



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidad Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Percepción de mujeres sobre la elección del tipo de parto: estudio descriptivo

Lizandra Flores Pimenta¹, Lúcia Beatriz Ressel¹, Carolina Carbonell dos Santos¹, Laís Antunes Wilhelm¹

¹Universidad Federal de Santa Maria

RESUMEN

Objetivo: Discutir la percepción de las mujeres acerca de su elección del tipo de parto.

Metodología: Estudio cualitativo realizado en hospital de enseñanza y en una unidad básica de salud de Rio Grande Del Sur, de enero a marzo de 2011. Para esto, se entrevistaron a 8 mujeres fuera del período del embarazo puerperal, en edad fértil. Se analizaron los datos y se interpretaron según análisis de contenido temático.

Resultados y Discusión: Emergió la categoría La percepción de las mujeres en la decisión sobre el tipo de parto, en el que el entendimiento de las mujeres se hizo significativo, respecto al poder que poseen los médicos frente al tipo de parto. Sin embargo, algunas mujeres no están de acuerdo con esta práctica y desean garantizar su deseo junto al médico y su decisión.

Conclusión: Algunas mujeres no están de acuerdo con el poder unilateral del médico respecto al parto, y defienden que la decisión se les debería compartir, ya que ellas son las que sienten y pasan por el proceso.

Palabras clave: Parto; Salud de la Mujer; Cultura; Enfermería

INTRODUCCIÓN

El modelo de organización de los servicios públicos y privados presenta variaciones que resultan en diferentes tipos de atención y de relación entre los profesionales de salud y las usuarias y, por consecuencia, en experiencias distintas entre las embarazadas⁽¹⁾.

Aun se logra observar la preferencia de las mujeres por el parto vaginal en la maternidad pública y por el método de cesárea en la maternidad privada⁽²⁾.

Esto reduce el campo de la atención y vuelve inviable un lugar de poder diferenciado de las usuarias de la red privada. A medida que la cesárea se ha vuelto una fuente de dinero y cuentas del hospital más altas para los médicos y para los hospitales que el parto normal, lo que deja claro que se encuentre más cesáreas realizadas en mujeres de maior poder adquisitivo y blancas⁽³⁾.

La manera como se ordenó la atención obstetricia, la formación de los profesionales de salud y el incremento de la demanda de las cesáreas por las mujeres, que temen la imposición de los profesionales de salud frente al método de parto, son factores que influyen la subida de partos quirúrgicos en nuestro sistema de salud⁽⁴⁾.

La percepción Del dolor Del parto está considerada como uno de los motivos que influyen que la mujer prefiera la cesárea, además muy presente en el imaginario popular como un evento que se asocia a la purgación femenina. Es decir, en este sentido, se refiere a la cita del Libro Bíblico en Génesis, en el que se hace referencia a Eva como el primer ser humano que pecó y que por ella entró la corrupción del pecado para corromper a toda la humanidad con su transgresión, escuchando de Dios: "y tú, mujer, parirás con dolor a tus hijos"⁽⁵⁾.

La idea de que la mujer debe pagar en el parto por sus pecados, una idea que se propaga por la medicina y la religión hegemónica, va en contra a la visión del parto como un momento placentero, que se puede ver como una herejía y una amenaza a un sistema de creencias que define al parto como un proceso de dolor, que hace mal a la salud y a la sexualidad femenina y que, además, necesita estar controlado por aparatos médicos⁽⁶⁾.

El dolor en sus aspectos voluntarios se puede influir por los factores sociales, culturales y psicológicos. Esto se da a causa del significado personal que la mujer atribuye al dolor del parto en su entorno de vida, a las definiciones culturales de la imagen corporal, de la estructura y funciones de su cuerpo⁽⁷⁾.

La influencia en la decisión por el parto cesáreo es a causa del tipo del parto previo en mujeres de clase social y renta alta. De igual manera, hay la necesidad urgente de estudios cualitativos para evaluar esta preferencia de la mujer y del médico por la cesárea, y sus complejas interacciones. Estudios pueden desvelar las bases para las intervenciones de obstetricia efectivas y seguras con vistas a la reducción de los elevados índices de cesárea⁽⁸⁾.

En Estudio en el que se ha analizado las expectativas de las mujeres en relación al tipo de parto, la justificativa más dicha para que se eligiera el parto normal era la recuperación del post-parto más rápida y, para la cesárea, fue el hecho de haber realizado ya cesárea anteriormente, pero las justificativas presentadas por ellas para la realización del parto quirúrgico no estaba consistente con la indicación médica en 47,5% de los casos⁽⁹⁾.

El cambio en el modelo de atención al parto puede que sea una estrategia interesante para la reversión de ese cuadro, ya que, independiente del deseo inicial de la embarazada, la interacción con el servicio de salud resulta en la cesárea como vía final de parto⁽¹⁰⁾.

Para obtener autonomía, la mujer debe tener su opinión incluida en el momento de decisión sobre la vía del parto y eso ocurre a medida que ella es informada respecto a las evidencias científicas disponibles para la indicación de la mejor conducta en situación determinada⁽¹¹⁾.

Este es el modelo humanístico, que incluye una corriente de pensamiento en la que se adoptan y se proponen actitudes no convencionales para orientar la atención de obstetricia, y surge a partir de los cuestionamientos al modelo biomédico, con gran influjo del movimiento feminista, el cual desempeña un rol fundamental, mientras se le

entiende cómo fórum de las cuestiones de salud y su relación con la calidad de vida y la condición de ciudadano⁽¹²⁾.

Delante del entorno presentado, surge el interés en este tema impulsándonos a desarrollar esta investigación científica, con el objetivo de discutir la percepción de las mujeres sobre la elección de su vía de parto. Al consultar la literatura científica se percibió, la ausencia de estudios culturales con mujeres fuera del periodo de embarazo puerperal, y en escenarios que no son la maternidad y/u hospital.

De esa manera, este estudio pretende reflexiones que podrán repercutir en la atención de enfermería que se le da a la mujer a la hora de parir, una vez que ayuda en la comprensión de las necesidades de cuidado con las parturientas, a partir de la percepción de las mujeres sobre el parto y el nacimiento.

MÉTODO

Esta investigación se ha formado como una investigación cualitativa del tipo descriptiva. Se suele utilizar por investigadores científicos sociales preocupados con la actuación práctica⁽¹³⁾.

Para el coleteo de datos, se utilizó como instrumento una entrevista semi-estructurada. Los datos logrados fueron objeto de la investigación de acuerdo al análisis temático de Minayo⁽¹⁴⁾.

Esta investigación se ha realizado en el municipio de Santa Maria- RS, en la Unidad Sanitaria Kennedy (USK) y en el Hospital Universitario de Santa Maria (HUSM). A USK fue elegida por ser campo de clases prácticas y de pasantía monitorado para los alumnos del curso de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria (UFMS).

Sobre el HUSM, ES un hospital-enseñanza, fundado en el año de 1970, que sirve como modelo de atención primario de los barrios que están a su alrededor, para la atención secundaria a la población de Santa Maria y para la atención terciaria de la región centro y de la frontera gaucha. El hospital se constituye como centro de enseñanza, investigación y extensión en el ámbito de las Ciencias de Salud, además del centro de

programación y manutención de acciones para la salud de las comunidades local y regional.

Se ha realizado este estudio con ocho mujeres, en edad fértil, con historia pregressa de parto normal o cesárea; cuatro mujeres obtenidas en la USK y cuatro en el HUSM. Se convidaron a la entrevista, mujeres que buscaban atención en los servicios de ginecología y obstetría. Las participantes del estudio fueron identificadas por la letra M, de mujer, y número referente al orden de entrevista, (M1- M8), caracterizándolas según los aspectos socioculturales de: edad, estado civil, grado de estudio, región de la vivienda, número de hijos, ocupación y vía de parto vivenciado ya.

Se propuso observar los criterios éticos y los principios biomédicos de la voluntariedad, para la realización de todas las actividades de la investigación, que son basados en la Resolución nº 196/96, de la Consejería Nacional de Salud, la que prescribe la ética en la investigación científica con seres humanos⁽¹⁵⁾. El proyecto fue aprobado en el Comité de Ética en Investigación Científica de la Universidad Federal de Santa María bajo número CAAE nº 0317.0.243.000-10.

RESULTADOS

En cuanto al perfil de los participantes, obtuvimos los resultados: Rango de edad de 22 a 35 años; más mujeres casadas (n=6), una divorciada y, una soltera, pero pareja de hecho en el momento de la entrevista; nivel de escolaridad: tres mujeres con la primaria completa, tres con la secundaria incompleta, tres con la secundaria completa, una con secundaria incompleta y, solamente una con el superior; todas las participantes residentes de la zona urbana de Santa María – RS; sobre al número de hijos, el grupo en estudio presenta un promedio de dos hijos, a sabiendas que la más pequeña y la más grande familia estuvo formada de uno y de cuatro hijos, respectivamente y; en lo que se refiere a la ocupación, dos son amas de casa, dos técnicas de enfermería, una enfermera, dos empleadas de servicio y una cajero de supermercado. El tipo de parto de

mayor incidencia, relatado por las mujeres, fue la cesárea, y solamente una tuvo la experiencia de ambos tipos de parto.

Según la descripción y análisis del habla de las mujeres entrevistadas, emergió una categoría Percepción de las mujeres en la decisión sobre el tipo de parto, cuyos principales resultados fueron discutidos a partir del establecimiento del diálogo con referencial teórico, con vistas a alcanzar en ese movimiento la comprensión de cómo la cultura influencia en el proceso de participación de la mujer.

Percepción de las mujeres en la decisión sobre El tipo de parto

Para la comprensión del parto como un evento en la vida femenina, se preguntó sobre la decisión acerca del tipo de parto. La opinión de las mujeres sugiere unilateralidad de decisión por parte de los médicos, como se observa en las siguientes hablas:

Es el médico que tiene el poder de decisión se va a ser parto vaginal o cesárea. (M2)

Creo que debe de ser la mujer, pero es el médico el que decide. Dicen ellos que es protocolo, que es eso o aquello, pero sabemos que no es verdad. Pero no ocurre eso, ¿verdad? (M3)

La cesárea generalmente es el médico que decide. Hasta me gustaría el parto normal, pero el médico dijo que iba hacer una cesárea, y la hizo. (M8)

Según un relato de una entrevistada, no hay el derecho de elegir sobre el tipo de parto para la mujer que hace pre-natal en cadena suplementaria, y su autonomía generalmente está desrespetada, cuando desea un parto normal.

A nível de consultório (cadena privada) es el médico. No se puede elegir. (M6)

A pesar de la centralización del médico en la decisión de la vía del parto, algunas mujeres sienten la necesidad de que sean incluidas en el proceso de la toma de decisiones, puesto que los sentimientos y sensaciones estarán percibidas por ellas y no por el profesional.

Debería ser de la mujer más que del médico, puesto que ella es la que está sintiendo y sabiendo lo que le ocurre. (M1)

DISCUSIÓN

Fue importante el entendimiento de las mujeres sobre el poder de decisión que los médicos tienen en relación al tipo de parto. Pero, algunas no concuerdan que este profesional determine unilateralmente la elección y desvelan sus ganas de inclusión en esa decisión.

Esta perspectiva orienta a una autonomía y a la participación de la mujer en la decisión sobre la vía del parto, pero lo que se percibe es la determinación total del médico sobre el cierre del embarazo.

Al hablar de la autonomía de la mujer parturiente, hablamos de un proceso en el que cada momento se va desconstruyendo el lexico científico-técnico, para que la mujer y la familia puedan ser llamados al centro de decisión.

Pero, para ello, importa ofrecer toda la información que necesite ella para volverse un miembro actuante del equipo de salud y, así, tener plenos poderes y capacidad de decidir la mejor manera para todos, aun más para la familia propia y para su bebé. Sin duda, ese es un proceso muy complejo, en el que, en una aplicación absoluta, incita a los profesionales de salud a comprender que el respeto por la autonomía de la mujer no constituye daño a la autonomía profesional, sino, ante nada, un incremento por la calidad, participación y rigor ético obtenido por medio de ese proceso⁽¹⁶⁾.

El proceso tal vez sea de difícil comprensión para el profesional, cuando éste está basado en la cultura biomédica alrededor de una ideología de progreso tecnológico, que, en el entorno del parto, se inició a partir de la institucionalización, con el advento de la era industrial⁽¹²⁾.

En las primeras décadas del siglo XX, cuando el parto pasó a ser visto como un proceso patológico que debería estar controlado con fines de evitar la muerte materna y

perinatal, pasa a ser marcado por rutinas, tales como episiotomías, cesáreas innecesarias y utilización de fórceps profiláctico⁽¹⁷⁾. El resultado de esta conducta intervencionista es la paradoja entre el deseo de las mujeres y lo que se realiza⁽¹⁸⁾.

Uno de los motivos de los médicos para dicha práctica es el cambio del perfil de riesgo de las embarazadas. Pero, un estudio realizado en EEUU, que relacionó el aumento de las tasas de cesárea con un cambio de perfil de riesgo, constató que las chances de una mujer ser sometida a una cesárea en el primer embarazo, sin que ésta pertenezca a un grupo de riesgo, a aumentado en un 50%, si comparado al año de 1996⁽¹⁹⁾.

Pronto se entiende que la evaluación de riesgo es la indicación de realizarse una cesárea sean de competencia médica. Pero, la mujer debe recibir informes sobre los riesgos y beneficios de la intervención para ejercer su participación activa en el proceso.

Tal cuestión reafirma el derecho a la información y a la formación de opinión de las mujeres, para que tengan el derecho de exigir todo el benéfico para su salud y la salud de su bebé.

Profesionales y mujeres pueden tener una antelación de decisión sobre el tipo de parto, pero ese hecho no se puede ver como una simple cuestión de preferencia, ya que implica riesgos y complicaciones futuras para la madre y para el bebé⁽¹¹⁾.

La elección del tipo de parto por la mujer está descrita en la literatura médica como un hecho que contribuye para el alto índice actual de cesáreas⁽²⁰⁾.

La cesárea le da al médico el máximo poder, control y conducción en el parto y exige, así, el mínimo de trabajo del útero y de la mujer, creando el punto de vista de que este procedimiento quirúrgico provee los mejores "productos", esto es, produce bebés perfectos, semejante a la metáfora de producción, tal como ocurre en las industrias⁽³⁾.

Luego, se inició una creencia de que la cesárea es una acción protectora para el nacimiento del bebé. Eso se puede relacionar a la idea de que partos normales son traumáticos para el feto, y entonces, los profesionales "se alían" al bebé en contra la destrucción en potencial, causada por el cuerpo de la madre en el trabajo de parto y en el parto, lo que conlleva a ignorar lo que tal vez sea lo más importante para la mujer y para el niño, que es la naturaleza de sus experiencias en el parto y en el nacimiento⁽³⁾.

Entre los médicos obstetras, se creó la cultura pro-cesárea y, como consecuencia, parte de ellos no se motiva ni se capacita para acompañar el parto normal. Pero, las mujeres, en esta cultura, tienen la dificultad en hacer valer su decisión por el tipo de parto, porque se sienten menos capacitadas para escoger a causa de las cuestiones técnicas de sugerencias médicas⁽¹²⁾.

CONCLUSIÓN

A respecto del poder de decisión que ejerce el médico y la mujer sobre el tipo de parto, se constatan divergencias de opinión entre las entrevistadas. Algunas mujeres aseveraron que el médico tiene el poder total de decisión sobre la elección del tipo del parto, pero algunas no concuerdan con esta conducta, defendiendo que se debería tener en cuenta la opinión de la mujer, una vez que es ella quien siente y pasa por el proceso. Desafortunadamente, esta cultura no se percibe en la mayoría de las mujeres que se encuentra en una situación de desigualdad y vulnerabilidad delante de la soberana decisión médica, desconsiderado el deseo de la gestante.

Según expresan las entrevistadas, ellas aceptan la actitud por parte de los profesionales, pero sentieron que podrían haber tomado una decisión diferente. Ellas incentivan a cambios de las actitudes que ponen a la mujer en posición sin privilegios en el parto.

Promover la autonomía de la mujer es el deber de los profesionales de salud al proteger su derecho de elección en la vía del parto. Con rescate de la autonomía, devolveremos el protagonismo en la escena del parto y nacimiento a quien lo tiene por derecho.

CITAS

1. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, D'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(11): 2480-88.
2. Mandarinó NR, Chein MBC, Júnior FCM, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(7): 1587-96.

3. Martin E. A mulher no corpo - uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
4. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saude Publica*. 2002;18(5):1303-11.
5. Teixeira ZNF, Pereira RW. Parto Hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá - MT. [Rev bras enferm](#). 2006;59(6):740-44.
6. Helman GC. Cultura, Saúde e Doença. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.
7. Cury AF, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesareana. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(2):226-32.
8. Oliveira SMJV de, Riesco MLG, Miya CFR; Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002; 10(5): 667-74.
9. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGNG, Theme Filha MMTF. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(5): 1521-34.
10. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
11. Floyd RD, John StG. Del medico al sanador. Buenos Aires: Fund. Creavida; 2004.
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa, 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
13. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2008.
14. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Resolução nº. 196, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
15. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
16. Leitão FJC. Autonomia da mulher em trabalho de parto. Lisboa. Dissertação [Mestrado em bioética] - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.
17. Proganti JM, Barreira IA. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. *Revista Enferm UERJ*. 2001; 9(1):91-7.
18. Hopkins K. Are Brazilian Women Really Choosing to Delivery by Cesarean? [Soc Sci Med](#). 2000; 51(5):725-40.
19. Declercq E, Menacker F, Macdorman M. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991-2001: cross sectional analysis. *BMJ*. 2005; 330(7482):71-2.
20. [McCourt C](#), [Weaver J](#), [Statham H](#), [Beake S](#), [Gamble J](#), [Credy DK](#). Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*. 2007; 34(1):65-79.

Recibido: 30/06/2012

Aprobado: 31/01/2013