

PREFERÊNCIAS DAS GESTANTES PELO PARTO NORMAL OU CESÁREO: FATORES INTERVENIENTES

PREFERENCES OF PREGNANT WOMEN FOR NORMAL OR CESAREAN DELIVERY: INTERVENING FACTORS

Maria Raquel Cavalcante Siqueira¹; Hudson Fáblio Ferraz Feitoza¹

¹Faculdade de Integração do Sertão – FIS, Serra Talhada-PE, Brasil.

Resumo

Os avanços tecnológicos e científicos da medicina, o respeito à autonomia das gestantes e as indicações médicas parecem ter contribuído para o aumento do número de cesarianas, contraindicando as determinações da Organização Mundial de Saúde, o parâmetro recomendado é de não ultrapassar o percentual de 15% e somente com indicação necessária. Identificar as preferências da via de parto das gestantes e os fatores intervenientes. Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, na Unidade Básica de Saúde, no município de Serra Talhada, Pernambuco. Amostra geral de 30 gestantes foram incluídas todas maiores de 18 anos e excluídas as menores de 18 anos. Análise estatística de 75%, representado em forma de tabelas. Dentre as 30 gestantes entrevistadas, 21 manifestaram preferência pelo parto cesáreo. Foi identificado que a grande maioria tinha de 18 a 26 anos com 63%, nível de escolaridade no ensino médio com 63% e 47% sem nenhuma renda. O motivo de maior relevância da escolha da cesárea é a laqueadura tubária por 14 mulheres e pelo parto normal, a recuperação mais rápida por 12 mulheres. Embora 80% não serem de alto risco, não as fazem querer mudar de opinião em relação à via vaginal. ao parto natural, a fim de reverter à situação atual, que se tornou um problema de saúde pública.

Palavras-Passe: Cesárea; Parto; Saúde Pública.

Abstract

Technological and scientific advances in medicine, respect for the autonomy of pregnant women and medical indications seem to have contributed to the increase in the number of cesarean sections, contraindicating the determinations of the World Health Organization, the recommended parameter is not to exceed the percentage of 15% and only with necessary indication. To identify the preferences of the mode of delivery of pregnant women and the intervening factors. Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, in the Basic Health Unit, in Serra Talhada, Pernambuco. General sample of 30 pregnant women were included, all over 18 years old and those under 18 years old were excluded. Statistical analysis of 75%, represented in the form of tables. Among the 30 pregnant women interviewed, 21 expressed a preference for cesarean delivery. It was identified that the vast majority were between 18 and 26 years old with 63%, high school education level with 63% and 47% without any income. The most relevant reason for choosing a cesarean is tubal ligation by 14 women and by vaginal delivery, the faster recovery by 12 women. Although 80% are not at high risk, it doesn't make them want to change their minds about the vaginal route. It is necessary to invest in strategies that can improve communication between the health team and pregnant women directed to natural childbirth, in order to revert to the current situation, which has become a public health problem.

Passwords: Cesareansection; Childbirth; Publichealth.

Introdução

Parto cesáreo é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno durante o trabalho de parto. Desenvolvido para salvar a vida da mãe ou do bebê, é, portanto um recurso utilizável em situações pré-estabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto. Parto normal é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal, o bebê nasce espontaneamente com apresentação cefálica entre 37 e 42 semanas completas de gestação (BRASIL, 2020).

O processo histórico do parto se deu por parteiras, chamadas de “aparadeiras” ou “comadres”, que sabiam aparar crianças, as mulheres se valiam de rezas e benzimentos, juntamente de instrumentos domésticos, como bacia, tesoura, para cortar o cordão umbilical, garrafa de cachaça, para limpar a tesoura, óleo ou banha para fazer massagens. Somente no final do século XVI o parto passou a ser um evento intervencionista, sendo indispensável a presença de um médico, a parturiente deixou de ser protagonista e passou a se coadjuvante, no processo de parir (CAMPOS, et al., 2016).

Considera que a visão social e cultural do sofreram alterações na qual a cesárea é apresentada como inerente á modernidade, considerada um sinal de progresso científico ou novo modo de parir. Por outro lado, considera que o parto vaginal é algo primitivo ou coisa do passado (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2017).

A cesariana deixa de ser um problema obstétrico no momento em que são atribuídas ao processo operacional, inovações tecnológicas e medicinais, tornando a operação mais segura, tanto para a mãe quanto para o feto, fazendo assim com que haja uma maior busca por esse método de concepção (ALONSO, 2015).

Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios, pois assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos em longo prazo (OMS, 2015).

A parturição passou por transformações significativas ao longo do tempo, foi se formando no Brasil a cultura de cesarianas, de um modelo natural a assistência obstetra intervencionista. Ações foram desenvolvidas para melhor atender essa gestante e a equipe de saúde, devido a essas mudanças a gestante passou de uma pessoa que pouco ou nada decide à total autonomia de escolha (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Segundo dados oficiais disponibilizados pelo Banco de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) – DATASUS, a proporção do número de cesáreas no total de partos feitos pelo Sistema Público de Saúde passou de 37% em 1994, para 38% em 2000, e não parou mais de crescer. No ano de 2011, o índice atingiu o percentual de 53%, de acordo com o DATASUS. É importante ressaltar que é uma cirurgia muito importante que salva vidas todos os dias, mas quando colocada em um contexto desnecessário e contra a vontade da mulher é considerada violência obstétrica (BRASIL, 2015).

O Brasil se encontra nas primeiras colocações no ranking de países que mais realizam partos cesáreos no mundo, vai de encontro á tendência mundial de conseguir retomar as medidas naturais da parturição preconizada pelo parto humanizado. Essa humanização do nascimento tem como objetivo reduzir intervenções desnecessárias e principalmente aproximar a gestante do seu processo gestacional, retornando-a ao cenário de protagonista (RUSSO; NUCCI, 2020).

Há uma influência multifatorial na determinação da via de parto, essa decisão faz parte de um processo biológico e psicossocial, que levam a repercussões na vida da mãe e do bebê. Percebe-se que a decisão da via do parto não é exclusivamente médica, mas que entram fatores de ordens distintas, como: tipo de financiamento (público ou privado), nível socioeconômico, menor idade gestacional, raça, experiências prévias, região geográfica (SILVA et al., 2020).

O número de cesáreas eletivas no Brasil atingiu na última década, níveis de incidência extremamente elevados, superiores aos de qualquer outro país, se transformando em um problema de saúde pública, devido aos possíveis riscos causados de forma desnecessária em partos que aconteceriam sem intercorrências, uma verdadeira epidemia de cesárea. As mulheres

escolhem normalmente a intervenção cirúrgica, existem diferentes razões para uma mulher querer a cesárea. O medo da dor, do trauma de vivências passadas, de não querer ter uma cesárea não planejada, questões relacionadas à qualidade com o cuidado que ela vai receber e o desejo por ter controle dessa indicação. Também ocorre medo, mesmo que não justificado, de risco de morte para o recém-nascido, de hipoxemia e paralisia cerebral.

Se por um lado existem várias justificativas para o desejo da mulher por uma cesárea, também existem motivos para que se questione sua realização, em especial a morbidade respiratória dependendo da época em que a cesárea eletiva for feita, separação da mãe e do RN por questões relacionadas à cirurgia, complicações anestésicas, dor no pós-operatório e recuperação mais lenta. Sabe-se também que a amamentação está prejudicada devido à questão da dor, do posicionamento e da dificuldade das mulheres que passaram por uma cesárea.

O modelo obstétrico brasileiro, caracterizado pelas altas taxas de cesariana tem sido apontado por causa dos altos índices de óbito materno e neonatal. Diversas metodologias apontam a insatisfação de mulheres acerca da vida de parto vaginal. Essa demanda justifica o aumento do número de cesárias. É importante, mostrar os medos e receios relacionados ao parto normal e as expectativas que levam a escolha do ato cirúrgico.

A escolha pela pesquisa nesse formato surgiu da necessidade de sintetizar os motivos que estão levando ao aumento da cesariana. O presente estudo teve como objetivo investigar a preferência da via de parto e os fatores intervenientes das gestantes em uma unidade básica de saúde, no município de Serra Talhada-PE.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no Município de Serra Talhada - PE, localizado no sertão Pernambucano, especificamente na Unidade Básica de Saúde (UBS), Genivaldo Pereira Leite, COHAB I, no setor de Atenção Básica (AB). O questionário foi aplicado com perguntas objetivas e se deu sem a presença de profissionais da saúde. Todas as mulheres que se encontravam no critério de inclusão aceitaram participar da pesquisa e contribuíram respondendo todas as perguntas.

A UBS é composta por 12 profissionais de saúde, desses seis são agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de enfermagem, uma enfermeira, uma médica, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), uma auxiliar de serviço gerias (ASG), um recepcionista. A população foi composta por 30 gestantes, os critérios de inclusão foram mulheres maiores de 18 anos, em acompanhamento pré-natal e que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO F), o critério de exclusão se deu por 10 gestantes menores de 18 anos.

Foram determinadas como variáveis dependentes: Idade gestacional (IG), antecedentes gestacionais, intercorrências obstétricas. E como variáveis independentes: idade, escolaridade, renda salarial e estado civil.

Os dados foram coletados através de um questionário (APÊNDICE A), contendo 15 perguntas objetivas que abordaram questões do acompanhamento pré-natal, a preferência da via de parto, os antecedentes obstétricos e as informações transmitidas durante as consultas, dentre outras. Desta forma, a análise quantitativa, se deu através de números absolutos e percentuais, apresentados em tabelas e gráficos, no qual foi utilizado o programa Microsoft Excel Office 2010 para formular as análises e estatísticas.

Resultados e Discussão

A principal abordagem do estudo foi investigar a preferência das gestantes pelo parto normal ou cesáreo e os fatores intervenientes, em uma abordagem quantitativa correlacionando com as relações atuais. Para alcançar a amostra, foi necessário 1 questionário composto por 15 perguntas objetivas, respondido por 30 gestantes, maiores de 18 anos, cadastradas na unidade

básica de saúde (UBS), em acompanhamento pré-natal, as entrevistas foram realizadas na UBS, no município de Serra Talhada- PE.

A tabela 1 apresenta o instrumento de coleta de dados utilizado, a faixa etária, grau de escolaridade e condição salarial das gestantes que se submeteram a pesquisa.

Tabela 1-Abordagem do perfil sociodemográfico das gestantes entrevistadas da UBS COHAB I, Serra Talhada-PE, 2021

FAIXA ETÁRIA	N	%
18 a 26 anos	19	63%
27 a 35 anos	7	23%
36 a 43 anos	4	13%
ESCOLARIDADE	N	%
Fundamental Incompleto	5	17%
Fundamental Completo	1	3%
Médio Incompleto	5	17%
Médio Completo	19	63%
Superior	0	0%
RENDA	N	%
Menos de 1 Salário	7	23%
1 Salário	9	3%
Mais de 1 Salário	0	0%
Nenhuma renda	14	47%
TOTAL	N	%
30	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Serra Talhada-PE, 2021

Na tabela 1, é possível observar a faixa etária das gestantes, seu grau de escolaridade e sua condição salarial, visto que a maioria tem entre 18 e 26 anos caracterizando 63% das entrevistadas, com o grau de escolaridade de ensino médio completo sendo o maior com 63% e com a condição salarial prevalente de nenhuma renda com 47%.

Jezoetal (2015) descrevem em seu estudo que 67% das gestantes são adolescentes, 46% tem estudo fundamental incompleto e 53% tem renda abaixo de R\$ 300,00. Com relação a achados deste estudo temos resultados semelhantes, reafirmando que as mulheres engravidam cada vez mais jovens, não contribuem com renda, sendo dependentes da família ou do parceiro.

Os dados encontrados neste estudo demonstram como o alto índice de evasão escolar e o contexto sociodemográfico que essas gestantes estão inseridas são importantes aspectos relacionados à assistência ao pré-natal na saúde pública.

A tabela 2 traz a prevalência das gestantes que iniciaram o pré-natal ainda no 1º trimestre de gestação, se pré-natal habitual ou de alto risco e sua idade gestacional no momento que participaram da entrevista.

Tabela 2-Distribuição dos dados do acompanhamento pré-natal, relacionados à idade gestacional e pré-natal habitual ou de alto risco das gestantes entrevistadas, UBS COHAB I, Serra Talhada-PE, 2021.

INICIOU O PRÉ-NATAL NO 1º TRIMESTRE	N	%
Sim	26	87%
Não	4	13%
PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	N	%
Sim	6	20%
Não	24	80%
IDADE GESTACIONAL (IG)	N	%
1º Trimestre	4	13%
2º Trimestre	9	3%
3º Trimestre	17	56%
TOTAL	N	%
30	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Serra Talhada-PE, 2021.

Na tabela 2, é possível observar que 87% das gestantes iniciaram o acompanhamento pré-natal no 1º trimestre. Quanto antes a mulher tiver confirmado a gravidez e começar as consultas e exames, mais segura será a gestação, pois no início é possível detectar e tratar mais facilmente qualquer problema de saúde que a gestante tenha, seja ele prévio ou não a gravidez. São realizados exames de controle e detecção, dentre eles, glicemia para detectar se há diabetes, grupo sanguíneo e fator RH é muito importante, pois detecta a incompatibilidade sanguínea entre mãe e bebê, que se não investigado a tempo pode levar a morte do feto, Anti-HIV para identificar se há presença do vírus da AIDS no sangue da mãe, sífilis, toxoplasmose e rubéola podem causar malformação e aborto, hepatite B, urina e urocultura, casos de infecção urinária podem levar a um parto prematuro e ultrassonografias.

Embora a Atenção Básica tenha avançado na captação, ainda é preciso conscientizar muitas mulheres que estão fora da área de cobertura à importância de iniciar o pré-natal precocemente.

Segundo o MS, no caderno 32, pré-natal de baixo risco, é recomendado que sejam realizadas no mínimo seis consultas. Uma no 1º trimestre que vai da primeira até a décima terceira semana, duas no 2º trimestre que vai da décima quarta até a vigésima sexta e três no 3º trimestre que vai da vigésima sétima semana até o momento do parto (BRASIL, 2012).

Visto que a maioria com 80% não são gestantes de alto risco e se encontravam no 3º trimestre de gestação no momento da entrevista. O que nos leva a conclusão de que possíveis doenças obstétricas podem ter sido evitadas nessas gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e realizaram todos os exames citados acima, facilitando o rastreamento e prevenção.

A tabela 3 apresenta a distribuição dos antecedentes obstétricos levando em consideração o número de gestação, a via de parto anterior e possíveis complicações passadas.

Tabela 3-Distribuição dos antecedentes obstétrico, relacionados ao número de paridade, via do parto e complicações vivenciada que influenciaram a tomada de decisão. UBS COHAB I, Serra Talhada-PE, 2021.

Primeira gestação	N	%
Sim	8	27%
Não	22	73%
Via do parto	N	%
Normal	8	27%
Cesárea	14	47%
Complicação Obstétrica	N	%
Hipertensão Arterial	4	13%
Pré-eclâmpsia	2	6%
Eclampsia	1	3%
Diabetes Gestacional	1	3%
Hemorragias	1	3%
Infecções	5	17%
Nenhuma complicação	16	53%
TOTAL	N	%
30	30	100%

Fonte: Dados da pesquisa, Serra Talhada-PE, 2021.

Na tabela 3, observa-se que a maioria das gestantes são multigestas com um percentual alto de 73%, onde 47% passaram pelo parto cesáreo e destas 53% não apresentaram nenhuma complicação obstétrica durante a gestação.

Podemos chegar à conclusão que as mulheres estão recorrendo à cirurgia sem ter indicação de parto cesáreo. De acordo com MS, são vários os fatores que podem indicar a

necessidade de um parto por meio de cesárea, tais como apresentações anômalas, doença materna sexualmente transmissível como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e alguns casos de papiloma vírus humano (HPV), síndromes hemorrágicas do terceiro trimestre da gravidez (descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, rotura uterina), indicações clínicas maternas (diabetes, hipertensão arterial e síndrome HELLP), entre outros, que venham a complicar o bom andamento do parto, parto cesárea de repetição (iteratividade), sofrimento fetal agudo, distócias funcionais, em contrapartida os dados obtidos na presente pesquisa, vistos na tabela 3 mostram que mulheres que recorreram à cesárea não apresentavam necessidade (BRASIL, 2016).

Segundo MS, dados coletado de mais de 17 milhões de nascimentos ocorridos no Brasil entre 2012 e 2018, pesquisadores do Brasil e do Reino Unido observaram que, no grupo com baixa indicação de cesariana, este procedimento foi associado a um risco aumentado em 25% na mortalidade na infância, até cinco anos, na comparação com as crianças que nasceram de parto vaginal. Por outro lado, nos nascimentos de crianças com indicação médica este procedimento foi associado com redução dos óbitos, evidenciando a importância da cesárea quando devidamente indicada por um médico (BRASIL, 2017).

Ainda de acordo com o MS, a melhoria da qualidade na atenção obstétrica passa, essencialmente, pela mudança no atendimento à mulher durante o parto. Com isso, espera-se a diminuição no quantitativo de cesarianas desnecessárias, do adoecimento e mortes evitáveis a partir da adoção de boas práticas na atenção ao parto e nascimento. É importante reforçar que a cesariana é uma conquista científica que, quando indicada corretamente, pode salvar vidas, mas ela não deve ser feita indiscriminadamente. Essas diretrizes complementam a conduta médica nas avaliações individuais entre o profissional e o paciente e garantem o melhor procedimento para mãe e bebê (BRASIL, 2016).

Santana, Lahm, Santos, (2015) apontam que o número de pacientes que já tinham paridade antes da gestação atual e com cesárea anterior prevaleceu no Hospital Sírio Libanês (HSL) (77,0%) em comparação com o Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) (56,4%). Em relação às indicações de cesárea, as mais prevalentes no HSL foram: sofrimento fetal agudo (24,0%), falha na indução ao parto (22,0%) e desproporção céfalo-pélvica (18,7%). No CHS, as maiores proporções foram: sofrimento fetal agudo (35,3%) e iteratividade (25,3%).

A tabela 4 apresenta a preferência da via de parto das gestantes e os motivos que as lavaram a essa escolha.

Tabela 4-Distribuição dos motivos que lavaram a escolha da via de parto de preferência das gestantes entrevistadas, UBS COHAB I, Serra Talhada-PE, 2021.

PREFERÊNCIA	N
Normal	9
Cesárea	21
PARTO NORMAL	N
Recuperação mais rápida	12
Menor risco de complicação	3
Não quer ter a cicatriz da cesárea	2
Teve uma boa experiência com o parto normal	1
PARTO CESÁREO	N
Não que sentir a dor do trabalho de parto	4
Não teve uma boa experiência com o parto normal	6
Boa experiência com a cesárea	2
Deseja realizar a laqueadura tubaria	14

Fonte: Dados da pesquisa, Serra Talhada-PE, 2021.

Na tabela 4, conclui-se que o parto cesáreo é a escolha de maior prevalência, com o número absoluto de 21 gestantes. A justificativa de maior relevância para a escolha da cesárea é o desejo de realizar a laqueadura tubaria durante a cirurgia, relatado por 14 gestantes. Não foi possível chegar a um percentual, pois as gestantes relataram mais de um motivo. A experiência

anteriormente vivida pelas mães e o tipo de parto é decisiva na escolha pela via de nascimento em uma futura gravidez.

Segundo o MS, o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para as cesarianas, leva em conta evidências científicas nacionais e internacionais, que preveem uma assistência ao parto sem intervenções desnecessárias. O governo afirma que quer auxiliar o profissional de saúde a reduzir o número de cesáreas desnecessárias, além de derrubar o mito de que a cesariana é mais segura e que o parto normal é sempre um procedimento de dor e sofrimento (BRASIL, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas. A taxa no país situa-se em torno de 56%, com ampla variação entre os serviços públicos e privados. Estudos recentes da OMS sugerem que taxas populacionais de partos cesáreos superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Considerando as características de nossa população, que apresenta um elevado número de operações cesarianas anteriores, a taxa de referência ajustada para população brasileira gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS estaria entre 25% e 30% (BRASIL, 2016).

A tabela 5 traz informações transmitidas por profissionais da saúde durante as consultas de pré-natal.

Tabela 5-Distribuição do nível de informação transmitida pelos profissionais de saúde para as gestantes. UBS COHAB I, Serra Talhada, 2021.

RECEBEU INFORMAÇÃO SOBRE AS VIAS DE PARTO			
	N	%	
Sim	8	27%	
Não	22	73%	
SABE DAS VANTAGENS E DESVANTAGENS DA CESÁREA			
	N	%	
Sim	5	17%	
Não	25	83%	
TOTAL	N	%	
30	30	100%	

Fonte: Dados da pesquisa, Serra Talhada-PE, 2021.

Na tabela 5, podemos observar que 73% das gestantes não receberam nenhuma informação sobre as vias de parto durante as consultas, embora a maioria das gestantes der preferência ao parto cesáreo, estas em sua grande maioria com 83% desconhecem as vantagens e desvantagens.

Segundo o MS, é obrigatório que os médicos informem as gestantes sobre os potenciais riscos e eventos adversos da cirurgia. O documento do PCDT traz orientação sobre casos em que a cesariana é ou não indicada. De acordo com o protocolo, a cirurgia não é indicada, por exemplo, como procedimento rotineiro para mulheres obesas ou como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B e C. Entre os casos de recomendação da cesariana estão para prevenir a transmissão vertical do HIV ou para gestantes que tiveram infecção primária do vírus por herpes simples durante o terceiro trimestre. O documento também orienta o que fazer em casos de mulheres que já tiveram outras cesarianas anteriores (BRASIL, 2011).

Nakano et al. (2015) ressaltam a indicação médica para a cesárea, encontrada em seis artigos, tanto de cesárea eletiva, quanto no intraparto e, sabe-se segundo a OMS (2015), que essa indicação não deveria passar de 15% e estar relacionada aos critérios absolutos de recomendação, porém as justificativas não ficam claras na maioria dos casos encontrados.

De acordo com o MS, quando não indicada corretamente, a cesariana traz riscos, como aumentos da probabilidade de problemas respiratórios no recém-nascido e grande risco de morte materna e infantil. Para o MS, a estabilização das cesáreas no país é consequência de

medidas como a implementação da Rede Cegonha e investimentos em 15 centros de Partos Normais; a qualificação das maternidades de alto risco; a maior presença de enfermeiros obstétricos na cena do parto e a atuação na ANS junto às operadoras de planos de saúde (BRASIL, 2011).

Conclusão

Dentre os resultados obtidos, foi possível concluir que existem diversos fatores para a preferência do parto normal, a recuperação mais rápida com maior prevalência. Porém, as mulheres ainda preferem escolher a via cirúrgica relatando medo da dor e sofrimento, o que, em suas percepções é algo insuportável e experiência ruim, acreditam que sua assistência é mais individualizada e humanizada.

Nesse sentido, o pré-natal existe como um instrumento educativo de alto potencial, o profissional apresenta papel relevante como educador em saúde pública, cabe a ele desempenhar atividades educativas e repassar informações, realizando promoção à saúde, visando diminuir as dúvidas, os medos e a insegurança, além de proporcionar maior relação interpessoal entre profissional e paciente.

Contudo, apesar de estarem sendo orientadas, verifica-se alguma deficiência nesta assistência, pois as mesmas não são devidamente orientadas. É preciso investir em estratégias para fornecer informação qualificada, ao informá-la sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência de um procedimento cirúrgico desnecessário.

Conclui-se que os resultados achados na pesquisa são significativos e não é possível apontar um único fator interveniente que justifique a escolha da cesárea ou do parto normal pelas gestantes, entretanto, a escolha de via de parto tem relação com o conhecimento que as gestantes recebem. É necessário que sejam criados programas e/ou políticas que reforcem a capacitação dos profissionais que estão na ponta, que sejam realizadas mais pesquisas em trabalhos futuros para uma melhor resolução da problemáticas.

Referências

ALONSO, D. Fatores associados à cesariana segundo fonte de financiamento na região sudeste. **Revista de Enfermagem e Saúde**. São Paulo. v. 4, n.2, nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. A operação cesariana. **Manual de Diretrizes de Atenção a Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Pré-natal Baixo Risco e Manual Técnico de Gestação de Alto Risco. **Caderno 32**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

CAMPOS, L. et al. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **Revista de Enfermagem e Saúde**. Brasília. v. 6, n. 3, p.379-90, 2016.

JEZO, R. A. R. Gravidez na adolescência: perfil das gestantes e mães adolescentes em uma unidade básica de saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Minas Gerais. v. 17, n.3, p.123-127, 2017.

NAKANO, R. B. T. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do "parto cesáreo" entre obstetras. **Revista de Saúde Coletiva**. Brasília. v. 27, n.4, p.415-432, 2017.

RUSSO, A.N.F. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface Comunicação Saúde Educação**. Belo Horizonte. v.24, n.4,p. 8, 2020.

SANTANA, L.S. Percepção de puérperas sobre a escolha da via de parto em um hospital da serra do Rio Grande do Sul. **Rev. Eletr. Enf.** Brasília. v. 8, n.4,p.4, 2015.

SILVA, T.C. Qualidade de vida e sintomas indicativos de depressão no puerpério. **Revista Família**. Brasília. v. 8, n.3, p.416-426, 2020.

VENDRÍCULO, T.K.S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico, de sujeito a objeto. **Ciências Humanas**.v. 16, n.1, p.95-107, 2015.

Recebido em: 19/11/2021

Aprovado em: 17/12/2021