões da preferência materna pelo parto vaginal no início da gravidez foram a melhor recuperação no pós-parto (89,6%), o desejo pessoal da mulher (30,4%) e a experiência anterior positiva de parturição vaginal (17,3%). Em relação à cesariana, o medo da dor do parto vaginal (59,9%), o desejo pessoal da mulher (37,3%) e o aproveitamento para laqueadura (24,6%) tiveram destaques (Tabela 2). Ressalta-se que, dentre as 85 (59,9%) mulheres que desejaram inicialmente a cesariana em razão do medo da dor do parto vaginal, 34 (40%) delas eram primigestas.

Tabela 2 - Resultados descritivos das respostas das puérperas sobre as razões da preferência por cada tipo de parto no início da gravidez (n=655). Lagarto, SE, Brasil, 2018

Razões da preferência materna pelo tipo de parto	N	%
1. Qual(is) a(s) razão(ões) da preferência pelo parto vaginal no início da gravidez? (n=480)		
Tem melhor recuperação	430	89,6
Desejo pessoal	146	30,4
História familiar/amigos	59	12,3
Experiência positiva com parto vaginal (não é primípara)	83	17,3
Medo da cesariana	73	15,2
2. Qual(is) a(s) razão(ões) da preferência pela cesariana no início da gravidez? (n=142)		
Medo da dor do parto vaginal	85	59,9
Desejo pessoal	53	37,3
História familiar/amigos	8	5,6
Problemas de saúde	15	10,6
Preferência do marido	3	2,1
Aproveitamento para realização de laqueadura	35	24,6

Notação geral: Na primeira variável, o n=480 presente em cada classe diz respeito ao número total de mulheres que desejaram o parto vaginal no início da gravidez. Na segunda variável, o n=142 refere-se ao total de mulheres que desejaram a cesariana no início da gravidez.

Legenda: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

Percebeu-se um decréscimo significativo na preferência materna pelo parto vaginal durante o pré-natal, uma vez que 175 (36,5%) mudaram tal escolha ainda neste. Destaca-se que o desejo materno por um determinado tipo de parto no início da gravidez se mostrou associado à maior prevalência de sua realização na parturição (RP: 2,07; IC 95%: 1,37-3,12) (Tabela 3).

Tabela 3 - Associações entre o tipo de parto desejado pela mulher no início da gravidez e a via de parto final realizada na maternidade (n=655). Lagarto, SE, Brasil, 2018

Variável	Tipo de parto realizado na maternidade		Total N	Valor de p	RP (IC 95%)
	Vaginal N (%)	Cesariana N (%)			
Tipo de parto desejado pela mulher no início da gravidez					
Vaginal	288 (60)	192 (40)	480	<b>&lt;0,001</b>	2,07 (1,37-3,12)
Cesariana	41 (29)	101 (71)	142		

Legenda: %= Frequência Relativa, RP= Razão de Prevalência, IC 95%= Intervalo de Confiança de 95%.

## DISCUSSÃO

Foi evidenciado que a maioria das gestantes preferia o parto vaginal no início da gravidez. Entretanto, quando questionadas sobre tal preferência no final da gestação, houve um aumento na escolha/decisão materna e/ou do profissional de saúde pela cirurgia. Esse resultado está de acordo com um estudo de abrangência nacional, no qual mais da metade dos nascimentos ocorreram por via cirúrgica (51,5%) e, frequentemente, em discordância do desejo materno<sup>(16)</sup>. Pontua-se que, diante das desvantagens da cirurgia, a Organização Mundial da Saúde preconiza taxas para cesariana de apenas 10 a 15%<sup>(13)</sup>.

O parto vaginal deve ser a primeira via de escolha para parturição entre profissionais de saúde e mulheres, por se tratar de um processo natural e fisiológico. É indicada como via de parto preferencial a todas as gestantes de risco habitual, pois traz benefícios para o binômio mãe-filho e favorece as expectativas de um parto e nascimento positivos<sup>(17-19)</sup>.

O presente estudo permitiu inferir que, durante o pré-natal, os profissionais de saúde têm influência significativa no desejo materno pelo tipo de parto, já que foi observada uma redução na preferência pela via vaginal durante esse acompanhamento. Essa redução pode estar ligada à ausência de informações suficientes direcionadas às gestantes. Sabe-se que, no pré-natal, quanto mais informações a mulher receber, maior será o seu protagonismo em todo o período gravídico-puerperal<sup>(3)</sup>.

Em um estudo realizado durante o pré-natal com 85 gestantes, visando identificar os motivos que as fariam trocar o parto vaginal pela cesariana, 60% responderam que a cirurgia seria mais prática, além de citarem o medo do sofrimento e dor na via vaginal (55,2%)<sup>(20)</sup>. Entende-se que esses dados demonstram a ausência de esclarecimentos e de estímulos ao parto vaginal durante o pré-natal, uma vez que as razões referidas por estas mulheres poderiam ser desmistificadas.

No presente estudo, quase um terço das gestantes avaliadas não foram orientadas quanto ao tipo de parto que seria o mais seguro e/ou benéfico para ser realizado na maternidade. Afirma-se a partir disso que há uma lacuna significativa na efetividade da assistência pré-natal do município avaliado, dificultando o processo de tomadas de decisões adequadas quanto à via de parto<sup>(21)</sup>. Autores discutem que a educação em saúde no pré-natal é essencial para o protagonismo materno neste processo<sup>(17)</sup>. Quando não há um esclarecimento efetivo das vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, consequentemente observa-se a submissão destas mulheres a procedimentos invasivos no ambiente hospitalar<sup>(13)</sup>.

Nesse contexto, cabe destacar a importância das mulheres grávidas chegarem à

maternidade com um plano de parto e nascimento completo/detalhado anexado ao seu cartão de pré-natal. O plano de parto e nascimento é um documento legal em que a mulher grávida – após receber informações dos profissionais de saúde sobre a gravidez/parturição, e considerando seus desejos, valores e expectativas – deixa escrito/determinado/combinado quais as suas preferências durante o seu parto e nascimento, possibilitando experiências positivas com o processo de parturição<sup>(22)</sup>.

É consensual a importância da participação de profissionais de saúde qualificados durante o processo de parturição. Os enfermeiros, em especial, devem buscar o empoderamento das parturientes e contribuir para que seus desejos sejam atendidos. Para isso, o profissional de saúde deve estar em conjunto com a mulher no que se refere às suas escolhas, deixando-a decidir sobre o seu parto e cooperando sempre que possível<sup>(17)</sup>.

Destaca-se que a Enfermagem Obstétrica é uma área prioritária para o fortalecimento das boas práticas de parto e nascimento no Sistema Único de Saúde. Isso relaciona-se ao fato de, no Brasil, desde 2012, o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação ofertarem cursos de aprimoramento, especialização e residência em Enfermagem Obstétrica em 15 estados brasileiros, distribuídos nas diferentes regiões do país<sup>(23)</sup>.

Evidenciou-se também alguns fatores que influenciaram o processo de decisão da mulher pela via de parto. Dentre as razões da preferência pelo parto vaginal, destaca-se a melhor recuperação no pós-parto e o desejo materno pessoal. Em contrapartida, a cirurgia cesariana foi escolhida pelo medo da dor do parto vaginal e igualmente por desejo pessoal. Estas razões foram semelhantes às encontradas em outros estudos nacionais<sup>(16,24)</sup>.

Em relação à preferência materna pela cesariana, este e outros estudos mostraram o medo da dor do parto vaginal como um dos principais motivadores<sup>(16,24-25)</sup>. Esse dado é considerado negativo por contribuir para a diminuição dos índices de parto vaginal entre mulheres clinicamente elegíveis a esta via.

Sobre a dor do parto vaginal, salienta-se que é algo inerente ao trabalho de parto e que ter medo é algo completamente natural, muitas vezes atrelado a experiências anteriores de partos dolorosos e desumanizados, como também a relatos de parentes e amigos nestas mesmas situações. Entretanto, relacionar esse momento inteiramente ao sofrimento é um equívoco, pois ouvir o choro do bebê e poder segurá-lo e ainda amamentá-lo logo após o nascimento mudam o contexto para algo gratificante, inclusive com ações de hormônios que são liberados somente nestas condições<sup>(24)</sup>.

Vale ressaltar que podem ser utilizados mecanismos/métodos não-farmacológicos durante o trabalho de parto que aceleram o processo de parturição e que ajudam na redução da sensação dolorosa. Cita-se o banho de aspersão, massagem, bola suíça, cavalinho, aromaterapia, musicoterapia, livre movimentação, ambiente acolhedor, entre outros<sup>(26)</sup>. Estas práticas estão sendo inseridas nos serviços de saúde obstétricos, já que apresentam boa efetividade e favorecem a participação do acompanhante no auxílio às mulheres para a sua utilização.

Um estudo realizado no Nordeste brasileiro evidenciou a oferta de práticas obstétricas consideradas de nível “A”, dentre as quais destacaram-se os seguintes métodos não-farmacológicos no trabalho de parto: banho morno, massagem, bola suíça e deambulação. Os autores mostraram ainda que houve maior oferta desses métodos nos partos assistidos por enfermeiros obstétricos<sup>(23)</sup>.

Quanto à melhor recuperação no pós-parto vaginal, uma das principais razões para a escolha desta via, pontua-se que este não é o único benefício. O parto pela via vaginal favorece a descida do leite, diminui os riscos de infecção se comparado ao sítio cirúrgico da cesariana e oferece maior liberdade de posição e alimentação durante o trabalho de parto, bem como contribui para a participação do acompanhante durante o corte do cordão umbilical, apoio físico e psicológico<sup>(1)</sup>.

O desejo pessoal foi outra razão para a escolha materna pelo parto vaginal e também

para a cirurgia cesariana. Isso está atrelado a um dos princípios da bioética (a autonomia) e deve ser respeitado, valorizando as queixas e anseios maternos frente ao parto<sup>(1)</sup>. Entretanto, para que ocorra adequadamente, a parturiente precisa ser a protagonista na cena do parto, através de informações que lhe foram transmitidas durante a gestação<sup>(3)</sup>. É de comum acordo que a via de parto final deve ocorrer dentro das possibilidades de saúde maternas e fetais, prevenindo a ocorrência de complicações.

Pontua-se que a cesárea é uma cirurgia destinada ao salvamento de vidas quando corretamente indicada por critérios clínicos pré-estabelecidos. Este procedimento pode levar a complicações permanentes, principalmente quando não há uma infraestrutura cirúrgica segura para o tratamento de eventuais intercorrências intra e pós-operatórias<sup>(13)</sup>. Cita-se como complicações/implicações negativas da cesariana a maior probabilidade de proibição ilegal da presença do acompanhante no momento do nascimento (em sala cirúrgica)<sup>(27)</sup>, menor implementação de contato pele a pele<sup>(23)</sup> e maior risco de morbidade e/ou mortalidade relacionadas às infecções do sítio cirúrgico<sup>(28)</sup>/supurações<sup>(29)</sup>.

Evidenciou-se ainda que o desejo materno no início da gravidez pelo tipo de parto favoreceu a realização do mesmo por esta via. Esse dado é positivo ao revelar que, apesar das oscilações na preferência pelo tipo de parto durante a gravidez, o desejo materno inicial é um importante fator considerado pelos profissionais de saúde.

As limitações deste estudo estão relacionadas à obtenção dos dados exclusivamente a partir do relato das puérperas entrevistadas, sem a confirmação com os profissionais de saúde do pré-natal e parturição quanto às decisões/preferências pela via de parto. Em relação à análise do desfecho tipo de parto realizado, um possível viés diz respeito ao fato da maternidade atender sobretudo a partos públicos, haja visto que, nessas situações, a cirurgia cesariana comumente ocorre em razão de complicações obstétricas e não apenas em atendimento exclusivo ao desejo da parturiente.

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a maioria das mulheres referiu desejo pelo parto vaginal no início da gravidez. Esta preferência possui razões diversificadas e exerceu influência na via de parto final. As principais razões da preferência materna pelo parto vaginal foram a melhor recuperação no pós-parto, o desejo pessoal da mulher e a experiência positiva anterior de parturição vaginal. Em relação à cesariana, o medo da dor do parto vaginal, o desejo pessoal da mulher e o aproveitamento para laqueadura tiveram destaque.

Recomenda-se que os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento pré-natal possam estabelecer uma melhor comunicação com as gestantes e/ou acompanhantes, discutindo os benefícios e riscos de ambas as vias de parto, desmistificando mitos, orientando sobre a existência de medidas não-farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto e, ainda, garantindo a autonomia materna para uma escolha consciente e segura.

Sugere-se a realização de estudos complementares para a identificação das razões pelas quais alguns profissionais de saúde orientaram às mulheres no pré-natal que a cesariana seria a via de parto mais segura se comparada à vaginal/fisiológica, bem como para entender o porquê da decisão do profissional pela via cirúrgica no final da gravidez, se de fato é baseada em critérios clínicos.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [acesso em 20 jun 2019]. Disponível em: [http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf).
2. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves A de C. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [acesso em 20 jul 2019]; 22(17). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>.
3. Reis TL da R dos, Padoim SM de M, Toebe TRP, Paula CC de, Quadros JS de. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 20 jun 2019]; 38(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>.
4. Félix RS, França DJR de, Nunes JT, Cunha ICBC, Davim RMB, Pereira JB. The nurse in pre-natal care for women in prison system. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2017 [acesso em 20 abr 2019]; 11(10). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15187>.
5. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. Saúde da mulher e enfermagem obstétrica. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
6. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Assistência ao parto e nascimento: diretrizes para o cuidado multidisciplinar; 2015.
7. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Quem espera, espera. [Internet]. 2017 [acesso em 20 jul 2019]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem\\_espera\\_espera.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf).
8. Campos A, Oliveira DR de. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. Rev Bras Estud Políticos [Internet]. 2017 [acesso em 30 ago 2019]; 115. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/514>.
9. Silva ALS, Nascimento ER do, Coelho E de AC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. Esc. Anna Nery. [Internet]. 2015 [acesso em 23 jun 2019]; 19(3). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>.
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.144, de 17 março 2016. Brasília: CRM; 2016 [acesso em 02 jun 2019]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>.
11. Pimentel TA, Oliveira-Filho EC. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. Univ Ciências da Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 05 jun 2019]; 14(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5102/ucs.v14i2.4186>.
12. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Guñmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, Regional and National Estimates: 1990–2014. PLoS ONE. 2016; 11(2): e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>.
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Hum Reprod Program; 2015.
14. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.
15. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. Santa Catarina: UFSC; 2014.
16. 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 Saude Publica [Internet]. 2014 [acesso em 01 ago 2019]; 30(supl. 1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.
17. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 02 jun 2019]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf).

18. Silva ACL, Félix HCR, Ferreira MBG, Wysocki AD, Contim D, Ruiz MT. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. Rev. Eletr. Enf [Internet]. 2017 [acesso em 02 abr 2019]; 19. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.44139>.
19. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 05 jun 2019]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf).
20. Leguizamon Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. Rev. Bioét. [Internet]. 2013 [acesso em 17 jun 2019]; 21(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300015>.
21. Santana FA, Lahm JV, Santos RP dos. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba [Internet]. 2015 [acesso em 07 jun 2019]; 17(3). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/21337>.
22. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-JordanaM, Martinez-Roche ME. Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [acesso em 15 fev 2020]; 23(3):520-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf).
23. Inagaki ADM, Cardoso NP, Lopes RJPL, Ribeiro CJN, Feitosa LM, Oliveira SS. Retrato das práticas obstétricas em uma maternidade pública. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 15 fev 2020]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.56121>.
24. Oliveira VJ, Penna CM de M. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. Rev bras enferm [Internet]. 2017 [acesso em 07 jun 2019]; 71(supl.3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>.
25. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTO, Dal Bosco SM. Choice of delivery method by the woman: autonomy or induction? Cad Saude Coletiva [Internet]. 2014 [acesso em 05 jul 2019]; 22(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>.
26. Duarte MR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 20 fev 2020]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>.
27. Almeida AF, Brüggemann OM, Costa R, Jungues CF. Separação da mulher e seu acompanhante no nascimento por cesárea: uma violação de direito. Cogitare enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 18 fev 2020]; 23(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.53108>.
28. Zejnullahu VA, Isjanovska R, Sejfija Z, Zejnullahu VA. Surgical site infections after cesarean sections at the University Clinical Center of Kosovo: rates, microbiological profile and risk factors. BMC Infect Dis [Internet]. 2019 [acesso em 20 fev 2020]; 19(752). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4383-7>.
29. Sawadogo YA, Komboigo E, Kiemtore S, Zamane H, Ouedraogo I, Kain DP, et al. Parietal suppurations after cesarean section at the Yalgado Ouédraogo University Hospital, Burkina Faso: epidemiological clinical, therapeutic and prognostic aspects. Pan Afric Med J [Internet]. 2019 [acesso em 20 fev 2020]; 18(32). Disponível em: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/32/35/full/>.

Recebido: 04/09/2019  
Finalizado: 13/05/2020

Editora associada: Tatiane Herreira Trigueiro

**Autor Correspondente:**

José Marcos de Jesus Santos  
Universidade de São Paulo  
Av. dos Bandeirantes, 3900 - 14040-902 - Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: jsmarcos@usp.br

**Contribuição dos autores:**

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - DESS, KMSL, JMJS, RBM

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - DESS, KMSL, JMJS, AFM, CKACF, AML, RBM

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - DESS, KMSL, JMJS, AFM, CKACF, AML, RBM

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - DESS, KMSL, JMJS, RBM



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).