



PARTO NORMAL OU CESÁREA NA ADOLESCÊNCIA: DE QUEM É A DECISÃO?
NORMAL OR CESAREAN BIRTH IN ADOLESCENCE: WHO IS THE DECISION?
PARTO NORMAL O CESÁREA EN LA ADOLESCENCIA: DE QUIÉN ES LA DECISIÓN?

Greice Carvalho de Matos¹, Ana Paula de Lima Escobal², Josiane Santos Palma³, Kamila Dias Gonçalves⁴,
Evelin Braatz Blank⁵, Marilu Correa Soares⁶

RESUMO

Objetivo: averiguar a participação da mulher na tomada de decisão durante os partos recorrentes na adolescência. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Fizeram parte desta pesquisa 30 mulheres que vivenciaram o parto recorrente na adolescência. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados com base na Análise Textual Discursiva. **Resultados:** mulheres que não possuem conhecimento a respeito do processo de parturição ancoram-se em sentimentos negativos e transferem a decisão sobre o tipo de parto ao saber médico. No contraponto, quando obtêm conhecimento, demonstram voz ativa na tomada de decisão quanto ao tipo de parto que desejam. **Conclusão:** foi possível constatar que o pilar da tomada de decisão em relação ao tipo de parto vivenciado está intimamente ligado ao fornecimento de informações à mulher, pois quando há conhecimento surge o empoderamento no processo de gestar e parir. **Descritores:** Tocologia; Parto; Parto Normal; Cesárea; Tomada de Decisões; Adolescente.

ABSTRACT

Objective: to investigate the participation of women in decision making during recurrent deliveries in adolescence. **Method:** this is a qualitative, descriptive study, based on the Theory of Social Representations. Thirty women who experienced recurrent birth during adolescence were part of this study. Data were collected through a semi-structured interview and analyzed based on the Discursive Textual Analysis. **Results:** women who do not know about the process of parturition are anchored in negative feelings and transfer the decision on the type of delivery to medical knowledge. In the counterpoint, when they obtain knowledge, they demonstrate active voice in the decision making as to the type of delivery that they want. **Conclusion:** it was possible to verify that the pillar of the decision making regarding the type of birth experienced is closely linked to the provision of information to the woman because when there is knowledge, there is empowerment in the process of gestating and giving birth. **Descriptors:** Midwifery; Parturition; Natural Childbirth; Cesarean section; Decision Making; Adolescent.

RESUMEN

Objetivo: averiguar la participación de la mujer en la tomada de decisión durante los partos recorrentes en la adolescencia. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Fueron parte de esta investigación 30 mujeres que vivieron el parto recorrente en la adolescencia. Los datos fueron recogidos por medio de entrevista semi-estructurada y analizados con base en el Análisis Textual Discursivo. **Resultados:** mujeres que no poseen conocimiento al respecto del proceso de parturición se ancoran en sentimientos negativos y transfieren la decisión sobre el tipo de parto al saber médico. Sin embargo, cuando obtienen conocimiento, demuestran voz activa en la tomada de decisión cuanto al tipo de parto que desean. **Conclusión:** fue posible constatar que el pilar de la tomada de decisión en relación al tipo de parto vivido está íntimamente ligado al fornecimiento de informaciones a la mujer, pues cuando hay conocimiento surge el empoderamiento en el proceso de gestar y parir. **Descriptores:** Partería; Parto; Parto normal; Cesárea; Toma de Decisiones; Adolescente.

^{1,2}Mestrea (Doutoranda), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas-RS, Brasil. E-mail: greicematos1709@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4479-4896>; E-mail: anapaulaescobal@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2601-9098>; ^{3,6}Doutoras, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas-RS, Brasil. E-mail: josi.enfermeira@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1275-4972>; E-mail: enfmar@uol.com.br. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9171-1083>; ⁴Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas-RS, Brasil. E-mail: kamila_goncalves@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2632-2660>; ⁵Graduanda de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas-RS, Brasil. E-mail: eveli-bb@hotmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6662-8341>

INTRODUÇÃO

Parir é considerado um processo singular, especial e único na vida de uma mulher e um dos eventos mais importantes da vida humana. É um processo social e biológico que guarda relação com a história de vida da mulher, suas crenças e seus valores. Por essa razão, o contexto e a vivência das mulheres precisam ser respeitados no sentido de torná-las protagonistas desse evento.^{1,2}

O histórico de cuidado ao parto está intimamente ligado ao ambiente domiciliar. Este momento nos primórdios da civilização era acompanhado no domicílio pelas comadres ou parteiras, mulheres de confiança ou de grande experiência na comunidade e que tinham conhecimentos sobre parturição. Com o tempo, essa sabedoria, intrinsecamente feminina e compartilhada entre as mulheres, passou a adquirir formalidade, inserindo elementos empíricos e eficientes de uma medicina mágico-religiosa. Talismãs, orações e receitas mágicas eram utilizados para aliviar a dor das contrações.³

No século XX, ocorreram avanços científicos e tecnológicos na assistência ao parto que trouxeram benefícios para os partos de alto risco e resultaram na diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil, entretanto estes avanços priorizaram a medicalização da parturiente durante o parto, tornando o processo de parturição médico-cirúrgico, tecnicista com o uso excessivo de práticas intervencionistas aplicadas no parto de baixo risco, aumentando o número de cesarianas e no abuso de intervenções tecnológicas.⁴

A medicalização do parto, além de causar prejuízos à saúde materna e neonatal, pode desencadear na parturiente adolescente sentimentos de medo, insegurança e ansiedade, que repercutirão em dificuldades na evolução de seu trabalho de parto, muitas vezes devido à perda do contato humano e da presença da família.⁵

Segundo dados do MS, o número de cesarianas elevou-se de 40,2%, em 1996, para 50%, em 2008. Na pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com instituições científicas do Brasil, os índices de cesarianas em 2012 alcançaram 52% dos nascimentos, sendo que no setor privado é de 88%.^{6,7}

Dessa forma, entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, destaca-se o quinto objetivo: melhorar a saúde materna, configurando-se um imenso desafio para o Brasil e o mundo. Dentre estes desafios, está a necessidade de facilitar o acesso das mulheres aos serviços de saúde, controlar a

medicalização do parto reduzindo o número de partos cirúrgicos desnecessários, bem como garantir a igualdade de oportunidades aos cuidados de saúde de maneira integral e humanizada.²

Na perspectiva de oferecer cuidado qualificado à mulher fornecer informações referentes aos tipos de parto configura-se um cuidado humanizado em que o profissional se utiliza do seu conhecimento para empoderar a mulher a respeito da escolha do tipo de parto a ser vivenciado. O profissional de saúde precisa informar os benefícios do parto normal como um processo fisiológico, bem como esclarecer sobre as indicações do parto cesáreo, salientando que a cesariana não deve ser um evento rotineiro para as mulheres, pois pode tornar-se um procedimento de risco para mãe e para o recém-nascido. A mulher informada terá oportunidade de participar das decisões referentes à vivência de seu parto.⁸

Para elaboração do estudo, partiu-se do pressuposto de que a adolescente ao descobrir que está grávida consegue assimilar a nova fase da vida e se adequar ao processo. No entanto, acaba não tendo voz ativa na tomada de decisão acerca da primeira experiência de parto devido à falta de conhecimento sobre o processo, assim como o medo de ser julgada. No entanto, ao vivenciar o parto recorrente, sua postura perante as decisões muda e passa a participar ativamente do processo, buscando reivindicar seus direitos de atendimento qualificado.

OBJETIVO

- Averiguar a participação da mulher na tomada de decisão nos partos recorrentes na adolescência.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa descritiva, fundamentada na Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici.⁹ Foi realizada em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma cidade do sul do estado do Rio Grande do Sul. Fizeram parte deste estudo 30 mulheres adultas que vivenciaram a gestação e o parto recorrente na adolescência. A escolha por entrevistar mulheres, e não adolescentes, justificou-se por acreditar que o tempo é primordial para a realização de reflexões acerca dos fatos vivenciados, e com a maturidade a mulher pode expressar de maneira mais concreta as representações sociais acerca do parto recorrente. Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade superior a 20 anos de idade; que tenham vivenciado dois ou mais partos entre os dez e os 19 anos, conforme critério

cronológico para adolescência da Organização Mundial de Saúde; residir no perímetro urbano do município de Pelotas; estar consciente e situada no tempo e espaço; concordar com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos; permitir o uso de gravador durante as entrevistas.

O procedimento para coleta de dados ocorreu por meio da técnica *Snowball* (bola de neve), método de amostragem intencional que permite a definição de uma amostra por meio das indicações procedidas por pessoas que compartilham ou conhecem outras com características em comum de interesse do estudo.¹⁰

Os dados foram coletados no período entre maio e agosto de 2015, por meio de entrevista semiestruturada gravada, a partir de perguntas disparadoras envolvendo as temáticas: gravidez na adolescência; vivência do parto e da recorrência; formação do conhecimento sobre o processo de gestação; e parturição e redes de apoio.

A análise dos dados foi feita sob a luz da Análise Textual Discursiva (ATD),¹¹ buscando-se sustentação no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais (TRS), na vertente moscoviciana. A ATD preconiza a desmontagem dos textos. O primeiro momento da análise ocorre pelo processo de unitarização que busca identificar as unidades constituintes do fenômeno em estudo. O segundo momento é o estabelecimento de relações que visa à categorização pela combinação e classificação das unidades constituintes. E o terceiro momento há a captação do novo emergente, é a compreensão renovada do todo possibilitada pelas duas etapas anteriores.

A pesquisa desenvolveu-se em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.¹² O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem-Universidade Federal de Pelotas, Parecer nº1.066.085 e CAAE 43861015.7.0000.5317. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE) foi assinado por todas as participantes da pesquisa e o anonimato foi assegurado por meio da utilização da inicial “M” referindo-se à mulher acrescida da idade atual e ordem numérica da entrevista, por exemplo, M.25.1; M.23.2.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Decidir sobre a via de parto costuma desencadear discussão clínica, contudo a mulher não participa deste processo decisório, sendo apenas informada do mesmo. Dessa maneira, o fato de tal decisão estar concentrada no poder dos profissionais de

saúde, sem considerar a opinião da parturiente, tem sido encarado como um fator para o elevado número de parto cirúrgico, bem como para representações negativas do processo de parturição.¹³

Entende-se que a participação da mulher na tomada de decisão do seu processo de parturição é de extrema relevância para que o parto seja humanizado e fisiológico, visto que a presença da mulher no processo decisório está intimamente ligada ao seu conhecimento sobre o evento parto, bem como seu empoderamento para reivindicar seus direitos.

Neste estudo, foi possível observar que algumas mulheres se mostraram ativas perante a decisão sobre o parto normal.

Cesárea eles iam abrir a barriga e depois costurar como numa cirurgia, aí na minha cabeça eu construí um pensamento que eu queria parto normal. (M.28.6)

Depois de ganhar o primeiro eu tive ainda mais certeza que sempre queria ganhar de parto normal. (M.23.13)

No segundo foi mais fácil eu queria que fosse parto normal e fosse tranquilo que nem o primeiro, porque apesar do medo, meu parto foi muito bom. (M.25.12)

O parto normal sempre foi uma opção minha, acho que ninguém me influenciou, mas claro que como te falei já tinha ouvido falar mal da cesárea, mas também ouvi falar do parto normal e mesmo assim eu queria normal por ser mais rápido e se recuperar mais rápido também. (M.45.22)

Quando fiquei grávida a segunda vez eu queria sim que fosse parto normal novamente, porque é mais tranquilo e mais fácil. (M.24.25)

Quando eu fiquei grávida de novo eu queria que fosse parto normal também, até porque do primeiro eu não senti nenhuma dor. (M.30.30)

A médica disse para mim que o parto normal seria bem melhor e mais fácil que a cesárea, porque no parto normal tu vai poder caminhar direito, vai poder pegar tua filha no colo e que a cesárea tem que ter aqueles cuidados, cuida dos pontos, não poder fazer as coisas em casa, aí eu decidi que queria parto normal. (M.23.8)

Os discursos relatam o desejo das mulheres em vivenciar o parto normal. Para tal decisão, ancoraram-se na experiência previamente vivida ou no fornecimento de informações durante o pré-natal. Esta constatação vai ao encontro do apontado em estudo realizado na Argentina com 29 mulheres grávidas sem indicação de parto cesárea, que constatou serem as taxas de cesárea reais incongruentes com o modo de parto pelo qual as mulheres afirmaram ter preferência. A maior parte das gestantes desta pesquisa demonstrou interesse pelo parto vaginal. As razões citadas

incluem aspectos ligados à cultura, pessoais e sociais. O parto vaginal foi visto como normal, saudável e um rito natural de passagem de feminilidade para a maternidade, no qual a dor foi associada a algo natural, sendo denominada como uma “luz com resultados positivos”.¹⁴

No Reino Unido, foram entrevistadas 153 mulheres com o objetivo de investigar a tomada de decisão em torno do parto vaginal ou parto cesáreo. Os resultados apontam que a tomada de decisão em relação ao tipo de parto está relacionada à construção de conhecimentos (médicos, não médicos, por escrito, verbal, visual), de múltiplas fontes (família, amigos, mídia, profissionais de saúde), com diferentes graus de influência em diferentes pontos de tempo, em um processo contínuo que começa antes da gestação e perdura até o momento do parto. O estudo também demonstrou que apesar de terem conhecimento a respeito dos tipos de parto, na prática, a autonomia das mulheres acaba sendo limitada, ora pelos profissionais de saúde, ora por circunstâncias individuais. Muitas mulheres relataram não manifestar sua opinião a respeito do tipo de parto por confiarem nas decisões dos profissionais que lhes prestam cuidados.¹⁵

Nesse contexto, torna-se necessário dar ênfase às ações educativas durante a gestação, possibilitando a troca de informações sobre o evento fisiológico do parto, assim como os tipos de parto, indicações e complicações. O conhecimento anterior ao parto possibilitará às mulheres e seus familiares exporem suas opiniões no momento em que forem submetidas a procedimentos sem indicação.

Contudo, algumas participantes do estudo expressaram a falta de conhecimento sobre o processo.

Eu não sabia o que era parto, quem dirá escolher o parto que seria melhor, a doutora do pré-natal me dizia que eu tinha todas as condições de ter um parto normal, aí eu acreditava nela. (M.41.7)

Na segunda gravidez foi um pouco diferente, porque eu pensava que podia ser parto normal, porque eu já sabia como era. E na verdade acho que só fazem cesárea do segundo filho, se o primeiro foi cesárea. (M.26.3)

Eu não sabia nada de parto, só fiquei sabendo ainda na gestação que ser cesárea porque o médico disse que eu era muito garotinha para vivenciar um parto normal. (M.24.21)

Eu nunca pensei como seria o parto, e naquela época nem falavam quase em cesárea, acho que só faziam cesárea se a mulher ou a criança corriam risco de vida,

eu tinha na minha cabeça que ter que sofrer com as dores do parto, e isso era normal. (M.61.17)

Os discursos de M.41.7, M.24.21 e M.61.17 demonstram o (des)conhecimento das mulheres sobre o parto vivenciado, elas acabam confiando aos profissionais a decisão sobre seu processo de parturição.

Tal fato corrobora com o apontado em estudo em que as mulheres não conhecem o processo de parturição, bem como seus significados e impactos na sua saúde e saúde de seu bebê. O desconhecimento contribui para que assumam postura passiva e sem o devido senso crítico a respeito do conteúdo de outras fontes de informações, como telenovelas, histórias de outras mulheres construídas pelo meio social e a própria experiência em partos anteriores. Isso gera um comportamento de dúvidas e apreensões. Por vezes, sentimentos como medo e insegurança fazem com que as mulheres escolham e/ou se submetam à cesariana.¹³

Eu só queria cesárea porque minha mãe teve sempre cesárea dos meus irmãos e dizia que tinha que ser cesárea, porque era melhor, eu não iria sentir dor, tive sorte porque durante o pré-natal o médico me disse que seria cesárea, porque eu já estava com a pressão muita alta e ia ser difícil de controlar a pressão. (M.21.1)

Eu não pensava em nada, no pré-natal o doutor me dizia que seria cesárea, ele não explicava claramente porque, mas em toda consulta ele sempre dizia para mim ir me preparando que provavelmente iria ser cesárea. (M.22.2)

O médico disse que eu era muito pequena e podia me traumatizar um parto normal, como não entendo muito disso e tinha medo da dor achei que era melhor mesmo. (M.22.15)

Os discursos demonstram que as mulheres transferem a decisão sobre o tipo de parto para o médico, ancorando-se na representação social de parto normal ser sinônimo de dor, assim acreditam fielmente que a cesárea é a melhor escolha do momento.

Nesse contexto, estudo realizado na Inglaterra com 115 mulheres em uma enfermaria pós-natal relacionou a decisão de realizar parto cesáreo aos profissionais médicos. Neste estudo, as mulheres entenderam que ao serem submetidas ao parto cesáreo estavam sendo protegidas do estresse desnecessário que acreditavam ser o parto vaginal. Justificaram a preocupação dos profissionais com o bem-estar materno-infantil e que a intervenção tecnológica era necessária para o nascimento de um recém-nascido saudável. Este trabalho concluiu que

as mulheres acreditavam fielmente no profissional que estava lhe prestando atendimento e que os médicos não fariam cesárea, caso não fosse necessário.¹⁶

Em contraponto às mulheres que transferiram a decisão para o saber médico, surgem as que têm voz ativa perante o seu parto e optam pela cesárea eletiva.

Durante minha primeira gravidez eu fiz um curso de gestantes, aí elas falaram sobre a importância do parto normal, que tem menos riscos de saúde para mãe e para o filho, mostraram a sala de parto, ensinaram a dar banho e limpar o umbigo, falavam que o parto normal era mais rápido pra gente ir embora, mesmo sabendo disso na hora do parto eu queria fazer cesárea porque eu tinha muito medo da dor. (M.25.5)

Outra diferença foi eu ter certeza que queria cesárea das outras vezes também, nunca cogitei a idéia de ter parto normal, e minha médica sempre respeitou minha decisão e da minha família. (M.20.19)

Percebe-se que as mulheres supracitadas parecem ter autonomia na tomada de decisão sobre a cesárea eletiva. Haja vista que demonstraram conhecimento a respeito dos benefícios do parto normal e mesmo assim manifestaram o interesse em vivenciar a cesariana eletiva.

Nesta linha de pensamento, estudo realizado com 14 mulheres australianas apontou o medo do parto, as questões de controle e segurança e desvalorização do processo de corpo e nascimento do sexo feminino como principais motivos que sustentaram os pedidos das mulheres pelo parto cesariano. As mulheres relataram que os discursos médicos apoiados aos seus conhecimentos prévios auxiliaram na decisão pela cesariana eletiva que consideraram ser uma decisão segura e responsável com objetivo de proteger sua saúde e a saúde de seu bebê.¹⁷

Neste sentido, em Taiwan, foi realizado estudo com 20 mulheres primíparas visando compreender o processo de tomada de decisão na escolha de cesárea eletiva. As mulheres entrevistadas relataram que o parto natural estava ligado à história e pensamentos negativos, a partir do valor cultural chinês da piedade filial, que constrói o parto como um esforço que as mães devem suportar e uma crise mortal para sublimar a grandeza das mães. No contraponto, a cesárea apresentou-se relacionada às famosas de filmes e televisão, denominando esse método como uma maneira elegante de parto.¹⁸

Independente da escolha pelo tipo de parto vivenciado, entende-se que o pilar da tomada de decisão do processo de parturição está no fornecimento de informações à adolescente

grávida, pois quando há conhecimento o empoderamento surge naturalmente, e então as expressões “garotinha demais para vivenciar o parto normal” e “és muito pequena para tanto sofrimento” não serão motivos para decisão médica pelo parto cirúrgico.

Diante dessas justificativas para indicação de cesárea, salienta-se a necessidade de ações de educação em saúde na atenção básica, que surge como um espaço para práticas em prol da humanização do nascimento. Nas atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS), como consulta de pré-natal, grupo de gestantes, palestras em sala de espera, é possível a troca horizontalizada do conhecimento entre os profissionais de saúde e a mulher com intuito de empoderá-las para a tomada de decisão no seu processo de parturição.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou averiguar a participação da mulher na tomada de decisão no parto na adolescência. Foi possível constatar que o pilar da tomada de decisão em relação ao tipo de parto vivenciado está intimamente ligado ao fornecimento de informações à mulher, pois quando há conhecimento o empoderamento surge possibilitando à mulher ser protagonista de suas escolhas.

Os resultados desta pesquisa mostraram que a adolescente ao descobrir que está grávida consegue assimilar a nova fase da vida e se adequar ao processo. No entanto, acaba não tendo voz ativa na tomada de decisão acerca da primeira experiência de parto devido à falta de conhecimento sobre o processo, assim como o medo de ser julgada. No entanto, ao vivenciar o parto recorrente, sua postura perante as decisões muda, passa a participar ativamente do processo, buscando reivindicar seus direitos de atendimento qualificado, confirmando o pressuposto inicial do estudo.

Sabe-se que a interação social permite que novas representações nasçam na sociedade e orientem o pensamento e comportamento dos sujeitos, pois estas não são estáticas, sofrem alterações intergeracionais, ao mesmo tempo em que são partilhadas pelo grupo social. Assim, torna-se relevante conscientizar os profissionais de saúde quanto ao seu papel de promotores do conhecimento no meio social, sendo de importância que forneçam informações sobre os tipos de parto ainda na gestação da adolescente primípara, uma vez que quando a mulher recebe informações constrói e reconstrói suas representações

sobre o processo de gestar e parir e age perante seu trabalho de parto e parto empoderada de tal representação social (re)construída.

No presente estudo, constatou-se que a Teoria das Representações Sociais foi importante referencial para conhecer as representações sociais do processo de parturição recorrente na adolescência, com vistas a traçar estratégias para qualificar o cuidado prestado a esta população, e também subsidiou a confirmação dos pressupostos iniciais deste estudo.

Recomenda-se que novos estudos sejam realizados para aprofundamento das representações sociais do processo de parturição na vertente de profissionais de saúde, bem como familiares de mulheres que foram mães na adolescência, visto que se entende que ambos são a fonte primária para a reconstrução, recriação e reapresentação de representações sociais do processo de parturição na adolescência.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento de 01 de junho de 2000.
2. Fernando Alves Santana FA, Lahm JL, Santos RP. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. *Rev fac cienc med Sorocaba* [Internet]. 2015 [cited 2016 June 16];17(3):123-27. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/21337/pdf>
3. Lansky S. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad saúde pública* [Internet]. 2014 [cited 2016 June 16];30 Supl 1:192-207. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>
4. Nassif AA. O acompanhante na maternidade: concepções dos profissionais de saúde [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009. 161 p.
5. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev bras enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 June 16];67(2):282-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da mulher. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
7. Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Projeto - Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. São Paulo, 2014.
8. Matos GC, Santos CC, Escobal APL, Soares MC, Meincke SMK. Grupos de gestantes: espaço para promoção do cuidado integral. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2015 [cited 2016 June 16];9(5):7781-8. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/6682/pdf/7771>
9. Moscovici S. Representações Sociais: investigação em psicologia social. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 7ªed. Petrópolis: Vozes; 2010.
10. Goodman LA. Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics*. ISECETSIAM [Internet]. 1999 [cited 2016 June 18];32(1):148-70. Available from:
11. Moraes R, Galiuzzi MC. Análise textual discursiva. 2ªed. Ijuí: Ed. Unijuí; 2011.
12. Brasil (BR). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 2012. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
13. Pereira RP, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev bras anestesiologia* [Internet]. 2011 [cited 2016 June 18];61(3):376-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>
14. Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. *Reprod Health* [Internet]. 2013 [cited 2016 June 18];14(10):1-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3561262/>
15. Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay M, et al. Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG* [Internet]. 2009 [cited 2016 June 18];116(7):886-95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19385961>
16. Tully KP, Ball HL. Misrecognition of need: Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Soc Sci Med* [Internet]. 2013 [cited 2016 June 18];85(1):103-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540373>
17. Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean

section in a normal, healthy first pregnancy? Midwifery [Internet].2010 [cited 2016 June 18];26(4):394-400. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19117644>

18. Huang SY, Sheu SJ, Tai CJ, Chiang CP, Chien LY. Decision-Making Process for Choosing an Elective Cesarean Delivery Among Primiparas in Taiwan. Matern Child Health J [Internet].2013 [cited 2016 June 18];17(1):842-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22706999>

Submissão: 23/11/2017

Aceito: 03/05/2018

Publicado: 01/06/2018

Correspondência

Greice Carvalho de Matos
Rua Gomes Carneiro, 01
Universidade Federal de Pelotas - Faculdade
de Enfermagem
CEP: 96010-610 – Pelotas (RS), Brasil