

**PERFIL DE MULHERES SUBMETIDAS AO PARTO CESARIANO****PROFILE OF WOMEN UNDER THE CESAREAN DELIVERY****PERFIL DE MUJERES SOMETIDAS A CESARIA**

Lucas Lopes Ribeiro¹, Givaneide Oliveira de Andrade Luz², Francisco Eduardo Viana Brito³, Jardeliny Corrêa da Penha⁴, Priscila Souza Aquino⁵, Caroline Batista de Queiroz Aquino⁶

RESUMO

Objetivo: identificar as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres submetidas ao parto cesariano e as influências na escolha desse tipo de parto. **Método:** estudo transversal, exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 105 puérperas, no período de abril a novembro de 2010. Foi utilizado um formulário estruturado, abordando dados de caracterização das puérperas e concernentes ao parto. O projeto de pesquisa teve a aprovação em Comitê de Ética, sob o Protocolo nº 0190.0.045.000 - 10. **Resultados:** população jovem, com taxa de cesárea de 54,52%; 63,8% não foram submetidas ao parto cesáreo anteriormente. As principais causas registradas relacionadas à decisão pelo parto cesáreo foram a desproporção cefalopélvica e a cesárea prévia (21,7%). **Conclusão:** verificou-se a necessidade de incentivar o parto normal e humanizado, por meio de cursos, atividades educativas, assim como o respeito ao direito de escolha da mulher e um resgate da humanização da assistência. **Descritores:** Parto; Cesárea; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the sociodemographic and obstetric characteristics of women undergoing cesarean section and the influences in choosing this type of delivery. **Method:** it is cross-sectional, descriptive and exploratory study with a quantitative approach, performed with 105 mothers in the period from April to November 2010. A structured form was used, addressing characterization data of mothers and the birth. The research project was approved by the Ethics Committee, under the Protocol 0190.0.045.000 - 10. **Results:** young population with cesarean rate of 54.52%; 63.8% were not submitted to cesarean section before. The main reported causes related to the decision by cesarean section were cephalopelvic disproportion and previous cesarean section (21.7%). **Conclusion:** there was the need to encourage normal and humanizing delivery, through courses, educational activities, as well as respect for the woman's right to choose and a ransom of care humanization. **Descriptors:** Childbirth; Cesarean Section; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres sometidas a cesaria y las influencias en la elección de ese tipo de parto. **Método:** estudio transversal, exploratorio-descriptivo, con enfoque cuantitativa, realizado con 105 madres, en el período de abril a noviembre de 2010. Fue utilizado un formulario estructurado, abordando datos de caracterización de las madres y del parto. El proyecto de investigación fue aprobado en el Comité de Ética, sobre el Protocolo nº 0190.0.045.000 - 10. **Resultados:** población joven, con tasa de cesárea de 54,52%; 63,8% no fueron sometidas a la cesárea anteriormente. Las principales causas registradas relacionadas a la decisión por parto cesárea fueron la desproporción cefalopélvica y la cesárea previa (21,7%). **Conclusión:** se verificó la necesidad de incentivar el parto normal y humanizado, por medio de cursos, actividades educativas, así como el respeto al derecho de elección de la mujer y un rescate de la humanización de la asistencia. **Descriptores:** Parto; Cesárea; Enfermería.

¹Enfermeiro egresso, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. Email: lucaspoli2013@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. Email: givaneide.giva@gmail.com; ³Enfermeiro egresso, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. Email: eduardopiripiri@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Doutoranda, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. Email: jardelinypenha@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. Email: priscilapetenf@gmail.com; ⁶Enfermeira egressa, Universidade Estadual do Ceará/UECE. Fortaleza (CE), Brasil. Email: carolaquino@hotmail.com

INTRODUCTION

O parto cesariano, realizado por meio da incisão nas paredes abdominal e uterina, vem aumentando ultimamente, o que pode acarretar incremento dos custos e morbidade. Inicialmente, os partos por cesáreas eram feitos por indicação devido à distócia mecânica, desproporção cefalopélvica e más apresentações, porém é um procedimento cirúrgico, na maioria das vezes, programado, sem a identificação médica de nenhum risco definido, cuja escolha é frequentemente atribuída à gestante ou ao médico, por comodismo ou medo.¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15%. No entanto, o que se tem observado são taxas universais em geral superiores, até em países desenvolvidos. No caso do Brasil, dentre as unidades federativas brasileiras, não existe nenhuma que apresente valores dentro dos parâmetros desejáveis pela OMS.² No ano de 2005, no Sistema de Saúde Suplementar, os partos cesáreos atingiram 77,5% do total em todo o país, com tendências de aumento. Esses valores relativos a esse tipo de parto no SUS podem ser considerados altos quando contrastados com parâmetros internacionais, colocando o país entre os líderes mundiais em frequência de cesáreas.³

Por conseguinte, deve-se pensar em mudanças na forma de atuação do profissional médico na assistência ao parto nos serviços da rede de saúde suplementar, pois a valorização da opinião desse profissional, principalmente no final da gravidez, pode minimizar as iniciativas em prol do parto cesáreo.⁴ Ademais, é importante ressaltar que, como consiste em um procedimento cirúrgico, com os riscos a ele inerentes, a indicação clínica deve ser respeitada.

Os fatores determinantes da cesárea parecem estar relacionados às condições patológicas de saúde maternas e fetais, que não diferem substancialmente nas diversas regiões do mundo.⁵ Dentre elas, destacam-se: a desproporção fetopélvica; discinesias (incoordenação da atividade uterina) nos casos em que o parto dirigido não é suficiente para progredir a dilatação; apresentações anômalas; placenta prévia total e parcial; pré-eclâmpsia grave; sofrimento fetal e prolapso de cordão.⁶

As cesáreas acarretam aumento da morbimortalidade materna e neonatal, destacando-se como causas a infecção puerperal e a prematuridade. Também se associam com um retardo na recuperação puerperal, maior tempo de assistência por

Português/Inglês
Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(12):1198-205, dez., 2015

profissionais de saúde - devido à internação mais prolongada -, maior uso de medicamentos, início tardio da amamentação e, por fim, elevação de gastos para o sistema de saúde.²

Em relação aos riscos neonatais segundo a via de parto, existem evidências de maior risco de complicações respiratórias na cesárea eletiva, ou seja, aquela realizada fora do trabalho de parto, mesmo nas gestações a termo. No concernente à morbidade materna, encontrou-se risco maior de reinternação (inclusive por apendicite e colecistite aguda) associado à cesárea em comparação ao parto vaginal espontâneo.⁷ A busca por fatores que justifiquem aumentos nas taxas de cesárea é essencial para que soluções possam ser pensadas. Ademais, faz-se necessário o incentivo à prática do parto normal, focado nos profissionais de saúde e na população em geral, seja por meio de políticas de saúde, ou mesmo pela adoção de campanhas e debates acerca da temática. Nesse sentido, uma pesquisa relata a falta de informação no pré-natal acerca da importância do parto vaginal.⁸

Tal informação mostra-se importante, uma vez que é no pré-natal que todas as informações referentes à saúde da mãe e do bebê devem ser repassadas, o que pode influenciar a escolha do tipo de parto pela mãe. Estudos no Brasil e em outros países mostram que as indicações absolutas, em que a vida da mãe e/ou do feto esteja em risco, vêm sendo superadas por indicações relativas.⁹ Ademais, conhecer o perfil das mulheres submetidas ao parto cesáreo de uma instituição de saúde poderá auxiliar os profissionais, principalmente enfermeiros, a estabelecer estratégias de educação em saúde com vistas a promover o parto normal e, nas mulheres que não podem parir por essa via, garantir as informações necessárias ao período pós-parto, com o intuito de aumentar as taxas de aleitamento materno. Assim, plenamente esclarecidas, essas gestantes poderão escolher de forma consciente o tipo de parto pelo qual trarão seus filhos ao mundo.

OBJETIVO

Identificar as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres submetidas ao parto cesariano e as influências na escolha desse tipo de parto.

MÉTODO

Estudo transversal, exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no período de abril a novembro de 2010, em uma enfermaria obstétrica de um hospital público

da cidade de Picos (PI). O público-alvo para a investigação do estudo foi composto por puérperas admitidas no referido hospital e que realizaram parto cesáreo exclusivamente, totalizando uma amostra de 105 mulheres.

Os critérios de inclusão adotados foram: puérperas que se encontravam ainda internadas no pós-parto de cesariana, maiores de 18 anos e que aceitassem participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado, contendo dados sociodemográficos, características obstétricas e gestacionais das gestantes, sendo complementado com informações dos prontuários e cartões de pré-natal. Os dados foram analisados com base na literatura específica, em tratamento estatístico, usando-se o programa *Statistical Package for the Social Scienses* (SPSS), versão 17.0. Posteriormente, foram apresentados em tabelas. A fim de analisá-los descritivamente, foram calculadas as medidas estatísticas e o desvio padrão, bem como foi realizado o teste

de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados. A associação entre variáveis nominais foi feita pelo teste Qui-quadrado, adotando $p<0,05$ para associação estatística.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, com vistas a atender às recomendações expressas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que versa acerca das questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo então aprovado sob o nº de protocolo 0190.0.045.000 - 10.

RESULTADOS

Os resultados obtidos foram apresentados em três tabelas, com informações acerca dos dados sociodemográficos, características gestacionais e obstétricas das puérperas. Os dados sociodemográficos foram dispostos na Tabela 1, abaixo:

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas das puérperas entrevistadas. Picos, ago/set, 2010.

Variáveis sociodemográficas (n=105)	N	%	Teste Kolmogorov-Smirnov
Idade			
Até 19 anos	22	21	
De 20 a 25 anos	46	43,8	
De 26 a 30 anos	16	15,2	p= 0, 000
De 31 a 35 anos	9	8,6	
Acima de 35 anos	12	11,4	
Escolaridade			
De 1 a 3 anos	16	15,2	
De 4 a 7 anos	37	35,2	
De 8 a 11 anos	30	28,6	
Acima de 12 anos	22	21	
Renda			
Até 1 salário mínimo	84	80	
Acima de 1 a 2 salários	14	13,3	p= 0, 000
Acima de 2 a 3 salários	6	5,7	
Acima de 3 a 4 salários	1	1	
Ocupação			
Dona de casa	44	41,9	
Agricultora	38	36,2	
Estudante	13	12,4	
Autônoma	3	2,9	
Desempregada	2	1,9	
Outros	5	4,8	
Moradia			
Zona urbana	49	46,7	
Zona rural	56	53,3	
Cor			
Parda	66	62,9	
Branca	11	10,5	
Amarela	20	19	
Negra	6	5,7	
Indígena	2	1,9	
Tipo de união			
Casada/União Estável	81	77,2	
Solteira	24	22,9	

O total de mulheres entrevistadas neste estudo foi de 105 puérperas, com idade variando de 18 a 44 anos, com mediana de 24 anos (teste de Kolmogorov-Smirnov, tendendo a uma significância estatística), tratando-se

de uma população jovem. Com relação à renda familiar da população estudada, apresentou-se uma mediana de R\$ 510 (teste de Kolmogorov-Smirnov, tendendo a uma significância estatística), sendo em sua

maioria, 84 (80%), a renda de um salário mínimo. Ressalta-se que o salário mínimo à época do estudo era equivalente a R\$ 510. Com relação ao tipo de união, considerou-se

união estável aquela em que os parceiros coabitam.

A seguir, apresenta-se a Tabela 2, que incluiu os dados referentes às características gestacionais das puérperas entrevistadas.

Tabela 2. Distribuição das características gestacionais das puérperas entrevistadas. Picos, ago/set, 2010.

Características gestacionais	N	%	Teste de Kolmogorov-Smirnov
Número de consultas no 1º trimestre			
0	35	33,3	p= 0,000
1 consulta	33	31,4	
De 2 a 3 consultas	37	35,3	
Número de consultas no 2º trimestre			
0	6	5,7	p= 0,000
1 consulta	19	18,1	
2 consultas	36	34,3	
3 ou 4 consultas	44	41,9	
Número de consultas no 3º trimestre			
0	5	4,8	p=0,000
De 1 a 2 consultas	40	38,1	
3 ou mais consultas	60	57,1	
Semanas de gestação			
Abaixo de 37 semanas	1	1	
Entre 37 a 41 semanas	71	67,6	
Acima de 41 semanas	33	31,4	
Patologia na gestação atual (n=7)			
Pré-eclâmpsia	4	57,1	
Hiperêmese gravídica	1	14,3	
Hanseníase	1	14,3	
Infecção urinária	1	14,3	
Profissional responsável pelo pré-natal			
Enfermeiro	75	71,4	
Médico	30	28,6	

Quanto ao número total de consultas de pré-natal, o estudo obteve, segundo testes estatísticos, para cada trimestre uma mediana de 1, 2 e 3 consultas, respectivamente (teste de Kolmogorov-Smirnov), para cada

entrevistada, dados que demonstram uma boa adesão ao pré-natal. Os dados referentes às características obstétricas das puérperas foram alocados na Tabela 3, apresentada na sequência:

Tabela 3. Distribuição das características obstétricas das puérperas entrevistadas. Picos, ago/set, 2010.

Características obstétricas	N	%	Teste de Kolmogorov-Smirnov
Número de gestações			
1 gestação	38	36,2	p= 0, 000
De 2 a 3 gestações	53	50,5	
Acima de 3 gestações	14	13,3	
Número de partos			
1 parto	48	45,7	p= 0, 000
De 2 a 3 partos	46	43,8	
Acima de três partos	11	10,5	
Número de abortos			
0	88	83,8	p= 0, 000
1 aborto	16	15,2	
De 2 a 3 abortos	1	1	
Parto cesáreo anterior			
Sim	38	36,2	p= 0, 000
Não	67	63,8	
Quantidade de partos cesarianos			
0	78	74,3	p= 0, 000
1 parto	24	22,8	
2 partos	3	2,9	
Cesárea a pedido			
Sim	27	25,7	p= 0, 000
Não	78	74,3	
Motivo do pedido (n=27)			
Laqueadura tubária	15	55,5	p= 0, 000
Medo da dor	12	44,4	
Motivo da cesariana			
Desproporção cefalopélvica	15	14,3	p= 0, 000
Parto cesáreo anterior	15	14,3	
Sofrimento fetal	14	13,3	
Pré-eclâmpsia	7	6,7	p= 0, 000

Amniorrexe prematura	6	5,7
Outros	12	11,4
Não informado	36	34,3

Quanto às gestações das puérperas, a mediana foi 2, segundo testes estatísticos, sendo que o mínimo de gestações para cada mulher foi 1 e o máximo foi 10. Em relação à mediana de partos, por mulher foi 2, com o mínimo de 1 parto para cada mulher e o máximo de 6 partos. Verificou-se nos testes que a mediana de abortos nessas puérperas foi 0 e a mediana da quantidade de partos cesarianos foi 1. Os outros motivos para a realização de cesariana foram: desproporção cefalopélvica, 15 (14,3%), parto cesáreo anterior, 15 (14,3%), sofrimento fetal, 14 (13,3%), pré-eclâmpsia, 7 (6,7%) e amniorrexe prematura, 12 (11,4%). No estudo, foi verificada a associação entre a cesárea a pedido e fatores como idade ($p=0,820$), escolaridade ($p=0,868$), renda ($p=0,147$), presença de companheiro ($p=0,248$) e paridade ($p=0,017$). Ainda, mostrou-se associação significativa apenas com a paridade, evidenciando que as múltiparas do estudo solicitaram mais a cesariana que as primíparas.

DISCUSSÃO

A proporção de cesarianas nos meses de coleta de dados da presente pesquisa foi de 54,52%, sendo maior em relação ao mesmo período do ano passado. Até o mês de setembro, a prevalência do parto cesáreo encontrava-se em um percentual de 53,63%. Nesse sentido, uma pesquisa realizada em um hospital escola de São José do Rio Preto (SP), com pacientes adolescentes e adultas, evidenciou taxas de cesárea de 56,7% nas adolescentes e 59,2% nas adultas.¹⁰

Ao realizar a análise do perfil sociodemográfico das 105 mulheres investigadas, percebe-se uma população jovem, contrariando os dados da literatura que associam as indicações de parto cesáreo principalmente com as mulheres com idade superior a 30 anos.⁹⁻¹¹ A hipótese de que pacientes mais velhas teriam mais comorbidades ou estivessem relacionadas a outras características que as levassem a ter mais cesarianas foi levantada por alguns autores.¹

No quesito escolaridade, a maioria da população pesquisada possuía de 4 a 7 anos de estudos completos, 37 (35,2%). A baixa escolaridade pode vir a resultar em uma dificuldade quanto ao esclarecimento sobre as vantagens do parto normal. Porém, os resultados divergiram das pesquisas de outros autores, que encontraram uma escolaridade

média de 8 anos ou mais de estudo nas puérperas de parto cesáreo. O fato de esses autores terem realizado as pesquisas em regiões metropolitanas, e alguns deles somente em hospitais privados, sem convênio com o SUS, pode ter contribuído para essa disparidade de resultados, encontrando um alto nível de escolaridade.^{2,11}

Estudos encontram associações entre maior nível socioeconômico e cesariana. Segundo um deles, as possíveis explicações para esse fato incluem o tipo de cuidados médicos e de serviço hospitalar, bem como o modo de participação da mulher no processo decisório sobre o tipo de parto.¹²

Com relação ao tipo de união, a maioria das puérperas era casada, 81 (77,2%). Esse resultado concorda com os observados em alguns estudos, que encontraram resultados em sua população com maioria relatando ser casada. Esse alto índice relacionado à cesariana pode ter sofrido influência do companheiro, uma vez que algumas puérperas relataram a decisão pelo parto cesáreo juntamente com o companheiro.¹¹⁻¹²

Nesse sentido, estudos afirmam, no concernente ao perfil de cesarianas, que mulheres jovens com companheiro, baixa escolaridade formal e trabalho não remunerado obtiveram maior chance de serem submetidas ao parto cesáreo.¹³

Com relação à avaliação do perfil das gestações anteriores, o estudo obteve uma mediana de 1, 2, 3, respectivamente, entre os 3 trimestres da gravidez, para cada entrevistada, apesar da distribuição das consultas por trimestre gestacional não satisfazer o preconizado, que é um mínimo de 1 consulta no primeiro trimestre, 2 no segundo e 3 no terceiro trimestre. Por outro lado, outros estudos conseguiram resultados em que mulheres realizaram mais de 7 consultas de pré-natal, chegando a atingir 66,5% dos casos.¹³ Estudos afirmam que maiores taxas de prevalência de cesariana podem estar relacionadas ao elevado número de consultas, onde fatores não médicos para a realização desse tipo de parto podem estar envolvidos.¹

Quando nos detemos à duração da gestação das entrevistadas, decorreu que 71 (67,6%) possuíram uma gestação de 37 a 41 semanas. De acordo com estudos, partos a termo mostraram menor risco de cesariana quando comparados aos pré e pós-termo, sendo que, no presente estudo, a taxa de cesárea não diminuiu, mesmo com partos a termo.¹

Na gestação atual das puérperas pesquisadas, a maioria afirmou não possuir nenhum tipo de patologia, 98 (93,3%). Dentre as entrevistadas acometidas por patologias, a pré-eclâmpsia foi a mais citada, 4 (57,1%) casos. Contradizendo esses resultados, alguns estudos encontraram um percentual de 43,6% da população com a presença de algum tipo de patologia.¹ Como indicações absolutas para um parto cesariano, estiveram presentes: desproporção cefalopélvica com feto vivo, malformações genitais, tumorações prévias e placenta prévia total ou parcial.⁶

Nesse sentido, um estudo de revisão evidenciou as indicações de cesariana mais frequentemente adotadas pelos médicos, porém sem respaldo na literatura. Muitos obstetras acreditam, erroneamente que, na doença cardiovascular materna, pelos riscos sofridos pela mãe, a escolha pela cesariana traria benefícios para essas pacientes, mas, nas gestantes com diabetes ou síndromes hipertensivas, a cesariana não traria benefícios.¹⁴

Nos casos levantados, o enfermeiro foi o principal responsável pelo acompanhamento pré-natal, de acordo com os relatos das mulheres. Assim, observa-se a importância e responsabilidade que esse profissional tem no pré-natal, pois a consulta de enfermagem é reconhecida como um espaço de acolhimento porque possibilita o diálogo, a livre expressão de dúvidas, de sentimentos e de experiências, estreitando o vínculo entre o enfermeiro e a gestante.¹⁵

Os dados observados referem que a maioria das entrevistadas teve mais de 2 gestações e partos, o que pode acarretar um maior risco de mortalidade materna.¹⁶

Na variável paridade, estudos encontraram um maior percentual de multiparidade, em que 283 mulheres tinham registro de cesariana em parto anterior, o que correspondeu a 11,8% do total dos casos. Dessas mulheres, 175 (61,8%) evoluíram para parto normal, enquanto 108 (38,2%) foram submetidas à nova cesariana. Esses achados legitimam os dados encontrados na presente pesquisa, mas sem se observar relação entre a paridade e a indicação do parto cesáreo.¹⁷ Nesse sentido, um estudo realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, revelou dados semelhantes, pois, dentre 30 gestantes investigadas, das quais 20 eram múltiparas, a maioria destacou o desejo pelo parto normal. Embora poucas mulheres, com cesáreas anteriores, tenham ressaltado a necessidade da cesariana na gestação atual para a realização da laqueadura tubária ou por outros motivos. Ademais, não se observou

também associação significativa entre a multiparidade e a opção do parto cesáreo.¹⁸

Quanto à variável cesárea a pedido, os valores encontrados foram de 27 (25,7%), sendo análogos a estudos encontrados na literatura, que apontaram na população estudada uma minoria de cesáreas a pedido, com, no máximo, um percentual de 40,4% dos casos.^{2,10} Em pesquisas na literatura, verificou-se que a taxa de concordância entre preferência da gestante e o parto cesáreo foi de apenas 38,2%, o que sugere que o desejo da mulher teve importância menor, prevalecendo as indicações clínicas para esse tipo de parto.²

Dentre os motivos da cesárea a pedido, a maioria das puérperas expôs a laqueadura tubária como principal causa, atingindo um percentual de 15 (55,5%). Porém, ressalta-se que a Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, que legitima a realização de laqueadura tubária, proíbe a sua realização concomitante com a cirurgia cesariana. Tal lei relata que é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Entre os principais motivos dos pedidos de cesárea, podemos constatar a laqueadura tubária, 15 (55,5%) e o medo da dor, 12 (44,4%), concordando com alguns estudos que afirmam que a dor foi o motivo da escolha de 93% das mulheres.¹²

Segundo estudos, os fatores mais citados para o pedido da cesárea foram o medo do parto normal, as informações prévias sobre os tipos de parto, as histórias familiares e a preferência do parceiro. Ademais, entre as mulheres com partos anteriores, o desejo de ligar as trompas e as experiências de gestações e partos anteriores também foram muito indicados, concordando com os dados alcançados na pesquisa.⁴

Mais uma vez, ressalta-se a importância de ações dos profissionais de saúde voltadas ao esclarecimento da população acerca das vantagens e dos benefícios do parto normal, a fim de que a mulher, empoderada e consciente das características inerentes aos tipos de parto, possa optar pelo que melhor lhe convém.

Quando nos detemos na variável relacionada à indicação da cesariana pelo profissional médico, os motivos mais frequentes encontrados foram a desproporção cefalopélvica e a cesárea prévia, cada um com 15 (14,3%), seguidos de sofrimento fetal, 14 (13,3%), pré-eclâmpsia, 7 (6,7%) e amniorrexe prematura, 6 (5,7%).

Nessa linha de investigação, pesquisas encontraram como registro dominante a desproporção cefalopélvica, com 43,7%, doença hipertensiva, com 29,6%, e sofrimento fetal, 25,3%.² Contudo, alguns estudos apresentam a cesárea prévia como sendo a indicação obstétrica mais comum, 49,7% dos casos. Os dados das pesquisas citadas acima se assemelham com os dados conseguidos no estudo em discussão.⁹

A ausência da tentativa de parto normal em mulheres com cesariana anterior demonstra que a prova de trabalho de parto nessas gestantes, estratégia utilizada em muitos países para reduzir as taxas de cesariana, não foi considerada como uma opção pelos profissionais que as atenderam.⁴ Ressalta-se, então, a importância do conhecimento do motivo da cesárea anterior, pois a indicação desse tipo de parto esteve relacionada à cirurgia anterior no período de até dois anos.

Ademais, percebe-se uma disposição aumentada dos profissionais médicos pelo parto cesariano, o que tem colocado as mulheres em desvantagem durante o parto. É dever dos profissionais de saúde garantir a autonomia da mulher, respeitando a sua escolha para o tipo de parto, resgatando seu direito de decisão.¹⁹

CONCLUSÃO

O índice de cesáreas é elevado na instituição pesquisada, refletindo a tendência observada no Brasil e no mundo. Essa realidade nos leva a supor que as indicações de cesariana não estão sendo precisas, as quais são justificadas pela indicação nem sempre clara nos prontuários (13% estavam sem registro), sendo muitas vezes contraditória, seja pela conveniência médica, ou por qualquer fator não condizente com indicação absoluta ou relativa.

Notou-se que a população estudada realizou o número mínimo de consultas de pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde, porém ainda há mulheres que não realizam o número de consultas preconizadas por trimestre. O atendimento pré-natal pode ser um espaço importante para mudança de atitudes em relação ao parto, pois, desmistificando as vantagens da cesariana e revertendo crenças de efeitos negativos do parto normal sobre a mãe e o recém-nascido, é possível que diminua a ansiedade da mulher em relação ao parto e aumente a sua confiança na capacidade pessoal para o parto normal.

A amostra estudada mostrou uma maioria jovem, com baixa escolaridade e casada, o que pode ter dificultado quanto ao acesso das informações sobre as vantagens do parto normal. Assim, é importante que, conhecendo o perfil da população, que se desperte no profissional de saúde a atuação com maior ênfase na educação em saúde relacionada a informações oferecidas às gestantes e sua rede de apoio, sobre as vantagens e desvantagens, riscos e benefícios dos partos normal e cesáreo, para que a gestante possa então escolher de forma consciente o tipo de parto pelo qual trará o seu filho ao mundo.

Espera-se assim, que haja um maior critério na indicação da cesariana pelo profissional e uma solicitação responsável e subsidiada por informações científicas por parte das gestantes, fazendo com que o número de intervenções cirúrgicas “a pedido” e desnecessárias diminua.

REFERÊNCIAS

1. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 10];24(5):1051-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/6844.pdf>.
2. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 10];25(7):1587-96. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n7/17.pdf>.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2nd ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 15]. Available from: <http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>.
4. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 15];13(5):1521-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/17.pdf>.
5. Patah LEM, Malik AM. Models of childbirth care and cesarean rates in different countries.

Rev Saúde Pública [Internet]. 2011[cited 2014 Dec 10];45(1):185-94. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/en_1759.pdf.

6. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Rezende Obstetrícia Fundamental*. 12th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

7. Machado Junior LC, Sevrin CE, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC, et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 16];25(1):124-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/13.pdf>.

8. Silva AKB, Pereira JD, Carvalho Júnior JD. Natural Childbirth X Cesarean Sections: Choice or Necessity? *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2011[cited 2014 Dec 16];5(4):1000-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/view/1520/pdf_549

9. Sakae TM, Freitas PF, D'orsi E. Factors associated with cesarean section rates in a university hospital. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 20];43(3):472-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300011.

10. Bruzadeli DS, Tavares BB. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea: entre puérperas adolescentes e adultas. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 16];12(1):150-7. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a18.pdf.

11. Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Factors associated with cesarean sections in Brazilian hospitals. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 20];44(1):70-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/en_08.pdf.

12. Bonfante TM, Silveira GC, Sakae TM, Sommacal LF, Fedrizzi EN. Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. *Arquivos Catarinenses de Medicina* [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 20];38(1):26-32. Available from: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/621.pdf>.

13. Sanches NC, Mamede FV, Vivancos RBZ. The profile of women who have experienced cesarean section and obstetric care at a public maternity hospital in Ribeirão Preto. *Texto contexto-enferm* [Internet]. 2012 [cited

2014 Dec 22];21(2):418-26. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/en_a21v21n2.pdf.

14. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina* [Internet]. 2010 Sept [cited 2014 Dec 18];38(10):126-31. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>.

15. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 18];62(3):387-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>.

16. Soares VMN, Schor N, Tavares CM. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. *Rev bras Crescimento Desenvol Hum* [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 19];18(3):254-63. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n3/05.pdf>.

17. Osava RH, Silva FMB, Tuesta EF, Oliveira SMJV, Amaral MCE. Cesarean sections in a birth center. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011[cited 2014 Dec 19];45(6):1036-43. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/en_2412.pdf.

18. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais e determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista* [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 17];36(4):296-306. Available from: <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/1146/460>.

19. Pimenta LF, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA. The perceptions of women about the choice of delivery modes: a descriptive study. *Online braz j nurs* [internet]. Mar 2013 [cited 2014 Dec 16];12(1):[about 5 p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3963>.

Submissão: 28/01/2015

Aceito: 23/10/2015

Publicado: 01/12/2015

Correspondência

Caroline Batista de Queiroz Aquino

Rua Cruzeiro do Sul, 922

CEP 60335-190 – Fortaleza (CE), Brasil