Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário

Aspects regarding childbirth delivery preferences at a university hospital

Maria Rosa Krämer Iorra[1], Amanda Namba[1], Rafaella Guglielmi Spillere[1], Silvana Salgado Nader[2], Paulo de Jesus Hartmann Nader[3]

RESUMO

Introdução: O índice de cesarianas vem aumentando progressivamente nos últimos anos. O presente estudo trata sobre preferência de puérperas em relação à via de parto. Objetiva identificar a via de parto de preferência das mulheres que tiveram filho na maternidade do HU/ULBRA; verificar fatores que influenciam a escolha; e comparar a indicação médica da cesariana com o entendimento sobre a justificativa da intervenção. **Métodos:** Estudo descritivo de amostra consecutiva no período de 01/05/2010 a 30/06/10. Foi aplicado um questionário em 400 puérperas internadas no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da ULBRA. **Resultados:** O parto vaginal foi a via de preferência em 72,8% das mulheres. Recuperação mais rápida, menor dor e sofrimento, procedimento mais rápido e menor risco de morte materna foram as principais justificativas dadas pelas puérperas para suas preferências pela via de parto. Interferiu significativamente na decisão ter companheiro, grau de instrução, renda familiar e tempo de ruptura de membranas. A principal indicação médica de cesárea foi a desproporção cefalopélvica (22,6%). E 35% das mulheres acreditam ter sido a falha na indução a razão da indicação por via abdominal. **Conclusão:** O parto vaginal é o preferido da maioria das mulheres entrevistadas (n=291). O perfil das pacientes que tem preferência por parto vaginal foi: mulheres mais jovens, com maior grau de instrução, menor renda familiar, com companheiro fixo e menor tempo de ruptura de membranas. Percebemos discordância entre as causas alegadas pelas puérperas e a indicação médica da cesárea.

UNITERMOS: Parto Normal, Parto Cesáreo, Via de Parto.

ABSTRACT

Introduction: *The cesarean section rate has been increasing steadily in recent years. This study focuses on mothers' preferences concerning mode of delivery. It was designed to identify the preferred route of delivery among women who gave birth at the maternity ward of HU/ULBRA; to identify factors that influence their choice, and to compare medical indications for cesarean section with mothers' perception of the reasons for the intervention.* ***Methods:*** *A descriptive study of a consecutive sample from May 1 2010 to June 30 2010. A questionnaire was responded by 400 postpartum women admitted to the Quarters of ULBRA University Hospital .* ***Results:*** *The vaginal route was preferred by 72.8% of mothers. Faster recovery, less pain and suffering, quicker procedure, and lower risk of death were the main reasons reported by pregnant women for their preference for delivery route. Having a partner, level of education, family income, and time of rupture of membranes were reported as significantly influential in the decision. The main medical indications for cesarean section was cephalopelvic disproportion (22.6%). And 35% of women believed that failure in induction was the reason for the abdominal route.* ***Conclusion:*** *Vaginal delivery is preferred for most of the women interviewed (n = 291). Patients who prefer vaginal delivery had the following profile: younger women with higher levels of education, lower family income, with a steady partner and shorter duration of membrane rupture. We noticed a discrepancy between the causes reported by pregnant women and the medical indications for cesarean section.*

KEYWORDS: *Vaginal Delivery, Cesarean Section, Delivery Route.*

[1] Estudante de Medicina.
[2] Mestre em Saúde Coletiva. Professora Adjunta de Pediatria do Curso de Medicina da ULBRA.
[3] Mestre em Pediatria. Professor Adjunto de Pediatria do Curso de Medicina da ULBRA.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, observamos um considerável e progressivo aumento na frequência de cesáreas, antes reservadas apenas para situações em que o parto vaginal pudesse pôr em risco a vida materna ou fetal (1). Este é um fenômeno que vem ocorrendo em escala mundial (2). Segundo Dias et al., este tipo de intervenção cirúrgica alcança no Brasil taxas de 35%, podendo atingir 70% a 90% em serviços privados. A Organização Mundial de Saúde tem como aceitável incidência de 15% desse tipo de parto, considerando medicamente injustificáveis percentuais mais elevados (3, 4).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, em 2006, apontam que 44% do total de partos realizados no Brasil são partos cesáreos, mais frequentemente realizados nas regiões Sudeste e Sul (5). Recentemente, o Brasil deixou de ser o líder mundial na prática de cesáreas, hoje atrás apenas do Chile. Os méritos desta redução são creditados ao Ministério da Saúde, que fixou em 40% o limite de cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde, deixando de pagar a conta do que fosse excedente (6).

Não há dúvidas que a cesariana pode salvar vidas e prevenir futuras sequelas neonatais, antigamente comuns, principalmente se advindas dos partos distócicos. No entanto, elevados índices de cesarianas, além do limite de seus benefícios, aumentam a morbimortalidade materna e fetal e também seus custos, podendo transformar a solução em problema (7). A alta prevalência de parto cesáreo parece não estar ligada apenas a riscos obstétricos, mas também a questões socioeconômicas e culturais da população que acredita na associação entre qualidade do atendimento obstétrico e a tecnologia empregada no parto operatório (5), desconsiderando que, evidentemente, qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos inerentes ao próprio ato (8).

As expectativas da mulher quanto à via de parto são consequência de como as informações estão disponíveis ou são acessíveis a ela. E estes elementos são interpretados de acordo com a história de vida de cada uma. Nesse sentido, a orientação pré-natal tem alto potencial educativo, pois a gestante passa a conhecer alternativas de assistência em situações de trabalho de parto sem alterações e ou no caso de surgirem complicações.

Em estudo nacional, realizado com puérperas de clínicas privada e pública, três em cada quatro das primíparas do setor privado e oito em cada 10 do setor público que realizaram cesarianas gostariam de ter tido partos vaginais (9). O que sugere que essa cirurgia esteja sendo praticada com falta de critérios. A conduta, por vezes intervencionista do médico, parece corroborar com o de acréscimo do número de partos cirúrgicos (10).

O procedimento do parto cesáreo parece trazer conveniência do ponto de vista médico, por ser uma intervenção programada (5). Já para as gestantes, a ideia de intervenção com dia e hora marcados proporcionaria um parto sem dor e manteria a integridade anatômica e fisiológica do períneo (5).

A gestação representa um período muito particular na vida de uma mulher – angústias e medos se confundem com a alegria de tornar-se mãe. Parte destes sentimentos é causada pelas preocupações e dúvidas quanto ao momento do parto. Apesar de ser um assunto que a preocupa, em geral a gestante não participa da escolha da via de parto; quando muito, é informada sobre a decisão médica final para nascimento do bebê (11).

É necessário, portanto, investigar causas que levam ao aumento das taxas de parto cesáreo, uma vez que com o conhecimento das mesmas, poderão ser desenvolvidas estratégias para que se modifique essa tendência. Neste estudo, objetivamos identificar a via de parto de preferência de mulheres que tiveram filho na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil (HU/ULBRA) verificando fatores que influenciam na escolha.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo em que foram abordadas 456 puérperas consecutivas, entrevistadas nas primeiras 24 horas após o nascimento. Todos os partos ocorreram na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil (HU/ULBRA) e as puérperas encontravam-se internadas no Alojamento Conjunto no período de 01/05/2010 a 30/06/10. Foram considerados critérios de exclusão puérperas com menos de 18 anos de idade, as que se negaram a responder e aquelas cujo recém-nascido se encontrava na UTI neonatal do hospital, situação que poderia interferir na opinião da paciente. Participaram do estudo, portanto, 400 pacientes, pois 30 eram menores de idade, 3 negaram-se a responder e 23 estavam com os filhos internados na UTI neonatal. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário aplicado por três pesquisadores e revisão de prontuários para verificação de alguns dados mais específicos como, por exemplo, indicação médica de cesárea e tempo de ruptura de membranas. Foi realizado treinamento para uniformização dos procedimentos por parte dos pesquisadores. O questionário foi dividido em quatro partes: parte um, onde constavam características sociodemográficas da entrevistada; parte dois, dados da gestação; parte três, dados do parto; e parte quatro, opinião e expectativas sobre as vias de parto.

Foi considerado o salário mínimo regional para o Rio Grande do Sul na variável renda familiar. E na variável ano de estudo, foram considerados: nenhuma instrução, Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto e Ensino Médio Completo.

A análise estatística foi realizada usando-se o *Statistical Package for Social Sciences 17* (SPSS, Chicago, IL, USA), sendo considerado como significante um valor de $p<0,05$. As variáveis categóricas foram analisadas pelas frequências

absolutas e relativa e pelo percentual, e as variáveis quantitativas, pela média e desvio padrão. Comparações foram analisadas pelo teste t de Student para variáveis contínuas emparelhadas, e comparações entre as variáveis categóricas, pelo Teste de Qui-quadrado.

O trabalho foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil recebendo parecer favorável para sua realização, com protocolo de número 2010-061H. Foi obtido um consentimento livre e esclarecido assinado pela puérpera e pelos pesquisadores.

RESULTADOS

No período citado, foram estudadas 400 puérperas, com idade média de 25,96 (DP±5,74) anos, variando de 18 a 42 anos; 290 (72,5%) eram brancas, 62 (15,5%) eram negras e 48 (14,8%) pertenciam a outras etnias. Cerca de 90% tinham companheiro fixo, e 70,7% haviam completado pelo menos o Ensino Fundamental. No que diz respeito à renda familiar, 203 (50,8%) referiam viver com menos de 2 salários mínimos, 174 (43,5%), com mais de 2 salários mínimos, e as demais (5,7%) não sabiam informar esse dado. Das 400 mulheres, 267 (64,2%) referiam ser do lar ou estar desempregadas, não desempenhando uma ocupação remunerada. A imensa maioria (99,5%) foi atendida pelo Sistema Único de Saúde; apenas 2 possuíam plano de saúde.

O número de consultas pré-natal foi de 6,8 em média (DP±2,7); apenas 8 (2%) declararam não tê-lo realizado. Como a entrevista foi realizada no período do puerpério imediato, a amostra foi composta por primigestas e multíparas. O número de gestações variou de 1 a 9, com mediana de 2 (1-3). Em partos normais, a mediana foi de 1 (1-2) e, em partos cesáreos, a mediana, foi de 0 (0-1). Cerca de 80% das mulheres já havia passado pela experiência de parto vaginal, 35% haviam sido submetidas a partos cesáreos prévios, e 19,7% referiam ter tido episódio de abortamento.

A média da idade gestacional obstétrica foi de 38,9 semanas (DP±1,6). Quando interrogadas sobre a ocorrência de anormalidades durante a gestação, tais como hipertensão arterial, diabetes gestacional, episódios de febre ou infecção, 69,5% negaram a ocorrência. Quanto ao hábito de fumar, 13,5% relatam ter feito uso de cigarro durante a gestação, tendo a maioria delas (66,7%) consumido até 10 cigarros por dia.

A via de parto de preferência, antes do nascimento da criança, da maioria das mulheres foi a vaginal, correspondendo a 291 (72,8%) das 400 puérperas. Ao compararmos a via de preferência antes do nascimento, o parto ao qual a mulher foi submetida e a via de preferência para uma próxima gestação, percebemos diferenças, principalmente no que diz respeito à preferência por parto cesáreo. As que foram submetidas a cesariana a tem como preferência para uma próxima gestação. A Figura 1 mostra esta comparação.

Dentre as variáveis estudadas, o número de consultas pré-natais, o número de gestações prévias, a cor da puérpera bem como a ocorrência de patologias durante a gestação não apresentaram diferenças significativas estatisticamente. A faixa etária em que a paciente se encontrava demonstrou uma tendência de a mulher preferir parto cesáreo com o avanço da idade. As demais variáveis estudadas, em que esta diferença existe, estão apresentadas na Tabela 1.

Ao indagarmos sobre a via de parto que ocasiona mais dor e sofrimento para a mulher antes do início do trabalho de parto, notamos que 81,5% das que preferiram cesariana referiram o parto vaginal como mais doloroso. Quando a mesma pergunta estava relacionada ao período de trabalho de parto efetivo, as mesmas 81,5% que tinham preferência pelo parto cesáreo igualmente relataram mais dor durante o parto vaginal. E, finalmente, quando inquiridas a respeito da dor e do sofrimento no pós-parto, 84,2% das mulheres que optaram pelo parto vaginal apontaram o parto cesáreo como o mais

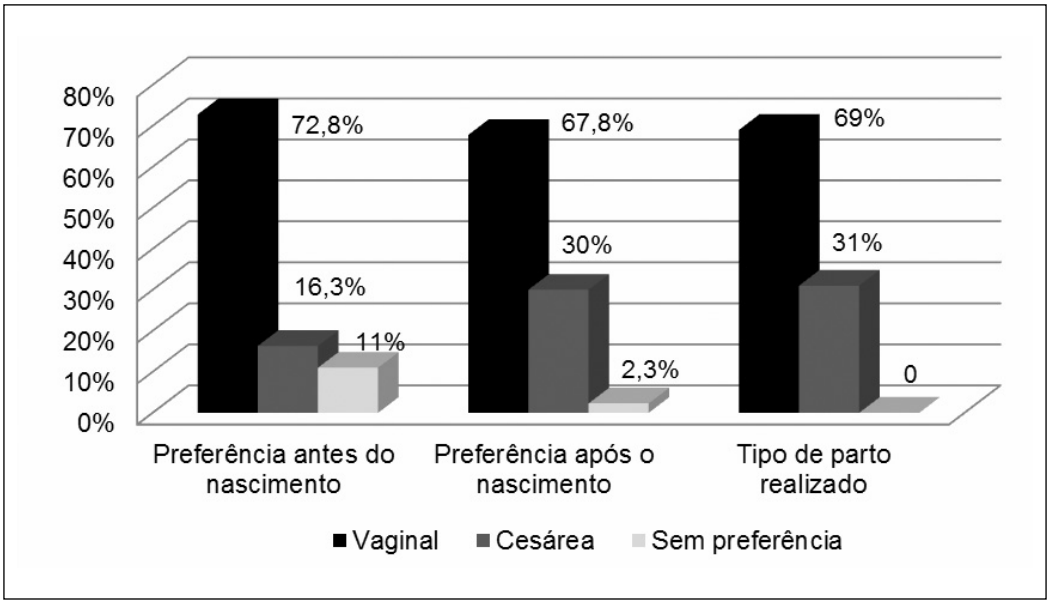


FIGURA 1

TABELA 1 – Comparação entre preferências de via de parto de acordo com variáveis estudadas

Variáveis estudadas	Via de parto de preferência antes do nascimento do bebê			Valor p
	Vaginal n(%)	Cesárea n(%)	Sem preferência n(%)	
Faixa etária (anos)				
18-24	142 (48,8)	21 (32,3)	18 (40,9)	0,072
25-29	84 (28,9)	20 (30,8)	12 (27,3)	
≥ 30	65 (22,3)	24 (36,9)	14 (31,8)	
Companheiro				
Sim	267 (91,8)	53 (81,5)	35 (79,5)	0,008*
Não	24 (8,2)	12 (18,5)	9 (20,5)	
Instrução em anos				
Nenhuma	1 (0,3)	4 (6,1)	0 (0)	0,018*
1-3	3 (1,0)	2 (3,1)	1 (2,3)	
4-7	76 (26,1)	18 (27,7)	12 (27,3)	
8-11	128 (44,0)	19 (29,2)	15 (34,1)	
≥ 12	83 (28,5)	22 (33,8)	16 (36,4)	
Renda familiar (SM**)				
Sem renda	6 (2,1)	2 (3,1)	4 (9,1)	0,006*
Menos de 1	34 (11,7)	4 (6,2)	2 (4,5)	
De 1 a 2	116 (39,9)	22 (33,8)	13 (29,5)	
Mais de 2	124 (42,6)	32 (49,2)	18 (40,9)	
Não sabe	11 (3,8)	5 (7,7)	7 (15,9)	
Ruptura de bolsa				
No ato	126 (43,4)	27 (42,9)	20 (45,5)	0,008*
Até 18h	157 (54,1)	28 (44,4)	21 (47,7)	
Mais de 18h	7 (2,4)	8 (12,7)	3 (6,8)	

*Diferença significativa **Salários mínimos

doloroso nesse momento. Ao questionarmos sobre a dor e o sofrimento independentemente de sua preferência por via de parto, as mulheres indicaram mais dor e sofrimento antes do início do trabalho de parto no parto vaginal (66,8%), durante o trabalho de parto ainda no parto vaginal (75,5%), e no período pós-parto, sofrimento maior em cesarianas (78,5%).

Ao serem questionadas sobre possíveis dificuldades na vida sexual após o parto, dentre as que tinham preferência por parto normal 73,5% negaram tal ocorrência. O mesmo se manteve entre as que preferiam parto cesáreo e as que não tinham preferência por nenhuma via (64,6% e 70,5% respectivamente). No grupo de mulheres que referiram haver dificuldades na vida sexual após o parto, encontramos números bastante coerentes: entre as que preferiam parto vaginal, 54,2% consideravam que esta mudança ocorreria após parto cesáreo, e as com preferência por parto cesáreo indicaram o parto vaginal como passível de interferência no papel sexual. No entanto, entre as mulheres que não têm preferência por via de parto, 77,8% afirmam que tanto o parto normal quanto o cesáreo interferem na vida sexual pós-gestacional. As demais razões propostas às puérperas para a preferência de via de parto encontram-se na Tabela 2.

Em relação à orientação recebida pelas puérperas durante o pré-natal, 169 (42,2%) declararam ter sido orientadas a tentar o parto vaginal, e 65 (16,2%) relataram ter ouvido do médico assistente que a cesárea deveria ser indicada em seu caso. E 166 (41,5%) mulheres disseram não ter recebido qualquer orientação sobre a via de parto conforme sua evolução clínica.

Ao relacionarmos o motivo da indicação de cesárea obtido através dos prontuários médicos com o relatado pelas pacientes, percebemos discordância nas razões alegadas. Ocorreram 124 partos cesáreos, e as principais indicações registradas pelos obstetras foram desproporção cefalopélvica (22,6%), falha na indução (19,4%) e cesárea prévia (14,5%). No entendimento das puérperas, elas foram levadas ao parto cesáreo principalmente por falha na indução (35%); outras condições maternas que impediam parto vaginal e ocorrência de cesárea prévia tiveram iguais percentuais (13,6%). Foi realizado o teste de concordância de Kappa, tendo sido encontrado um valor de 0,55, apontando uma concordância mediana entre a indicação médica e o entendimento das pacientes.

DISCUSSÃO

Em relação à preferência pelo tipo de parto, verificamos que a grande maioria das mulheres (83,8%) não apresentava preferência inicial pela cesariana – ou eram adeptas do parto vaginal, ou não tinham uma opção inicial determinada. Outros estudos brasileiros corroboram com esta preferência inicial por parto normal (3, 4, 12-17).

O medo da imprevisibilidade do parto vaginal e as consequências de um parto vaginal demorado são citados por médicos como razões pelas quais as mulheres preferem cesáreas (15). Na verdade, muitos são os fatores que influenciam o comportamento materno em relação à preferência

TABELA 2 – Razões para preferência de via de parto

Razões propostas às puérperas para preferência de via	Via de parto de preferência antes do nascimento do bebê			
	Vaginal n(%)	Cesárea n(%)	Sem preferência n(%)	Valor p
Acha recuperação mais rápida				
Vaginal	284 (97,6)	58 (89,2)	38 (86,4)	0,009*
Cesárea	3 (1,0)	2 (3,1)	2 (4,5)	
Não sei	2 (0,7)	1 (1,5)	1 (2,3)	
Ambos	2 (0,7)	4 (6,2)	3 (6,8)	
Sai mais rápido da maternidade				
Vaginal	279 (95,9)	55 (84,6)	42 (95,5)	0,003*
Cesárea	1 (0,3)	3 (4,6)	0 (0,0)	
Não sei	7 (2,4)	2 (3,1)	1 (2,3)	
Ambos	4 (1,4)	5 (7,7)	1 (2,3)	
Acha mais cômodo/confortável para a mulher				
Vaginal	193 (66,3)	31 (47,7)	23 (52,3)	0,004*
Cesárea	87 (29,9)	31 (47,7)	15 (34,1)	
Não sei	6 (2,1)	2 (3,1)	5 (11,4)	
Ambos	5 (1,7)	1 (1,5)	1 (2,3)	
Procedimento mais rápido				
Vaginal	151 (51,9)	16 (24,6)	17 (38,6)	<0,001*
Cesárea	112 (38,5)	41 (63,1)	22 (50,0)	
Não sei	25 (8,6)	7 (10,8)	2 (4,5)	
Ambos	3 (1,0)	1 (1,5)	3 (6,8)	
Risco de morte para RN				
Vaginal	72 (24,7)	23 (35,4)	11 (25,0)	0,341
Cesárea	87 (29,9)	15 (23,1)	8 (18,2)	
Não sei	98 (33,7)	22 (33,8)	19 (43,2)	
Ambos	34 (11,7)	5 (7,7)	6 (13,6)	
Risco de morte para mãe				
Vaginal	28 (9,6)	14 (21,5)	9 (20,5)	0,008*
Cesárea	185 (63,6)	31 (47,7)	17 (38,6)	
Não sei	47 (16,2)	14 (21,5)	12 (27,3)	
Ambos	31 (10,7)	6 (9,2)	6 (13,6)	

*Diferença significativa

por determinada via de parto (18): sentimentos como dor e medo, crenças e expectativas, particularidades sociodemográficas e culturais, entre outras.

No presente estudo, encontramos um elevado percentual de mulheres que referem temer a dor e o sofrimento durante o parto vaginal (75,5%). Estes dados podem ser considerados surpreendentes, visto que atualmente a medicina dispõe de recursos analgésicos e de métodos não farmacológicos para alívio da dor (3), como técnicas de relaxamento, não restrição ao leito, presença de um acompanhante de confiança, entre outros (16). Porém, o que parece ser a base do medo relacionado ao parto vaginal não é simplesmente uma falta de informação sobre como se preparar para esse tipo de parto, mas os problemas reais enfrentados por mulheres de diferentes classes sociais no que diz respeito à qualidade do atendimento fornecido (13). A maternidade do Hospital Universitário da ULBRA não dispõe de técnicas específicas para redução da dor; apenas é permitido que um acompanhante esteja presente durante o trabalho de parto e durante o parto e a não restrição ao leito é incentivada. Esta realidade pode ter influenciado a opinião das participantes da nossa pesquisa.

Para as puérperas de alguns estudos, as dores do parto são consideradas "dores de mãe", componente natural do trabalho de parto (4, 11, 19, 20). Embora esta questão da dor seja bastante referida, o que ainda faz com que a gestante prefira o parto vaginal é o medo da dor após a cesariana (15, 19). Cecatti et al., relataram a ocorrência cinco vezes maior de parto cesáreo entre as gestantes não submetidas à analgesia durante trabalho de parto (21).

A dor do parto está relacionada à ansiedade, e é esta ansiedade que incrementa a dor (22). Contudo, a dor do parto tem uma finalidade – e o bebê aparece para justificá-la, recompensando a mãe pelo esforço (22); no parto cesáreo, seu protagonismo fica anulado (19). Segundo Faúndes et al., apenas 10% dos médicos entrevistados, sobre a preferência materna pela via de parto consideram que as mulheres sentem-se tristes por ter dado à luz por via abdominal, revelando esta não ser uma preocupação da equipe técnica na assistência ao parto (15).

Neste estudo, foi significativa a preferência por parto cesáreo nas gestantes em que ocorreu a ruptura de membranas por mais de 18 horas antes do nascimento do bebê, o que pode ser entendido como prorrogação da dor e do

sofrimento materno, e medo de ocorrer algum imprevisto com elas e/ou com o bebê. Quando questionadas a respeito da rapidez do procedimento, entre as mulheres que preferiam parto cesáreo, 63,1% entendiam que ele é mais rápido do que o parto normal. E entre as que preferiam parto vaginal, 51,9% acreditavam ser este o mais rápido. Tais dados confirmam a tese de que a preferência pela via de parto está associada ao menor tempo de procedimento.

A associação positiva entre o grau de escolaridade materna e o parto vaginal sugere que estas mulheres tenham melhor nível de compreensão das informações sobre os benefícios desta via de parto; em contrapartida, em nosso estudo está também descrita a associação entre maior renda familiar e o desejo por cesárea. Não podemos, portanto, presumir que as mulheres com mais de 8 anos de estudo sejam as com maior renda mensal. Vale destacar que 8 anos de estudo denotam Ensino Fundamental completo, o que não garante atualmente estabilidade profissional e rendimentos financeiros. O estudo usou o critério de renda familiar, sugerindo que o parto cesáreo possa refletir a vontade do contexto familiar e social em que a mulher está inserida. Familiares creem em um atendimento médico e hospitalar superior, com cirurgias seguras, rápidas e sem complicações maternas e neonatais (13, 23). Estudos confirmam essa tese quando citam que quanto maior for a renda familiar, menor será a motivação para parto normal (9, 10, 12). Podemos supor, então, que mulheres mais pobres, por não conseguirem pagar pelo procedimento cirúrgico, sentem-se discriminadas quanto ao atendimento recebido.

Embora nesta pesquisa não tenhamos obtido diferença estatisticamente significativa no que diz respeito ao número de gestações prévias em relação à preferência pela via de parto, Faisal-Cury & Menezes, evidenciaram que mulheres multíparas apresentam menor chance de estar desmotivadas para o parto vaginal. A possível explicação é o fato de que essas mulheres tenham passado pela experiência de parto vaginal satisfatório previamente (9). A satisfação é um conceito muito difícil de se interpretar; porém, na maioria das vezes está intimamente relacionada com o atendimento pré-natal oferecido, a assistência perinatal e o resultado neonatal (12).

Entre as pacientes com preferência por parto vaginal, o percentual das que têm companheiro é de 91,8% (p= 0,008), demonstrando que o apoio emocional durante a gestação, parto e puerpério é fundamental para que a gestante realize o parto normal (11). Criar uma atmosfera de segurança para que a mulher se sinta confiante desde os meses iniciais da gestação parece encorajá-la ao parto normal.

Alguns autores asseguram que exista uma parcela de mulheres que preferem parto cesáreo por acreditarem no alargamento da vagina após o parto vaginal (19, 23). O presente estudo não compartilha desta opinião, pois 82% das mulheres entrevistadas não acreditavam na interferência da via de parto na função sexual. E, entre a minoria que temia esta modificação, não havia consenso sobre a via que interferiria; neste grupo, 5,5% julgava que fosse a via vaginal, 7,5% considerava que fosse a via abdominal, e 5% referiam as duas como passíveis de modificação. Os achados de Barbosa et al., de Gama et al., e de Mandarino et al., compartilham os resultados de nosso estudo (16, 19, 12).

Quanto ao questionamento sobre o risco de morte para a mulher durante o parto, 63,6% acreditavam haver maiores riscos no parto cesáreo, o que explica a preferência pelo parto vaginal. E, quando relacionamos o risco de morte para o recém-nascido, não obtivemos relevância estatística nas respostas, o que sugere que, na iminência do parto, sentir-se segura em relação à sua própria saúde talvez seja mais importante do que o bem-estar fetal. Lopes et al., referem que, no momento do parto, as gestantes têm muito mais expectativas em relação a si próprias do que em relação ao bebê (22).

Conhecimentos de riscos, mesmo que superficiais, fazem parte da linguagem com a qual as mulheres expressam suas opiniões sobre os procedimentos debatidos (20). Cernadas et al., em um estudo de coorte prospectivo realizado em Buenos Aires, compararam a morbimortalidade de neonatos nascidos por via vaginal e por cesárea. A percentagem global de morbidade bem como as taxas de internação em unidades de terapia neonatais foram significativamente maiores nos que nasceram por partos cesáreos (1). Também a Organização Mundial de Saúde patrocinou um estudo, com informações originadas de 97.095 partos realizados na América Latina, visando clarear esta mesma questão. Obteve como resultado, independentemente do nível de desenvolvimento local, do tipo de paciente assistida e da capacitação do sistema de saúde, uma resposta constante: a cesariana esteve associada a mais eventos adversos que o parto vaginal (2). Junior et al., constataram maior risco de reinternação após o parto associado à cesárea quando comparado ao parto por via vaginal (24).

Pesquisas realizadas por Cecatti et al., Freitas et al., D'orsi et al., Bonfante et al., demonstraram que a idade materna está diretamente relacionada à prevalência de cesáreas (21, 25, 14, 10), assim como no presente estudo, em que se observa uma tendência de as mulheres preferirem parto cesáreo com o avanço da idade. Embora não existam justificativas biológicas claras para tal, a hipótese é de que mulheres mais velhas estão sujeitas a ter mais comorbidades (19). No entanto, de acordo com as variáveis estudadas, patologias durante a gestação não alteram a preferência da paciente por parto vaginal ou cesáreo. Também é possível pensar que o incremento desses números seja determinado pela solicitação de laqueadura, já que mulheres mais velhas, em geral não pretendem mais gestar (26).

Ao compararmos a preferência pela via de parto antes do nascimento e após o nascimento, obtivemos dados que reforçam estudos já realizados. No presente estudo, percentuais de 16% na preferência por cesárea antes do nascimento alteram-se para 30% na preferência após o nascimento, sendo que a taxa de cesárea foi de 31%, confirmando os achados de Dias et al., 65% das multíparas com cesariana prévia escolheram o parto cesáreo como via de

preferência para a próxima gestação, sugerindo necessidade de ponderação na realização da primeira cesariana (2, 3, 21). Béhague et al., relataram que 83% das mulheres com cesariana prévia repetiram esse procedimento (13). Embora não haja evidência médica de um aumento de risco para mulheres com cesarianas prévias ao serem submetidas ao parto vaginal (18), existe a preocupação em realizá-lo. Uma das justificativas mais recorrentes é o receio de "ruptura de cicatriz uterina", conforme preconizara Cragin em 1916: "uma vez cesárea, sempre cesárea", uma regra que, durante muito tempo, foi considerada absoluta. (10). Cecatti et al., concluem sobre a necessidade do encorajamento de uma prova de trabalho de parto em todas as mulheres com cesárea prévia, a menos que haja forte recomendação médica para não realizá-la (21). Cesarianas prévias têm sido apontadas como fator de manutenção das altas taxas dessa cirurgia em países desenvolvidos (9). Reforçando tal questão, em estudos realizados por Faisal-Cury & Menezes, 2006, mulheres com parto vaginal prévio têm chance menor (em torno de 25 vezes) de optarem por cesariana (9).

Ainda que autores como Béhague et al., e Freitas et al., 2008, tenham encontrado associação positiva entre maior número de consultas pré-natal e maior risco de cesárea nestas pacientes – observando que o maior contato com o obstetra possa influenciar a decisão por cesariana (13, 18) –, este dado não foi encontrado no presente estudo. O número de consultas não teve relevância para preferência pela via de parto. No entanto, a maternidade onde a pesquisa foi realizada funciona em escala de plantão e atende à emergência obstétrica. O pré-natal, quando realizado dentro do hospital, é feito por acadêmicos do Curso de Medicina sob supervisão de médicos-professores, não ocorrendo influência na escolha do tipo de parto.

O predomínio de algumas razões referidas pelas mulheres pela preferência por parto vaginal, tais como considerar a recuperação mais rápida e estar mais rapidamente liberada da maternidade, traduz uma crença comum, também encontradas nos estudos de Hotimsky et al., e Melchiori et al. (20, 4). O que surpreende é que, entre as que têm preferência por parto vaginal, 66,3% julgam mais cômodo e confortável para a mulher, colidindo com o entendimento de que o parto cesáreo é mais cômodo para a gestante. Esses dados são confirmados no estudo realizado por Faúndes et al., de acordo com o qual cerca de 40% das mulheres que haviam experimentado as duas vias de parto declararam preferir o parto vaginal por causar menos dor (15).

Sass & Hwang, mencionaram que a centralização do ensino médico em hospitais de maior complexidade poderia limitar o acesso dos médicos em formação à assistência obstétrica fisiológica, o que torna o profissional capacitado para o enfrentamento de situações complexas, porém limitado para acompanhar e investir em partos vaginais (2). Para outros autores esta certa deficiência na formação obstétrica acaba servindo como justificativa para indicações de cesarianas: apesar de os profissionais capacitados referirem ser de grande importância o conhecimento de manobras obstétricas de assistência ao parto, nem todos se sentem capacitados e confiantes para realizá-las (20, 23).

Segundo Dias & Deslandes, a cesariana é usada como "profilaxia das complicações": substituindo a imprevisibilidade do parto a termo por um planejamento de grande eficiência e lucratividade, criando uma cultura de que, se é feito por especialista, deve ser mais seguro (23, 27). É importante evidenciar que gestações de alto risco são referenciadas a hospitais universitários que dispõem de atendimento diferenciado, o que contribui inevitavelmente para o aumento da incidência de cesáreas nessas instituições (8).

Cecatti et al., observaram que o número de partos abdominais entre 13:00 e 18:00 horas teve expressivo aumento - o dobro dos partos vaginais, haja vista que existe uma tendência de resolutividade de casos para "passagem de plantão" (21). Soma-se a estes o relato de Freitas et al., que registra a ocorrência maior de partos cesáreos em determinados períodos do dia, dando ares de adequação de horários conforme agenda privada do obstetra (18). Ambos os estudos reiteram o papel de fatores não médicos na escolha final pela via de parto cirúrgica.

Cesáreas bem indicadas são componente essencial do cuidado obstétrico e têm de estar devidamente disponíveis para se conseguir reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal (7, 24). Cesarianas indevidamente indicadas podem trazer para a mãe riscos de lacerações acidentais, hemorragias, infecções puerperais; podem, além disso, influenciar negativamente futuras gestações. Alguns autores estimam que, em condições semelhantes, o parto cesáreo relacione-se de 2 a 11 vezes a mais com risco de morte materna do que o parto vaginal, informação ratificada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (11). No caso dos neonatos que nascem por procedimentos eletivos, existe uma frequência maior de morbidades respiratórias (18), prematuridade iatrogênica e podem também estar associados a um menor peso ao nascimento no RN a termo (28). Se pensarmos no binômio mãe-bebê, a não ocorrência de parto vaginal interfere no estabelecimento do vínculo e da instalação da amamentação. O contato pele a pele com a mãe nos primeiros instantes de vida é fundamental para aumentar a incidência do início do aleitamento hospitalar e reduzir morbimortalidade infantil (11). Porém, segundo Boccolini et al., apenas 32,8% dos neonatos são amamentados na primeira hora de vida (29). E para os hospitais, o aumento da taxa de cesáreas eleva o consumo de recursos, o que reverte em aumento de custos.

Segundo Sass&Hwang, o parto vaginal deve abranger três pontos fundamentais: oferecer segurança técnica, ser experiência prazerosa para a mãe e ser visto como momento de interação emocional (2). Certamente, dispomos atualmente de tecnologia para promover essa harmonização.

Potter et al., ponderaram que a elevada prevalência de cesáreas não corresponderia à realidade atual se as gestantes fossem ouvidas e se lhes fossem esclarecidos os procedimentos a serem realizados (17). Para que a mulher possa escolher melhor qual o tipo de parto que se adequa à sua

situação de saúde, às suas crenças e aos seus valores pessoais, é fundamental que se sinta plenamente informada sobre benefícios e desvantagens do parto vaginal bem como do parto cesáreo, pelo profissional que a acompanha (3, 4). Gama et al., relataram que a maioria das mulheres entrevistadas informaram não terem sido adequadamente preparadas no que diz respeito ao reconhecimento de sinais do início do trabalho de parto, à sua evolução e aos procedimentos a que ela pode vir a ser submetida de acordo com a evolução. Destacam, ainda, que as entrevistadas consideram os aspectos clínicos e o manejo do parto menos importante do que a maneira pela qual o parto é conduzido e como são tratadas neste andamento (19). Portanto, é preciso considerar que, ao informar de maneira clara e compreensível a respeito das evidências científicas disponíveis para indicação de melhor conduta para sua situação clínica, vincula-se a paciente à decisão sobre a via de parto, dando-lhe certa autonomia.

Todas as cesarianas realizadas na maternidade em estudo tiveram uma indicação clínica registrada em prontuário: as principais foram desproporção cefalopélvica (22,5%), falha na indução (19,4%) e cesárea prévia (14,5%). Gama et al., constataram que, nos casos em que foi possível avaliar as indicações de parto cesáreo nos registros médicos, 91,8% foram condutas inadequadas e apenas 8,2% adequadas; e acrescentam que a principal razão para a indevida indicação cirúrgica foi não ter uma prova de trabalho de parto para as indicações que não constituem razões absolutas para parto cesáreo (19).

Comparando as indicações médicas com o entendimento destas mulheres sobre os motivos de terem sido submetidas ao parto cirúrgico, verificamos que falha na indução (35%), cesárea prévia (13,6%) e outras condições maternas (13,6%) foram as mais citadas por elas. Apesar de nenhuma das puérperas ter relatado não saber as razões para a indicação de cesárea, os relatos não condizem com as indicações médicas registradas, discordância também encontrada no estudo de Melchiori et al. (4).

Por esse raciocínio, queremos mostrar como a relação médico-paciente tem-se estabelecido de maneira hierárquica, isto é, a mulher fica à mercê da opinião e da conduta de seu médico, não se estabelecendo o vínculo adequado para esclarecimento dos procedimentos a que a gestante será submetida. Por não perceberem terreno propício para a manifestação de opiniões e tomadas de decisões, as mulheres muito pouco opinam e questionam sobre a via de parto (19). Em nosso estudo, nenhuma puérpera declarou que a cesariana tenha sido solicitada por ela ao médico.

Nossos resultados revelam um grande contraste entre a via de preferência das mulheres e os elevados índices de cesáreas no Brasil. Ações direcionadas às gestantes visando à orientação e à informação se fazem necessárias para que se sintam esclarecidas e seguras. Cabe ao médico respeitar os critérios clínicos que norteiam as indicações de via de parto, informando a paciente de todos os procedimentos a que será submetida.

As gestantes, quando referenciadas para a maternidade, deveriam ser apresentadas aos plantonistas da equipe que estarão cuidando de seu bem-estar e do bem-estar fetal durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Durante este processo, a presença de acompanhante assim como o esclarecimento de dúvidas que surgirem são imprescindíveis para tranquilizar a gestante, diminuindo significativamente níveis de ansiedade.

Altas taxas de partos cesáreos não são sinônimas de boa qualidade de cuidados fornecidos à gestante e ao recém-nascido. Fica clara a necessidade de desenvolver programas que trabalhem exaustivamente no esclarecimento da população leiga sobre benefícios e desvantagens das vias de parto. Soma-se a isso a necessidade de um trabalho conjunto de comissões de pediatras e obstetras, que debatam sobre os riscos de cesárea eletiva para a mãe e o recém-nascido. Obviamente que condições adequadas de trabalho bem como remuneração apropriada à equipe técnica incentivam o acompanhamento do trabalho de parto, mesmo que prolongado. Tal compreensão propicia o desenvolvimento de mecanismos de controle na indicação de cesáreas.

Espera-se, para tanto, que novos e amplos trabalhos sejam desenvolvidos neste campo para que possam fornecer subsídios para elaboração de estratégias visando à promoção de saúde da gestante e do bebê.

CONCLUSÕES

Nossos achados revelaram a preferência de puérperas pela via vaginal antes do nascimento do bebê, dados que contrastam com os altos índices de cesáreas registradas atualmente no Brasil. Menos dor e sofrimento, menor tempo de recuperação, maior rapidez do procedimento e menor risco de morte materna foram as principais justificativas referidas pelas puérperas na escolha de uma ou de outra via de parto.

Em meio às variáveis estudadas, existência de companheiro fixo, grau de instrução, renda familiar mensal e tempo de ruptura de membranas estiveram associadas às preferências de via de parto das puérperas.

A justificativa dada pelas pacientes para a realização da cesariana foi discordante da indicação médica na maioria dos casos. Concluímos, portanto, que não esteja sendo estabelecido um vínculo adequado entre a gestante e seu médico assistente para que dúvidas e expectativas sejam devidamente esclarecidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cernadas JMC, Mariani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brener P et al. Nacimiento por cesárea al término em embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Arch Argent Pediatr. 2010;108(1):17-23.
2. Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. Diagn Tratamento. 2009;14(4):133-137
3. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Filha MMT 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. 2008;13(5):1521-1534.
4. Melchiori LE, Maia ACB, Bredariolli RN, Hory RI. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. Interação em Psicologia. 2009;13(1):13-23
5. Pinto ACM, Lima LC, Gomes MMF, Arantes RC, Alberto SA. Parto Cesáreo eletivo no Brasil: uma análise dos fatores associados com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. Disponível em: www.alapop.org/2009/Docs/Pinto_ST2.pdf. Acessado jul 2010.
6. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Araújo DMR, Sousa EB. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil. 2007;7(3):271-280.
7. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Hammes LS, Serrano YLG. Cesariana. In: Rotinas em Obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006, 282-301.
8. Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):9-15.
9. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesariana. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):226-232.
10. Bonfante TM, Silveira GC, Sakae TM, Sommacal LF, Fredrizzi EM. Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2009;38(1):26-32.
11. Tedesco RP, Filho NLM, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM et al. fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. RBGO. 2004;26(10):791-798.
12. Mandarino NR, Chein MBC, Júnior FCM, 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 Luíz, Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25(7)1537-1596
13. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. BMJ 2002;324:942-948.
14. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(10):2067-2078.
15. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Rev Saúde Pública. 2004;38(4):488-494.
16. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E et al. Parto Cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad. Saúde Pública. 2003;19(6):1611-1620.
17. Potter JE, Bérquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. BMJ 2001;323:1155-1158.
18. 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. 2008;24(5):1051-1061.
19. Gama AS, Giffin KM, Tuesta AA, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesáreo em maternidade pública e privada. Cad Saúde Pública. 2009;25(11):2840-2488.
20. Hotimsky SN, Rattney D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad Saúde Pública. 2002;18(5):1303-1311.
21. Cecatti JG, Andreucci CB, Cacheira PS, Pires HMB, Silva JLP, Aquino MMA. Fatores associados à realização de cesáreas em primíparas com uma cesárea anterior. RBGO. 2000;22(3):175-179.
22. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini CA. O Antes e o Depois: expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2005;18(2):247-254.
23. Dias MAB, Deslandes SF. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. Cad de Saúde Pública. 2004;20(1):109-116.
24. Junior LCM, Sevrin CE, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC, et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(1):124-132.
25. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):761-767.
26. Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Filho OBM. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. Rev Saúde Pública 2010;44(1):70-79.
27. Diniz SG. Gênero, saúde materna e paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009; 19(2): 313-326.
28. Murta EFC, Freire GC, Fabri DC, Fabri RH. Could elective cesarean sections influence the birth weight of full-term infants? Sao Paulo Med J. 2006;124(6):313-315.
29. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Leal MC, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. Cad Saúde Pública. 2008;24(11):2681-2694.

✉ Endereço para correspondência
Maria Rosa Krämer Iorra
Av. Independência 510/902
90035-071 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 9681-0117
mr.iorra@yahoo.com.br

Recebido: 19/5/2011 – Aprovado: 28/7/2011