

PERCURSOS DE MULHERES SUBMETIDAS À CESARIANA NO SETOR PÚBLICO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Routes of women submitted to cesariana in the public health care sector

Percursos de mujeres submetidas a la cesariana en el sector público de atención a la salud

Sarah Dias Silva¹; Andreza Rodrigues Nakano²; Cláudia Bonan³

Como citar este artigo:

Silva SD, Nakano AR, Bonan C. Percursos de mulheres submetidas à cesariana no setor público de atenção à saúde. Rev Fund Care Online. 2021 jan/dez; 13:8-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7114>

RESUMO

Objetivo: explorar os itinerários de cuidados à gestação e ao parto de mulheres submetidas à cesariana no setor público de saúde e analisar os elementos dos itinerários que colaboram para este desfecho. **Métodos:** estudo qualitativo no qual foram analisadas 16 entrevistas com usuárias do setor público, de municípios do Rio de Janeiro, entre os anos de 2011 e 2012, com intervalo de 6 a 18 meses pós-parto. **Resultados:** realizar o pré-natal em serviços de saúde, fazer exames laboratoriais e ultrassonográficos são cuidados presentes nos itinerários de todas as entrevistadas, e a participação da família reforça estes cuidados. A maioria sabia qual maternidade procurar para o parto e entendia que a via seria definida por indicações médicas. **Conclusão:** Prevalece o cuidado à dimensão biológica da gestação e do parto, e a cesariana aparece como parte do acervo de cuidados e não como uma escolha.

Descritores: Cesárea; Parto; Sistema único de saúde.

¹ Graduada em Enfermagem pela UFRJ, Enfermeira Obstétrica Certificada pelo IFF / FIOCRUZ, Especialista em Enfermagem em Saúde da Mulher pelo IFF / FIOCRUZ, Primeiro Tenente da Marinha do Brasil.

² Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Mestre pelo IFF / FIOCRUZ, Doutorado pelo IFF / FIOCRUZ, Professor Adjunto da UFRJ.

³ Graduado em medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mestre pela UFRJ, doutorado pela UFRJ, professor do IFF / FIOCRUZ.

ABSTRACT

Objective: to explore the routes of gestation and delivery care of women undergoing cesarean sections in the public health sector and to analyze the elements of the itineraries that collaborate for this outcome. **Methods:** a qualitative study in which 16 interviews with public sector users from Rio de Janeiro municipalities between 2011 and 2012 were analyzed, ranging from 6 to 18 months postpartum. **Results:** performing prenatal care in health services, performing laboratory and ultrasound examinations are all present in the itineraries of all the interviewees, and the participation of the family reinforces these care. Most knew which maternity to look for in childbirth and understood that the pathway would be defined by medical indications. **Conclusion:** care for the biological dimension of gestation and delivery prevails, and cesarean delivery appears as part of the collection of care and not as a choice.

Descriptors: Cesarean section; Parturition; Unified health system.

RESUMEN

Objetivo: explorar los itinerarios de cuidados a la gestación y al parto de mujeres sometidas a la cesárea en el sector público de salud y analizar los elementos de los itinerarios que colaboran para este desenlace. **Métodos:** estudio cualitativo. Analizadas 16 entrevistas con usuarias del sector público, de municipios de Río de Janeiro, entre los años 2011 y 2012, con intervalo de 6 a 18 meses post-parto. **Resultados:** realizar prenatal en servicios de salud, hacer exámenes de laboratorio y ultrasonográficos son cuidados presentes en los itinerarios de todas entrevistadas, y la participación de la familia refuerza estos cuidados. La mayoría sabía qué maternidad buscar para el parto y entendía que la vía sería definida por indicaciones médicas. **Conclusión:** Prevalece el cuidado a la dimensión biológica de la gestación y del parto. La cesárea aparece como parte del acervo de cuidados, no como una elección.

Descriptorios: Cesárea; Parto; Sistema único de salud.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países com a maior incidência de cesarianas no mundo. De acordo com os dados do Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2015, 55,5% dos partos ocorridos no território nacional foram cesarianas.¹ O Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento Nascer no Brasil, mostrou uma proporção de cesáreas de 45,5% entre as mulheres classificadas como risco obstétrico habitual.² Essas taxas expressam proporções elevadas da cirurgia tanto no setor de saúde privado, como no setor público, incluindo hospitais próprios e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), esses valores não são justificáveis, pois não existem evidências de que a cesariana traga benefícios para mulheres que não necessitem dessa cirurgia.³

No setor de saúde privado, a proporção de cesarianas chegou a alcançar 84,6% em 2015⁴, e têm suscitado questionamentos e intervenções das autoridades de saúde. Um tipo de cultura material que se desenvolve e normaliza a cesariana como modo de nascer⁵ e a influência do poder médico e a mercantilização da saúde⁶ são resultados de pesquisas que investigaram o que está por detrás das taxas de cesariana nos hospitais privados.

No setor público, a cesariana também tem aumentado de forma gradativa, despertando a atenção e mobilizando ações para enfrentar este cenário.⁵ Cerca de 70% de todos os partos que acontecem no Brasil são realizados no setor público, dos quais 46% são cesarianas; na região Sudeste, 61% dos nascimentos acontecem por via cirúrgica.⁷

Estudos realizados com mulheres que tiveram cesariana em hospitais próprios ou conveniados ao SUS colocam em foco fatores e aspectos relacionados à realização do procedimento e o protagonismo feminino para a preferência inicial e decisão final pela via de parto.^{8,9,10} Outros estudos buscaram as opiniões, as representações sociais e as experiências das mulheres sobre o parto que tiveram.^{11,12}

Considerando as perspectivas que já foram estudadas, o presente artigo objetiva explorar os itinerários de cuidados à gestação e ao parto de mulheres que tiveram cesariana no setor público e analisar os elementos desses itinerários que colaboram para a realização de cesariana entre essas mulheres, identificando aspectos sociais, pessoais e assistenciais.

Itinerário de cuidados é uma categoria inspirada nos aportes teóricos dos itinerários terapêuticos, que se refere aos acontecimentos, aos processos de interação e negociação e à tomada de decisão na experiência de adoecimento e saúde; inclui também a busca do tratamento e cura da doença.¹³ Esta referência teórica é mais utilizada por estudos relacionados a doenças, no entanto compartilhamos com outros autores o entendimento da potencialidade de utilizá-la para análise do processo de gestação e parto.^{14,15} Compreendemos que essa fundamentação teórica pode ser produtiva para explorar as trajetórias de mulheres que tiveram seus filhos por cesariana. Por se tratar de eventos da vida reprodutiva, assumiremos a nomeação de itinerário de cuidados¹⁶ que distancia a ideia de doença e deixa claro o nosso entendimento quanto ao processo de gestação e parto.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com método de estudo de relatos orais¹⁷, que utilizou banco de entrevistas da pesquisa "Itinerários terapêuticos e a construção da decisão sobre o parto cesáreo". Foram entrevistadas mulheres a partir dos seguintes critérios: ter realizado cesariana entre janeiro e dezembro de 2011 em maternidades públicas, privadas ou mistas da região metropolitana do Rio de Janeiro e da cidade de São Paulo; ter sido classificada na pesquisa quantitativa como dos grupos entre os quais se espera mais baixas taxas de cesariana, segundo os critérios de Robson³ e ter entre 18 e 35 anos completos no momento do parto. Do total (79), neste artigo são analisadas 16 entrevistas de mulheres que realizaram cesariana em instituições do setor público do estado do Rio de Janeiro.

Os relatos orais foram tratados com análise de conteúdo temática, buscando o que está implícito nos conteúdos manifestos.¹⁸ Iniciou-se o tratamento das entrevistas com leitura

flutuante; através desse processo surgiram unidades temáticas que deram origem a quatro categorias, que em seguida foram analisadas e são apresentadas nos resultados. Para assegurar o sigilo dos nomes das participantes, foi atribuído um código para cada uma delas.

O projeto da pesquisa “Itinerários terapêuticos e a construção da decisão sobre o parto cesáreo” foi aprovado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/Fiocruz. O presente estudo reiterou o compromisso de sigilo das informações pessoais das participantes e cumpriu com as normas éticas em pesquisa, compromissos assumidos através do Termo de Autorização de Utilização de Dados e do Parecer de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/Fiocruz de novembro de 2016, CAAE: 60909616.3.0000.5269.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das mulheres

As participantes do estudo são mulheres jovens e adultas com idades variando entre 18 e 33 anos. Quase a totalidade das mulheres vive com o companheiro e a maioria declarou ser do lar. Quanto à paridade, sete mulheres eram primíparas, cinco delas eram secundíparas e quatro encontravam-se na condição de múltipara.

A seguir são apresentados os resultados com excertos das entrevistas. O código da mulher no estudo vem acompanhado da informação sobre a paridade, visto que serem primíparas ou secundíparas/múltiparas, algumas vezes, delinham características próprias aos itinerários de cuidados das mulheres.

As rotinas de pré-natal

Para a maioria das entrevistadas, o pré-natal foi iniciado o mais rápido possível após a descoberta da gestação, um indício que a vigilância da gravidez através de recursos biomédicos está assimilada como algo necessário e urgente, como expressa o trecho: “Assim que eu fiz o exame. Eu fiz o exame aí eu fui procurar logo o posto de saúde para começar fazer o pré-natal.” (E08, primípara). Não há um entendimento de que o corpo em processo gestacional se transformará naturalmente, existe um anseio por uma avaliação externa, de preferência de um profissional especialista, para estabelecer em quais condições o processo de gestar se encontra, bem como para deliberar sobre o processo de parir. Mesmo aquelas que tiveram experiências anteriores de gravidez assumem a importância de buscar logo o cuidado pré-natal.

A realização do pré-natal dentro de serviços públicos de saúde, acompanhado por profissionais, foi parte da rotina de cuidados de todas as mulheres. Exames laboratoriais e ultrassonográficos complementaram a rotina de pré-natal e revelaram a necessidade de vigilância da gravidez tanto para acompanhar o desenvolvimento do feto quanto para ter a certeza de que tudo estava biologicamente bem com

o bebê. A ultrassonografia foi muitas vezes realizada em clínicas privadas por iniciativa das próprias mulheres – ou seja, sem o pedido do profissional-, onde pagaram valores descritos como adequados às suas condições financeiras. Os discursos acerca da importância do pré-natal revelam uma valorização da dimensão biológica da gravidez.

*Ah! Orientaram que tinha que fazer vários exames (...)
As ultras eu tive que pagar, porque demorava muito.
Aí eu ficava com medo, né? Só uma que eu fiz no público
(...) Aí a menina marcava, e chegava na hora eu pagava
a consulta e entrava. (E07, primípara)*

No tocante aos cuidados e recursos utilizados ao longo do pré-natal, não há diferenças entre as mulheres que viviam a experiência do primeiro parto (primíparas) e aquelas que já tinham vivido duas ou mais experiências (secundíparas e múltiparas). O cuidado pré-natal tem relevância semelhante entre as mulheres dos dois grupos.

A portaria que instituiu a Rede Cegonha no Brasil definiu a realização de pelo menos sete consultas de pré-natal como indicador de atenção; já a OMS define que seis consultas de pré-natal são suficientes para garantir a qualidade da atenção. O principal indicador do prognóstico ao nascimento é o acesso ao pré-natal e o seu início precoce é considerado essencial para uma assistência adequada. A captação de gestantes até a 12ª semana de gestação vem sendo alvo de políticas públicas, assim como a realização de todos os exames pré-natais preconizados, como as sorologias para HIV e Sífilis, hemograma, urinocultura, entre outros.^{19,20}

Um estudo de base nacional revelou que a realização da assistência pré-natal no Brasil tem alcançado valores próximos a 99%, e que o início do pré-natal antes de dezesseis semanas de gestação tem ocorrido com mais de 75,0% das mulheres.²¹ Outro estudo, realizado no sistema público de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro, apontou que o percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal antes de dezesseis semanas foi 74,4%.²² Em contrapartida, ambos os estudos concluíram que apesar do aumento da cobertura pré-natal ter sido bem sucedida no Brasil e também no município do Rio de Janeiro, a qualidade da assistência deixa a desejar, apresentando uma baixa adequação da assistência quando aplicados os índices recomendados pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.^{21,22}

As políticas públicas têm objetivado garantir a assistência perinatal a todas as gestantes a partir do acesso aos serviços, consultas e exames, dessa forma, fortalecem o entendimento, das gestantes e da população em geral, de que os cuidados biomédicos são prioritários e essenciais na rotina de cuidados. Um estudo mostrou que no sistema de saúde suplementar também são encontrados cuidados da biomedicina: predominam o monitoramento do processo de parturição e avaliação clínico-laboratorial.¹⁵

A família participa na trajetória de cuidados pré-natais, em especial reforçando a importância dos cuidados biomé-

dicos em serviços de saúde já valorizados pelas mulheres. A ida de um familiar a uma consulta vai além do simples acompanhamento: perguntas são feitas ao profissional de saúde para ter a certeza de que a monitorização da gestação está sendo eficaz para a mulher e para o bebê.

Aí quando minha mãe veio para cá (...) ela foi comigo. (...) Aí a minha mãe nos dias que ela ficou aqui ela entrou, fez pergunta ao médico. (E02, secundípara)

Os resultados do Inquérito Nacional “Nascer no Brasil” mostraram que 98,2% das mulheres referiram ter realizado ultrassonografia na gestação, percentual maior dos que foram encontrados na realização de outros exames considerados indispensáveis no pré-natal pelo Ministério da Saúde como os exames de glicemia e urina (EAS), por exemplo.²¹ Isso corrobora a ideia de que as mulheres e seus familiares valorizam o exame de imagem, já que o mesmo fornece uma “visualização” do feto e conseqüentemente o sentimento de que o seu desenvolvimento está “sob controle”. Esse valor atribuído à ultrassonografia corrobora com um estudo que demonstra que a imagem do feto é identificada como registro importante da imagem do filho, mesmo que a interpretação seja limitada e diferente daquela realizada pelo profissional.²³

Das entrevistadas, poucas relataram cuidados especiais aderidos ao longo da gestação. Ser orientada por um profissional sobre algum cuidado, como fazer atividade física ou mudar a alimentação, não significou necessariamente executá-lo, como podemos perceber no relato: “(...) ela mandava fazer caminhada para ajudar no parto, essas coisas assim.” (E03, primípara).

Um estudo realizado com mulheres que tiveram cesariana no setor privado de assistência à saúde identificou-as como mulheres que “se cuidam muito”, pois se preocupavam em realizar exercícios físicos, controlar a alimentação, usar suplementos vitamínicos, fazer drenagem linfática, etc.⁷ Acessar cuidados que vão para além da rotina de pré-natal pode então estar relacionado ao nível socioeconômico das mulheres.

O preparo para o parto feito no pré-natal por um profissional de saúde fez parte da trajetória de poucas das mulheres entrevistadas. Apenas duas mulheres puderam contar com essas orientações e relataram o parto normal como a “melhor opção” apresentada pelo profissional. As orientações sobre os benefícios do parto vaginal é parte do acervo de informações dessas mulheres, no entanto a cesariana fica obscura e atrelada a complicações no trabalho de parto, mas sem que sejam apresentados seus riscos e malefícios.

E a cesariana eles não explicaram muito porque até então também para mim ia ser, como para doutora também, ia ser parto normal, entendeu? (...) diziam que provavelmente seria um parto normal, a não ser se houvesse alguma complicação, mas eu estava preparada, eles me preparavam para um parto normal. (E06, primípara)

Um estudo mostrou que metade das entrevistadas afirmou não ter recebido informações sobre cada tipo de parto.²⁴ Outro estudo, mais recente, relatou a persistência desse problema, revelando que uma pequena proporção de mulheres usuárias do sistema público de saúde do município do Rio de Janeiro, mesmo as que já tinham alcançado as trinta e sete semanas de gestação, referiu não ter recebido orientações sobre parto.²² Uma pesquisa que usou dados do Inquérito Nacional “Nascer no Brasil” demonstrou uma das conseqüências da situação supracitada ao concluir que a baixa proporção de orientações recebidas durante o pré-natal revelou insuficiência do papel do pré-natal na preparação das mulheres para o parto.²¹

Os achados do presente estudo corroboram com os resultados que têm sido encontrados na literatura, e sugerem que, com a falta de preparo para o parto, uma das conseqüências é o fato das mulheres, no momento de finalizarem suas gestações, terem poucas informações consistentes sobre a cesariana e assim, após obterem sucesso nesse procedimento, minoram os riscos oriundos desta cirurgia.

Ideias sobre o parto

Em geral, a visão das mulheres acerca do parto normal e da cesariana não variou. Todas as mulheres, independente da paridade, deram as mesmas características (boas e ruins) para cada tipo de parto e falaram sobre suas respectivas vantagens e desvantagens. Predominou a ideia do parto normal como um processo natural e de recuperação rápida, mas em contrapartida foi enfatizada a projeção ou vivência (no caso das secundíparas e múltíparas) dele como doloroso. A cesariana foi descrita como algo antinatural, de recuperação lenta e que acarreta a dependência de familiares para as atividades do dia-a-dia no período pós-parto. Apesar dessas desvantagens, elas apontaram que a ausência de dor no processo até o nascimento é a grande vantagem da cirurgia.

(...) as vantagens é que depois você pode ficar fazendo tudo normalmente.(...) E da cesárea tu não pode fazer nada. (...) Aí é muito ruim, entendeu? Ficar dependente. (E04, primípara)

Um estudo encontrou que a grande maioria das mulheres considerou a recuperação rápida como a principal vantagem do parto vaginal, e que as “fortes contrações” foram descritas como a principal desvantagem deste parto. Em relação à cesariana, este estudo mostrou que a maior parte das entrevistadas referiu que a grande vantagem da cesariana era não sentir dor no momento do parto e que a principal desvantagem era a recuperação tardia.²⁵ Esses mesmos achados são semelhantes aos encontrados por outros autores em estudos na área obstétrica.^{9,26,27}

Os itinerários de cuidados das mulheres do presente estudo contaram com a opinião e a experiência de familiares e amigas sobre o parto normal e a cesariana. Coincidiram as características, vantagens e desvantagens de cada parto descritas pelas

entrevistadas e pelas mulheres da família e do círculo social delas, o que demonstra que a visão sobre parto compartilhada por seu círculo de sociabilidade somente reitera suas ideias e percursos, sem alterar ou definir novos caminhos.

Minha avó teve os filhos dela, foram de parto normal. Ela diz que é muito melhor do que de cesariana. Porque o parto normal é dor na hora, né? E a cesárea não. Você fica sentindo dor. (E16, secundípara)

Dentre os Sistemas de Atenção à Saúde, o setor familiar é descrito como o que mais influencia o itinerário terapêutico.²⁸ Uma pesquisa mostrou que a opinião da família e da sociedade exerce influência sobre os possíveis sentimentos que as mulheres podem apresentar em relação ao parto.²⁹ A opinião dos familiares, que valorizam e privilegiam a cesariana, reitera ideias das mulheres sobre a intervenção cirúrgica. Dessa forma o percurso das mulheres tendem a não se modificar, visto que familiares e mulheres compartilham as mesmas opiniões. A maioria das entrevistadas, após passarem pela experiência da cesariana, a descreveram como “tranquila” ou “boa”, assim, percebemos que mesmo existindo um núcleo familiar que reitera o parto vaginal como mais vantajoso, uma experiência exitosa com a cirurgia pode transformar o entendimento sobre a mesma, podendo inclusive torná-la uma alternativa. A cesariana passa a ser vista como uma solução sempre relacionada a um “livramento” de alguma situação de adversidade com o parto vaginal.

Na boa? Corta, eu não sinto dor na hora. Que eu sinta dor depois, mas tomo remédio, passou, acabou. Eu tô bem até hoje! Ó! Eu com um mês eu voltei a trabalhar, entendeu? (...) Não inflamou. Não teve nada. Quer melhor do que isso? (E16, secundípara)

Os achados de uma pesquisa com usuárias do setor público e do setor privado mostraram que mais de 40% das mulheres do setor público que passaram por uma cesariana disseram que repetiriam esta via de parto.⁹

Chamou atenção o fato de nem todas as mulheres terem buscado informações sobre gestação e parto, seja na internet, em livros ou revistas. Dentre as primíparas, grupo inexperiente em relação à parturição, a minoria discorreu sobre quais informações buscaram e em quais fontes. Entre as mulheres que buscaram informações, a internet, as revistas e os aplicativos de celulares foram fontes importantes de informação. Embora descrevessem onde buscaram informações, o conteúdo e a qualidade destas não parecem ter sido contestados pelas mulheres.

De outro modo, uma mulher multípara comenta que a busca de informações através de leituras se faz desnecessária, visto que as experiências anteriores já são o bastante para ela. A baixa procura por informações pode favorecer uma vulnerabilidade de opinião e posicionamento a essas mulheres em relação aos processos de gestar e parir.

O nome do site eu não sei. Só sei que é alguma coisa de “mamãe e bebê”, alguma coisa assim. (...) Sei que eu vi até nomes de criança, eu via como cuidar. (E15, secundípara)

Não, né? Eu tenho um monte [de filhos]... Ler o quê? Eu já sei. (E05, multípara)

Uma pesquisa que revisou estudos acerca da decisão relacionada à via de parto mostrou que as mulheres contemporâneas estão sujeitas às informações de saúde, e também sobre o parto, oriundas da mídia e que isto pode influenciar preferências e decisões. Apesar disso, muitos autores problematizam as condições de autonomia das mulheres perante as decisões a respeito do parto e as assimetrias de poder e saber perante os profissionais médicos.³⁰ A limitação da autonomia das mulheres, fruto da autoridade dos profissionais de saúde, também foi resultado de uma pesquisa que encontrou que, mesmo as mulheres que mostravam certa resistência ao modelo biomédico na assistência ao parto, por exemplo questionando o uso da ocitocina exógena, foram submetidas a essas intervenções por não terem o poder de mudar a situação.²⁶

Desta forma, o pouco poder de negociação por parte das mulheres, tanto sobre as decisões sobre a cesárea quanto sobre os direitos garantidos para o momento do parto, ficam notórios e apontam para um quadro que precisa ser mudado para garantir às mulheres todos os direitos que lhes cabem ao longo da gestação e na finalização da mesma.

Além da baixa procura por informações ter sido notada, é importante considerar a relevância de experiências anteriores com as gestações nos casos das secundíparas e multíparas. Cuidar da gestação parece ser a repetição dos mesmos passos e fazer o que já se sabe, conforme disse uma mulher.

Vale ressaltar que, além da busca de informações por parte das mulheres, é relevante e indispensável o fornecimento de informações por parte dos serviços de saúde. Um dos objetivos do acompanhamento pré-natal é a realização de atividades educativas e preventivas, e é de suma importância a criação de espaços de educação em saúde para as mulheres como uma forma de consolidar informações importantes sobre a gestação. Ademais, faz-se necessário que o setor de saúde cumpra o seu papel de educador e promotor da saúde, enfocando não apenas as gestantes no processo de aprendizagem ao longo do pré-natal, mas também seus companheiros e familiares, já que estes estão envolvidos no processo gestacional e também compartilham dúvidas e experiências.¹⁹

Assim como na gestação, experiências de outros partos influenciam os discursos de mulheres multíparas e secundíparas. Mulheres que já tiveram outros partos trazem consigo as experiências vividas e isso pode contribuir de modo positivo ou negativo nas preferências e decisões acerca da gestação e do parto atual.^{10,29}

Duas mulheres trouxeram consigo a experiência dos partos anteriores de formas diferentes. Enquanto uma teve as melhores experiências com seus partos vaginais e não gostou

da cirurgia, a outra se julgava apta a passar novamente pela cesariana por ter obtido um resultado positivo na primeira vez. Isto reitera o que foi anteriormente dito sobre a consequência de ter êxito em uma cesariana.

Eu, pra mim foi totalmente... parto normal bom. Cesariana é que eu não gostei. (...) Tava rezando que fosse normal, mas aí não foi... (E11, múltipara)

Não! Não porque eu já tinha tido a experiência da primeira, então... eu já sabia como seria. (E16, secundípara)

A ida para a maternidade

A busca da maternidade para o momento do parto aconteceu por motivos diversos entre as mulheres. Poucas delas foram orientadas sobre os critérios para ir para maternidade. Em geral, elas foram para a maternidade devido a encaminhamentos da consulta de pré-natal, alterações ultrassonográficas e alterações clínicas, e não por estarem com sinais verdadeiros de trabalho de parto (rotura da bolsa amniótica, metrossístoles frequentes, etc.).

Mesmo sem orientação sobre os sinais de trabalho de parto, existem situações na gravidez que são bem difundidas na sociedade e que quando acontecem, as mulheres entendem que há a necessidade de procurar algum serviço de saúde, como é o caso da perda de líquido amniótico/rotura da bolsa. Isto fica explícito na fala da participante que, mesmo sem ter sido devidamente orientada, procurou a maternidade pelo fato da “bolsa ter rompido”.

A minha bolsa rompeu 7h da manhã. Aí eu fui para o hospital, cheguei lá e o médico me atendeu e falou que a minha bolsa não tinha estourado e que era ruptura da bolsa. (E10, primípara)

Uma pesquisa concluiu que mais de dois terços das gestantes foram admitidas precocemente (em pródromos de trabalho de parto) em maternidades públicas do Rio de Janeiro e estas foram as mais submetidas à cesariana.³¹ Numa pesquisa sobre a busca precoce de gestantes à maternidade, foi mostrado que a maioria delas foi atendida sem nenhuma atividade uterina e com o colo uterino impérvio (sem dilatação).³² Dois estudos apontaram que a orientação no pré-natal sobre os sinais de início do trabalho de parto foi recebida por não mais do que 51,0% das entrevistadas.^{21,22} Os achados do presente estudo correlacionados com a literatura mostram que as orientações sobre os sinais verdadeiros de trabalho de parto podem não estar sendo eficazes nos serviços de saúde.

Dentre as primíparas, poucas relataram saber previamente qual local procurar em caso de intercorrências ou para o parto. As duas mulheres que sabiam para qual maternidade ir, foram orientadas também sobre os sinais do trabalho de parto e realizaram o pré-natal com o profissional enfermeiro.

E no pré-natal eu aprendi que qualquer coisa que eu sentisse eu deveria ir para a Maternidade X. E eles sempre me explicaram como seria o parto normal, as contrações e tudo mais. Como eu chegaria no hospital, o que eles faziam. (E06, primípara)

Estudos mostram que a falta de orientação sobre a maternidade de referência para o parto é um obstáculo para uma assistência plena em qualidade e apontam para uma falha na articulação entre os serviços de pré-natal e de assistência ao parto. Um estudo revelou que o percentual de gestantes orientadas sobre a maternidade de referência não chegou a 60,0%, e outro estudo apontou que 40,0% das gestantes ainda não tinha recebido essa informação mesmo já estando no último trimestre de gestação.^{21,22}

Em meio às secundíparas e múltiparas a ida para a maternidade ocorreu em geral por haver encaminhamento do pré-natal (alterações clínicas e mediação de contatos com profissionais médicos conhecidos de algum familiar), ou por agendamento como no caso: “Desde a primeira vez aqui que eu fiz o pré-natal o médico falou logo: “O seu parto é cesárea.” Ele marcou até a data da cesariana.” (E02, secundípara). A maioria já conhecia a maternidade que iria por já realizarem o pré-natal no ambiente hospitalar ou por já terem tido outro parto naquele mesmo hospital.

A cesariana em cena

As indicações para a cesariana foram diferentes tanto no grupo de primíparas quanto no grupo das secundíparas e múltiparas. No das primíparas, elas tinham a noção de que teriam um parto vaginal a menos que surgisse alguma situação que o impedisse. Para elas a cesariana era como mais um componente do leque de cuidados existente no processo gestação/parto e não uma escolha; elas entendem que a via de parto é definida ao longo do trabalho de parto por indicações clínicas estabelecidas pelo médico (como disse uma mulher, “preparavam, diziam que provavelmente seria um parto normal, a não ser se houvesse alguma complicação”).

Os motivos clínicos que conduziram para a cesárea variam entre as mulheres primíparas. Alguns dos motivos apresentados pelas mulheres foram: bebê “não descer”, “não ter dilatação” ou “não ter passagem”, “falta de líquido” e bebê “sentado”. Além destes, outras indicações não foram claramente descritas e foram apresentadas somente como uma decisão médica ao longo da assistência. A cesariana foi em geral decidida pelo profissional médico, sem passar pela decisão/preferência das mulheres; somente em dois casos de alguma forma a decisão passou por elas e será explicitado mais a frente. Assim, elas assumiram as indicações apresentadas pelos profissionais como definitivas e não as questionaram.

Aí lá a médica me perguntou: “Você prefere o que? Normal ou cesárea?”, eu falei que preferia normal. (...) Porque na hora que o médico foi tentar fazer normal, ela estava sentada [sobre a indicação de sua cesárea].

Aí ele falou: “Não, a gente não vai conseguir. Porque a menina está sentada e é perigoso, né?” (E07, primípara)

Os discursos de E07 e de outras participantes deixam a entender que os profissionais que as atenderam, apesar de apresentarem certas situações clínicas para indicar a cesariana, permitem que a decisão pela cirurgia passe por elas mesmo que a decisão final tenha sido feita por eles. Assim, percebe-se que os profissionais geram uma responsabilização da mulher na decisão pela cesariana, mesmo que sutilmente.

A cesariana como via de parto é descrita na literatura como majoritariamente decidida pelo profissional médico independente das indicações serem reais ou baseadas em quadros de risco não compatíveis com as evidências científicas. Mesmo assim, na visão das mulheres e familiares a cesariana pode significar a ideia de melhor assistência e de mais um cuidado com o corpo aliada a uma naturalização das intervenções biomédicas, já que estamos inseridos numa sociedade continuamente preocupada com a saúde, a estética, a produtividade, e com o desempenho sexual e social.^{30,33}

É importante ressaltar que, como já descrito na literatura, as taxas de cesarianas em primíparas são preocupantes já que na prática obstétrica ter uma cesariana configura alta probabilidade de futuramente ter outra.⁹

No caso das secundíparas e das múltiparas, a cesariana ocorreu por já terem tido outra cesariana, por algum risco pré-existente ou detectado ao longo da gestação, ou por terem encaminhamento para laqueadura tubária através do planejamento familiar. As mulheres que obtiverem a laqueadura tubária através da cesariana discursaram sobre o itinerário que percorreram para conseguí-la e afirmaram que suas cirurgias foram agendadas com essa finalidade. A cesariana para algumas dessas mulheres já era uma certeza e para outras era como uma possibilidade a critério do profissional que as assistiu.

Dessa aqui já estava marcado que ia fazer a ligadura. (...) Eu só fiz o planejamento familiar antes. (...) Aí levei para a doutora e fiz. (E01, múltipara)

Embora haja restrição legal ao agendamento de cesáreas para obter laqueadura³⁴ esse motivo permanece entre as justificativas para a realização da cirurgia. Em relação ao desejo da mulher pela laqueadura, um estudo mostrou que mais de 40,0% das entrevistadas referiu que este foi o motivo que as fez escolher a cesariana.²⁴

Nos casos dos agendamentos de cesariana entre as mulheres, figuram também situações clínicas que as justifiquem – como no caso de E02. Um estudo mostrou que intercorrências maternas como hipertensão, diabetes e depressão durante a gestação aumentam as chances de cesariana do setor público de atenção à saúde.³⁵ Neste mesmo estudo também foi concluído que ter uma cesárea anterior é um fator associado à realização de cesariana neste setor.³⁵ No resultado de outra pesquisa houve

associação entre ter tido uma cesariana anterior e finalizar a gestação atual desta mesma forma.³⁶

As evidências científicas mostram que não há mais a necessidade absoluta de uma mulher com cesariana prévia ser submetida novamente a esta cirurgia. Uma ou duas cesarianas anteriores (como é o caso da grande maioria das participantes com cesariana prévia do presente estudo, exceto uma) são situações que permitem o trabalho de parto e o parto vaginal. Em mulheres com cesárea anterior, a taxa de mortalidade materna é mais alta entre aquelas submetidas novamente a uma cesariana do que entre aquelas que tiveram parto vaginal. Em geral, os riscos de um parto vaginal após uma cesariana são baixos e com boa taxa de sucesso para o parto vaginal; o risco de ruptura uterina por ocasião da tentativa de parto vaginal após uma cesariana concentra-se em torno de 1%. A recomendação para uma nova cesariana restringe-se aos casos de três ou mais cesarianas prévias ou quando a mulher possui uma cicatriz uterina longitudinal de cesariana anterior.³⁷

Algumas secundíparas/múltiparas demonstraram ter certo vínculo com a instituição na qual tiveram a última cesariana. Na maior parte dos casos o vínculo foi construído com as experiências que vivenciaram quando tiveram seus outros filhos nessas instituições e por terem ficado satisfeitas com o atendimento recebido. Uma mulher chamou atenção ao declarar que já se considerava vinculada a certa instituição por já possuir um prontuário na mesma, e através dele os profissionais já conheciam seu histórico.

Todas três. Fiz pré-natal e nasceram todas três lá. (...) É, porque já tinha um prontuário aí... Lá ele tem o histórico passado e eles me aceitaram lá. (E01, múltipara)

Enquanto neste estudo nos chamou a atenção o vínculo que as mulheres do setor público estabeleceram com as instituições as quais frequentaram, já é conhecido que no setor privado as mulheres são vinculadas aos médicos ginecologistas e obstetras. Em um estudo com mulheres do setor privado, encontrou-se que elas realizam o pré-natal com ginecologistas de confiança com os quais já se tem vínculos antigos, e que podem ser acionados pelo telefone ou pela internet no caso de dúvidas ou possíveis alterações gestacionais.⁷ Achado semelhante foi descrito em uma pesquisa que constatou que mulheres que realizaram pré-natal privado referiram ter vínculo com o médico que o realizou.²¹

Outro aspecto quando analisamos a cesariana em cena é que muitas mulheres se referiram a ela como um parto, e não como uma cirurgia. Algumas delas fizeram uso dos termos “parto cesárea” ou “parto cesariana”, o que reforça a hipótese, já descrita na literatura, de normalização da cesariana como um modo de nascer e não como um evento cirúrgico.⁷ Por mais que as mulheres tenham consciência de que a cesariana não é uma escolha enquanto elas estão inseridas na rede pública de saúde, pelo fato de saberem que o profissional que as assiste pode lançar mão desse procedimento, a cirurgia

cesariana passa a ser mais um dos serviços/possibilidades que pode ser alcançado no processo parir, e daí um dos motivos da sua naturalização entre as mulheres como mais um tipo de parto: "... eu esperava que fosse normal também, mas como foi parto cesariana..." (E08, primípara).

CONCLUSÃO

A análise dos itinerários de cuidados de mulheres que realizaram cesárea no setor público de atenção à saúde aponta que as conquistas alcançadas com o melhor acesso ao pré-natal e o conhecimento prévio da maternidade em que se realizará o parto vieram acompanhadas de um maior valor atribuído aos cuidados biomédicos. Os itinerários investigados mostraram-se repletos de cuidados da biomedicina em uma atmosfera de vigilância. Isso faz com que a cesariana, evento cirúrgico, ocupe um lugar de mais um cuidado que pode ser acionado no processo de parturição, mesmo que isto não possa ser feito pelas mulheres usuárias do setor público, e sim pelos profissionais médicos.

Na maioria dos casos a definição da via de parto é feita pelo médico sem passar pela decisão das mulheres, e, nos raros casos em que lhes é dada a chance de optar, fica implícito que o profissional gera a responsabilização da mulher pela ocorrência da cirurgia.

Destacamos que nos itinerários foi observada uma baixa procura por informações sobre a gestação e o parto na internet, livros ou revistas por parte das mulheres, o que as tornam vulneráveis e sem chances de questionar quaisquer situações no processo de parturição que lhes são apresentadas ou impostas. Salientamos também o não cumprimento da promoção da educação em saúde por parte dos serviços de saúde. Sobre isto, ficam as indagações: se todas as mulheres do setor público se informassem e participassem de grupos educativos sobre gestação e parto, elas teriam autonomia na decisão final da via de parto? Teriam poder de negociação com os profissionais sobre a via de parto? Isso bastaria para a diminuição das taxas de cesariana? Essas questões permanecem, mas, por suas conjecturas, talvez não possam ser respondidas nem por novos estudos. No entanto, elas indicam que nos itinerários de cuidados há dimensões que precisam ser consideradas, para que não se privilegie só um dos sistemas de cuidados, bem como somente os saberes dele advindos.

No contexto brasileiro, no qual o parto cirúrgico alcança valores alarmantes, a cesariana é pouco questionada pelas mulheres e seus familiares e passa a ser considerada necessária, de indicação inquestionável ou no mínimo aceitável. Embora os cuidados realizados no setor profissional predominem, encontramos nas trajetórias a influência do setor familiar na reafirmação da importância dada à dimensão biológica da gestação, sem deixar margens para cuidados no setor popular, que envolve a dimensão religiosa e de práticas alternativas. Assim, uma solução cirúrgica para o parto não destoa no cenário.

Apesar da referência teórica de itinerário terapêutico ser mais utilizada por estudos relacionados a doenças, ela ofereceu novas

perspectivas à análise dos caminhos para a cesárea percorridos por mulheres que viviam o processo de gestação e parto.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de saúde, demográficas e socioeconômicas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 2017 out 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>
2. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [citado em 2015 out 15];30 Supl 1:S17-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>
3. World Health Organization. Statement on Caesarean Section Rates [Internet]. [place unknown]; [cited 2015 Nov 18]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/perinatal_health/cs-statement/en/
4. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Saúde Suplementar. Portal da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado em 2017 out 15]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/ApresentaPARTO-06-01-15.pdf>
5. Nakano, AR. Uso de tecnologias e as transformações nas práticas sociais de parto e de nascimento no Brasil: uma normalização da cesárea? [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Pós-graduação em Saúde da Mulher e da Criança; 2015.
6. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis* [Internet]. 2012 [citado em 2015 nov 15];22(1):35-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a03.pdf>
7. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades no Sudeste do Brasil. *Physis* [Internet]. 2015 [citado em 2015 dez 10]; 25(3):885-904. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00885.pdf>
8. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [citado em 2016 fev 15];30 Supl 1:S101-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>
9. Mandarinó NR, Chein MBC, Júnior FCM, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 [citado em 2016 fev 15];25(7):1587-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/17.pdf>
10. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saude Soc* [Internet]. 2011 [citado em 2016 fev 15];20(3):579-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/05.pdf>
11. Ferrari J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. 2010 [citado em 2016 fev 20];10 Supl 2:S409-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/20.pdf>
12. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 [citado em 2016 fev 20];25(11):2480-88. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/17.pdf>
13. Rabelo M, Alves PCB, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999 [citado em 2016 mar 20]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>
14. Lopes TC, Souza KV, Pinheiro R, Viana DL, Fiorini HF. Itinerários de gestantes de risco habitual que tiveram seus filhos em um Centro de Parto Normal: implicações para a integralidade do cuidado na rede de atenção ao parto e nascimento de um município. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Junior AGS. Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC; 2016. p. 327-341.

15. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar socioantropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. 2010 [citado em 2016 mai 15];10(2):191-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n2/a06v10n2.pdf>
16. Xavier RB, Bonan C, Silva KS, Nakano AR. Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. *Interface* [Internet]. 2015 [citado em 2016 mai 15];19(55):1109-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140112.pdf>
17. Queiroz MIP. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: Von Simson OM. *Experimentos com histórias de vida: Itália-Brasil*. São Paulo: Vértice; 1988. p. 14-43.
18. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 2016 jul 20]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
20. BRASIL. Portaria n.1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
21. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [citado em 2016 jul 20];30 Supl 1:S85-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>
22. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [citado em 2016 jul 20];28(3):425-437. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>
23. Chazan LK, Faro LFT. “Exame bento” ou “foto do bebê”? Biomedicalização e estratificação nos usos do ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro. *Hist Cienc Saude Manguinhos* [Internet]. 2016 [citado em 2017 jul 12];23(1):57-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n1/0104-5970-hcsm-23-1-0057.pdf>
24. Zambrano E, Barizon JB, Luchesi LB, Santos CB, Gomes FA. Cesárea: percepções da puérpera frente à escolha do tipo de parto. *R Enferm UERJ* [Internet]. 2003 [citado em 2016 set 15];11(2):177-81. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a09.pdf>
25. Melo JKF, Davim RMB, Silva RAR. Vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano: opinião de puérperas. *Rev pesqui cuid fundam* [Internet]. 2015 [citado em 2016 set 15];7(4):3197-205. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3635/pdf_1694
26. Pimenta LF, Silva SC, Barreto CN, Ressel LB. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. *Rev pesqui cuid fundam* [Internet]. 2014 [citado em 2016 set 15];6(3):987-97. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3165/pdf_1347
27. Tedesco RP, Filho NLM, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2004 [citado em 2016 set 20];26(10):791-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n10/22906.pdf>
28. Amaral RFC, Souza T, Melo TAP, Ramos FRS. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. *Revista Rene* [Internet]. 2012 [citado em 2016 out 15];13(1):85-93. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/3774/2985>
29. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2006 [citado em 2016 out 15];14(3):414-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>
30. Riscado LC, Janotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela vi de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [citado em 2016 dez 10];25(1):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-3570014.pdf>
31. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2008 [citado em 2016 dez 10];42(5):895-902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6234.pdf>
32. Giaxa TEP. *Falso trabalho de parto: compreendendo os motivos da procura precoce à maternidade através da fenomenologia social* [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2009. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/96454/giixa_tep_me_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. McCallum C, Reis AP. Users’ and providers’ perspectives on technological procedures for ‘normal’ childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. *Salud Pública de México* [Internet]. 2008 [citado em 2016 dez 10];50(1):40-8. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3392/1/4-users.pdf>
34. BRASIL. Lei n. 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm
35. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [citado em 2017 abr 20];50(5):734-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v50n5/pt_0080-6234-reusp-50-05-0734.pdf
36. Pádua KS, Osís MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Filho OBM. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010 [citado em 2017 abr 20];44(1):70-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/08.pdf>
37. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 2017 abr 20]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_Cesariana_CP.pdf

Recebido em: 19/12/2017

Revisões requeridas: 19/04/2018

Aprovado em: 29/06/2018

Publicado em: 05/01/2021

Autor responsável pela correspondência:

Sarah Dias Silva

Endereço: Rua Capanema, nº 134, apto 103,

Tauá, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

CEP: 21.920-070

E-mail: diassarah93@gmail.com

Número de telefone: +55 (21) 97578-7988

Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.