



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CICERA MYKELLANDY GONÇALVES MONTEIRO

**FATORES QUE INFLUENCIAM PARA A REALIZAÇÃO DA
CESÁREA**

**CAJAZEIRAS-PB
2011**

**FATORES QUE INFLUENCIAM PARA A REALIZAÇÃO DA
CESÁREA**

CICERA MYKELLANDY GONÇALVES MONTEIRO

**FATORES QUE INFLUENCIAM PARA A REALIZAÇÃO DA
CESÁREA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.

**CAJAZEIRAS – PB
2011**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

M775f Monteiro, Cicera Mykellandy Gonçalves
Fatores que influenciam para a realização da
cesárea./Cicera Mykellandy Gonçalves Monteiro.
Cajazeiras, 2011.
67f. : il.

Orientadora: Maria do Carmo Andrade D.de Farias.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCEG

1. Parto. 2. Saúde da Mulher. 3. Cesárea. I. Farias,
Maria do Carmo Andrade Duarte de II. Título.

4. Operação Cesariana.

UFCEG/CFP/BS

CDU- 618.4

CICERA MYKELLANDY GONÇALVES MONTEIRO

**FATORES QUE INFLUENCIAM PARA A REALIZAÇÃO DA
CESÁREA**

Aprovado em ___/___/2011

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Escola Técnica de Saúde ESCT/CFP/UFCG
(Orientadora)

Profa. Ms. Marilena Maria de Souza
Escola Técnica de Saúde ESCT/CFP/UFCG
(Membro examinador)

Profa. Esp. Cláudia Maria Fernandes
UACV/CFP/UFCG
(Membro examinador)

**CAJAZEIRAS – PB
2011**

Aos meus pais, Francisco de Assis Juvino Monteiro e Maria Gonçalves Monteiro, que sempre me encorajaram a ir em busca dos meus objetivos, me passando a confiança necessária para a conclusão de mais uma etapa em nossas vidas.

Dedico

AGRADECIMENTOS

A Deus, por se fazer presente em todos os momentos de minha vida, levantando minha cabeça nas dificuldades e iluminando meus passos. Agradeço pelo simples fato de existir em minha vida, afinal, "Deus é fiel".

A minha mãe, Maria Gonçalves Monteiro, pelo incentivo, paciência, apoio e confiança prestadas. Sem você nada disso teria acontecido. Minha eterna gratidão.

Ao meu pai, Francisco de Assis Juvino Monteiro, pelo apoio prestado e pelos esforços que teve para manter meus objetivos. Minha eterna gratidão.

A minha irmã, Mykaelly, pelo apoio, amizade, confiança e pelos sábios conselhos. Minha gratidão.

Ao meu irmão, Mychel, pela ausência sentida e apoio demonstrado. O meu obrigado.

A Kilmer, meu noivo e amigo, pelo companheirismo, paciência e dedicação durante a realização deste trabalho.

A Marcello, meu cunhado e amigo, pelos sábios conselhos e pela confiança depositada.

A Maria, minha amiga e companheira, por toda a dedicação e amizade. Minha gratidão.

A minha segunda família, Núbia, David Junior e Wagner pelos momentos de descontração durante os fins de semana.

Aos meus colegas, pelos momentos de alegria e descontração.

A minha orientadora, Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, pelas orientações prestadas e pelos sábios conselhos concedidos. Meu obrigado.

A professora Aissa, pela dedicação, apoio, ajuda e amizade prestadas. Meu obrigado.

As mulheres participantes desta pesquisa, pela colaboração prestada para a realização deste trabalho.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

**“Todo herói é herói de si mesmo. Quem
vence está se vencendo” (Clarice Lispector)**

RESUMO

MONTEIRO, C. M. G. Fatores que influenciam para a realização da cesárea. 67f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

O Brasil apresenta uma das taxas de cesariana mais elevadas do mundo, o que se constitui num problema de saúde pública. Este estudo teve como objetivo geral: analisar os fatores que influenciam na realização de cesárea na maternidade do município de Cajazeiras – PB; e específicos: verificar a influência do contexto social das mulheres na realização de cesariana e identificar os fatores associados à realização de cesárea na maternidade do município de Cajazeiras – PB. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com uma abordagem quantitativa e qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 30 mulheres que realizaram cesárea na maternidade do município de Cajazeiras – PB, em maio de 2011. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro estruturado contendo questões objetivas e subjetivas. Os dados para a caracterização sócio-demográfica e obstétrica foram apresentados em tabela com frequência e percentual. Os dados qualitativos foram analisados de forma temática tradicional, apresentados em quadros e discutidos à luz da literatura pertinente ao tema. Os resultados revelam mulheres jovens, de escolaridade satisfatória, a maioria trabalhava fora do lar, eram casadas, pertencentes à classe econômica baixa. Quanto aos dados obstétricos, a maioria era primípara e múltiparas, com cesárea anterior. A maioria realizou mais de 7 consultas de pré-natal. Dentre os fatores associados à realização da cesárea estão a escolha, iteratividade e complicações durante a gestação e parto, bem como a possibilidade de laqueadura tubária. Apesar do perfil da população atendida na maternidade revelar indicação para a cesárea, evidenciou-se a necessidade de repensar a prática obstétrica, a qual tem interferido na qualidade e humanização da assistência à mulher no parto. Assim, este estudo visa contribuir, através das informações prestadas, na busca por ações para diminuir o índice de cesariana, bem como melhorar a prática obstétrica vigente.

Palavras-chave: Cesárea. Parto. Saúde da mulher.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

ABSTRACT

MONTEIRO, C. M. G. Factors that influence the performance of a cesarean. 67f. **Completion of Course Work** (Graduation in Nursing) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

Brazil displays one of the highest rates of cesarean sections in the world, which constitutes a public health issue. This study had as general objective: to analyze the factors which influence in a cesarean section at the maternity hospital of the town of Cajazeiras – PB; and specific: to verify the influence of social context of women in the realization of cesarean sections and identify the factors associated to realization of cesarean at the maternity hospital of the town of Cajazeiras – PB. This is an exploratory and descriptive study with both quantitative and qualitative approach. The research subjects were 30 women who performed cesarean at maternity hospital of the town of Cajazeiras – PB, in May 2011. The instrument of data collection was a structured interview containing objective and subjective questions. The data for the socio demographic and obstetric characterization were presented in chart with frequency and percentage. The qualitative data was analyzed in a traditional thematic way, presented in frames and discussed based on the literature pertinent to the theme. The results reveal young women, having satisfactory schooling, most of them worked out of home, were married, belonging to low economic class. Regarding the obstetric data the majority was primiparous and multiparous, with previous cesarean, most carried out more than 7 prenatal exams. Among the factors associated with the performance of cesarean are the choice, iterativity and complications during pregnancy and birth, as well as the possibility of tubal ligation. Despite the profile of the population assisted in the maternity hospital reveals indications for cesarean, it became evident the necessity to rethink the obstetric practice, which has affected the quality and humanization of assistance to women in childbirth. Thus, this study aims to contribute through information provided, in the search for actions to reduce the number of caesarean, as well as improve the current obstetric practice.

Keywords: Cesarean. Birth. Women's health

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Motivos para a realização da cesárea, Cajazeiras - PB, 2011	36
Quadro 02 - Tendência das mulheres para realização de cesárea, Cajazeiras - PB, 2011	46
Quadro 03 - Laqueadura tubária: razões para sua realização, Cajazeiras - PB, 2011	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Aspectos sócio-demográficos das entrevistadas, Cajazeiras - PB, 2011	30
Tabela 02 - Dados obstétricos das mulheres da pesquisa, Cajazeiras - PB, 2011	33

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PARTO	15
2.2 A CESÁREA	17
2.3 A CESÁREA E AS LEIS	21
3 METODOLOGIA	25
3.1 TIPO DE ESTUDO	25
3.2 LOCAL DA PESQUISA	25
3.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA	26
3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	26
3.6 COLETA DE DADOS	27
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	27
3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
4.1 O CONTEXTO SOCIAL E DADOS OBSTÉTRICOS DAS MULHERES SUBMETIDAS À CESÁREA	29
4.1.1 Aspectos sócio-demográficos	29
4.1.2 Dados obstétricos	33
4.2 CESÁREA: ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM NA SUA REALIZAÇÃO	36
4.2.1 Motivos para a realização da cesárea	36
4.2.2 Tendência das mulheres para realização da cesárea	45
4.2.3 Laqueadura tubária: razões da sua realização	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	56
APÊNDICE A- ENTREVISTA	57
ANEXOS	59
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	60
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS	62
ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	64
ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	66

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos marcantes na vida da mulher e de seus familiares. O ato de parir existe desde o surgimento da humanidade e representa o término de um ciclo pelo qual é garantida a perpetuação da espécie.

Segundo Castro & Clapis (2005), ao longo dos anos, o ato de parir passou a ser visto como patológico, dando lugar a cesárea, técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo e apoio à mulher que vivencia tal experiência.

Não se pode negar que os estudos científicos e a tecnologia proporcionaram avanços na assistência obstétrica, destacando a evolução da cesariana, que passou de um procedimento antes só realizado em mulheres mortas, para salvar a vida da criança, para um procedimento que, em algumas situações, proporciona segurança tanto à vida da mãe quanto do feto. No entanto, tem-se observado que sua realização tem sido praticada sem justificativas obstétricas, gerando a medicalização excessiva de um processo natural e fisiológico como o parto (CASTRO & CLAPIS, 2005).

Para Giglio, Lamouier & Moraes Neto (2005), a cesárea em gestações de alto risco é um procedimento importante que, em determinadas e precisas indicações, diminui consideravelmente os riscos de morte para a mãe e o bebê. Contudo, para Souza Junior et al. (2007), se sua indicação correta traz vantagens, a indicação indiscriminada aumenta o risco de morbimortalidade materna e perinatal, além de aumentar os custos, quando comparada ao parto.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para atender às indicações médicas de interrupção cirúrgica da gestação, seria necessária uma incidência de partos operatórios em torno de 15%. É esperado que esse número seja mais alto em centros que dão assistência à gestações de alto risco. No entanto, tem ocorrido um aumento no número de cesarianas em todo o mundo (GIGLIO, LAMOUIER & MORAES NETO, 2005).

De acordo com Sakae, Freitas & D'Orsi (2009), o Brasil vem apresentando uma das taxas mais elevadas de cesariana no mundo, sendo citado como um dos exemplos mais claros de abuso de tal procedimento no nascimento.

Essa alta incidência de cesáreas constitui-se num problema de saúde pública. Segundo Bittencourt, Camacho & Leal (2008), entre as décadas de 70 e 90, a incidência de cesarianas elevou-se de 14,6% para 41,6%, no Brasil. A tendência de aumento desse tipo de

procedimento foi simultânea na grande maioria dos países da América Latina, nos Estados Unidos, Austrália e Índia. Tal fenômeno tem sido denominado de epidemia de cesáreas.

De acordo com Pádua et al. (2010), uma análise realizada dos nascimentos no Brasil, em 2004, mostra o aumento no número de cesarianas na maioria dos estados, representando 41,8%. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (ANS), em 2004, as cesáreas representaram 79,7% dos nascimentos no setor de saúde suplementar. No Sistema Único de Saúde (SUS) essa proporção foi de 27,5%.

O aumento na realização de cesáreas vem sendo justificado pelos possíveis benefícios para a saúde, tanto da mãe como da criança. Como exemplo, podemos citar sua importância em casos de placenta prévia, descolamento prematuro de placenta (DPP), desproporção cefalopélvica e da eclâmpsia, dentre outras intercorrências obstétricas. Contudo, o aumento do número de cesarianas não demonstrou uma associação positiva com o aumento simétrico dos benefícios para a mãe e o recém-nascido, fato este que corrobora os dados da OMS, que demonstra que a cesárea é uma das práticas mais frequentes e utilizadas de modo desordenado e inadequado (CAMPANA & PELLOSO, 2007).

A decisão do tipo de nascimento pela gestante vem se tornando um assunto atual e polêmico. A “cesariana a pedido” tem sido considerada como uma das causas do crescente aumento de cesarianas (FAISAL-CURY & MENEZES, 2006).

É preocupante a alta incidência de cesarianas pelo fato de que sua realização indiscriminada pode trazer riscos tanto à vida da mãe, como do recém-nascido. Segundo Sakae, Freitas & D'Orsi (2009), a cesariana sem indicação médica está relacionada a um maior risco de prematuridade, infecção puerperal, morbimortalidade materna, mortalidade neonatal e, como consequência, uma elevação de gastos para o sistema de saúde.

Várias formas de desigualdade têm sido associadas ao risco de cesáreas. Supõe-se que as maiores taxas de cesarianas estejam presentes em famílias com melhor condição econômica, em mulheres com maior grau de escolaridade, idade mais elevada, com sete ou mais consultas de pré-natal, ter realizado consultas de pré-natal no setor privado e aquelas que já tenham cesárea prévia.

O interesse pela temática emergiu a partir do contato com a problemática durante um estágio extracurricular realizado na maternidade do município de Cajazeiras - PB, nos meses de abril a setembro de 2010, ocasião em que ocorreu um número bastante expressivo de cesarianas realizadas neste local. Com autorização prévia da direção/coordenação da maternidade supracitada, foi observado no livro de registro desta maternidade que, nos meses de abril e maio de 2010, ocorreram 342 nascimentos, sendo 193 (56,43%) cesáreas, 99 partos

(28,94%) e 50 (14,61%) nascimentos não informados. Diante de tais números interessei-me em procurar descobrir quais os fatores que estão associados a esse grande número de cesarianas.

Para Gama et al. (2009, p. 2480), “Na assistência ao parto, uma das questões mais preocupantes é a sua crescente medicalização e “cirurgificação”, tendo o país uma das mais altas taxas de cesárea do mundo (38,6%).”

A relevância da temática está associada ao aumento da visibilidade sobre os problemas que atingem a população de mulheres e crianças em nosso país, principalmente no tocante a um momento de grande vulnerabilidade - o do parto e nascimento. As cesáreas sem indicação clínica constituem-se num problema, pois, aumentam os custos para a saúde, em consequência do maior tempo de internação e recuperação, maior necessidade de cuidados médicos e de enfermagem e maior consumo de medicamentos. Além disso, as cesarianas aumentam os riscos de morbimortalidade maternas e perinatais.

Diante da problemática apresentada, esse estudo propôs uma análise dos fatores que influenciam para a realização de cesarianas na maternidade do município de Cajazeiras - PB. Este trabalho possibilitará, através da divulgação de informações, uma contribuição no que se refere à busca por ações para melhorar a assistência ao parto e, portanto, contribuir na modificação do quadro epidemiológico atual. Assim, supondo que a maior parte dos casos de realização de cesarianas se dá sem indicação obstétrica, esta pesquisa foi realizada a fim de responder ao seguinte questionamento: que fatores influenciam para a realização da cesárea?

Considerando que o Brasil é hoje um dos países com a maior ocorrência de cesarianas no mundo e que essas altas taxas constituem-se num problema de saúde pública, decidimos por uma investigação científica, tendo como objetivo geral: analisar os fatores que influenciam na realização de cesárea na maternidade do município de Cajazeiras - PB; e específicos: verificar a influência do contexto social das mulheres na realização de cesariana e identificar os fatores associados à realização de cesárea na maternidade do município de Cajazeiras - PB.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PARTO

A gestação e o parto são eventos que integram a vivência de mulheres e homens. Trata-se de um processo singular. É uma experiência especial na vida de um casal, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gravidez, o parto e o puerpério se constituem numa das experiências humanas mais significativas e enriquecedoras para todos que dela participam.

O período entre a gravidez e o puerpério é um momento único, e aguardado pela maioria das mulheres. Nesse período ocorre várias transformações, que partem desde alterações físicas até psicológicas, que somadas aos fatores sociais e culturais deixam a gestante vulnerável ao aparecimento de dúvidas, medos e inseguranças, que podem contribuir tanto positivo quanto negativamente para a evolução da gravidez, parto e puerpério. Dessa forma, as orientações prestadas por amigos, familiares ou profissionais de saúde, podem contribuir de modo favorável ou não na escolha pelo tipo de parto, dependendo da qualidade da informação ou influência exercida (MIRANDA et al., 2008).

Para Reis et al. (2009), o parto é o estágio final da gestação. É o nascimento do ser que se formou durante os meses anteriores. Trata-se da expulsão do feto para o mundo exterior por via vaginal, ou a retirada do bebê por via transabdominal, na operação cesariana.

O parto é um ato cultural que reflete valores existentes historicamente em cada sociedade. A mudança do status de mulher para mãe faz do parto um ritual transformativo que apresenta grande heterogeneidade social (GAMA et al., 2009).

O processo de nascer é um evento natural, com um caráter privado e íntimo, sendo uma experiência dividida entre a gestante e seus familiares. As civilizações antigas depositavam inúmeros significados a estes acontecimentos, que com o passar dos tempos e em diferentes locais, passaram a ser repensados e reformulados, principalmente devido a modificações na área da medicina (VELHO, OLIVEIRA & SANTOS, 2010).

Para Miranda et al. (2008), ao longo do tempo, as várias transformações impostas ao parto são o resultado ou se relacionam com as características culturais, sociais, geográficas, técnico-científicas, pessoais e familiares. Deixou de ser um evento solitário para ter uma assistência ultra-especializada, saindo do ambiente domiciliar para o hospitalar, mudando da

posição de cócoras para deitar-se numa mesa de cirurgia. O que era visto na pré-história como um acontecimento solitário, passou para as mãos das comadres.

Por muito tempo, as parteiras ou comadres eram as pessoas que realizavam a atividade de partejar, por serem reconhecidas na comunidade ou por serem mulheres de confiança das parturientes. Estas eram familiarizadas com as manobras para facilitar o parto. Possuíam experiência com relação à gravidez e puerpério e tinham a tarefa de confortar as mulheres com alimentos, bebidas e palavras agradáveis, possuindo a preferência das parturientes por motivos psicológicos, humanitários e devido ao tabu de mostrar os órgãos genitais (VELHO, OLIVEIRA & SANTOS, 2010).

De acordo com Gotardo & Silva (2007, p. 245), “a história nos mostra que o processo da maternidade sempre foi cercado de uma atenção especial. A assistência à mulher nesse período de sua vida, como também ao recém-nascido, até o final do século XIX foi exercida basicamente por mulheres”.

Os autores informam ainda que as aparadeiras, parteiras ou comadres gozavam de grande prestígio na sociedade e dedicavam-se ao ofício pela vocação e solidariedade. Estas eram cuidadosas, tanto nos aspectos físicos quanto nos psicológicos e zelavam pelos costumes femininos que se reuniam em torno da idéia de proteção, tanto maternas quanto infantis.

Contudo, a história do parto, com o decorrer dos anos, sofreu várias mudanças com relação ao modelo assistencial. De acordo com Velho, Oliveira & Santos (2010), no final do século XVI, com a criação e utilização do fórcepe, por Peter Chamberlain, um cirurgião inglês, a aceitação da obstetrícia como disciplina dominada pelo homem, ocorre o declínio da profissão das parteiras. Surge então a possibilidade de comandar o nascimento, com a intervenção masculina e a substituição do modelo não intervencionista; dar a luz passa a ser considerado perigoso e imprescindível à presença de um médico. A partir de então, o discurso médico da metade do século XIX, em relação à obstetrícia, caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto e criação das maternidades.

Os autores acima mencionados informam que com a invenção das maternidades, as mulheres foram despidas de sua individualidade e autonomia, sendo impostas às rotinas de internação que as separavam da família. Era comum a remoção das roupas e objetos pessoais, existia também a impossibilidade de deambulação e os rituais de limpeza com enema e jejum. A assistência obstétrica era organizada como uma linha de produção, na qual a mulher transformou-se numa propriedade institucional.

O parto foi institucionalizado, logo após a segunda Guerra Mundial, progressivamente, pela soma de novos conhecimentos e habilidades adquiridas pelos médicos nos campos da

assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, diminuindo visivelmente a morbimortalidade materna e infantil. Apesar dos avanços tecnológicos possibilitarem melhor controle dos riscos materno-fetais, ocorreu uma grande incorporação no número de intervenções desnecessárias, inclusive um aumento progressivo no número de cesáreas (MORAES, GODOI & FONSECA, 2006).

Para Campana & Pelloso (2007), o ato de parir e a gestação, fenômenos naturais e fisiológicos, passaram a ser considerados como eventos patológicos e medicalizados, alterando-se de evento mãe e filho para acontecimento social.

Desta maneira, a parturiente, que devia ser a protagonista do seu parto, ficou cada vez mais distante e com dificuldades em participar da escolha do seu parto, pela insegurança e por não se sentir capacitada para escolher e fazer valer seus desejos frente às questões levantadas pelos profissionais que atendiam o parto (VELHO, OLIVEIRA & SANTOS 2010). Nesse sentido,

No Brasil, o modelo predominante de assistência ao parto é extremamente intervencionista, pois penaliza a mulher e sua família, ao priorizar as rotinas institucionais em detrimento da fisiologia e dos aspectos sociais e culturais do evento. A distância impressionante entre as evidências científicas e a prática obstétrica é um exemplo do quanto a cultura institucional, técnica, corporativa, sexual e reprodutiva tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritativo, na organização das práticas de saúde (SODRÉ et al., 2010, p.453).

Frente ao exposto, ao profissional que acompanha a mulher no ciclo da gravidez e puerpério, seja ele médico ou enfermeiro, cabe o papel de orientar e informar quanto aos tipos de nascimento, seus benefícios, riscos e indicações. Esclarecimentos ajudam no papel de formação de opinião tanto das mulheres quanto da sociedade.

2.2 A CESÁREA

Para Rezende (2005, p. 1252) “cesariana, cesárea ou tomotocia é o ato cirúrgico consistente em incisar o abdome e a parede do útero para liberar o concepto aí desenvolvido”.

Apesar de existir indicações seguras de operações cesáreas praticadas entre os egípcios, e rastreada também a operação em mitos e no folclore das primitivas raças

européias, somente com a “Lex Regia” de Numa Pompílio, segundo rei de Roma (715-673 a.C.), surgiu os primeiros documentos sobre a operação cesárea. Esse rei ordenava a abertura do ventre de gestantes mortas com o propósito de garantir o sepultamento separado de mãe e filho, em obediência a antigos preceitos religiosos. Salvar a criança era raríssimo.

Graças a isso, muitas figuras ilustres puderam ver a luz. Dentre muitos podemos citar o conde de Bragança, mais tarde bispo de Constança (980), vindo ao mundo da mesma forma como Ricardo II, da Escócia e o papa Gregório XIV (REZENDE, 2005).

De acordo com Mileo (2008), o procedimento da cesariana surgiu como uma opção em situações extremas, onde se tornava necessário salvar a vida da criança, uma vez que as mães raramente sobreviviam ao processo. Somente no século XIX, esse procedimento começou a ser realizado em mulheres vivas. Contudo, as taxas de mortalidade maternas ainda eram altas, em torno de 67%.

Segundo Souza Junior et al. (2009), tem sido frequente as discussões em nosso meio sobre os constantes aumentos das taxas de cesárea, assim como, sobre a possibilidade da ampliação das indicações médicas desse procedimento.

A alta prevalência de cesáreas é preocupante, principalmente nos países em desenvolvimento. No início houve uma diminuição da morbimortalidade materna e neonatal, com o aumento da realização da cesárea, que ocorreu, principalmente, no início do século XX, com a segurança nas técnicas de anestesia e depois com o advento da terapia antibiótica. Nos Estados Unidos, a cesariana aumentou de 20,7% em 1996, para 31,1% em 2006 (AMORIM, SOUZA & PORTO, 2010).

É cada vez mais frequente a cesariana em todo o mundo. Dentre as justificativas para tal procedimento, encontramos na literatura internacional, os fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, associados ao pedido materno pelo tipo de parto e aos fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido nesses países, que envolvem aspectos de trabalho do médico e de outros profissionais, as preferências médicas e interesses econômicos dos atores desse processo (PATAH & MALIK, 2011).

Estudos epidemiológicos mostram que, no Brasil, há uma inversão: tem-se um número maior de cesáreas na população de classes mais altas, que podem contar com melhores condições de vida e de saúde, quando o esperado é justamente o contrário (BRASIL, 2010).

Em determinados grupos, a cesárea é quase que universal, parecendo ser o Sistema Único de Saúde (SUS) a barreira para a sua realização. Esta situação demanda uma análise mais detalhada, mas sugere que a cesárea já se

constitui no método de escolha para as parturientes atendidas por planos particulares de saúde (REIS et al., 2009, p. 08).

De acordo com Amorim, Souza & Porto (2010), no nosso país os índices de cesariana variam entre as regiões, principalmente quando são comparadas à assistência prestada pelo SUS com a assistência privada. As taxas no setor privado chegam próximo dos 80%, enquanto isso, no SUS, fica em torno de 30%. Já foi sugerido que os índices de cesáreas variam de acordo com o nível de desenvolvimento das cidades, uma vez que cidades mais desenvolvidas têm um número maior de cesáreas que as cidades menos desenvolvidas.

Essa elevação nas taxas de cesarianas, bem como as diferenças observadas entre os diversos países deve ser contextualizada tanto em função das características socioculturais quanto em relação ao modelo de saúde praticado, pois os dois poderiam influenciar na escolha pelo tipo de nascimento (PATAH & MALIK, 2011).

A cesariana trata-se de uma intervenção realizada para reduzir os riscos de complicações maternas e fetais durante o trabalho de parto. Contudo, essa intervenção não está livre de riscos e, assim como as demais cirurgias, pode gerar complicações tanto para a vida da mãe, como para a do recém-nascido.

Segundo Faisal-Cury & Menezes (2006), a incidência de cesáreas aumentou em diversos países, atingindo 26% nos Estados Unidos; 21,3% na Inglaterra; 23,9% na Irlanda do Norte e 19% no Canadá; 12 países da América do Sul, juntos, representam 81% dos partos dessa região e os índices de cesáreas são superiores aos 15% preconizados pela OMS.

É registrada em nosso país uma proporção bem maior de cesarianas do que os 15% estipulados pela Organização Mundial de Saúde. A estimativa é que, em média, sejam realizadas no Brasil, anualmente, em torno de 560.000 cesáreas desnecessárias, gerando um desperdício de quase R\$ 84.000.000,00 e a ocupação de leitos hospitalares sem necessidade (REIS et al., 2009).

Ainda de acordo com Reis et al. (2009, p. 09), “A média nacional de cesarianas é de 43%, sendo o índice superior a 40% em todos os estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste”.

É notório que a realização da “cesariana a pedido” aumenta a incidência de cesáreas. Vale lembrar que a realização de cesarianas sem indicações obstétricas geram prejuízos ao setor da saúde, pois aumentam os custos para a saúde em consequência de um maior tempo de internação e recuperação, maior necessidade de cuidados, sejam eles médicos ou de enfermagem e um maior consumo de medicamentos.

A cesárea eletiva a pedido é um fenômeno que tem contribuído para o aumento das taxas. Entre as principais causas atribuídas pelos profissionais de saúde à preferência das mulheres pelo parto cirúrgico estão: o medo da dor que está relacionada ao parto vaginal; a idéia de que o parto cesáreo mantém intactas a anatomia e a fisiologia vaginal e perineal, o que preservaria suas funções durante as relações sexuais; a realização de laqueadura tubária concomitante; e o fator cultural, que relaciona o parto vaginal com piores resultados neonatais (MILEO, 2008, p. 02).

Em 2009, as cesarianas corresponderam a 632.361 das internações pagas, enquanto o parto correspondeu a 1,19 milhões das internações. Para o SUS, a cesárea significa mais custos. Em média, o valor desse procedimento fica entre R\$ 647,00 e R\$ 1.012,00 e do parto entre R\$ 445,00 e R\$ 638,00 (BRASIL, 2010).

Os fatores determinantes para indicação da cesariana estão relacionados às condições patológicas de saúde, tanto maternas quanto fetais. Daí a justificativa para a realização da cesariana. Contudo, o que mais se vê nos últimos tempos é a realização de cesáreas sem indicações obstétricas.

Atualmente, a cesariana é indicada em casos de falha na indução, feto não reativo, apresentação pélvica, cesárea prévia, desproporção cefalopélvica, descolamento prematuro de placenta, gestação gemelar, placenta prévia, situação transversa, dentre outras. No entanto, com o aumento da segurança desse procedimento e também para minimizar a morbidade e a mortalidade perinatal, as indicações de cesáreas alargaram-se. Mesmo com tudo isso, sabe-se que a morbidade materna é mais frequente e mais grave após uma cesárea do que após um parto vaginal, que é mais seguro tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (REIS et al., 2009).

Dentre os riscos na realização da cesariana, estão os relacionados à anestesia, hemorragia materna, embolia pulmonar, infecção puerperal com sepse e episódios tromboembólicos; mulheres que possuem cesárea prévia possuem risco maior para ruptura uterina, placenta acreta, descolamento prematuro de placenta e gestação ectópica (MILEO, 2008; REIS et al., 2009).

Além dos riscos maternos, a cesariana também está relacionada a uma maior probabilidade de problemas perinatais, tais como: prematuridade iatrogênica, anóxia e distúrbios respiratórios. Há mais risco de permanência do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de óbito neonatal (MILEO, 2008).

Além disso, com a realização da cesariana, existem grandes chances do bebê ficar longe da mãe após nascer. Há uma maior dificuldade no aleitamento, uma vez que o leite

demora mais a “descer” e existe uma maior chance de desmame precoce. Depois do desconforto da cirurgia, existe a realidade da dor e a maior dependência de outras pessoas para cuidar do bebê e ainda há a possibilidade de dificuldades no vínculo da mãe com o bebê.

Diante do exposto e com a percepção de que o aumento na incidência de cesarianas tem se dado às custas de cesáreas desnecessárias, têm crescido os debates na literatura científica, o que vem contribuindo na criação de programas e políticas para reverter a atual tendência de partos cirúrgicos.

2.3 A CESÁREA E AS LEIS

A realização de cesarianas vem aumentando desde a década de 1970, a níveis injustificáveis pelas indicações obstétricas, gerando repercussões negativas tanto ao nível econômico quanto ao de saúde. Segundo Velho, Oliveira & Santos (2010), o Ministério da Saúde (MS) recomenda que a assistência ao parto deve ser segura, garantindo a todas as gestantes os benefícios dos avanços científicos, permitindo assim, e estimulando o exercício da cidadania feminina, restituindo a autonomia da mulher durante o parto.

No final da década de 70, o MS instituiu a portaria MPAS/SSM no. 116, de 13 de dezembro de 1979, que estabelecia a igualdade de remuneração ao médico pela assistência prestada durante o parto ou cesariana, com a intenção de limitar a realização de cesáreas. Contudo, essa mudança de política de reembolso não foi suficiente para deter a tendência ascendente da taxa de cesárea (BITTENCOURT, CAMACHO & LEAL, 2008).

Ainda no final da década de 1970 e no início da seguinte, teve início uma colaboração internacional para realizar uma avaliação sobre a assistência prestada ao parto, e no ano de 1985, esse grupo realizou a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, sob a coordenação da OMS. Esse encontro se constituiu num marco para a saúde pública e na defesa dos direitos pertencentes às mulheres, do mesmo modo que a Carta de Fortaleza, texto produzido durante esse evento e que procurava inspirar ações de mudança na organização e no modelo da assistência obstétrica. Esse documento recomendava a participação das mulheres na criação e avaliação dos programas, a liberdade de escolha da gestante para a melhor posição do nascimento, a presença de acompanhantes durante o trabalho de parto e o fim de certos procedimentos médicos durante o parto, tais como o uso rotineiro da episiotomia e da indução medicamentosa do parto (PATAH & MALIK, 2011).

Para os autores supracitados, a partir dessa conferência, ao se questionar que as menores taxas de mortalidade perinatal correspondiam aos países que mantinham a incidência de cesarianas abaixo dos 10%, a OMS começou a afirmar que nada justificava índices superiores a 10% - 15%. Esses são os limites de referência até os dias atuais, sendo criticados em razão de não diferenciar países e regiões com características culturais peculiares e sistemas de saúde diversos. Esse índice também não foi atualizado, uma vez que novas tecnologias estão disponíveis e ocorreram mudanças no comportamento feminino, que se inseriu mais fortemente no mercado de trabalho, e ocorreu também o aumento na disponibilidade de informações sobre assuntos de saúde.

Segundo Gotardo & Silva (2007), no ano de 1983, o MS lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de dar abrangência à saúde da mulher, colocando-a como sujeito nas ações e processos que envolvem a saúde. No entanto, na época não ocorreu sua implantação efetiva. Em 1991, passados oito anos da criação do PAISM, foi criado um novo programa pelo MS, chamado de Programa de Assistência à Saúde Perinatal, que define essa assistência como cuidados a serem prestados à mulher e ao feto nos períodos de pré-natal, do parto e do pós-parto e ao recém-nascido, para promover sua adaptação ao meio ambiente e o seu crescimento e desenvolvimento normais.

Ainda segundo os autores supracitados, em 1996, diante do quadro de mortalidade materna no nosso país, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) junto com o MS e com o apoio de diferentes organismos internacionais, criou o projeto "Oito Passos para a Maternidade Segura", com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal e diminuir a morbimortalidade materna e perinatal. Desses oito passos, apenas um tem a preocupação destinada à tentativa de humanizar a assistência obstétrica; os outros persistem em orientações referentes a recursos materiais, como equipamentos e ambiente, e ainda prevêem rotinas e protocolos. Não que estes sejam menos importantes, mas não existe a preocupação em oferecer espaço para a expressão da mulher e de suas reais necessidades.

Para Gama et al. (2009), foi a partir da segunda metade da década de 1990 que se verificou uma série de iniciativas governamentais que tinha por objetivo reduzir as altas taxas de cesariana e qualificar o conjunto da assistência perinatal.

Foi declarado pelo Comitê para Aspectos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher, da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), em 1999, não existir evidências científicas favoráveis à realização de cesárea por razões não médicas.

Existia, desde aquela época, uma grande preocupação das entidades médicas com a elevação das taxas de cesarianas (PATAH & MALIK, 2011).

Entre 1998 e 2000 o Ministério da Saúde publicou uma série de portarias com o objetivo de limitar gradativamente o percentual de partos operatórios até 30% por hospital, da rede conveniada ao SUS. O projeto consistia na implantação de crítica no programa de digitação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o qual rejeitava as AIH's de cesarianas acima do percentual determinado pelas referidas portarias (BITTENCOURT, CAMACHO & LEAL, 2008).

Segundo Gama et al. (2009), as portarias nº 2816, de 29 de maio de 1998 e nº 466, de 14 de junho de 2000, instituíam um número máximo de cesarianas realizadas pelo SUS, por hospital e para cada estado federativo respectivamente. Introduziu-se também o pagamento de analgesia para o parto normal e recomendou-se a inserção da enfermagem obstétrica na assistência prestada ao pré-natal e ao parto de baixo risco.

A consolidação da profissão de enfermeiro ocorreu com a Lei nº 7.498/86, e foi regulamentada pelo Decreto 94.406/87. No artigo 6º é garantido que enfermeiro é aquele que possui diploma cedido por instituição de ensino, nos termos da lei (inciso I), obstetriz é a enfermeira que possui o diploma de enfermeira obstétrica, conferido nos termos da lei (inciso II). As atividades e competências da enfermagem estão descritas no artigo 11º, cabe aos profissionais referidos no inciso II, como responsabilidade: acompanhar à parturiente e o parto normal, reconhecer distocias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico; realizar episiotomia e epsiorrafia, aplicar anestesia local, quando necessário (VELHO, OLIVEIRA & SANTOS, 2010).

De acordo com os autores supracitados, a portaria de número 2.815, de 29 de maio de 1998, do MS, incluía na tabela do Sistema de informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia pode ser realizado por enfermeiro obstetra” que tinha como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esses profissionais no contexto de humanização do parto. O MS incentivou técnica e financeiramente cursos de especialização em enfermagem obstétrica, por notar que era pequeno o número de profissionais que atuavam nessa área no início deste século, ainda que se estime que o número de partos realizados por este profissional seja superior ao registrado no SUS.

Em 1999 o MS criou o prêmio Galba de Araújo, lançando o desafio de humanizar o atendimento durante a gestação, o parto e puerpério a todos os estabelecimentos integrados ao SUS, buscando o reconhecimento na qualidade obstétrica. Criou também programas de capacitação de parteiras e doulas e regulamentou a lei de planejamento familiar que impacta

na associação “cesárea-laqueadura” e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (MORAES, GODOI & FONSECA, 2006; GAMA et al., 2009).

Todas essas portarias criadas pelo MS mostram a preocupação do governo em refazer e qualificar o modelo da assistência obstétrica realizada no Brasil. No entanto, a evolução das cesarianas no SUS, entre 1995 e 2005, mostra uma redução que vai de 31,97% para 24% nos primeiros cinco anos e um retorno à linha de crescimento entre 2000 e 2005, atingindo 38,6% dos partos no SUS. Ainda se compararmos a proporção de nascidos vivos por cesariana entre 1999 e 2004, verificamos o seu aumento de 36,9% para 41,75% (GAMA et al., 2009).

Esses dados mostram que, apesar dos esforços do governo, a alta incidência de cesarianas persiste, não sofrendo impactos consideráveis. Podendo-se dizer então que a prática do parto normal precisa ser estimulada a fim de se reduzir a mortalidade materna e proporcionar um melhor nascimento para o bebê.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com uma abordagem quantitativa e qualitativa, assegurando assim a obtenção dos objetivos propostos.

Para Ander-Egg (1978, p. 28) apud Marconi & Lakatos (2010, p. 139), a pesquisa é um “procedimento controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos e dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento”. A pesquisa é então um procedimento que usa como método, o pensamento reflexivo, necessitando de um tratamento científico e constituindo-se num caminho para conhecer realidades ou descobrir verdades parciais.

A pesquisa exploratória procura realizar descrições precisas da situação e descobrir relações existentes entre os elementos pesquisados. É uma pesquisa que proporciona maior familiaridade com o problema, ou seja, torna-o mais explícito. O seu principal objetivo é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de instituições. A pesquisa de natureza descritiva tem como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (FIGUEIREDO, 2008).

A pesquisa qualitativa trabalha com dados que não são quantificáveis. Está direcionada para uma investigação de significados das relações humanas, onde suas ações são influenciadas por emoções e/ou sentimentos que surgem diante de situações vivenciadas no dia-a-dia. Já a pesquisa quantitativa é o método que se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados (FIGUEIREDO, 2008).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa em questão foi realizada na maternidade Doutor Deodato Cartaxo do município de Cajazeiras – PB. A cidade de Cajazeiras possui uma área territorial de 546,28 km², e segundo o senso demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística, no ano de 2008, o município tinha estimativa populacional de 57.627 habitantes (IBGE, 2008).

A escolha pela maternidade se deu pelo fato de esse estabelecimento possuir a demanda de mulheres que realizam cesarianas, sendo possível assim a realização da pesquisa.

3.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

O alvo desse estudo constituiu-se de todas as mulheres que realizaram cesariana na maternidade do município de Cajazeiras – PB, no primeiro semestre de 2011. Para se efetivar uma representatividade, a amostra do estudo constituiu-se de 30 mulheres que realizaram cesariana no período da coleta de dados.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para a seleção da amostra foram considerados os seguintes critérios: ter condição de estabelecer comunicação verbal e concordar em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS A e B) e possuir vinte e quatro horas de pós-operatório, no mínimo, considerando que estariam em melhor condição de estabelecer comunicação verbal.

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida durante o mês maio de 2011, seguindo as etapas de coletas de dados, desenvolvimento, análise e finalização, após a emissão do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual da Paraíba.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista, tendo como instrumento um roteiro estruturado (APÊNDICE A), contendo questões objetivas e subjetivas, sendo:

Questões sócio-demográficas: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, antecedentes obstétricos e perinatais, entre outros aspectos.

Questões subjetivas: abordando os fatores que influenciam para a realização da cesárea.

Houve situação em que foi necessário consultar os prontuários das mulheres, a fim de elucidar e/ou compreender as informações concedidas pelas pesquisadas.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2011. A priori, foi enviado um ofício para a diretora do hospital, para consentir a realização da pesquisa. Após recebimento do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual da Paraíba, aprovando a pesquisa, foram realizadas visitas à maternidade a fim de estabelecer contato com a coordenadora e solicitar permissão para realizar a coleta com as mulheres, esclarecer os objetivos da pesquisa e solicitar adesão das mesmas a participarem do referido estudo, com a solicitação da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No momento da coleta de dados foi adotado um procedimento padrão, contando das seguintes etapas: 1) apresentação do TCLE; 2) realização da entrevista, seguindo o roteiro previamente estruturado, devendo o pesquisador intervir o mínimo possível nas respostas das participantes; e 3) agradecimentos a participante.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados de forma descritiva. As questões objetivas foram analisadas quantitativamente e apresentadas em tabelas com frequência e percentual. Os dados qualitativos que revelam a opinião das mulheres foram analisados por meio da análise de conteúdo, em sua modalidade de análise temática desenvolvida por Bardin (1977), que preconiza a apreensão dos aspectos comuns, ligados à maioria dos participantes, associados a cada tema.

Tal análise se deu da forma temática tradicional, que trabalha com o recorte do texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra, uma frase ou um tema, realizando a classificação e agregação dos dados (MINAYO, 2007).

O primeiro passo para a organização do material foi a transcrição das entrevistas para um livro de registro, resultando em textos. Nessa transcrição, os sujeitos do estudo foram categorizados em seus discursos através da codificação Senhora 1 à Senhora 30, na sequência das entrevistas, a fim de preservar o anonimato das mesmas.

Para a análise qualitativa dos dados seguiu-se os seguintes passos:

- Leitura inicial e releitura dos textos transcritos, procurando ter uma compreensão global do material;
- Identificação das unidades de significado que emergiram das falas das entrevistadas;
- Descoberta de temática/categorias;
- Interpretação e discussão das temáticas e categorias encontradas.

Após essa classificação e agregação, as categorias referentes a cada temática foram apresentadas em quadros e os discursos das participantes foram analisados à luz da literatura pertinente à temática. A partir dos textos resultantes das entrevistas realizadas com as mulheres, emergiram as seguintes temáticas:

- Motivos para a realização de cesárea;
- Tendência das mulheres para a realização de cesárea;
- Laqueadura Tubária: razões da sua realização.

3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

Para a realização do referido estudo foram levados em consideração os pressupostos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE 0089.0.133.000-11). Foram garantidos às participantes da pesquisa esclarecimentos em qualquer aspecto que desejassem, bem como, a liberdade para recusar-se a participar do estudo, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Assim, sua participação não acarretou custos financeiros; foi voluntária; seus dados coletados aparecem no anonimato e são confidenciais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 O CONTEXTO SOCIAL E DADOS OBSTÉTRICOS DAS MULHERES SUBMETIDAS À CESÁREA

O universo pesquisado atingiu o número de 30 mulheres que realizaram cesariana na maternidade do município de Cajazeiras – PB. As características pessoais das participantes da pesquisa são importantes para se obter informações mais amplas do contexto social onde essas mulheres estão inseridas. Em vista disso, para a apresentação dos resultados foram consideradas as variáveis de identificação das mulheres como: idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda familiar e acerca dos antecedentes obstétricos.

4.1.1 Aspectos sócio-demográficos

Como pode ser observado na tabela 01, com relação à procedência, 15 (50%) das mulheres responderam que eram de Cajazeiras, 04 (13,3%) eram de Bonito de Santa Fé, 02 (6,7%) de São José de Piranhas, as demais mulheres: 09 (30%), relataram proceder de outras cidades vizinhas. Era esperado essa diversidade na procedência das mulheres que realizam cesárea na maternidade do município de Cajazeiras, uma vez que nessa cidade funciona a 9ª Regional de Saúde e o Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), e é referência em saúde para as regiões circunvizinhas, atendendo assim a população cajazeirense e as das cidades vizinhas.

No tocante à idade, pode ser observado na tabela 01, que a idade das mulheres entrevistadas variou de 14 a 33 anos. Em termos de faixa etária, das 30 mulheres, 06 (20%) estavam entre 14 e 18 anos, 17 (56,7%) entre 19 e 28 anos e 07 (23,3%) estavam entre 29 e 33 anos.

Sakae, Freitas & D'Orsi (2009) relatam que já foi apresentado em estudos, que das várias características pesquisadas que implicam na maior prevalência de cesarianas, a idade materna tem sido relacionada diretamente a prevalência de cesáreas. Freitas, Sakae & Jacomino (2008) mostram que mulheres com idade maior que trinta anos têm maior probabilidade de cesarianas do que mulheres com idade inferior a vinte anos. Uma vez que

Pádua et al. (2010) afirmam que há maior quantidade de cesáreas à medida que aumenta a idade materna deve estar relacionado tanto à maior frequência de complicações, quanto ao incremento na quantidade daquelas que já não desejam ter mais filhos e solicitam a laqueadura tubária.

Tabela 01 - Aspectos sócio-demográficos das entrevistadas, Cajazeiras - PB, 2011

VARIÁVEIS	f	%
Procedência		
Cajazeiras	15	50
Bonito de Santa Fé	04	13,3
São José de Piranhas	02	6,7
Outras	09	30
Total	30	100
Idade		
14 – 18 anos	06	20
19 – 28 anos	17	56,7
29 – 33 anos	07	23,3
Total	30	100
Escolaridade		
02 – 05 anos	04	13,3
06 – 09 anos	07	23,4
10-13 anos	18	60
Mais de 13 anos	01	3,3
Total	30	100
Profissão		
Agricultora	13	43,3
Do lar	09	30
Estudante	03	10
Outras	05	16,7
Total	30	100
Estado Civil		
Casada	21	70
Solteira	09	30
Total	30	100
Renda Familiar		
Menos de um Salário	07	23,4
1 a 2 salários	18	60
3 a 4 salários	04	13,3
5 a 6 salários	01	3,3
Total	30	100

Fonte: Dados da pesquisa/2011.

Esse estudo não concordou com os achados dos autores referidos uma vez que a população da amostra que realizou cesárea constituía-se de mulheres novas, 56,7% dessas mulheres estavam entre 19 e 28 anos de idade. No entanto, concordou com o trabalho de

Souza Junior et al. (2007), a respeito da equidade inversa, estes mostram que o aumento nas taxas de cesariana encontram-se exatamente nas mulheres numa faixa etária de 20 a 34 anos, mulheres também consideradas jovens. Este estudo mostra ainda que 20% das mulheres que realizaram cesarianas eram adolescentes, corroborando Campana & Pelloso (2007), em que um número expressivo de cesariana foi realizado em mulheres menores de 20 anos, padrão este, encontrado nos levantamentos estatísticos brasileiros, que revelam um número cada vez maior de adolescentes grávidas.

No que diz respeito à escolaridade, a tabela 01, mostra que 18 (60%) estudaram de 10 a 13 anos, 07 (23,4%) estudaram de 6 a 9 anos, 04 (13,3%) estudaram de 2 a 5 anos e 1 (3,3%) mulher estudou mais de 13 anos.

Segundo Sakae, Freitas & D'Orsi (2009), diferentes estudos têm relacionado maior ocorrência de cesáreas entre mulheres com melhor nível educacional. Estes mostram em seu estudo que a taxa de cesarianas foi maior entre as mulheres com escolaridade acima do ensino médio. Pádua et al. (2010), em seu estudo sobre "Fatores Associados à Realização de Cesariana em Hospitais Brasileiros", mostram que a escolaridade acima de oito anos associa-se a realização de cesariana.

Souza Junior et al. (2007) afirmam que as maiores taxas de cesárea estão presentes nas mulheres com maior escolaridade, potencialmente aquelas menos expostas aos fatores de risco para cesariana.

Neste estudo, a maioria das mulheres (60%) tinha entre 10 e 13 anos de escolaridade, o equivalente ao ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e completo. O que é considerado nível educacional satisfatório para a compreensão da importância de aspectos relacionados a saúde.

No tocante à profissão das mulheres entrevistadas constatou-se que 18 (60%) trabalhavam fora do lar, em diferentes profissões, mostrando que mesmo grávidas assumiam um papel importante na sociedade e como provedora do sustento da família. Dentre as profissões, 13 (43,3%) mulheres eram agricultoras, 03 das mulheres (10%) se diziam estudantes, as demais 05 (16,7%) mulheres relataram outras profissões, dentre elas, empresária, cabeleireira, enfermeira, técnica de enfermagem, entre outras. Todavia, um número considerável de mulheres, 09 (30%) eram do lar, contribuindo com os afazeres da casa e cuidando dos filhos.

Gama et al. (2009), em seu trabalho "Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada", apontam que a maioria das mulheres entrevistadas numa maternidade pública não possuía trabalho

remunerado (60%), vínculo previdenciário (90%) e entre aquelas que exerciam algum tipo de trabalho destacavam-se as atividades informais, de pouca qualificação e baixa remuneração.

Este quadro também não foi observado neste estudo apesar da pesquisa também ter sido realizada em uma maternidade pública. O que se pôde notar foi que 60% das mulheres trabalhavam fora do lar exercendo diversas profissões.

Associando-se a escolaridade dessas mulheres com o trabalho realizado por elas, pode-se perceber que devido a uma menor escolaridade, desempenhavam trabalhos menos remunerados, mostrando que apenas as mulheres com 13 ou mais anos de estudo tinham trabalho melhor remunerado.

Com relação ao estado civil destas mulheres, 09 (30%) participantes da pesquisa se diziam solteiras e 21 (70%) relataram ser casadas. Esse dado aponta para uma estrutura familiar com suporte social materno e paterno ditos adequados para a criação/educação de filhos, contrapondo os dados apontados na pesquisa de Gama et al. (2009), em que metade das mulheres entrevistadas numa maternidade pública, não vivia com o companheiro.

Quando questionadas acerca da renda total da família por mês, 18 mulheres (60%) relataram possuir renda entre 1 a 2 salários, 07 (23,4%) disseram que sua renda mensal era menor que um salário mínimo, 04 (13,3%) relataram que possuíam renda entre 3 a 4 salários e 01 (3,3%) disse possuir renda de 5 a 6 salários.

Como se pode observar, a população atendida nessa maternidade pertencia à classe economicamente mais baixa. Somando as mulheres com renda familiar menor que um salário mínimo com aquelas de renda entre 1 e 2 salários, estas somam 25 (83,4%) mulheres, o que corresponde a maioria das entrevistadas.

Segundo Freitas et al. (2005), diversas formas de desigualdade social têm sido associada aos riscos de cesárea no Brasil e no mundo. Dentre elas podemos citar as desigualdades socioeconômicas. No Brasil, as taxas de cesárea são mais altas entre mulheres com melhores condições socioeconômicas. Contudo, isto não foi observado neste estudo, uma vez que a maioria das mulheres entrevistadas pertencia à classes economicamente mais baixas. Tais autores apontam que é intrigante que mulheres com menores condições socioeconômicas e, por consequência, com maior risco de complicações no parto tenham menor probabilidade de cesárea do que aquelas com baixo risco obstétrico e alto poder aquisitivo. No entanto, o presente estudo contrapõe-se aos dados dos referidos autores, uma vez que a população investigada constituiu-se de mulheres economicamente mais pobres.

4.1.2 Dados obstétricos

Em relação aos dados obstétricos, conforme o expresso na tabela 02, no que diz respeito ao tipo de nascimento, 02 (6,7%) mulheres referiram ter realizado um parto antes de ter realizado a cesárea, 02 (6,7%) mulheres disseram ter realizados 2 partos antes de realizar a cesariana atual, 17 (56,7%) mulheres disseram ter realizado a primeira cesárea, 07 (23,3%) mulheres referiram ter realizado a segunda cesariana e 02 (6,7%) disseram ter realizado a terceira cesariana.

Tabela 02 - Dados obstétricos das mulheres da pesquisa, Cajazeiras - PB, 2011.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Tipos de Nascimentos*		
1 parto + 1 cesárea	02	6,7
2 partos + 1 cesárea	02	6,7
1 cesárea	17	56,7
2 cesárea	07	23,3
3 cesárea	02	6,7
Total	30	100
Número de consultas de Pré-Natal		
< que 7 consultas	07	23,3
7 consultas	01	3,3
> que 7 consultas	22	73,4
Total	30	100
Serviço onde realizou o Pré-Natal		
Público	18	60
Público e Privado	12	40
Total	30	100
Mesmo profissional que realizou o Pré-natal e Parto		
Não	25	83,3
Sim	05	16,7
Total	30	100

*incluindo a atual cesárea

Fonte: Dados da Pesquisa/2011.

Sakae, Freitas & D'Orsi (2009), em seu estudo mostram que as taxas de cesarianas foram mais elevadas entre primíparas e em múltíparas com cesárea anterior, quando comparadas àquelas onde o tipo de nascimento havia sido por via baixa. O presente estudo mostrou resultados semelhantes, uma vez que a maior parte das mulheres que realizaram

cesariana na maternidade, foram primíparas e múltiparas com cesáreas anteriores. Apenas quatro mulheres relataram ter realizado partos antes das cesarianas.

Um fato que chamou a atenção foi o número expressivo de mulheres que realizaram a cesárea pela primeira vez. Uma cesárea prévia é indicação absoluta, entre os médicos, de uma outra, caso elas venham a engravidar novamente.

A esse respeito, Freitas, Sakae & Jacomino (2008) encontraram maiores prevalências de cesarianas entre primíparas e múltiparas com cesárea prévia. A razão dessa prevalência se mostrou mais elevada para as mulheres com história de cesárea anterior, com um risco quase três vezes maior do que em múltiparas sem esta característica. Acrescentam ainda que a maior prevalência de cesáreas entre primíparas tem sido descrita como inapropriada para justificar o procedimento. Maiores taxas entre esse grupo de mulheres devem ser investigadas, principalmente por que a existência de cesárea anterior carrega riscos acumulados de uma nova cesariana.

Para Freitas et al. (2005), as altas taxas de cesarianas encontradas entre primíparas são particularmente preocupantes, pois antecipam a longo prazo os efeitos cumulativos da cesárea prévia nessas mulheres, pois uma vez que na “cultura médica de cesárea no Brasil” o ditado “uma vez cesárea, sempre cesárea”, preconizado por Cragin em 1916, ainda é regra, onde a cesárea anterior é indicação quase absoluta para uma nova cesárea.

Quando as entrevistadas foram questionadas acerca da realização do pré-natal, todas referiram ter realizado consultas de pré-natal, o que demonstrou que essas mulheres eram cientes a respeito da necessidade da realização das consultas de pré-natal como medida para detectar e prevenir intercorrências durante a gestação e parto.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, 22 (73,4%) entrevistadas disseram ter realizado mais de sete consultas, 07 (23,3%) mulheres referiram ter realizado menos de sete consultas e 01 (3,3%) participante referiu ter realizado sete consultas.

Segundo dados do Datasus, no Brasil, vem-se registrando aumento do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995, para 5,1 consultas por parto, em 2003 (BRASIL, 2005). Isto foi observado nesta pesquisa uma vez que a maioria das mulheres fez de 7 a mais consultas de pré-natal, o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

No estudo de Freitas, Sakae & Jacomino (2008), também foram encontradas maiores taxas de cesáreas em mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal. Estes autores informam que o número de consultas de pré-natal associados à realização de cesariana pode ser influenciado pela presença de intercorrências durante a gestação, levando a um início mais

precoce e/ou maior número de consultas de pré-natal. Para Pádua et al. (2010), parece paradoxal, à primeira vista, a associação entre o número de consultas de pré-natal e uma maior porcentagem de cesarianas, mas gestantes com condições predisponentes à cesárea, se consultam mais. Portanto, são os problemas de saúde das grávidas que provocam o maior número de consultas e determinam a maior frequência de cesáreas.

Essa foi uma característica observada nesta pesquisa, ao detectar que 13 das 30 mulheres entrevistadas se submeteram à cesariana por intercorrências durante a gestação ou parto, como pode ser visto em discussão mais adiante.

Com relação ao serviço onde realizaram as consultas de pré-natal, 18 (60%) mulheres referiram ter realizado o pré-natal no setor público, em PSF, 12 (40%) mulheres disseram ter realizado o pré-natal tanto no setor público (PSF), como no privado. Quando essas mulheres foram questionadas a respeito de ter sido o mesmo profissional que realizou o pré-natal e o parto, 25 (83,3%) entrevistadas disseram que não e 05 (16,7%) disseram que sim.

Fazendo-se uma associação entre as mulheres que realizaram pré-natal tanto no setor público quanto no privado pode-se perceber que estas possuíam maior idade (18 a 30 anos), escolaridade (de 10 a mais de 13 anos de estudo) e poder aquisitivo (mais de 2 salários), e que dentre essas 12 que se submeteram a consultas no setor público e privado, 08 realizaram cesariana por escolha, pois não possuíam nenhuma indicação para cesárea. Freitas et al. (2005), em sua pesquisa afirmam que os riscos associados às maiores escolaridades e idades maternas são parcialmente mediados pela maior frequência ao pré-natal. Neste contexto, uma estratégia utilizada frequentemente pelas mulheres com melhor condição socioeconômica para conseguir a cesariana no setor público, é negociá-la durante o pré-natal privado. Desse modo, a escolaridade parece aumentar as chances de cesariana, não apenas pela diferenciação econômica (pagamento por fora), mas também pela maior capacidade de negociação com o obstetra.

Quando perguntadas se foi o mesmo profissional que realizou o pré-natal e parto, 05 mulheres responderam que sim. Sakae, Freitas & D'Orsi (2009), em sua pesquisa, informam que tem sido sugerido que o tipo de parto, a qualidade de informação e sugestões transmitidas pelos serviços de saúde durante o pré-natal possam influenciar o tipo de nascimento.

Nesse sentido, Freitas et al. (2005) apontam que as altas taxas de cesárea no Brasil refletem fatores socioculturais da prática obstétrica (atitudes do médico, da mulher e de sua família). Mais ainda, é a organização da prática médica, assim como fatores institucionais, financeiros e legais, conhecidos como "a cultura da cesárea no Brasil".

4.2 CESÁREA: ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM PARA SUA REALIZAÇÃO

A partir das respostas às questões da entrevista, abordando os fatores que influenciam para a realização de cesarianas na maternidade do município de Cajazeiras – PB, foi possível apreender três temáticas: Motivos para a realização da cesárea, Tendência das mulheres para a realização da cesariana, Laqueadura Tubária: razões para sua realização.

4.2.1 Motivos para a realização da cesárea

Conforme o quadro 01, a partir do relato das mulheres sobre o motivo pelo qual foi realizado a cesárea, este foi percebido e categorizado em quatro aspectos principais: escolha (08 mulheres), iteratividade (09 mulheres), complicação na gestação (03 mulheres) e complicação no trabalho de parto (10 mulheres).

CATEGORIA	<i>f</i>
Escolha	08
Iteratividade	09
Complicação na gestação	03
Complicação no parto	10
Total	30

Quadro 01 – Motivos para a realização da cesárea, Cajazeiras – PB, 2011

Fonte: Dados da Pesquisa/2011.

Quando questionadas a respeito do motivo da cesariana, 08 relataram a preferência por cesarianas, as quais não tinham indicação obstétrica para a cirurgia. O discurso da entrevistada a seguir, exemplifica essa visão:

Não teve motivo, foi escolha (senhora 28).

Segundo o depoimento das mulheres, elas tinham conhecimento acerca do procedimento e o desejaram mesmo assim. Barbosa et al. (2003) demonstram que o direito da mulher ao controle e poder sobre seu próprio corpo, bandeira do feminismo dos anos 60, foi apropriado pelos médicos para justificar a prática de cesarianas desnecessárias. Mostrando que nesse processo, essas intervenções passam a ser chamadas de "cesárea a pedido" ou "cesárea eletiva", insinuando que a "cultura da cesárea" reflete um desejo feminino.

Contudo, essa aparente liberdade de escolha permitida às mulheres, é, muitas vezes, acompanhada da falta de informações sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e nascimento (MANDARINO et al., 2009).

A realização da “cesariana a pedido” é cada vez mais frequente em nosso meio. A cesariana sem indicação obstétrica acarreta prejuízos para o setor saúde, pois aumentam os custos em consequência de uma estadia mais prolongada no hospital, um maior consumo de medicamentos e uma maior assistência médica e de enfermagem. Segundo Faúndes & Cecatti (1991), a decisão de realizar uma cesariana eletiva pelo médico, ao invés de um parto, pode parecer não possuir consequências econômicas. Entretanto, a soma de muitas decisões como essa, tomadas diariamente, podem afetar os custos da assistência prestada à saúde materno-infantil de diversas maneiras, uma vez, que utilizando recursos com pacientes sem indicação clínica, acaba que, por vezes, os recursos ficam diminuídos, acarretando uma assistência de menor qualidade a quem realmente necessita. Para Freitas et al. (2005), o uso abusivo de cesáreas, além de elevar gastos desnecessários, é socialmente injusto, porque desvia recursos humanos, materiais e financeiros que poderiam ser usados em outras áreas do sistema de saúde.

Como a maternidade de Cajazeiras - PB é um órgão público, esperava-se que o número de cesarianas a pedido fosse realmente reduzido, pois segundo Reis et al. (2009), o SUS ainda se constitui numa barreira para sua realização. Contudo, de um total de 30 mulheres que realizaram cesarianas, 08, por opção, ainda é um número relativamente grande (26,7%), quase um terço das mulheres.

Procurando ainda descobrir quais as razões que influenciaram a escolha dessas mulheres por uma cesárea eletiva, foram destacados os seguintes fatores: o medo da dor, o medo de comprometer a anatomia e fisiologia da vagina e o desejo da laqueadura tubária. Esses desejos são expressos nos discursos a seguir:

(...) Eu não estava a fim de me submeter a um parto normal, não queria sentir aquelas dores, tinha medo da dor (senhora 28).

(...) Também tinha medo de ter algum problema na genitália depois do parto, tinha medo de não ficar do mesmo jeito depois do parto normal (senhora 08).

Por que eu ia fazer a ligação, aí eu queria fazer cesárea (senhora 25).

Como expresso no primeiro discurso, o medo da dor é fator importante que influencia na escolha pela cesariana. As mulheres desta amostra acreditavam que a cesariana dói menos

que o parto. Para estas mulheres, a cesárea representava um parto programado e mais tranquilo que o parto normal.

Faúndes & Cecatti (1991) levantaram que quanto aos fatores sócio-culturais que levam as mulheres a preferirem a cesárea, está a idéia de que a cesariana é menos dolorosa do que o parto. E com a realização da cesárea eletiva, esta é marcada com antecedência, a gestante recebe analgesia e não sofre a angústia e a dor do trabalho de parto.

O medo torna-se um fator sócio-cultural contribuinte para a realização da cesariana. É comum as gestantes demonstrarem o medo do parto. Para Gonçalves & Missio (2009), a realidade desse medo está presente, geralmente, pela sensação de dor inerente ao trabalho de parto. Vários são os sentimentos de ansiedade, alimentados durante a gestação, que contribuem para a instalação do medo do parto.

De acordo com Mandarinó et al. (2009), esse medo que as mulheres têm da dor do parto vaginal, não é justificável, uma vez que o desconforto vivenciado pelas parturientes durante o trabalho de parto e o pós-parto não é muito diferente entre as duas vias de nascimento. Ou seja, a dor do parto, mesmo sendo amenizada pelo uso de analgesia ou da realização da cesariana, faz-se sempre presente, desde o pré até o pós-parto, variando de intensidade, conforme as condições físicas e emocionais da parturiente, assim como a qualidade da assistência a ela prestada nestes momentos.

O discurso da senhora 08 mostra a escolha da cesariana como alternativa para preservar a anatomia feminina. A mulher que realizou cesariana por esse motivo relatou ter medo do parto normal, por que este poderia alterar a anatomia e fisiologia da vagina.

Faúndes & Cecatti (1991), demonstram que as razões para a mulher preferir a cesariana são de dois tipos; uma é o medo da dor e a outra é o conceito de que a cesariana permite à mulher manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina e períneo, enquanto que o parto produz perda acentuada da função do coito normal. Essa interpretação mecânica da fisiologia da relação sexual foi encorajada até por famosos professores de obstetrícia, que transmitiram estas idéias aos seus alunos, ao ponto de ter se tornado um conceito prevalente entre médicos e pacientes.

Essa preocupação com os danos à genitália são fatores culturais evidenciados na fala das mulheres que preferem cesariana. Contudo, esse não foi o motivo maior da realização da cesárea eletiva dentre essas mulheres, pois apenas uma compartilhou dessa idéia. Assim como no estudo de Mandarinó et al. (2009), quando o medo dessa deformidade vaginal e das consequências para a atividade sexual com motivo pra evitar o parto vaginal foi muito pouco referenciado pelas mulheres.

O terceiro fator que influencia na escolha pela cesárea é a possibilidade de realizar laqueadura tubária. As mulheres alegaram não querer mais ter filhos e por isso solicitaram a laqueadura tubária, uma vez que com o advento da cirurgia, a laqueadura iria ser realizada, não necessitando de outra cirurgia para efetivar o procedimento.

Conforme Pádua et al. (2010), apesar da lei do planejamento familiar ser bastante restrita quanto à realização da laqueadura durante a cesariana, já há estudos que apontam que essa prática não foi abandonada.

Conforme Moura & Vieira (2010), no Brasil, em 2006, 29,1% das mulheres com união estável tinham laqueadura tubária. A Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, art.10, que regulamenta a laqueadura tubária, determina que a pessoa solicitante tenha capacidade civil plena, seja maior de 25 ou tenha, pelo menos, dois filhos vivos. A laqueadura só poderá ser realizada após decorrido, no mínimo, 60 dias depois da vontade demonstrada de realizá-la, período no qual será oferecido a interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce. A laqueadura tubária, portanto, não pode ser realizada durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos onde é comprovada sua necessidade, por cesarianas anteriores.

O relatório da Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Práticas Obstétricas no Brasil (Núcleo de Estudos de População, 1996) mostrou que 89% de médicos entrevistados em São Paulo achavam que as mulheres preferiam a cesariana, mostrando como motivos mais importantes dessa preferência, o medo do parto (65%) e a possibilidade de laqueadura (11%). No mesmo relatório, médicos do Rio Grande do Sul também demonstraram como razões para explicar a “preferência” por cesarianas, o medo do parto vaginal (67,3%) e a possibilidade de obter ligadura por meio de cesarianas (11,9%) (BARBOSA et al., 2003).

Associando a escolha pela cesárea com os dados sócio-demográficos e obstétricos das mulheres participantes desta pesquisa, observou-se que a maioria delas possuía melhor renda (mais de 2 salários mínimos), eram mais velhas, tinham melhor escolaridade (de 10 a mais de 13 anos de estudo) e realizaram mais de 7 consultas de pré-natal, sendo estas tanto no setor público, quanto privado. Como foi mostrado nos dados obstétricos, o advento das consultas particulares foi justamente para negociar a cesariana uma vez que a maioria das mulheres respondeu que as consultas eram realizadas com o mesmo profissional que realizou seu parto.

Sakae, Freitas & D' Orsi (2009) apontam que diferentes estudos tem relatado maior ocorrência de cesariana entre as mulheres com nível educacional melhor. Uma explicação para esta associação seria a maior proximidade e, como consequência, maior chance para influências mútuas entre os profissionais e clientes nas classes mais altas e no setor privado.

Freitas et al. (2005) encontraram num estudo realizado, que mulheres com melhor renda solicitam e facilmente conseguem se submeter à cesariana, o que simboliza para essas mulheres qualidade no atendimento, em oposição aos partos vaginais, que são considerados demorados ou difíceis.

A iteratividade, por sua vez, foi categorizada como um dos motivos para a realização de cesárea dentre as mulheres entrevistadas. Elas compartilhavam do discurso médico de “uma vez cesárea, sempre cesárea”. O que pode ser observado nos discursos mencionados a seguir:

Sempre soube que meu parto seria cesárea, por conta que as outras tinham sido cesárea (senhora 23).

(...) Porque o médico que fez minha primeira cesárea disse que se eu chegasse a engravidar os próximos filhos também seriam cesáreas (senhora 22).

Como expresso na fala dessas mulheres a cultura de que uma cesárea anterior é indicativa de outra cesárea ainda está presente. A sentença de “uma vez cesárea, sempre cesárea”, preconizada por Grangi, em 1916, fez com que o antecedente de cesárea se consolidasse ao longo da história como um fator de risco para a uma nova cesárea (SOUZA JUNIOR et al., 2007).

Segundo Freitas, Sakae & Jacomino (2008), a existência de história de cesárea anterior carrega consigo os riscos acumulados de uma nova cesariana. Para Cecatti (2000), as justificativas para a realização de cesárea em mulheres com cesariana anterior é bastante antiga, contudo, não apresenta substrato obstétrico na atualidade. Vários trabalhos demonstram boas chances de sucesso e praticamente ausência de riscos para a mãe e o filho com a realização de um parto nessas condições.

Conforme Pádua et al. (2010), a associação entre ter tido uma cesárea no nascimento anterior e também terminar a gestação atual dessa forma reafirma o que tem se observado em outros trabalhos em que a cesárea iterativa tem sido uma das indicações obstétricas primárias mais frequentes.

Ainda segundo o autor supracitado, outro estudo feito no estado de São Paulo, descreveu que 95% de 234 mulheres com dois ou mais filhos e que realizaram cesariana na primeira gestação, também passaram pela mesma experiência na segunda gestação.

O sucesso de um parto após uma cesárea anterior e a ausência de um maior risco com o acompanhamento do trabalho de parto, nesses casos, têm sido registrado na literatura obstétrica brasileira e internacional repetidamente, independente da causa que determinou a

cesárea anterior. Dado que o histórico de uma cesariana prévia impõe sua repetição em quase todos os casos no Brasil, a introdução de uma rotina de acompanhamento do trabalho de parto para com essas mulheres poderia reduzir pela metade o índice de cesáreas por esta indicação. O uso do partograma pode mostrar-se útil, bem como a melhoria no treinamento daqueles que se ocupam da assistência a essas pacientes (FAÚNDES & CECATTI, 1991).

Isto é preocupante, pois como foi visto, os médicos ainda partilham da idéia que cesárea anterior é um indicativo de cesárea, gerando então um círculo vicioso para a ocorrência dessa prática. Fato este que pode ser exemplificado nesse estudo, uma vez que 09 mulheres referiram ter realizado cesárea anterior. Contudo, Freitas, Sakae & Jacomino (2008), mostram em seu trabalho que não há evidências médicas de um aumento no risco associado com parto vaginal entre mulheres com cesárea anterior.

A terceira categoria no quadro 01 diz respeito às complicações durante a gestação que motivaram a realização da cesariana. Para essa categorização foi necessário consultas aos prontuários das mulheres entrevistadas, uma vez que só a fala destas não foi suficiente para entender a complicação que indicou a cesariana. Da amostra, 03 mulheres realizaram cesariana por complicações durante a gestação. Dentre os motivos estavam, a hipertensão arterial, o pós-datismo e a placenta prévia. Estas condições podem ser evidenciadas pelos discursos das participantes que seguem:

Foi por causa da minha pressão que era alta, também tava perdendo líquido, por isso que foi cesárea (senhora 07).

Eu vim pro hospital por que tava passando do dia de ter, aí o médico fez o exame de toque e disse que eu não tinha dilatação, mais eu não estava sentindo dor, nada (senhora 09).

Foi porque meu neném tava colado (senhora 18).

Segundo Campana & Pelloso (2007), a síndrome hipertensiva caracteriza-se como intercorrência obstétrica que tem contribuído para o aumento das taxas de cesariana. As complicações existentes nas gestações de alto risco, como doença hipertensiva, muitas vezes demanda a interrupção prematura da gravidez, provocando o aumento na incidência de cesáreas. A síndrome hipertensiva ocupou o sexto lugar em influência sobre a ocorrência de cesarianas numa análise variada e multivariada em um estudo de caso-controle em Recife.

No estudo de Pádua et al. (2010), dentre as condições apresentadas durante a gravidez ou parto atual, estiveram ligadas à uma maior proporção de cesáreas a presença de

hipertensão-eclampsia. Ainda segundo o autor, essa forte associação hipertensão/eclampsia e outras doenças crônicas com a porcentagem de cesáreas não surpreende, pois é bem conhecida.

Campana & Pelloso (2007) encontraram em estudo que as doenças hipertensivas contribuem com 21,69% das cesarianas realizadas em relação ao número de casos. As cesáreas plenamente justificadas compreendem aquelas que visam proteger a vida da mãe e do feto, entendendo assim que a depender do caso, a prática da cesariana, muitas vezes não pode ser evitada.

Dentre as complicações que motivaram a realização de cesarianas na maternidade de Cajazeiras – PB está o pós-datismo, também conhecido como gestação prolongada, que segundo Chaves Netto & Sá (2007), é a gestação que ultrapassa 42 semanas. O pós-datismo é indicação absoluta de cesariana, quando o feto apresenta sinais de sofrimento.

Em estudo sobre o levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário, Campana & Pelloso (2007), mostraram que 6,69% da realização de cesarianas tinham por indicação o pós-datismo.

Outra complicação na gestação que foi indicada como motivo para cesariana no presente estudo foi a presença de placenta prévia. Essa complicação foi encontrada a partir de consulta ao prontuário da mulher entrevistada, uma vez que no seu discurso (senhora 18) não foi possível identificar a complicação existente.

Segundo Chaves Netto & Sá (2007), em qualquer caso de placenta prévia total, a indicação de cesárea é absoluta. Estando o feto vivo e viável, a indicação é materno-fetal, caso contrário, a indicação é materna. A urgência, por sua vez, depende da existência e da intensidade do sangramento.

Ainda segundo Montenegro & Rezende filho (2008), dentre as principais indicações de cesariana referenciadas pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria, está a placenta prévia, pois segundo estes somente a via abdominal evita o passamento materno.

De acordo com Campana & Pelloso (2007), o aumento na utilização de cesáreas vem sendo justificado nos prováveis benefícios tanto para a saúde da mãe quando do feto, por exemplo, nos casos de descolamento prematuro de placenta, placenta prévia e da eclampsia, dentre outras intercorrências obstétricas.

Uma outra categoria percebida quanto ao motivo para a realização da cesariana foi a de complicações durante o trabalho de parto. Dentre elas podem ser citadas a posição pélvica,

a desproporção cefalopélvica, a falta de dilatação e o sofrimento fetal. Essa realidade é apresentada nos discursos que seguem:

Foi porque a menina tava sentada e eu já tinha perdido o líquido todinho (senhora 11).

Foi porque viram que a criança era muito gorda e muito grande e eu não tinha passagem, nem dilatação (senhora 13).

Foi porque eu não tinha dilatação (senhora 03).

Foi porque no último toque apareceu um líquido amarelo (senhora 01).

De acordo com Amorim, Souza & Porto (2010), a via de parto em gestantes com fetos em apresentação pélvica ainda permanece incerta. Em alguns países, a frequência de cesáreas por apresentação pélvica pode chegar a 80%, fato este justificado porque o parto pélvico pode se associar ao aumento da morbimortalidade neonatal. Campana & Pelloso (2007), mostram em seu estudo que 0,86% das mulheres que realizaram cesariana foi por conta de apresentação pélvica.

Freitas, Sakae & Jacomino (2008), mostram que um achado de consistência na literatura é a ocorrência de cesáreas, em grande parte dos partos, cuja apresentação não é cefálica. No seu estudo um número muito grande de cesarianas foi encontrado na apresentação não-cefálica no momento da admissão. A prevalência de cesáreas nos partos com apresentação pélvica foi quase três vezes maior do que aqueles com apresentação cefálica.

O uso mais liberal de cesáreas em casos de apresentação não-cefálica tem sido responsável por uma grande parcela de aumento na taxa de cesáreas nos Estados Unidos. Os melhores resultados perinatais parecem justificar essa conduta em muitos casos (FAÚNDES & CECATTI, 1991).

Com relação às intercorrências obstétricas encontradas no momento do parto podemos citar também a desproporção cefalopélvica, que também foi encontrada nesta pesquisa. Conforme Amorim, Souza & Porto (2010), a desproporção cefalopélvica (DCP) representa uma das mais frequentes indicações de cesariana. O diagnóstico de desproporção cefalopélvica só pode ser realizado durante o trabalho de parto, baseado nos dados de sua evolução, conforme registro no partograma. Para Montenegro & Rezende Filho (2008), a desproporção cefalopélvica é uma indicação obstétrica de cesariana.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

Mandarino et al. (2009), em pesquisa sobre aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil, mostraram que, em relação às indicações clínicas da cesariana, encontrou-se uma maior frequência de desproporção cefalopélvica em ambos os serviços (37,3% e 28,7%, respectivamente).

Outra complicação observada no trabalho de parto que gerou a opção pela cesariana foi a ausência de dilatação. D'Orsi et al. (2003), em estudo sobre os fatores associados à realização de cesáreas em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro, Brasil, observaram que a dilatação cervical no momento da admissão continuava a ser uma das variáveis mais fortemente associadas ao tipo de nascimento. Mulheres admitidas com dilatação menor que 3 centímetros tiveram uma chance de cesariana 8,5 vezes maior, comparadas com às admitidas com 3 ou mais centímetros de dilatação.

Conforme Sakae, Freitas e D'Orsi (2009), a taxa de cesárea entre mulheres admitidas com colo fechado foi quatro vezes maior do que naquelas com 1 centímetro ou mais de dilatação, e manteve o efeito após ajuste para indicação de cesárea. Tais achados revelam que a forte associação entre baixa dilatação cervical no momento da admissão e tipo de nascimento reafirmam a importância de evitar a admissão hospitalar precoce, erroneamente associada ao diagnóstico de trabalho de parto prolongado.

Além da desproporção cefalopélvica e não dilatação cervical, o sofrimento fetal por aspiração de mecônio também foi indicativo de cesariana, entre as mulheres desse estudo. Segundo Espinheira et al. (2011), o líquido amniótico com presença de mecônio é observado em 8% a 15% dos recém-nascidos. Destes, grande parte consegue desenvolver uma resposta adaptativa respiratória eficaz, enquanto que cerca de 5% mostram sinais de dificuldade respiratória ao nascimento, desde algum atraso e dificuldade em desencadear movimentos respiratórios espontâneos eficazes, até sinais de aspiração e hipóxia prolongada. Esta intercorrência constitui a síndrome de aspiração meconial (SAM). Todavia, nas últimas décadas tem sido observado uma tendência para a diminuição da incidência de SAM, o que tem sido atribuída à melhoria nas práticas obstétricas com o recurso da cesárea perante evidências de sofrimento fetal.

Dentre os motivos encontrados como complicação durante o parto e como justificativa para a realização de cesariana, todos foram justificados pela literatura como indicativos de interrupção cirúrgica da gestação, exceto a ausência de dilatação, uma vez que, segundo Chaves Netto & Sá (2007), não se deve banalizar as indicações de cesarianas com colos que não dilatam ou úteros que não se contraem, circunstâncias bastante raras na obstetria.

Segundo Pádua et al. (2010), a evolução do trabalho de parto costuma ser mais demorada em primíparas. Um fato observado neste estudo foi que a maioria das mulheres que realizou cesariana por falta de dilatação eram primíparas, levando-me ao seguinte questionamento: A realização da cesariana nestas mulheres foi por ausência de dilatação realmente ou por interesses obstétricos?. Corroborando Freitas et al. (2005), para o obstetra, a realização de cesariana significa maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho, influenciando assim a decisão pela cesárea. Faúndes & Cecatti (1991), ressaltam ainda que a preferência dos médicos para a realização da cesárea pode ter várias origens. No entanto, atualmente, o que domina é a conveniência de uma intervenção programada, que não tomará mais que uma hora de seu tempo, ao contrário do parto que pode ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, fins de semana ou feriados, e que ocupará um período maior e imprevisível de seu tempo.

4.2.2 Tendência das mulheres para a realização de cesárea

Esta categoria surgiu a partir do questionamento: “Se você pudesse escolher, você queria que seu parto fosse cesárea? Por quê?”. Era esperado que a maioria das mulheres respondesse que sim. No entanto, metade das mulheres entrevistadas, responderam que não, alegando que a recuperação depois de uma cesariana é mais demorada. Das mulheres que responderam sim, 05 justificaram a escolha por medo das dores do parto e 10 para fazer a laqueadura tubária. Esses fatos estão representados nos discursos que seguem:

Não, porque a recuperação é mais demorada, fico na dependência de outras pessoas, minha mãe, minha cunhada e ninguém tem tempo pra cuidar de mim (senhora 03).

Sim, tinha medo de sentir dor. Só que a cesárea dói mais (senhora 02).

Sim, pois eu aproveitei e fiz a ligação (senhora 26).

Primo, Amorim & Castro (2007), em estudo sobre a expectativa das mulheres quanto ao tipo de nascimento, concluíram que o parto normal era o tipo de nascimento esperado pela maioria das mulheres (74,7%), sendo que essa expectativa diminuiu dentre aquelas com cesárea prévia. A principal justificativa para a preferência da via vaginal é a recuperação mais

rápida. Entretanto, as razões para a escolha da cesárea são o receio de sofrer dores e complicações consigo ou com o recém-nascido, entre outros.

CATEGORIA	<i>f</i>
Sim, por medo da dor	05
Sim, para realizar laqueadura tubária	10
Não, pela recuperação mais demorada	15
Total	30

Quadro 02 – Tendência das mulheres para realização de cesárea, Cajazeiras – PB, 2011

Fonte: Dados da Pesquisa/2011.

Perpétuo, Bessa & Fonseca (1998), em seu trabalho “Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte”, detectaram que a maioria das mulheres (65%) apontaram as condições e o tempo de recuperação após o parto como o motivo mais importante para preferir o parto normal.

Mandarino et al. (2009), em estudo analisando os aspectos relacionados à escolha do tipo de parto, encontraram que o principal motivo para preferência pelo parto vaginal, foi o fato de a recuperação ser mais rápida. Nesse sentido, Barbosa et al. (2003), em estudo sobre “Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?”, relataram que a maioria das primíparas referiu preferir o parto vaginal. Entre as que tiveram filho por cesárea, cerca de 75% (maternidade privada) e 80% (maternidade pública) afirmaram que não queriam que seu parto tivesse sido cesáreo.

A presente pesquisa apresenta resultados semelhantes aos autores acima mencionados, uma vez que houve expressiva preferência pelo tipo de nascimento por via vaginal, alegando a recuperação mais fácil e rápida, diferente da cesariana, cuja recuperação é mais lenta e necessita de mais pessoas para ajudar a puérpera no seu dia-a-dia, na realização de diversas tarefas.

Acerca do medo da dor do parto, apontado pelas mulheres entrevistadas nesta pesquisa Mandarino et al. (2009) e Barbosa et al. (2003), também encontraram resultados semelhantes em suas pesquisas. O considerável número de mulheres nesta pesquisa que preferiu cesariana, pela possibilidade de realização de laqueadura tubária está em consonância com os estudos de Barbosa et al. (2003) e Oliveira et al. (2002).

Constatou-se a partir dessa categoria que as percepções femininas sobre o tipo de nascimento vêm sofrendo transformações, uma vez que é cada vez maior o número de mulheres que preferem o parto normal como tipo de nascimento, uma mudança boa na prática

obstétrica que deve ser colocada em prática quando não ocorrer nenhuma indicação clínica de cesariana.

4.2.3 Laqueadura tubária: razões da sua realização

Das 30 mulheres entrevistadas, 10 referiram ter realizado laqueadura tubária. A realização de cesarianas por conta de ligação das trompas é uma realidade vivenciada na prática obstétrica. Dentre as razões para a realização da laqueadura tubária estão o desejo dessas mulheres de não terem mais filhos e os problemas de saúde que impedem essas mulheres de terem mais filhos. Os discursos das mulheres a seguir ilustram esse fato:

Sim, porque já tinha filho demais pra dá trabalho e também já tinha tido um aborto, ai já tava bom (senhora 18).

Sim, porque eu não queria ter mais filho, porque era tudo gravidez de risco (senhora 07).

Estudos realizados por Moraes & Goldenberg (2001), mostram que 26,9% das mulheres de sua amostra realizaram laqueadura tubária. A laqueadura tubária como já foi mencionado é regulamentada pela Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que determina que para realizá-la a mulher tem que ser maior de 25 anos ou ter pelo menos dois filhos vivos, e esta só pode ser realizada após decorridos no mínimo 60 dias da manifestação da vontade de realizá-la, período no qual é oferecido a interessada aconselhamento que visa desencorajar a esterilização precoce (MOURA & VIEIRA, 2010).

CATEGORIA	<i>f</i>
Não querer mais filhos	09
Problemas de saúde	01
Total	10

Quadro 03 – Laqueadura tubária: razões para sua realização, Cajazeiras - PB, 2011

Fonte: Dados da Pesquisa/2011.

A legislação brasileira indica condições para a realização da esterilização feminina voluntária nos serviços de saúde, incluindo informação e acesso a todos os métodos contraceptivos reversíveis, preconizados pelo Ministério da Saúde. Essa medida tem a

intenção de possibilitar que mulheres mal informadas ou sem acesso às alternativas contraceptivas possam reavaliar sua opção (CARVALHO & SCHOR, 2005).

Segundo os autores supracitados existem tipos diferentes de demanda em contracepção. Dentre eles está o desejo de não ter mais filhos. Seguindo esse motivo, a demanda de esterilização feminina tem sido o método contraceptivo mais adotado. Um fator importante na análise da alta incidência de esterilização feminina poderia ser o desconhecimento de métodos contraceptivos e a desaprovação aos métodos contraceptivos reversíveis oferecidos, quanto a eficácia, inocuidade ou até mesmo aceitação cultural. Muitas mulheres que buscam a laqueadura tubária, mesmo recebendo informações e a garantia de acesso a outros métodos contraceptivos mantêm sua intenção de esterilizar-se.

A ligação das trompas para essas mulheres é representada como a única alternativa confiável e segura de evitar uma nova gestação. A necessidade da contracepção, claramente vivenciada por essas mulheres, contrapõe-se à angústia de não saber como controlar efetivamente a sua fecundidade, em vista de insucessos frequentes, traduzidos no incômodo de suportar efeitos colaterais e, principalmente, em gravidezes indesejadas. O papel reprodutivo é socialmente imposto às mulheres, como se a responsabilidade fosse unicamente sua, de maneira que os insucessos nessa área acabam sendo atribuídos à sua incapacidade pessoal de controlá-lo. Nesse contexto, a laqueadura aparece como a melhor opção (OSIS et al., 1999).

A ligação das trompas segundo o MS, por meio da Lei 9.263, e da Resolução 928 de 19 de agosto de 1997, dispõe também que a esterilização é permitida à mulheres com risco a sua vida ou saúde ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito por dois médicos (BAREIRO et al., 2009).

Neste estudo, apenas uma mulher realizou laqueadura tubária por conta de riscos a sua saúde. As mulheres desta amostra que realizaram laqueadura tubária eram jovens com idade variando de 23 a 33 anos de idade, a maioria (06 mulheres) com dois filhos vivos.

Assim, todas as mulheres estavam respaldadas pela lei da laqueadura tubária seja pelo número de filhos, seja pela idade. Contudo, eram mulheres ainda em idade fértil e uma esterilização definitiva parece uma medida precoce. Entretanto, a realização de cesariana para laqueadura tubária é o que mais se vê atualmente.

Essa situação pode estar acontecendo porque segundo Carvalho & Schor (2005), a assistência à saúde reprodutiva no Brasil é quantitativa e qualitativamente insuficiente, e a garantia de informação e acesso a todos os métodos contraceptivos ainda não é uma realidade. Talvez uma assistência inadequada e deficiente fornecida a essas mulheres durante o

planejamento familiar pode ter sido decisivo para a rejeição de outros métodos contraceptivos reversíveis.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cesariana é um procedimento indispensável na obstetrícia contemporânea, no entanto, sua utilização indiscriminada vem aumentando sua incidência. A compreensão da natureza sociocultural das altas taxas de cesariana é crescente, mas ainda não há consenso sobre as melhores soluções para o problema.

Essa pesquisa possibilitou identificar os fatores que influenciam para a realização de cesáreas, bem como caracterizar as mulheres que realizaram cesariana na maternidade do município de Cajazeiras - PB.

No que diz respeito aos dados sócio-demográficos e obstétricos dessas mulheres, podemos caracterizá-las como mulheres jovens, de escolaridade satisfatória, casadas, pertencentes as classes economicamente mais baixas, negando assim a hipótese de que as maiores taxas de cesarianas estariam presentes em famílias com melhor condição econômica, maior escolaridade e idade mais elevada. No que diz respeito aos dados obstétricos, a maioria das mulheres eram primíparas e múltiparas com uma cesárea anterior. A maioria realizou mais de sete consultas de pré-natal e essas consultas eram realizadas no setor público. A cesárea das mulheres entrevistadas, na sua maioria, não foi realizada pelo mesmo profissional que realizou o pré-natal.

Dentre os motivos para a realização da cesariana, o que prevaleceu foram as complicações durante o trabalho de parto, negando a hipótese de que nessa maternidade a maior parte dos casos de realização de cesariana se dá sem indicações obstétricas. Contudo, notou-se ainda um número expressivo de mulheres que realizaram cesariana por opção. Mostrando a necessidade de os profissionais que acompanham as mulheres durante pré-natal informarem sobre os tipos de nascimento, uma vez que, a cesariana, como todo procedimento cirúrgico acarreta riscos. Acreditamos que este ponto seja a chave para mudanças de conceitos e, para tanto, deve ser compreendido e exaustivamente trabalhado dentro das consultas de pré-natal. Já se nota uma diferença na prática obstétrica, pois a maioria das mulheres entrevistadas relatou preferir o parto como tipo de nascimento.

Uma assistência de pré-natal adequada durante a gestação é uma medida essencial para preservar a saúde da gestante e da criança. A participação do enfermeiro no atendimento às gestantes é de fundamental importância para a educação em saúde, quanto às condutas frente às queixas comuns destas mulheres, discussão dos temores próprios dessa fase e de atitudes que favoreçam à evolução fisiológica da gravidez e do parto com o mínimo de complicações possíveis.

A realização de laqueadura tubária com o advento da cesariana também foi uma realidade encontrada. Percebeu-se lacunas relacionadas à informação às mulheres no atendimento em nível primário de assistência à saúde, mostrando ser necessário uma assistência de qualidade durante o planejamento familiar, garantindo informações sobre os métodos contraceptivos existentes, a fim de se evitar esterilizações precoces. Ao enfermeiro que atende essas mulheres, cabe trabalhar como agente de mudanças e educador durante todos os momentos de atendimento à saúde da mulher.

A tarefa de ensinar é uma das atividades desempenhadas pela enfermagem e tem como objetivo fundamental a promoção da saúde. Assim, as consultas de enfermagem devem assegurar a assistência integral a essa população de mulheres, realizando atendimento oportuno nos aspectos preventivos, educativos e terapêuticos.

Essa pesquisa mostrou que não só os fatores biológicos influenciam para a realização de cesarianas. Demonstrando assim, a necessidade da enfermagem como veiculadora de transformações, devido a sua capacidade educacional; usar as consultas de pré-natal para subsidiar ações que visem minimizar a realização de cesarianas. Assim, a gestante durante as consultas de pré-natal deve ser compreendida e atendida adequadamente, atentando para os anseios e carências que esta fase acarreta.

Apesar do perfil da população atendida na maternidade revelar risco para a cesárea, evidenciou-se a necessidade de repensar a prática obstétrica, a qual tem interferido na qualidade e humanização da assistência ao parto prestada a cada mulher.

Frente ao exposto, esse estudo visa contribuir através das informações prestadas, na busca por ações que procurem diminuir os índices de cesarianas, bem como melhorar a prática obstétrica vigente.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, v. 38, n. 8, p. 415-22, Ago. 2010.

BARBOSA, G.P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p. 1611-20, Nov./Dez. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70 ed. Lisboa, 1977.

BAREIRO, A. O. G et al. Esterilização feminina: indicação. Projeto diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina-2009. Disponível em < [http:// www.saudedireta.com.br](http://www.saudedireta.com.br)>. Acessado em 28 de maio de 2011.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 6, p. 134 -54, Jun. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde incentiva parto normal**. Brasília, 2010. Disponível em: < [http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) >. Acessado em: 10 de Dez. 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº.196**, de 10 de outubro de 1996.

_____. Manual técnico: **Pré-natal e puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005.

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n.1, p. 51-63, Jan./Abr. 2007. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br>>. Acessado em: 13 de Dez. 2010.

CARVALHO, M. L. O.;SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 788-94, 2005. Disponível em < [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acessado em: 31 de maio de 2011.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 960-7, Nov./Dez. 2005. Disponível em < [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acessado em: 20 de Nov. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

CECATTI, J. G. Fatores Associados à Realização de Cesárea em Primíparas com uma Cesárea Anterior. **RBGO**, v. 22, n. 3, p. 175-9, 2000. Disponível em < <http://www.scielo.br>>. Acessado em: 15 de maio de 2011.

CHAVES NETTO, H.; SÁ, R. A. M. **Obstetrícia básica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
D'ORSI E. et al. Fatores associados à realização de cesáreas em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2067-78, 2006.

ESPINHEIRA, M. C. et al. Síndrome de aspiração meconial – experiência de um centro terciário. **Rev Port Pneumol**, v. 11, n.2, p. 71-6, 2011. Disponível em < <http://www.elsevier.es/pt/revistas/revista>>. Acessado em: 30 de maio de 2011.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesariana. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n.2, p. 226-32, 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br>>. Acessado em: 27 de Nov. 2010.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 150-73, Abr./Jun. 1991.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Métodos e metodologia na pesquisa científica**. 3 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendes, 2008.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1051-61, maio, 2008.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.5, p. 761-7, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br>>. Acessado em: 13 de maio de 2011.

GAMA, A. S. 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, v. 25, n.11, p. 2480-88, Nov. 2009.

GICLIO, M. R. P.; LAMOUIER, J. A.; MORAES NETO, O. L. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano 2000. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 350-7, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br>>. Acessado em: 15 de Nov. 2010.

GONÇALVES, A. K.; MISSIO, L. Fatores determinantes para as expectativas de gestantes acerca da via de parto. In: Encontro de Iniciação Científica – ENIC. Mato Grosso do Sul – 2009. **Anais eletrônicos** Mato Grosso do Sul – UEMS, 2009. Disponível em: < <http://www.periodicos.uems.br>>. Acessado em: 15 de maio de 2011.

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, I. A. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 245-51, Abr./ Jun. 2007. Disponível em: < <http://www.bases.bireme.br>>. Acessado em: 10 de Jan. 2011.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2008**, Tabela Estimativa das Populações Residentes. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>.

MANDARINO, N. R. 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. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1587-96, jul. 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MILEO, L. R. Fatores Associados à ocorrência de cesáreas no município de Florianópolis em 2006. 2008. 33f. **Trabalho de conclusão** (graduação em medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIRANDA, D. B. et al. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 10, n. 2, p. 337- 46, 2008. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br>>. Acessado em: 21 de Jan. 2011.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende, Obstetrícia fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MORAES, J. F.; GODOI, C. V. C.; FONSECA, M. R. C. C. Fatores que Interferem na Assistência Humanizada ao Parto. **SAÚDE Rev.**, Piracicaba, v. 8, n. 19, p.13-9, 2006. Disponível em: < <http://www.unimep.br> >. Acessado em: 13 de Jan. 2011.

MORAES, M.S.; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.509-19, mai./jun. 2001.

MOURA, E. R. F.;VIEIRA, R. P. R. Reconstrução cirúrgica tubária e condições de realização das laqueaduras. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n.3, p. 536-43, Set. 2010.

OLIVEIRA, S. M. J. V. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p.667-74, Set./Out. 2002. Disponível em < <http://www.scielo.br>>. Acessado em: 1º de maio de 2011.

OSIS, M. J. D. et al. Conseqüências do uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: no caso da laqueadura tubária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.521-32, jul./set.1999.

PÁDUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n. 1, p. 70-9, 2010. Disponível em: < [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br) >. Acessado em: 05 de Fev. 2010.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n.1, p. 185-94, 2011. Disponível em: < [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br) >. Acessado em: 02 de Fev. 2011.

PERPÉTUO, I. H. O.; BESSA, G. H.; FONSECA, M. C. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: XI encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP – 1998. **Anais eletrônicos**. Disponível em: < <http://www.abep.nepo.unicamp.br> >. Acessado em: 13 de maio de 2011.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 161-7, Abr./jun.2007.

REIS, S. L. S. et al. Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, n. 1, p. 7-10, Jan./Mar. 2009.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 472-80, 2009. Disponível em: < [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br) >. Acessado em: 05 de Nov. 2010.

SODRÉ, T. M. et al. Necessidade de Cuidado e Desejo de Participação no Parto de Gestantes Residentes em Londrina-Paraná. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 452-60, Jul./Set. 2010.

SOUZA JUNIOR, J. C. et al. Equidade inversa e desigualdades no acesso à tecnologia no parto em Santa Catarina, Brasil, 2000 a 2004. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 4, p. 397-03, Out./Dez. 2007.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-9, Jul./Ago. 2010.

APÊNDICE(S)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

APÊNDICE A
ENTREVISTA

**PESQUISA SOBRE OS FATORES QUE INFLUENCIAM PARA A REALIZAÇÃO
DA CESÁREA**

1. Identificação

Data da coleta:

Nome da mulher:

Endereço:

Município:

2. Dados sócio - demográficos

Idade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade (número de anos): _____ Profissão: _____

Renda total da sua família/mês: _____

3. Dados obstétricos:

Nº partos _____ Nº cesáreas _____

Nº consultas de pré-natal? _____

Foi o mesmo profissional que realizou o seu pré-natal e seu parto? _____

4. Qual foi o motivo da cesárea? _____

5. Se você pudesse escolher, você queria que seu parto fosse cesárea? Por quê? _____

6. Você realizou laqueadura tubária? Por quê? _____

ANEXO(S)

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO-TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa "Fatores que influenciam para a realização da cesárea".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho "Fatores que influenciam para a realização da cesárea" terá como objetivo geral: analisar os fatores que influenciam na realização de cesárea na maternidade do município de Cajazeiras – PB.

- Ao voluntário só caberá a autorização para entrevista tendo como instrumento um roteiro estruturado, contendo questões objetivas e subjetivas e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8722 7768 com Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa

ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAVAZEIRAS PARAIBA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do _____ de _____ anos na a Pesquisa "Fatores que influenciam para a realização da cesárea".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho "Fatores que influenciam para realização da cesárea" terá como objetivo geral: analisar os fatores que influenciam na realização de cesárea na maternidade do município de Cajazeiras – PB.

Ao responsável legal pelo(a) menor de idade só caberá a autorização para que realize a entrevista tendo como instrumento um roteiro estruturado, contendo questões objetivas e subjetivas e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O Responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8722 7768 com Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.

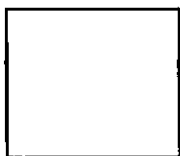
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável _____

Assinatura do responsável legal pelo menor _____

Assinatura do menor de idade _____



Assinatura dactiloscópica

Responsável legal



Assinatura dactiloscópica do participante menor de idade

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

ANEXO C
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
CNPJ: 08.778.268/0020-23
RUA TABELIÃO ANTONIO HOLANDA, S/N, CENTRO, CEP: 58900-000**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Fatores que influenciam para a realização da cesárea” desenvolvida pela aluna Cicera Mykellandy Gonçalves Monteiro, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Dra. Maria do Carmo A. Duarte de Farias.

Cajazeiras - PB, 13 de junho 2011

**Dra. Emmanuelle Lira Cariry
Diretora Geral**

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

ANEXO D
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0089.0.133.000-11

Data da entrega ao CEP-UEPB: 05/04/2011

Data Final para publicação do Parecer pelo CEP UEPB: 05 de maio de 2011

PARECER:

- APROVADO**
 NÃO APROVADO
 PENDENTE

TÍTULO: Fatores que influenciam na opção pela cesárea

PESQUISADOR: Profa. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias

PARECER: Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória com abordagem qualitativa. Tem por objetivo geral analisar quais fatores influenciam na opção por cesárea, pelas mulheres, na maternidade do município de Cajazeiras – PB. Considerando a relevância do estudo que aliado às exigências protocolo do CEP/UEPB baseado na Res. No 196/96 o presente estudo atende aos critérios exigidos.

Diante do exposto, o parecer é Projeto CAAE 0089.0.133.000-11 APROVADO, salvo melhor juízo.

Campina Grande, 15/04/2011.

Parecerista: 09

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa