



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E
SAÚDE PÚBLICA

**VIA DE PARTO: determinantes que levam à tomada de
decisão por parte da mulher**

Caroline Araújo Mendes

Belo Horizonte
2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E
SAÚDE PÚBLICA
Caroline Araújo Mendes

**VIA DE PARTO: determinantes que levam à tomada de
decisão por parte da mulher**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da UFMG, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Laíse
Conceição Caetano

Belo Horizonte
2011

RESUMO

O estudo é de caráter descritivo tipo revisão bibliográfica, sendo a pesquisa realizada na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os seguintes descritores: parto normal e cesárea. Foram recuperados 464 artigos nas várias línguas: português, inglês e espanhol publicados entre os anos de 2002 a 2011. Na análise dos títulos foram selecionados 32 trabalhos para leitura superficial dos resumos que se referiam ao objeto de estudo, destes foram excluídos 20 por não se encaixarem nos critério de inclusão que eram artigos na língua portuguesa e ao mesmo tempo serem relacionadas ao tema. Em seguida foi realizada uma leitura completa de cada artigo com interpretação dos textos, e construído uma lista de categorias originárias dos artigos de revisão buscando responder os objetivos propostos. Foram identificadas as seguintes categorias analíticas: Fatores que interferem na escolha da mulher, fatores associados a instituições públicas e privadas e fatores associados a influência profissional. Pelos artigos selecionados a dor é o motivo mais citado pelas mulheres para a escolha da via de parto. As mulheres com um nível socioeconômico mais elevado apresentam maior chance de ter um parto cesárea; a opinião do profissional está diretamente ligada a opção da via de parto da gestante. É necessária a modificação da atuação do profissional e do serviço de saúde suplementar na atuação a assistência a gestante. É preciso identificar os medos e as crenças, a inclusão de políticas nas instituições com a adoção do programa de humanização do parto levando a uma mudança da realidade encontrada nos tempos atuais. Este estudo não se encerra aqui, ele abre espaço para novas discussões sobre os altos índices de cesárea eletiva, a humanização da assistência obstétrica e consolidação desta prática em nosso país.

Palavras-chave: Via de parto. Parto normal. Cesárea.

ABSTRACT

This study is a descriptive type of literature review and the study performed in the database of the Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), using the following keywords: vaginal childbirth and cesarean. We retrieved 464 articles in different languages: Portuguese, English and Spanish published between the years 2002 to 2011. In the analysis of 32 studies were selected titles for superficial reading of the summaries that referred to the object of study, these 20 were excluded because they do not fit the inclusion criteria were that articles in the English language while being related to the theme. We then carried out a thorough reading of each article with the interpretation of texts, and built a list of categories originating in the review articles seeking to answer the objectives. We identified the following analytical categories: Factors that influence the choice of women, factors associated with public and private institutions and factors associated with professional influence. Articles selected by the pain is the reason most often cited by women for choosing the way of childbirth. Women with a higher socio-economic level are most likely to have a Caesarean childbirth, the opinion of the professional is directly related to the choice of way of childbirth of pregnant women. It is necessary to change the performance of the professional and service activities in the supplementary health assistance to pregnant women. We need to identify the fears and beliefs, including political institutions with the adoption of the humanization of childbirth program leading to a change of reality found in modern times. This study does not ends here, it creates opportunities for further discussions about the high rates of elective caesarean, the humanization of obstetric and consolidation of this practice in our country.

Keywords: Childbirth way. Natural childbirth. Cesarean.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
3. CAMINHO METODOLÓGICO	11
4. REFERENCIAL TEÓRICO	12
5. LISTA DOS ARTIGOS DE REVISÃO	15
6. CATEGORIAS ANALÍTICAS VINDAS DOS ARTIGOS DA REVISÃO.....	17
6.1 Fatores que interferem na escolha da mulher.....	17
6.2 Fatores associados a instituições públicas e privadas	24
6.3 Fatores associados a influência profissional	27
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
8. REFERÊNCIAS	36

1. INTRODUÇÃO

Em décadas passadas a mulher era considerada frágil e incapaz de assumir a direção e chefia do grupo familiar. O homem, associado à idéia de autoridade devido a sua força física e poder de comando, assumiu o poder dentro da sociedade. Assim, surgiram as sociedades patriarcais, fundadas no poder, como homem o chefe de família. A idéia de posse dos bens e a garantia da herança para as gerações futuras levaram o homem a interessar-se pela paternidade. A sexualidade da mulher foi sendo cada vez mais submetida aos interesses do homem, tanto no repasse dos bens materiais, por meio da herança, como na reprodução da sua linhagem. A mulher passou a ser do homem, como forma de perpetuar-se por meio de sua descendência. A função da mulher foi sendo restrita ao mundo doméstico e da submissão. Ela detinha apenas o conhecimento para que pudesse cuidar dos filhos e do lar, cabendo apenas ao homem o direito da busca pelo conhecimento, da cultura, do convívio social (BESSA, 2007).

A assistência ao parto neste tempo era realizada apenas por mulheres, nos domicílios com parteiras ou comadres, que detinham algum conhecimento sobre a parturição. Elas trocavam experiências, utilizavam talismãs, orações e crenças para criar um clima benéfico para o momento do parto (PROGIANTI E BARREIRA, 2001).

Largura (2004) considera que as parteiras sempre tiveram uma imagem ambígua e Seibert et al (2005) afirmam que elas auxiliavam nos partos e realizavam abortos, levando ao descrédito da profissão e a uma intervenção do estado e da igreja o que transformou sua prática, em uma atividade suspeita.

Para Bruggemann (2001) o que levou ao declínio na profissão das parteiras foi a criação do fórceps, pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain e o desenvolvimento de sua utilização, permitindo a intervenção masculina nos cuidados ao pé do leito, substituindo o paradigma não-intervencionista pelo parto controlado pelo homem.

Neste sentido, como meio de facilitar as intervenções sobre o parto e sob a influência de François Mauriceau, da escola obstétrica francesa, o parto horizontal também passa a ser adotado (PRADO, 2004).

De acordo com Resende (1987) na idade média, os parteiros-sacerdotes, colaboravam nos partos complicados, surgindo assim, a figura masculina no cenário do parto.

A competição entre médicos e parteiras estendeu-se durante séculos. As parteiras, não tendo acesso à Universidade, portanto, ao conhecimento científico, foram aos poucos se tornando subordinadas aos cirurgiões e físicos e se afastando gradualmente das práticas obstétricas. O avanço do capitalismo industrial acabou por culminar com o monopólio dos médicos no exercício da obstetrícia, sendo necessário todo o século XIX para que fossem desenvolvidas novas técnicas de cirurgia, anestesia e para o uso da assepsia durante o trabalho de parto; a institucionalização do parto foi fundamental para o desenvolvimento de tais técnicas (SEIBERT et al, 2005).

Segundo Bessa (2007) a sociedade patriarcal permaneceu ao longo do tempo, mesmo na sociedade industrial, porém, o mundo do trabalho se distancia do mundo doméstico. Permanece o poder patriarcal na família, mas a mulher das camadas populares foi submetida ao trabalho em fábricas. A revolução industrial incorporou o trabalho da mulher no mundo da fábrica, separou o trabalho doméstico do trabalho remunerado fora do lar e a mulher foi incorporada subalternamente ao trabalho. Em fases de ampliação da produção, a mão de obra feminina era incorporada à masculina, já nas fases de crise, o trabalho masculino era substituído pelo feminino, por ser este mais barato. A mulher passou a ter uma dupla jornada de trabalho e a ela cabia cuidar da prole, dos afazeres domésticos e também do trabalho remunerado.

Ainda, segundo o autor, as lutas entre homens e mulheres trabalhadoras sempre estiveram presente em todo o processo da revolução industrial. Os homens substituídos pelas mulheres na produção fabril acusavam-nas de roubarem seus postos de trabalho.

A luta contra o sistema capitalista de produção aparecia permeada pela questão de gênero, que se colocava como um ponto de impasse na consciência de classe do trabalhador. As mulheres pobres sempre trabalharam e sua remuneração era inferior ao do homem. Assim, nasceu a luta das mulheres por melhores condições de trabalho. No século XIX, já havia movimento de mulheres reivindicando direitos trabalhistas, igualdade de jornada de trabalho para homens e mulheres e o direito de voto (BESSA, 2007).

As mulheres começaram uma luta organizada em defesa de seus direitos, contra as formas de opressão a que eram submetidas que foi denominada de feminismo e a organização das mulheres em prol de melhorias na infra-estrutura social foi conhecida como movimento de mulheres. Os valores morais impostos às mulheres durante muito tempo dificultaram a luta pelo direito de igualdade. As que assumiram o movimento feminista foram vistas como "mal amadas" e discriminadas pelos homens e também pelas mulheres que aceitavam o seu papel de submissas na sociedade patriarcal. Buscavam a construção de novos valores sociais, nova moral e nova cultura. Uma luta pela democracia, pela igualdade entre homens e mulheres e, suprimindo as desigualdades de classe. A luta pela democratização das relações de gênero persistiu e com a Constituição Federal de 1988 a mulher conquistou a igualdade jurídica, o homem deixou de ser o chefe da família e a mulher passou a ser considerada um ser tão capaz quanto o homem (BESSA, 2007).

Ela conquista sua independência autonomia sobre si mesma nas decisões do lar e profissional. Passa a ter maior acesso à cultura, lazer, convívio social e conhecimento científico. Passa a ser valorizada na sociedade à medida que vai conquistando seu espaço, no entanto, em relação à assistência ao parto ainda se observa a sua dependência do modelo assistencial vigente, uma vez que o modelo de assistência ao parto encontrado no Brasil é caracterizado pelo alto índice de intervenções ao parto, elevado grau de medicalização e uso abusivo de procedimentos invasivos.

Tais procedimentos tiveram uma tendência, ainda em ascensão em muitos lugares, de aumento exagerado da utilização destes como o parto por cesárea, o uso rotineiro da episiotomia, a monitorização fetal eletrônica e o uso rotineiro de ocitocina. A utilidade de procedimentos invasivos associados à gravidez e ao parto, de maneira alguma é válida ou foi comprovada a associação automática da utilização destes recursos de forma alargada para gestações de baixo risco com bons resultados. Ao contrário, existem múltiplas evidências mostrando que sua utilização em situações e proporções além do necessário associa-se com aumento da morbidade materna, mortalidade materna e morbidade perinatal (BUEKENS, 2001).

Vivemos, hoje, no Brasil, uma situação alarmante, onde o número de cesáreas está entre os mais altos do mundo, podendo ultrapassar 80% dos casos em instituições hospitalares privadas, além da adoção indiscriminada de práticas desnecessárias, atribuindo-se ao parto normal, muitas vezes, uma conotação negativa perante as mulheres. Sabe-se que tanto a

mortalidade materna quanto as esterilizações cirúrgicas estão diretamente relacionadas ao uso abusivo de cesarianas no Brasil, e mesmo assim não temos mecanismos eficientes para seu controle e regulação, submetendo mulheres e recém-nascidos a riscos desnecessários. (GIFFIN E COSTA, 1999).

Segundo Faúndes e Cecatti (1991) o Brasil atingiu na última década níveis extremamente elevado, superior ao de qualquer outro país em relação às taxas de cesarianas. Tal fato vem ocorrendo paralelamente ao crescimento de recursos modernos propedêuticos, com diagnósticos mais precisos, o que pode eventualmente contribuir para esta elevação. Alguns estudos têm tentado correlacionar a incidência de parto por cesárea, segundo as condições sociais da gestante.

De acordo com Gentile et al (1997) não é a forma de remuneração da assistência ao parto, isoladamente, que interfere no índice de cesáreas, mas sim uma série de variáveis que podem influenciar no tipo de contrato que se estabelece entre a paciente e o profissional de saúde.

Apesar das justificativas a favor da instrumentalização do parto nos dias de hoje, as políticas governamentais e a própria sociedade vem clamando pela atenção humanizada. Dentro desta o cliente deve manifestar a sua subjetividade e, o profissional, o respeito ao seu direito bem como suas referências culturais. Na assistência ao parto deve-se, portanto estar atento a esses preceitos garantido ainda a qualidade de todo o processo assistencial.

Vejo que a prática assistencial, na realidade, ainda tem muito a percorrer, precisa se voltar mais para mulher enquanto ser ativo e capaz de, com autonomia, conduzir o seu processo de parturição. Nesse sentido, durante a minha vivência acadêmica, profissional e pessoal, pude observar que algumas mulheres logo no início da gestação já haviam escolhido a via de parto. Diante disso, passei a indagar quais os fatores têm influenciado as mulheres na sua decisão sobre a via de parto?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar os fatores associados à escolha da via de parto pelas mulheres por meio da literatura.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

O estudo é de caráter descritivo tipo revisão bibliográfica, sendo a pesquisa realizada na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os seguintes descritores: parto normal e cesárea. Foram recuperados 464 artigos nas várias línguas: português, inglês e espanhol publicados entre os anos de 2002 a 2011. Na análise dos títulos foram selecionados 32 trabalhos para leitura superficial dos resumos que se referiam ao objeto de estudo, destes foram excluídos 20 por não se encaixarem nos critério de inclusão que eram artigos na língua portuguesa e ao mesmo tempo serem relacionadas ao tema. Em seguida foi realizada uma leitura completa de cada artigo com interpretação dos textos, e construído uma lista de categorias originárias dos artigos de revisão buscando responder os objetivos propostos.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

É definido como parto normal aquele de início espontâneo e de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho ficam em boas condições (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde o início da década de 1980 tem trazido contribuições importantes ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, com base em evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo médico de atenção.

A cesárea resume-se em uma incisão abdominal vertical ou transversa baixa para a retirada do feto (RICCI, 2008). As indicações mais comuns para a realização de cesárea no Norte da América é a cesárea iterativa, distócia, falha de progressão, apresentação pélvica e sofrimento fetal (BAXLEY et al, 1993).

É preconizado pela Organização Mundial de Saúde uma taxa de cesariana entre 10% a 15%, mas de acordo com a Associação Nacional de Saúde Suplementar tem se observado uma taxa muito superior a este valor no Brasil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem estar físico e emocional, favorecendo a redução de riscos e complicações. O respeito ao direito da mulher, a privacidade, a segurança e conforto com uma assistência humana e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição, transformam o nascimento num momento único e especial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

É bastante conhecido que a América Latina apresenta as mais elevadas taxas de cesárea entre todos os países do mundo (BELIZAN et al, 1999). Especificamente para o Brasil estas taxas eram as maiores do planeta até 1997, quando foram suplantadas pelas do Chile, que apresentam tendência de crescimento. Com as medidas governamentais implantadas no Brasil a partir de 1998, foi possível deter e até mesmo reduzir um pouco as taxas de cesárea no país. Embora, evidentemente por motivos éticos, não existam ensaios

clínicos controlados comparando o parto vaginal com a cesárea, com relação a uma série de resultados maternos e perinatais como seria desejado.

Todas as evidências indiretas ou provenientes de estudos observacionais têm demonstrado genericamente vantagem do parto vaginal comparativamente à cesárea. Além de uma série de complicações mais relacionadas ao parto por cesárea do que ao parto vaginal, vários estudos têm demonstrado um risco relativo de morte materna maior para o parto por cesárea em relação ao vaginal, principalmente associado à ocorrência de complicações hemorrágicas, infecciosas, embolia pulmonar e acidentes anestésicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). É bem verdade que, em vários contextos, a falta de acesso à cesárea, como de resto a todos os procedimentos de atenção obstétrica de emergência, pode representar o risco maior de morte materna (SIMPSON, 2005).

As taxas elevadas de cesáreas constituem um problema do sistema de saúde dos países em desenvolvimento. Mesmo não considerando os riscos médicos associados a este procedimento, outras vantagens econômicas para o sistema são observadas com a redução destas taxas, tanto no serviço público quanto no privado. Várias iniciativas para implementar programas ou políticas de contenção dos níveis alarmantemente elevados de cesárea têm sido feitas. Entre elas, destacam-se a elaboração de guias de condutas baseadas em evidências científicas, estímulo à realização de prova de trabalho de parto em mulheres com cicatriz de cesárea anterior, além da política de solicitar uma segunda opinião antes de realizar uma cesárea não emergencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; SIMPSON, 2005; ALTHABE et al, 2004). Há que destacar também que, dentro da política nacional de saúde do país a estratégia de melhoria das condições assistenciais na área materno infantil veio por meio da implantação dos princípios de humanização. A humanização é um componente fundamental e essencial para nortear todo o cuidado prestado á mulher durante o processo de nascimento.

A evolução das taxas de cesárea no SUS, entre 1995 e 2005, mostra uma redução que vai de 31,97% para 24% nos primeiros cinco anos e o retorno de uma linha de crescimento entre 2000 e 2005, chegando a 38,6% dos partos no SUS. Se compararmos a proporção de nascidos vivos por cesárea, entre 1999 e 2004, é possível verificar o seu crescimento de 36,9% para 41,75% (Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – DATASUS). Esses dados ilustram que, apesar dos esforços governamentais, seguindo o

preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as elevadas taxas de cesárea persistem e não sofrem impactos consideráveis (GAMA et al, 2009).

De acordo com Diniz (2005) no Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários estados. As propostas de humanização do parto, no SUS bem como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal e assim, a reinvenção do parto como experiência humana, permitir e estimular a participação da mulher e família nas suas escolhas e isto, com certeza, contribui para o “bem estar e estar melhor” de todos os seres envolvidos num momento único na vida de uma família.

Concordo com Prado (2004) que humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe, a cada pai, ou seja, à família envolvida em cada nascimento. A técnica não pode tornar-se mais importante do que as pessoas envolvidas. O parto deve voltar a ser visto como um processo fisiológico natural e feminino.

Wolff (2004) pontua o cuidado humanizado, permeado pela sensibilidade nas atitudes da equipe multiprofissional, formada por profissionais conscientes do papel que desempenham, traz segurança e bem-estar neste período tão único na vida da mulher.

Almeida (2008) ressalta que o cuidado integral prestado à parturiente durante seu trabalho de parto e parto atende a necessidade da mulher sentir-se acolhida e respeitada durante este período em que a mesma percebe modificações importantes em seu corpo e busca resguardo para preservar e garantir sua saúde e bem-estar físico e emocional.

5. LISTA DOS ARTIGOS DE REVISÃO

Quadro 1 – Artigos encontrados nas bases de dados LILACS sobre a escolha da via de parto.

Periódico	Autores	Cidade de procedência da pesquisa	Ano de publicação	Descritores (palavra-chave)
Caderno de saúde pública	BARBOSA, G et al.	Rio de Janeiro	2003	Cesárea; Assistência perinatal; Saúde reprodutiva.
Associação Médica Brasileira	BONFANTE, et al.	Santa Catarina	2009	Cesárea; Fatores de risco; Fatores socioeconômicos.
Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia	COSTA, N et al.	São Paulo	2006	Cesárea; Saúde reprodutiva; Esterilização; Anticoncepção; Incidência; Estudos multicêntricos.
Revista de saúde pública	CURY, A; MENEZES, P.	São Paulo	2006	Parto obstétrico; Parto normal; Satisfação do paciente; Conhecimentos atitudes e práticas em saúde.
Ciências e saúde coletiva	DIAS, M et al.	Rio de Janeiro	2008	Cesariana; Saúde Complementar; Pré-natal.
Revista de saúde pública	FAÚNDES, A et al.	São Paulo	2004	Cesárea; Parto normal; Mulheres; Médicos;

				Conhecimentos, atitudes e práticas; Entrevistas.
Caderno de saúde pública	GAMA, A et al.	Rio de Janeiro	2009	Serviços de Saúde Materno-infantil; Parto normal; Cesárea
Caderno de saúde pública	MANDARINO, N et al.	Rio de Janeiro	2009	Parto obstétrico; Maternidade; Estudo Comparativo.
Interação em psicologia	MELCHIORI, L et al.	Curitiba	2009	Parto normal; Cesárea; Gravidez; Psicologia da saúde.
Revista Latino Americana de Enfermagem	OLIVEIRA, S et al.	São Paulo	2002	Parto; Cesárea.
Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia	TEDESCO, R et al.	São Paulo	2004	Via de parto; Primigesta; Gravidez normal; Parto normal; Cesariana.
Revista de Enfermagem UERJ	ZAMBRANO, É et al.	Rio de Janeiro	2003	Cesárea; Enfermagem obstétrica; parto normal; saúde da mulher.

6. CATEGORIAS ANALÍTICAS VINDAS DOS ARTIGOS DA REVISÃO

6.1 Fatores que interferem na escolha da mulher

De acordo com o estudo de Dias et al (2008) que teve como objetivo descrever as características socioeconômicas, demográficas, culturais e reprodutivas de puérperas e os determinantes da decisão por parto cesárea em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro, composta por 437 puérperas que tiveram partos vaginais ou cesarianos no período de outubro de 2006 a janeiro de 2007, é possível averiguar que a grande maioria das mulheres entrevistadas (70%) apresentava preferência pelo parto normal. O medo da dor foi o mais citado por aquelas que optaram pela cesárea, o que de acordo com os autores, vem mostrar a necessidade de fortalecer ações educativas que divulgue informações sobre as vantagens e desvantagens sobre as diferentes vias de parto, as formas de alívio da dor e os métodos não farmacológicos.

A pesquisa desenvolvida por Gama et al (2009) foi realizada em três maternidades do Município do Rio de Janeiro, sendo uma pública, uma conveniada com o SUS e uma particular, no período compreendido entre março e setembro de 1999, com a finalidade de comparar as diferentes representações e experiências das mulheres quanto ao parto vaginal e cesárea, bem como investigar a natureza das relações profissionais de saúde/usuárias no contexto institucional em que estão inseridas, supondo que contribuem para a manutenção de altas taxas de cesárea e de outras intervenções no parto, nos diferentes modelos de organização dos serviços: público, conveniado com o SUS e privado. Foi definido como sujeito da pesquisa mulheres que haviam passado pelos dois tipos de parto no total de 23 mulheres entrevistadas. Ao compararem o parto normal e a cesárea, as puérperas de ambos os estratos sócio-econômicos destacaram maiores vantagens para o parto normal. São eles: o protagonismo da mulher, as diferenças no cuidado médico, a qualidade da relação com o bebê e a recuperação no pós-parto. As representações quanto ao parto normal são de um parto ativo, no qual as dores são vividas como as “dores de mãe”. “É botar o neném pra fora. É muito bonito”. Sinalizaram, também, que o parto normal é mais saudável para o bebê e a mulher, por ser algo mais natural. Pode-se afirmar que a passagem do status de mulher para o

de mãe, mediada pela cesariana, perderia parte de seu sentido, tendo em vista a anulação do protagonismo feminino no momento do parto.

Gama et al (2009) também investigaram as vantagens e desvantagens da cesárea. Na primeira, foi constatada a ausência das dores do trabalho de parto e a possibilidade da laqueadura. Como desvantagens foram mencionadas as dores no pós-parto, as dificuldades de recuperação e os riscos inerentes à cirurgia. Ressaltaram que a cesárea deve ser feita somente em caso de risco para a mãe ou o bebê.

Os autores acima citados, ao perguntarem a opinião das entrevistadas sobre o aumento crescente de mulheres que fazem uma cesárea, a pedido ou não, o principal fator foi o medo das dores do parto e o desconhecimento das vantagens do parto normal. Algumas mulheres do setor privado destacaram a possibilidade de programar o parto devido à vida agitada da mulher contemporânea, em vez de esperar pela imprevisibilidade do parto normal. Contudo, algumas entrevistadas de ambos os grupos argumentaram que o principal motivo para o aumento de cesáreas encontra-se na conveniência do médico, porque é um parto mais rápido, na falta de paciência em esperar a progressão do parto normal ou mesmo devido à insegurança, caso o parto saia do padrão de evolução esperado.

O estudo realizado por Faúndes et al (2004) que teve como objetivo conhecer a preferência das mulheres quanto às vias e formas de parto, e a opinião de médicos a respeito dessa preferência, entrevistou 656 mulheres atendidas no Sistema único de Saúde – SUS, em hospitais de São Paulo e Pernambuco, vem demonstrar um grande contraste entre a opinião das mulheres sobre a via de parto e o que os médicos manifestam compreender como sendo a opinião das mesmas. Enganaram-se os que revelaram acreditar ser a cesárea a maior opinião expressada; este artigo revela que, a preferência dos médicos pela via de parto está totalmente divergente do real motivo relatado pelas mulheres. O medo da dor durante o parto é relatado pela equipe médica como o maior motivo para se evitar o parto normal pelas mulheres vem discordar do relato das mesmas. Elas pontuam a dor pós-cesariana como principal motivo pela preferência ao parto normal e a chance de voltar mais rápido a vida social. Motivos estéticos e medo de danos a função sexual são alguns dos motivos citados pelos médicos, relato não incluso nas entrevistas das mulheres.

Pode ser observado no estudo de Tedesco et al (2004) com primigestas atendidas nos pronto-socorros dos serviços da Faculdade de Medicina de Jundiaí por internos, residentes e professores da disciplina de Obstetrícia no período de 20 de setembro a 20 de novembro de 2003 com uma amostra de 40 pacientes que teve como objetivo conhecer as expectativas de primigestas com relação à via de parto, bem como os motivos de sua escolha, procurando melhorar a qualidade do relacionamento profissional/paciente e Oliveira et al (2002) realizado mediante entrevista com 221 puérperas que tiveram parto em maternidades públicas estaduais, localizadas no município de São Paulo, com o objetivo de identificar o tipo de parto esperado pelas mulheres, considerando a via vaginal ou cesariana e sua justificativa, verificar a ocorrência do tipo de parto, segundo as expectativas dessas mulheres e comparar a indicação do profissional da cesariana com o entendimento das mulheres sobre justificativa dessa intervenção, que a escolha pela cesárea ocorreu pelo medo da dor, por ter uma cesárea anterior e ser na concepção das mulheres mais seguro para mãe e bebê. Já a escolha pelo parto vaginal foi devido a um parto mais prático, medo da dor que ocorre após a cesárea, ser mais seguro para mãe e bebê, pois com ele terá a ausência de cicatriz, ser possível uma vida sexual sem danos, ter menor tempo de internação e uma recuperação mais rápida.

Zambrano et al (2003) no estudo que teve com objetivo de identificar o conhecimento da puérperas sobre os tipos de parto e as orientações ministradas no pré-natal referentes a tal assunto em uma maternidade no município de Araraquara – SP, em 2002, com puérperas assistidas pelo sistema particular num total de 44 mulheres mostra que a escolha pela cesárea deu-se pelo medo das mesmas em relação à dor do parto, desinformação e assistência pré-natal inadequada. Das razões que as levaram à escolha da cesárea, 41% citaram que foi o desejo pela laqueadura. Este é um fato que se constituiu em um problema sério que deve ser analisado e refletido pelos profissionais da saúde, 20,5% relatou a escolha pela cesárea devido a uma cesárea anterior e 13,7% por medo do parto normal.

O medo da dor é o motivo mais citado pelas mulheres ao realizar a escolha pelo tipo de parto, que está confirmado no estudo de Mandarino et al (2009) realizado em duas unidades hospitalares uma pública e outra privada, referências para atendimento obstétrico e perinatal, de fevereiro a maio de 2007, participando do estudo todas as primíparas em trabalho de parto internadas neste período (252 mulheres no total) com o objetivo de analisar os aspectos relacionados à escolha do tipo de parto. No estudo de Bonfante et al (2009) que teve como objetivo estudar os fatores relacionados à preferência pelo parto cesárea entre puérperas

de clinica publica e privada em Tubarão Santa Catarina, com 169 puérperas de agosto de outubro de 2007, as mulheres que optaram pela cesárea relataram esta escolha pelo medo da dor causada durante o parto normal e as mulheres que optaram pelo parto vaginal decidiram por esta via, pois a mesma proporciona uma recuperação mais rápida pós-parto e a liberta da dor mais rapidamente.

O medo pelo parto normal acontece e é visível, quando a razão principal para levar a um parto cesárea é a dor. A falta de informação, de um diálogo que possa trazer tranquilidade numa conversa franca e esclarecedora entre profissionais de saúde e paciente poderia melhorar os anseios da mulher em relação ao parto. Por isso, é necessário “mudança de atitudes dos procedimentos obstétricos”, para que haja melhor prática do conhecimento nos “procedimentos médicos” (TEDESCO et al, 2004).

Costa et al (2006) apresenta em seu estudo desenvolvido entre abril de 1998 a junho de 2000, onde as gestantes foram acompanhadas do momento em que procuraram um serviço de saúde para realização do pré-natal até o pós-parto, grávidas no máximo de 22 semanas, com um total de 433 mulheres inicialmente, com mulheres de 18 a 40 anos da região metropolitana de Natal – Rio Grande do Norte. Das 269 mulheres que tiveram seguimento no estudo, 74% não tomaram medicamento algum para dor, independente do sexo e da parturição, o que pode trazer consequências para uma próxima decisão do tipo de parto, quando leva a optar precipitadamente por um parto cesárea como forma de evitar a dor.

A possibilidade de escolha do uso da analgesia leva a vantagem de aumentar o número de mulheres que se submetem ao parto vaginal, pelo efetivo alívio da dor, significativa em quase todas as mulheres (LMAZE, 2003).

Em meio à intensa argumentação acerca da escolha da via de parto por meio da cesárea, outro motivo surgiu nos estudos selecionados para a realização desse tipo de parto, a ligadura de trompas. Conforme autor citado anteriormente, Zambrano et al (2003) encontrou um percentual de 41% de mulheres, num total de 44 mulheres que optaram por parto cirúrgico tendo como principal objetivo a laqueadura tubária. O planejamento familiar é uma questão de saúde pública em todo o mundo e recebe atenção da comunidade médica tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (RIBEIRO et al, 2002). Diferentes métodos contraceptivos estão disponíveis, porém a esterilização tubária ainda é um dos mais

utilizados. A Portaria 144, de 20 de novembro de 1997 (Secretaria de Assistência a Saúde, Ministério da Saúde) permite a esterilização voluntária em casos em que homens e mulheres tenham capacidade civil plena e sejam maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

No Brasil, em 1997, segundo a Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde (BEMFAM, 1991), a esterilização chegou a um patamar de 42,0% como método contraceptivo, sendo que, para o Nordeste, esse percentual foi de 43,0% e, segundo o censo demográfico de 1991, foi de 44,0% (IBGE, 1994).

Apesar da política instituída pelo governo atender as necessidades de regulação da fertilidade, esta não deve ser efetuada atrelada ao pós-parto cirúrgico, uma vez que, as implicações do ato podem trazer consequências não desejadas tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, sem falar da realização de intervenção invasiva e desnecessária para atender a mulher no momento do parto.

Outro fator que surgiu nos trabalhos analisados e que incidiu sobre a preferência das mulheres foi a influência social, Gama et al (2009) procurou investigar a influência do grupo social quanto à preferência pelo parto normal ou cesárea, tomando a família e a rede de amizade como critério. Foi identificada a influência materna e o fato de todas terem nascido de parto normal como aspectos que contribuíram para essa preferência entre as mulheres do setor público. A influência das amigas das informantes do setor público em ambas as modalidades de parto também era eminentemente favorável ao parto normal, pelo protagonismo da mulher e pela melhor recuperação, apesar de destacarem a dor do parto como um aspecto desfavorável. Em geral, essas mulheres apresentaram uma visão negativa da cesariana e sentem-se estimuladas a terem partos normais pela preferência do seu grupo social. Entre as informantes do setor privado, apesar de a maioria também ter nascido de parto normal, não achavam que isto as influenciou no desejo de também tê-lo e atribuem a sua preferência ao parto normal porque são adeptas das “coisas naturais”.

O autor ainda destaca em seu trabalho que no setor privado que as mulheres fazem mais cesáreas e mesmo com a pouca vivência no seu círculo social quanto ao parto normal, às entrevistadas destacaram que isto não as influenciou. Percebe-se que há dois movimentos nesse grupo social, o das mulheres que rechaçam a possibilidade do parto normal e o daquelas que se sentiram frustradas por não o terem realizado. Entre as informantes do setor público, nenhuma evidência de uma “cultura da cesárea” foi constatada. Ao contrário, a influência do seu grupo social pelo parto normal, as dificuldades da recuperação da cesárea e a representação de que este procedimento cirúrgico retira da mulher o prazer em colocar o filho no mundo, apesar do manejo inadequado das dores do parto nas maternidades públicas, como veremos adiante, configuram um quadro de majoritária preferência pelo parto normal. As diferenças de concepção da cesárea apontam para uma maior aceitação social da cesárea entre mulheres das camadas médias. Nesse grupo, o desejo pela cesárea atual foi decorrente da opção pela laqueadura. A construção social da “normalidade” da cesárea nesse grupo parece refletir o fato de ser, crescentemente, uma via de parto possível e usual – em parte por ser via de acesso à laqueadura (GAMA et al, 2009).

Quanto à experiência das mulheres vividas em partos anteriores, Cury e Menezes (2006) em seu estudo que teve como objetivo estudar os fatores relacionados à preferência por cesariana, em gestantes sem intercorrências, com 156 gestantes de clínica privada na cidade de Osasco - São Paulo, no período de outubro de 2000 a dezembro de 2001, com gestantes de idade gestacional de 28 semanas ou mais, sem contra-indicação formal para parto vaginal, no momento da entrevista, demonstraram que mulheres com mais de três gestações apresentavam menor chance de estarem desmotivadas para parto normal. Na análise univariada, elas apresentavam 50% menos chance de pedir cesariana. A possível explicação reside no fato de que essas mulheres terem tido partos normais satisfatórios previamente. A experiência negativa com parto anterior foi fator protetor para falta de motivação para parto vaginal. No modelo logístico final, mulheres com experiência negativa tinham cerca de 60% a mais de chance de estarem motivadas para tentar parto normal. Pode se imaginar que essa gestante uma vez descontente com o parto anterior, veja no parto normal uma alternativa melhor ou mais segura.

Outro autor como, Hopkins (2000) alega que a primeira via de parto é decisiva para a escolha dos partos futuros, e confirma o estudo de Bonfante et al (2009) onde a maioria das puérperas pós-parto cesárea optou pela cesariana para o caso de uma nova gestação.

Outro fator fortemente associado a um maior risco de levar a um parto cesárea é a questão do parto de repetição. Este fato leva a propor medidas que possa contribuir para melhorar o índice do parto normal após cesárea, por meio da realização da prova do trabalho de parto (prática rara nas escolas médicas), o uso de analgesia para aliviar a dor na hora do parto e critérios que possam esclarecer melhor o diagnóstico de sofrimento fetal. (CECATTI et al, 2000).

Cury e Menezes (2006) demonstram que quando a opção pela cesariana é analisada de acordo com o parto prévio, observou-se que 64,2% das gestantes com cesariana prévia preferem repetir o procedimento, contra apenas 9,8% das gestantes com parto vaginal anterior. De fato, cesariana prévia é fator importante na escolha do tipo de parto subsequente. A repetição da cesariana tem sido apontada como principal fator na manutenção dos índices de cesariana em países desenvolvidos, concomitantemente com o declínio da tentativa de parto vaginal após cesariana (MARTIN et al, 2002).

No Brasil existe a cultura de que as mulheres preferem o parto cesárea o que vem contra os estudos realizados. Barbosa et al (2003) em seu estudo que teve como objetivo investigar a existência de uma “cultura de cesárea”, ou preferência por este tipo de parto, através de uma amostra de 909 puérperas (454 vaginais e 455 cesáreas) em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro, onde entrevistas e revisão de prontuários foram realizados entre setembro de 1998 e março de 1999, alega que as mulheres brasileiras tem preferência pelo parto normal mais se sujeitam a cesariana por indicação médica.

As gestantes são pouco esclarecidas sobre vantagens e desvantagens de cada tipo de parto durante o pré-natal e optaram por um determinado tipo de parto, pois foram influenciadas por experiências de pessoas conhecidas que tiveram vivências positivas a cerca da via de parto. A escolha pela via de parto frequentemente deixa de ser fundamentada em esclarecimentos corretos e passa a ser por influência de outras pessoas que tem argumentos favoráveis ou desfavoráveis em relação a suas experiências passadas sobre os tipos de parto (HOTMSKY et al, 2002).

Quando existe a deficiência de informação por parte das mulheres acerca do momento do parto, pensa-se no pré-natal como ocasião mais propícia, de acordo com Costa et al (2006) a assistência pré-natal tem como objetivo principal garantir a evolução normal da gravidez e,

dentre outros, identificar as situações de risco que venham a complicar este estado, pode-se observar que houve maior percentagem de grávidas que fizeram oito consultas de pré-natal entre aquelas que tinham nove ou mais anos de estudo (43%). Ficou visível, em qualquer número de consultas, a predominância por acompanhamento de pré-natal por aquelas com um grau de instrução mais elevado. Portanto, à medida que aumenta o grau de escolaridade também aumenta o número de consultas de pré-natal. Esse fato revela a importância, para a mulher, de um nível educacional que se reverte em maiores cuidados de pré-natal e em sua vida reprodutiva, de um modo geral. Trata-se, portanto de fator determinante para a queda da morbimortalidade materno-infantil.

È preciso ressaltar que um pré-natal de qualidade pode, por meio de um diagnóstico adequado da condição de saúde da mãe e do feto e de aspectos educativos voltados para a realidade materna e os mitos que envolvem o parto pode contribuir para a escolha segura da via de parto por parte da mulher e sua família.

6.2 Fatores associados a instituições públicas e privadas

Segundo Cury e Menezes (2006) três em quatro das primíparas do setor privado e oito em 10 do setor público que tiveram cesarianas, gostariam de ter tido partos vaginais.

Ao tratarem da “cultura da cesariana no Brasil”, o parto operatório passou a significar para a parturiente e sua família um atendimento médico diferenciado (“parto sem dor”, “ausência de asfixia ao nascimento”, “sexualidade preservada”), e para o obstetra, maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho (MANDARINO et al, 2009).

Mandarino et al (2009) ainda relata que a grande maioria das mulheres entrevistadas em maternidades públicas tinham preferência pela realização de um parto normal, entretanto, as entrevistadas em maternidades privadas o parto cesárea teve a maior parte das preferências, sendo o principal motivo alegado a recuperação mais rápida para o parto normal e medo da dor entre as que optaram pela cesárea. Foi possível observar neste estudo que na maternidade privada, além da preferência predominante pelo parto cesárea entre as que desejaram o parto normal apenas duas delas tiveram seus desejos atendidos por outro lado 100% das que optaram pela cesárea tiveram seu desejo atendido.

Barbosa et al (2003) relata que as mulheres quando perguntadas se queriam que seu parto fosse cesárea, a maioria das entrevistadas (75,6%) respondeu que não. Esse percentual variou, na maternidade pública, de 62,9% (nas mulheres que tiveram partos cesáreas) a 81,5% (parto vaginal), na maternidade conveniada a resposta negativa variou de 74,2% (parto cesárea) a 83,7% (parto vaginal).

Bonfante et al, 2009 mostra que mulheres de melhor classe social, maior renda, nível educacional elevado e que fazem uso do serviço de saúde particular têm maior chance de terem parto cesárea. A resistência ao parto vaginal que é considerado por algumas mulheres como lento e complicado vem sustentar este estudo onde a totalidade destas que se submeteram ao parto cesárea tiveram como indicação a “cesárea a pedido”. Para Freitas et al, 2005 o parto cesárea passa a ser um bem de consumo que pode ser usufruído por aquelas que podem pagar.

Potter et al (2001) apresentam mais recentemente um estudo prospectivo realizado em quatro capitais brasileiras (Porto Alegre, Belo Horizonte, Natal e São Paulo), no período de abril de 1998 a junho de 1999, com mulheres atendidas nos setores público e privado em três momentos do ciclo gravídico-puerperal (no início da gravidez, a um mês do parto e com um mês de pós-parto). Os autores mostram que, apesar das diferenças existentes nas taxas de cesárea entre o setor público e o privado, a preferência da maioria das mulheres (70% a 80%) antes do parto era pelo parto vaginal.

De acordo com a pesquisa realizada por Faúndes et al (2004) vem mostrar que enquanto a maioria das mulheres de instituições públicas optaram pelo parto normal a maior parte de mulheres questionadas em instituições privadas optou pelo parto cesárea. O serviço público conta com equipes em regime de plantão disponível para realizar continuidade da assistência a parturiente, os profissionais justificam a escolha da mulher pelo parto cesárea para encobrir uma cultura intervencionista, contudo a “liberdade de escolha” vem cercada de dúvidas, falta de conhecimento e informação sobre o trabalho de parto, parto e nascimento (MANDARINO et al, 2009).

Há que se pensar no prejuízo para instituição e cliente, na cesárea há cortes, gastos com material e medicamentos, risco de infecção e, ainda, o risco de se fazer um parto antes do tempo, o que eleva ainda mais os gastos com um recém-nascido prematuro que necessitaria de

cuidados especiais. Para o Ministério da Saúde, um mecanismo que aumenta o curso da assistência à saúde é o derivado da prematuridade iatrogênica. Um bebê prematuro requer uma assistência neonatal intensiva por algum tempo, o que aumentará a demanda e os custos dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Já o parto normal ocorre de modo natural, com um mínimo de intervenção e, logo após dar à luz, essa mulher poderá levantar-se, cuidar de seu filho, amamentá-lo sem dores ou desconfortos, que são próprios do parto cesárea (QUEIROZ et al, 2005).

Gama et al (2009) ainda ressaltam que é importante realçar que a crítica ao excesso de utilização de tecnologias médicas é, hoje, uma bandeira político-ideológica perigosamente útil às tendências pragmáticas de redução dos gastos em saúde pública, uma vez que na gravidez, parto e puerpério de amplos setores da população não são utilizados os recursos tecnológicos necessários ou o são deficientemente. Por outro lado, contraditoriamente, as taxas de cesárea são muito mais elevadas no setor privado, no qual em função do menor risco materno e da maior disponibilidade de recursos tecnológicos de monitoramento do parto, pode-se esperar menores índices desse procedimento. Na perspectiva das taxas de cesárea, a medicalização do corpo feminino parece ser maior no setor privado. Porém, mediando esse processo está o desejo feminino da esterilização, o que as leva a optarem pela cesárea, mesmo não sendo o momento nem a via melhor para esse procedimento.

O fenômeno do parto deve contemplar três variáveis fundamentais: ter segurança técnica, ser uma experiência prazerosa para a mãe e ser visto como um momento de investimento emocional. Todas as instituições com responsabilidade pela assistência obstétrica devem estabelecer rotinas para avaliação de seus índices. Estes exigem monitoramento contínuo de forma a possibilitar intervenções construtivas. Esse aspecto é particularmente delicado no setor privado da assistência, considerando a forma como atualmente se organiza (SASS E HWANG, 2009).

Dada a política governamental da inclusão do parto humanizado nas instituições este deve ser compreendido como um evento normal da vida sexual e reprodutiva que fisiologicamente requer um mínimo de intervenção, dispondo de pessoal treinado, de uma estrutura adequada para prevenção de complicações, com atuação imediata, adequada e eficaz. A mulher tem direito a privacidade durante o trabalho de parto e escolher o tipo de

parto e quem será o acompanhante que estará ao seu lado nesse momento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Assim, os serviços de saúde que atendem à mulher no ciclo grávido-puerperal necessitam adaptar seu funcionamento, dando espaço a práticas que não estão no modelo de atendimento vigente, como, por exemplo, liberdade no posicionamento da parturiente, presença de um acompanhante no momento do trabalho de parto e parto (TURMEN E ABOUZHR, 1994).

6.3 Fatores associados a influência profissional

A gestação é um momento único e especial para a mulher mais que vem misturado a dúvidas e incerteza, principalmente, quando relacionado a escolha da via de parto, onde o direito a liberdade por esta escolha é encoberta pela manipulação das informações prestadas (TEDESCO et al, 2004).

É de extrema importância a orientação a gestante durante o pré-natal, pois esta vai influenciar a expectativa e escolha da mesma sobre a via de parto, a realização da cesárea transmite a sensação de segurança para todos os envolvidos, explicando a banalização de sua indicação (SASS E HWANG, 2009).

Em relação ao tipo de parto desejado, 31 mulheres (70,5%), referiram desejar o parto cesárea e apenas 12 (27,3%) o parto normal como forma de resolução da gestação. Este fato predomina, juntamente à falta de informação sobre os tipos de partos, pois 50% referiram não ter recebido informações acerca do tipo de parto, na outra metade, a informação recebida foi oferecida por enfermeiras sendo que 6 (13,6%) puérperas frequentaram cursos de gestantes e 7 (15,9%) receberam informação de outros profissionais de saúde. Vale ressaltar que o curso para gestante atingiu 13% das puérperas. Evidencia-se informações que são insuficientes sobre os sinais e sintomas do início de trabalho de parto e do parto (ZAMBRANO et al, 2003).

A influência do profissional está presente no estudo de Costa et al (2006) onde um número expressivo de mulheres externou o desejo de querer ter o filho por parto normal (69%). A conversa com o médico sobre tipos de parto foi constatada entre 14% das entrevistadas e dessas foi sugerido o parto do tipo cesariana para 45%. Em 23% dos casos, o médico aconselhou que deveriam aguardar mais um pouco para posterior decisão. Ao serem indagadas acerca da razão mais importante para preferirem o parto normal, 30% responderam que a sua recuperação seria mais rápida, e das que preferiram parto cesárea, 12% pretendiam fazer ligadura tubária.

De acordo com a PNDS de 1996 (Pesquisa sobre saúde reprodutiva e práticas obstétricas no Brasil – Ministério da Saúde) na opinião dos médicos, a maioria das mulheres dá preferência ao parto cesárea. O relatório da Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Práticas Obstétricas no Brasil (Núcleo de Estudos de População, 1996) reportou que 89% dos médicos entrevistados em São Paulo achavam que as mulheres preferiam o parto cirúrgico, assinalando como razões mais importantes dessa preferência o medo do parto vaginal (65%), a possibilidade de laqueadura (11%) e o não-pagamento pelo SUS da anestesia para o parto vaginal (8%).

Na mesma pesquisa, médicos do Rio Grande do Sul também apontaram como razões para explicar a “preferência” por partos cesáreas o medo do parto vaginal (67,3%) e a possibilidade de obter ligadura por meio de cesarianas (11,9%). Por outro lado, Hopkins (2000) realizou um estudo nas cidades de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) e Natal (Rio Grande do Norte), no período de agosto de 1995 a maio de 1996, cujos resultados demonstram que as mulheres não buscam o parto cesárea: a maioria das primíparas referiu preferir o parto vaginal. Entre as que tiveram filho por parto cesárea, cerca de 75% (maternidade privada) e 80% (maternidade pública) afirmaram que não queriam que seu parto tivesse sido cesárea, demonstrando a clara divergência entre o pensar das mulheres e do profissional.

Parece necessário o empenho dos profissionais que atuam na obstetrícia, com vistas a desenvolver uma assistência ao parto humanizado, com explicações à mulher quanto ao seu mecanismo e procedimentos realizados no decorrer do seu monitoramento (ZAMBRANO et al, 2003).

A cesárea a pedido compõe um evento obstétrico comum e a forma como lidar com esta questão exige do obstetra atenção a diversos pontos. Essa decisão deve ser guiada por princípios éticos, como o respeito à autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e veracidade da informação fornecida. Segundo o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia, 2008 (ACOG) a melhor resposta que se pode fornecer a essa questão começa em informar à paciente sobre as evidências científicas que podem ou não apoiar essa prática: não existem evidências a partir de ensaios clínicos aleatórios que possam garantir que cesáreas agendadas no termo, sem razões médicas, signifiquem melhor assistência obstétrica em relação ao parto normal (SASS E HWANG, 2009).

As informações devem abranger o que estudos mostram acerca do parto cirúrgico quando apontam maior risco de mortalidade e morbidade materna, como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, riscos anestésicos, entre outros (RAMOS et al, 2003; VILLAR et al, 2006). Para o recém-nascido (RN), há maior probabilidade de ocorrerem distúrbios respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, hipoglicemia, anóxia, entre outros (TELINI, 2000; FAÚNDES E CECATTI, 1991). Além disso, há interferência no vínculo mãe-filho, o qual pode influenciar negativamente o aleitamento materno (FAÚNDES E CECATTI, 1991). Adicionalmente, há maior consumo de recursos hospitalares, incorrendo em maiores custos decorrentes do procedimento, do maior tempo de internação e da morbidade conseqüente (CARNIEL et al, 2007).

A mulher precisa ser informada para ter a oportunidade de explorar suas preocupações e valores que motivaram esta solicitação. Muitas vezes o aconselhamento honesto permite uma decisão equilibrada e aceitável. Ainda segundo a ACOG, diante da impossibilidade de mudança na opção da paciente, o profissional tem liberdade ética para aceitar ou não essa demanda. Caso não concorde com a opção da paciente, resultando em dilema pessoal, existe base ética para que decline do atendimento e encaminhe a paciente para um profissional que atenda ao seu pedido (SASS E HWANG, 2009).

A cesárea nem sempre é uma opção que atende as reais necessidades da gestante, vem sim favorecer o interesse dos profissionais envolvidos, ele pode administrar o tempo de duração do parto e o horário do mesmo, obter melhores ganhos financeiros, associar o parto a ligadura de trompas e ainda esconder a falta de preparo na condução do parto normal (DINIZ, 2005). Segundo Sass e Hwang (2009) o que seria mais prático: passar várias horas, incluindo

madrugadas em claro ao lado de uma paciente, sem certeza do desfecho, ou marcar a cesárea em um horário compatível com as diversas atribuições de cada dia? A resposta frente à dinâmica de trabalho e os princípios que ainda guiam a prática profissional nos nossos dias, é bastante óbvia.

Para Mandarino et al (2009) o trabalho de parto e parto demanda tempo do obstetra que, por várias situações, não pode dispor do mesmo levando assim a indicação da cesárea.

Faúndes et al (2004) acreditam que a atual ausência de preparo do profissional de saúde ao atendimento ao parto vaginal leva a uma preferência pela cesárea e, como é de conhecimento a escolha de algumas mulheres pela cesárea, esta opção é generalizada como justificativa, o que demonstra a ausência de prática da equipe ao atendimento ao parto vaginal.

Destaca-se neste momento um fator importante para a assistência, a relação profissional/gestante, o cuidado e conforto que a mulher parturiente recebe em seu processo de parir, influenciam suas atitudes e sentimentos no parto, os quais possibilitam modificar a sua percepção sobre o momento vivido, oportunizando um melhor desenvolvimento emocional e afetivo no puerpério (GAMA et al, 2009).

Durante o trabalho de parto, a mulher se depara com situações ainda não experimentadas na sua vida. Parturientes, de modo geral, sentem-se vulneráveis e precisam de auxílio para restabelecer sua força vital (MEDINA et al, 2003), pois ao sentir-se cuidada e confortada esta experiência poderá ser menos traumática, até porque, atualmente, as mulheres não temem apenas a dor no parto, sentem medo em relação aos cuidados que receberão (CARON, 2002).

Gama et al (2009) em seu estudo observaram entre as entrevistadas do setor privado iniciativas de procurar um médico que fizesse um parto normal após essa cesárea, já que questionavam a sua indicação. A maioria aceitou a indicação pelo desconhecimento aliado à confiança no profissional. Porém, essa confiança não se caracterizou por uma relação baseada no diálogo, na troca de opiniões e dúvidas, no ouvir e acolher as necessidades das usuárias, mas por meio de uma relação hierárquica de poder em que a mulher encontra-se no lugar do

não-saber e o profissional no lugar que representa o “deixa tudo por minha conta que eu sei o que estou fazendo”.

Ainda segundo o autor, apesar dessas diferenças, alguns aspectos fundamentais as igualam: a falta de conhecimento sobre o processo do parto, sua fisiologia, principais procedimentos, indicações de cesárea e outros. Sem o conhecimento dos processos corporais inerentes ao parto, as mulheres ficam subordinadas à condução do profissional. Seja por meio do lastro da “confiança” entre as informantes do setor privado, seja pela falta de reconhecimento da sua cidadania entre as mulheres do setor público, todas se aproximam na precariedade de conhecimento sobre os seus processos corporais, configurando a submissão ao processo de medicalização, mesmo que este se manifeste de forma diferenciada entre mulheres de distintos estratos sócio-econômicos.

A influência dos interesses do profissional sobre a preferência da mulher e o medo dos obstetras de sofrer processos médicos-legais acaba interferindo na decisão pela cesárea. Besio 1999, os plantões noturnos e os atendimentos de urgência relacionados ao parto vaginal aumentam a demanda judicial por maus resultados neonatal proporcionando no obstetra insegurança em defender o parto vaginal. Desta forma os profissionais promovem o medo da gestante pelo parto vaginal e superestimam a segurança da cesárea em função dos seus interesses (BONFANTE et al, 2009).

Na relação profissional de saúde-parturiente acabasse repetindo o modelo de relação de subordinação do profissional à instituição de saúde, que é de dominação, pressão e achatamento. Como resultado desse conflito surge o autoritarismo e a prepotência, restando à mulher a submissão ou deixar de ser atendida (MALDONADO, 1988). Associado a isso, é comum a equipe de saúde utilizar termos técnicos com linguagem incompreensível para a parturiente (OLIVEIRA et al, 2002).

Dias et al (2008) acreditam que a procura pela cesárea está ligada a crença de que a mesma está associada a qualidade no atendimento obstétrico, mas para que esta escolha seja feita consciente, melhor via de parto adequada de acordo com a saúde de mãe e bebê, crenças e valores ela deve estar plenamente informada. Melchiori et al (2009) em seu estudo que teve como objetivo investigar a preferência pelo tipo de parto e o motivo da preferência, se ela teme, ou não, o momento do parto, quais suas justificativas e o que minimiza o temor, em 40 gestantes, primigestas, que frequentavam um Centro de Saúde Municipal no interior paulista, para a realização de exames pré-natal. Para eles o diálogo entre médico-gestante é uma

importante ferramenta para o processo da tomada de decisão. O que vem reforçar a defesa de muitos autores sobre a importância da dedicação de uma equipe multidisciplinar na assistência ao pré-natal e o ideal da humanização do parto.

As mudanças na assistência pré-natal podem, também, ter um impacto na taxa de cesárea, preparando a mãe para o trabalho de parto e parto. Esse aspecto está relacionado intimamente com o resgate da profissão da parteira, ao treinamento dos médicos e outros profissionais de saúde, como a enfermeira obstetra, e a substituição da assistência individual por uma que envolva a equipe (QUEIROZ et al, 2005).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante os resultados encontrados é incontestável a extrema importância a modificação da conduta profissional e do serviço de saúde suplementar na atuação a assistente a gestante, ao trabalho de parto e parto. Identificar os medos e as crenças da mulher pode contribuir para o esclarecimento a cerca dos riscos e benefícios das diferentes vias de partos. Tal condição irá proporcionar conforto, garantindo a presença de pessoas conhecidas levando a diminuição da ansiedade, do medo da dor e do desconhecido. Isto disponibilizado em uma assistência de pré-natal sistemática e de qualidade com informações claras e atualizadas, ofertando cursos preparatórios podem levar a segurança e confiança da gestante uma escolha que para ela será confortável e segura.

A mulher que já conquistou seu espaço na sociedade e o direito a escolha sobre sua vida, seu corpo precisa ter em suas mãos informações necessárias para realizar uma escolha consciente. A criação de programas educativos durante a adolescência pode contribuir para que esta mulher chegue à fase adulta mais preparada para vivenciar a gestação. Paralelamente faz-se necessário a inclusão de políticas nas instituições ligadas a assistência a mulher dentre elas o programa de humanização do parto com a inclusão do enfermeiro obstetra.

A formação profissional do enfermeiro obstetra, mais voltado para o cuidar, tem sido considerada aquela que possibilita ao profissional uma abordagem diferenciada na condução do trabalho de parto (WAGNER, 1994). A formação da enfermeira obstétrica dá maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto sócio histórico (RIESCO, 2002).

Há trabalhos mostram que, quando acompanhadas por essas profissionais, as mulheres necessitam de menos analgésicos, ocorrem menos intervenções e os resultados finais são melhores que aqueles produzidos pela assistência médica convencional (HODNETT, 2002).

Desse modo, a enfermagem e, mais precisamente o enfermeiro obstetra, por ser o profissional mais presente durante o processo do nascimento, precisa adotar a postura de estar junto dessa mulher da forma mais pura e verdadeira. Ele tem preparo técnico científico para

percebê-la em toda a sua singularidade, em particular a mulher mãe de primeira viagem, a qual esta vivencia uma fase especial e ao mesmo tempo assustadora, frente ao desconhecido exercício do papel materno (SOUZA E MACHADO, 2008).

No Brasil existe também um processo de mudança, ainda que incipiente, mas firme no sentido de resgatar valores humanísticos e de qualidade de atenção ao nascimento, respeitando a determinação e o direito das mulheres e dos casais. Salas especiais, onde a mulher tem, em ambiente agradável, preferentemente sem a “cara” de hospital, seu trabalho de parto, parto e puerpério imediato, atendidos por profissionais capacitados, mas também sensibilizados com as necessidades individuais e humanas das mulheres, receberam o nome de salas PPP (de pré-parto, parto e puerpério). O Ministério da Saúde refere que as salas tradicionais de parto podem ser boas para a comodidade do médico, mas representam um incômodo para a mulher, ao passo que as salas PPP conseguem reduzir a ocorrência de cesáreas e aumentar a de partos vaginais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Há forte associação entre a educação e diversos fatores como: tipo de parto, número de filhos, número de consultas de pré-natal, dentre outros, apontando a importância de investimento na melhoria da escolaridade das mulheres e em programas que efetivamente possam dar cobertura total com todos os métodos anticoncepcionais disponíveis, em serviços de saúde de planejamento familiar, numa promoção de qualidade, eficiência e eficácia na prestação desses serviços, permitindo atender desta forma a concepção e a contracepção. Portanto, é necessário desmistificar a idéia de que a contracepção com credibilidade é aquela que desfruta a LT (COSTA et al, 2006).

A modificação da preparação do futuro profissional pelas instituições universitárias sobre sua conduta ética e moral, seu preparo técnico e científico para atendimento ao parto e gestação podem levar a mudança da realidade encontrada nos tempos de hoje.

A OMS, no documento “Assistência ao parto normal: um guia prático” sugere uma série de práticas úteis que devem ser estimuladas, ao mesmo tempo em que desaconselha outras. Entre as recomendadas, gostaríamos de destacar: respeito à escolha da mulher por um acompanhante de sua preferência durante o trabalho de parto e parto, fornecimento das formações e explicações solicitadas, uso de métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor, tais como massagens e técnicas de relaxamento e liberdade de posição e

movimentação durante o trabalho de parto (OMS, 1996). O Ministério da Saúde aponta também para a necessidade de mudança na assistência à mulher no pré-natal e no nascimento, estimulando procedimentos pouco invasivos que envolvam sua participação ativa. No entanto, tais práticas não são rotineiramente observadas.

A esterilização adotada como forma de contracepção no país, surgiu em meio aos estudos aqui realizados como motivo para escolha, por parte da mulher, do tipo de parto. Trata-se de uma ampla discussão que não é objeto do presente estudo, mas a prática demonstra a omissão do setor de saúde pública quanto a um planejamento familiar eficaz, permitindo a implantação de programas para controle da natalidade através de órgãos internacionais não governamentais (BERQUÓ, 1993; IBGE 1998).

Porém, essa discussão não pode estar desvinculada da assistência. O cenário do nascimento transformou-se, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde. É preciso aqui voltar a uma questão muito debatida: quem é o protagonista da cena do parto? A mulher-parturiente parece estar cada vez mais distante dessa condição: mal-informada e insegura submete-se a todas as ordens ou orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir.

Em uma relação assimétrica profissional de saúde/usuária e dependente dos profissionais para se informarem, as mulheres têm dificuldade em participar das decisões relativas ao seu parto, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos frente às “questões técnicas”. A prática profissional e a forma como a assistência está organizada nos setores público e privado que necessitam mudar. A atuação educativa de grupos organizados de mulheres e profissionais responsáveis poderia potencializar as mulheres como sujeitos da sua saúde, influenciando positivamente na relação profissional/parturiente e conseqüentemente na sua autonomia para o momento do trabalho de parto e parto (GAMA et al, 2009).

8. REFERÊNCIAS

1. ACOG Committee Opinion Surgery and patient choice.2008;395:1-5. Disponível em: http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/co395.pdf;
2. ALMEIDA, MS. **Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil.** Rev esc Enferm USP [periódico na internet]. 2008 jun; 42 (2): 347-54. [citado 2008 nov. 14]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200019&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342008000200019;
3. ALTHABE, F et al. **Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in latin america: a cluster randomized controlled trial.** Lancet. 2004;363(9425):1934-40;
4. BARBOSA, G et al. **Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?** Cad Saúde Pública 2003; 19:1611-20. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>;
5. BAXLEY, E et al. **Advanced life support in obstetrics, also.** Curso avançado de provedor. 1993;
6. BELIZAN, J et al. **Rates and implications of caesarean sections in latin merica: ecological study.** BMJ. 1999;319(7222):1397-400;
7. BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde.** Rio de Janeiro; 1991;
8. BESIO, M. **Cesárea versus parto vaginal: una perspectiva ética.** Rev Med Chile 1999; 127:1121-5;
9. BESSA, K. **O papel da mulher na sociedade ao longo da história.** 21 de agosto de 2007. Disponível em <http://pt.shvoong.com/social-sciences/sociology/1653449-papel-da-mulher-na-sociedade/>;

10. BONFANTE, et al. **Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada.** Arquivos Catarinenses de Medicina, Volume 38, número 1, de 2009. Disponível em <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/621.pdf>;
11. BRUGGEMANN, O. **Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização.** In: ZAMPIERI, M et al. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento.** Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2001. p. 23-36;
12. BUEKENS P. **Over-medicalisation of maternal care in developing countries [monograph on the Internet]?** In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. **Safe motherhood strategies: a review of the evidence.** Studies in health services organisations & policy; 2001;
13. CARNIEL, EF et al. **Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP).** Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(1):34-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a06v29n1.pdf>;
14. CARON, OAF. **Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação.** Rev.Latino-Am. Enfermagem [periódico na internet]. 2002; 10 (4): 485-92. [citado 2008 out. 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13359.pdf>;
15. CECATTI, JG et al. **Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2000. 22(3):175-9;
16. COSTA, ND et al. **Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(7): 388-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n7/03.pdf>;
17. CURY, AF; MENEZES, PR. **Fatores associados à preferência por cesariana.** Revista de Saúde Pública 2006;40(2):226-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28526.pdf>;

18. DIAS, M 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.** *Ciências & Saúde Coletiva*, 13 (5):1521-1534, Rio de Janeiro, 2008;
19. DINIZ, C. **Humanização da assistência ao parto no brasil: os muitos sentidos de um movimento.** *Ciências & Saúde Coletiva*, 2005. 10(3), 627-637. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>;
20. FAÚNDES, A et al. **Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto.** *Revista de saúde pública*, SP, 38 (4): 488-94, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21076.pdf>;
21. FAÚNDES, A; CECATTI, J. **A operação cesárea no brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação.** *Caderno de saúde publica*, RJ, 7 (2): 150-173, abr/jun, 1991;
22. FREITAS, P et al. **Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul.** *Revista de saúde pública*, SP 39 (5):761-7, 2005. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n5/26296.pdf>;
23. GAMA, AS et al. **Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11):2480-2488, nov, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/17.pdf>;
24. GENTILE, F et al. **Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello.** *Cad Saúde Pública* 1997;13:221-6;
25. GIFFIN, K. COSTA, S. **Questões da saúde reprodutiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999;
26. HODNETT ED. **Caregiver support for women during childbirth.** (Cochrane Review) In: the Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software;

27. HOPKINS, K. **Are brazilian women really choosing to deliver by cesarean?** *Social Science & Medicine*, Volume 51, Issue 5, Pages 725-740, 2000;
28. HOTMSKY, S et al. **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; 18:1303-11. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>;
29. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 1991.** Rio de Janeiro; 1994;
30. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Departamento de População e Indicadores Sociais. Pesquisa sobre padrões de vida (1996-1997).** Rio de Janeiro; 1998;
31. LAMAZE, I. **Práticas de atenção e cuidados que promovem o parto natural.** 2003. Disponível em www.lamaze.org;
32. LARGURA, M. **Assistência ao parto no brasil.** 2004. Disponível em World Web <http://www.partohumanizado.com.br/cap9.html>;
33. MALDONADO MTP; CANELLA P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstétrica.** 2ª ed. São Paulo (SP): Roca; 1988. 23. Marques CP, Arakaki L, Belfort P. Operação cesariana – a propósito de suas indicações e índices. *Femina* 1989 abril; 17(4):290-302. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf>;
34. MANDARINO, N et al. **Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luiz, Maranhão, Brasil.** *Caderno de saúde pública*, RJ, 25 (7), 1587-1596, julho, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700017&lng=pt;
35. MARTIN, JA et al. **Births: final data for 2001.** *Natl Vital Stat Repr.* 2002;51(2):1-103;

36. MEDINA ET. Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto: um estudo exploratório [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003;
37. MELCHIORI, L et al. **Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano.** *Interpretação em Psicologia*, 13(1), p. 13-23, São Paulo, 2008;
38. MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Pesquisa sobre saúde reprodutiva e práticas obstétricas no Brasil 1996**, Relatório Final - análise estatística http://www.nupacs.ufrgs.br/comuns/imagensDB/cadernos/arquivo_18.pdf;
39. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003;
40. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc)**, 2003. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/sis/sis02htm.2003>;
41. OLIVEIRA, S et al. **Tipo de parto: expectativas das mulheres.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2002. 10(5), 667-674. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf>;
42. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra (SUI): OMS: 1996;
43. POTTER, J et al. **Unwanted caesarean sections among public and private patients in brazil: prospective study.** *BMJ* 2001;323:1155-8;
44. PRADO, A. **Resgatando o parto.** Disponível em World Web <http://www.amigasdoparto.com.br/poutras.html>. 2004;
45. PROGIANTI, J; BARREIRA, I. **A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século xx.** *R Enferm UERJ* 2001; 9: 91-7;
46. QUEIROZ, VO et al. **Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará.** *Rev Bras Enferm* 2005 nov-dez;

58(6):687-91.

Disponível

em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600011&lng=pt;

47. RAMOS, JGL et al; **Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul: um estudo de 20 anos.** Rev Bras Ginecol-Obstet. 2003; 25(6):431-6;
48. RESENDE, J. **Obstetrícia.** 5a ed. Rio de Janeiro:G.Koogan;1987;
49. RIBEIRO, S. et al. **Reanastomose Tubária Laparoscópica: resultados preliminares.** Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24:337-41;
50. RICCI, S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.** Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2008;
51. RIESCO, MLG; TSUNECHIRO, MA. 2002. **Midwifery and nurse-midwifery education: old problems or new possibilities?** Rev. Estud. Fem. 10(2):449-459;
52. SASS, N; HWANG, SM. **Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil.** Departamento de Obstetrícia, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM). 2009;14(4):133-7. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf>;
53. SEIBERT, S et al. **Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história.** R Enferm UERJ 2005; 13:245-51;
54. SIMPSON, K. **Failure to rescue: implications for evaluating quality of care during labor and birth.** J Perinat Neonatal Nurs. 2005;19(1):24-34;
55. SOUZA, C; MACHADO, RS. **Sentimentos da mãe de primeira viagem sobre o nascimento de seu filho.** Trabalho de conclusão de curso de graduação de enfermagem – UFSC; Florianópolis, 26 de novembro de 2008. Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0549.pdf>;

56. TEDESCO, R et al. **Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto.** RBGO, São Paulo. 26(10): 791-798, 2004;
57. TELINI DMTZ. **Cesáreas e partos normais em gestantes com baixo risco obstétrico: características maternas e repercussões neonatais [tese].** Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2000;
58. TURMEN T; ABOUZHR C. **Safe motherhood.** Intern J Gynaecol&Obstet 1994; 46:145-3;
59. VILLAR, J et al; **Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America.** Lancet. 2006; 367(9525):1819-29;
60. WAGNER M. **Pursuing the Birth Machine. The search for appropriate birth technology.** Australia: ACE Graphics; 1994;
61. WOLFF LR. **A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura.** Esc Anna Nery. 2004; 8 (2): 279-85;
62. ZAMBRANO, E et al; **Cesárea: percepções da puérperas frente à escolha do tipo de parto.** R Enfermagem UERJ 2003; 11:177. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a09.pdf>.