

DA DECISÃO À VIVÊNCIA DA CESARIANA: A PERSPECTIVA DA MULHER

FROM DECISION TO CESARIAN: THE WOMAN PERSPECTIVE

DE LA DECISIÓN A LA VIVENCIA DE LA CESÁREA: LA PERSPECTIVA DE LA MUJER

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva¹, Paloma Vilela dos Reis², Luciano Côrtes Paiva³, Flávia Batista Barbosa de Sá Diaz⁴, Franciane Silva Luiz⁵, Fábio da Costa Carbogim⁶.

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de decisão da mulher primípara pela via de nascimento, compreendendo a vivência da cesariana pela mesma. **Método:** trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. As participantes foram dez puérperas primíparas que vivenciaram a cesariana. Na coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista aberta com posterior análise temática, aplicando a técnica Laurence Bardin. **Resultados:** Foram levantadas duas categorias: A decisão pela via de nascimento e o momento da cesariana. Na primeira, foi possível perceber que a maioria das mulheres já chega ao consultório decidida sobre a via de nascimento, no entanto, nem todas conseguiram prosseguir com a escolha inicial. Na segunda, retrata-se como foi vivenciar a cesariana, estando a mulher amparada pelos entes queridos e apoiada pelos profissionais de saúde. **Conclusão:** Ressalta-se a importância de a equipe de saúde atuar efetivamente no compartilhamento de informações e na construção do vínculo, desde o pré-natal até o puerpério, em que a mulher exerce o real protagonismo do parto. **Descritores:** Cesárea; Saúde da mulher; Tomada de decisões; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the primiparous woman's decision process for the birth way, understanding the cesarean experience by the same woman. **Method:** This is a descriptive research with a qualitative approach. The participants were ten primiparous women who underwent cesarean section. In the data collection, the technique of open interview with thematic analysis, applying the Laurence Bardin's technique. **Results:** There were two categories: the decision by birth and the time of cesarean section. In the first decision, it was possible to notice that most of the women already arrive at the office decided about the birth way, however, not all of them were able to proceed with the initial choice. The second one portrays how it was to experience the cesarean section, the woman supported by their loved ones and supported by health professionals. **Conclusion:** It is important to emphasize the importance of the health team to act effectively in information sharing and in the bond building, from the prenatal to the puerperium, in which the woman performs the real role of childbirth. **Descriptors:** Cesarean section; Women's health; Decision-making; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: describir el proceso de decisión de la mujer primípara por la vía de nacimiento y comprender la vivencia de la cesárea por la misma. **Método:** se trata de una investigación del tipo descriptivo, con abordaje cualitativo. Las participantes fueron diez mujeres que hubieran dado a luz primíparas que experimentaron la cesárea. En la recolección de datos, se utilizó la técnica de entrevista abierta con posterior análisis temático utilizando la técnica Laurence Bardin. **Resultados:** Se levantaron dos categorías: La decisión por la vía de nacimiento y el momento de la cesárea. En la primera, fue posible percibir que la mayoría de las mujeres ya llega al consultorio decidida sobre la vía de nacimiento, sin embargo, no todas han logrado proseguir con la elección inicial. La segunda retrata cómo fue vivir la cesárea, estando la mujer amparada por los seres queridos y apoyados por los profesionales de la salud. **Conclusión:** Se resalta la importancia del equipo de salud actuar efectivamente en el intercambio de informaciones y en la construcción del vínculo, desde el prenatal hasta el puerperio, en que la mujer ejerce el real protagonismo del parto. **Descriptor:** Cesárea; Salud de la mujer; Toma de decisiones; Enfermería.

¹Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente na Universidade Federal de Juiz de Fora. ²Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa. ³Graduado em Enfermagem. Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Viçosa. ⁴Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente na Universidade Federal de Viçosa. ⁵Graduada em Enfermagem. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora. ⁶Graduado em Enfermagem. Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo. Docente na Universidade Federal de Juiz de Fora.

Como citar este artigo:

Paiva ACPC, Reis PV, Paiva LC, et al. A Cesárea Na Perspectiva Da Mulher: Da Decisão A Vivência Do Parto. Revista de Enfermagem do Centro oeste Mineiro. 2019; 9: e3115. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3115>

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, nota-se um crescente aumento no número de cesáreas, sendo o Brasil apontado como o país que apresenta uma das maiores taxas do mundo⁽¹⁾, de modo que 52% dos nascimentos acontecem por essa via, com destaque para o setor privado, onde esse número chega aos 88%⁽²⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), taxas maiores que 10% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal⁽³⁾.

Nesse cenário, visando a redução das taxas de cesarianas no Brasil e a valorização do direito à escolha da forma de parir, diversas políticas públicas têm sido consolidadas, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Pacto para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e a Rede Cegonha⁽⁴⁻⁵⁾.

A indicação da cesárea, de forma indiscriminada, associa-se à maior morbimortalidade materna e fetal, contudo, se indicada de forma correta, essa via de nascimento torna-se benéfico para o binômio mãe-conceito, visto que parte das complicações são reduzidas durante o pré-parto e o parto⁽⁶⁾. Dentre as suas indicações, estão a Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), placenta prévia, acretismo placentário e apresentação pélvica⁽⁷⁾.

Múltiplos fatores estão envolvidos na escolha pela cesariana, como as diferenças regionais e culturais, a relação estabelecida com a mulher no acompanhamento pré-natal, o modo como as maternidades se organizam e o fato de as intervenções ainda serem centradas na figura do médico⁽⁸⁾. O estudo “Nascer no Brasil” evidenciou que o Modelo de Atenção que vigora no país, no setor privado, é a presença de um médico assistente desde o pré-natal até o parto e o quantitativo de enfermeiras obstetras e doulas reduzido⁽⁹⁾.

Uma pesquisa desenvolvida em Belo Horizonte evidencia que o perfil das mulheres que realizam a cesárea é semelhante às do Brasil: “são mulheres cujo parto ocorre com menores idades gestacionais, instituições privadas, da raça/cor branca, com idade superior a 32 anos, de classe econômica mais alta”. Nesse estado, inclui mulheres com plano de saúde e com acompanhantes⁽⁹⁾.

Nota-se que o desejo da mulher por uma cesariana é pautado pelo medo, seja ele de não

suportar a dor, de morrer, de ficar dilacerada, assim como a sensação de não ser capaz de parir. A possibilidade de agendar e planejar também contribui para a escolha, assim como a influência do médico e a desinformação. A via de parto vaginal é considerada, por muitas gestantes, como uma experiência arriscada. Em contrapartida, o ato cirúrgico é vislumbrado como seguro e menos doloroso⁽⁵⁾.

A experiência de outras mulheres possui grande influência na escolha da gestante, principalmente as familiares ou amigas⁽¹⁾. Do mesmo modo, observa-se que, ao longo da gestação, por receio de um desfecho negativo, a decisão pela via de nascimento é influenciada pelos profissionais da saúde, ficando, a decisão da mulher, fragilizada diante do “poder de convencimento” dos profissionais⁽¹⁰⁾. Nesse sentido, quando o profissional busca estabelecer uma relação de troca e empoderamento da gestante no processo de parturição, as escolhas passam a ser mais conscientes e com a participação efetiva da mesma.

Nessa perspectiva, a participação das mulheres em práticas educativas permite o desenvolvimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde envolvidos, favorece uma gestação mais tranquila, pois há uma preparação tanto física quanto psicológica da mulher, além de possibilitar o empoderamento da gestante através de informações e esclarecimentos para que a mesma possa optar, de forma consciente e segura, pela melhor via de nascimento, além de favorecer o vínculo mãe-bebê⁽¹¹⁾.

A partir do exposto, surge como questão norteadora: como a mulher primípara decidiu pela via de nascimento? Como foi para a mulher, pela primeira vez, vivenciar a cesárea a partir das expectativas levantadas no pré-natal? Os estudos “Nascer no Brasil” e “Nascer em Belo Horizonte” destacam as altas taxas de cesáreas desnecessárias como um problema de saúde pública⁽⁹⁾. Por isso, conhecer os fatores determinantes para a sua escolha, mesmo quando não há uma indicação absoluta para tal, contribui para que os profissionais preparem a mulher ainda no pré-natal para o momento do parto, esclarecendo dúvidas e desmistificando relatos que contribuem para a recusa do parto normal. O presente estudo propôs conhecer essas questões para auxiliar os profissionais envolvidos, inclusive os da Enfermagem, a repensarem a assistência à mulher que perpassa

desde o pré-natal até o puerpério, pautando-se em uma assistência integral que a empodere nas escolhas, de forma consciente, permitindo que vivencie esse momento tão importante de forma plena.

Tendo em vista as considerações expostas sobre a temática, esse estudo tem como objetivo descrever o processo de decisão da mulher primípara pela via de nascimento, compreendendo a vivência da cesariana pela mesma.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e abordagem qualitativa, onde o recurso básico e inicial utilizado é a própria descrição. Nas Ciências Humanas e da Natureza, os dados e conceitos não podem ser expressos de forma precisa e exata, mas sim observados e apreendidos na intuição sensível, onde podem ser descritos em palavras, construindo conceitos inexatos⁽¹²⁾.

O estudo foi desenvolvido em um hospital filantrópico no interior de Minas Gerais. A instituição conta com 105 leitos, sendo 26 apartamentos, 64 leitos de enfermaria, 6 leitos de UTI adulto e 9 leitos de UTI neonatal. Atualmente, é reconhecida como hospital de ensino, com o oferecimento dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, em Pediatria, em Cirurgia Geral e em Radiologia.

O acesso às mulheres e a realização da entrevista aconteceu na maternidade, tanto na ala particular como na pública, sendo reconhecida como referência macrorregional em Atendimento à Gestante de Alto Risco.

Constituíram, como participantes, 10 mulheres no puerpério imediato que vivenciaram a cesárea. Estabeleceu-se como critérios de inclusão as mulheres maiores de 18 anos, de baixo risco gestacional e que realizaram cesárea por opção.

Os critérios de exclusão foram situações em que as mulheres sofreram alguma intercorrência durante a gestação ou trabalho de parto que inviabilizasse o parto natural e algum transtorno, seja ele de ordem física ou psicológica, que as incapacitasse de responder às perguntas.

As participantes foram informadas individualmente acerca dos objetivos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, assim como a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta dos dados foi realizada por meio de uma entrevista aberta, no período entre julho e setembro de 2017, com as seguintes questões orientadoras: Como foi para você escolher a via de nascimento? Na gestação, como você esperava ou pensava que seria a sua cesárea? Como foi, para você, vivenciar a cesárea? Como você foi orientada no pré-natal pela equipe de profissionais sobre o parto normal e a cesárea?

As participantes foram abordadas após 12 horas da cesárea, respeitando um tempo para a mulher se reestabelecer e ter um contato mais próximo com o recém-nascido. O local para realização das entrevistas foi o quarto das pacientes, no hospital, tanto na ala pública quanto na particular. No momento, o recém-nascido ficava aos cuidados do(a) acompanhante, ou encontrava-se dormindo. As entrevistas foram gravadas, com a permissão das mulheres, utilizando o gravador digital de um celular e, posteriormente, foram transcritas na íntegra objetivando possibilitar a análise e interpretação fidedignas dos resultados. O término da coleta dos dados deu-se pela saturação dos dados⁽¹³⁾. A entrevistadora foi uma acadêmica da Graduação em Enfermagem, já na fase de conclusão do curso, após treinamento com a docente responsável pela pesquisa.

Para a análise dos dados, foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, que propõe uma sequência para análise, baseada em três fases. A primeira consiste na pré-análise, que objetiva a sistematização do material para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise, sendo dividido em quatro etapas: leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados; a demarcação do que será analisado; a formulação das hipóteses e dos objetivos; e a referenciação dos índices e elaboração de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos. Posteriormente, na segunda fase, são definidas as categorias e identificadas as unidades de registro e, por último, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽¹⁴⁾.

A fim de garantir o sigilo e o anonimato para cada participante, foi estabelecido um código alfanumérico, representado pela letra "E" e seguido de um número que corresponde ao número da entrevista. A pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos previstos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres

humanos. Este estudo foi aprovado em 12 de abril de 2017, sob o número de parecer 2.014.480, CAAE: 65609517.7.0000.5153.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As idades das puérperas que participaram do estudo variaram entre 19 e 34 anos, com média de 28 anos. Com relação à situação conjugal, todas possuíam uma relação estável com companheiro, sendo que a maioria (sete) era casada. Das gestantes, quatro possuíam ensino superior completo, uma estava cursando o ensino superior e cinco possuíam ensino médio completo. Quanto à religião, a maioria (nove) declarou ser católica.

Com relação ao pré-natal, todas realizaram o acompanhamento durante a gestação, com uma média de 11 consultas, sendo a maioria (oito) realizada ou por convênio (cinco) ou particular (três), sendo apenas duas pelo SUS. Das entrevistas feitas com as puérperas, oito foram abordadas na ala particular e convênio e duas na ala pública.

Os discursos foram agrupados em duas categorias, de acordo com a proximidade temática das respostas geradas a partir das perguntas do roteiro que guiou o presente estudo. A primeira categoria trata da decisão pela via de nascimento, enquanto a segunda aborda o momento da cesariana.

A decisão pela via de nascimento

O presente estudo revela que a escolha pela via de nascimento permeia desde o pré-natal até o momento do nascimento em si. Portanto, nesta categoria, estão retratados os discursos das mulheres referentes à tomada de decisão, evidenciando como esse processo configurou-se durante o pré-natal com as orientações que fortaleceram ou não suas escolhas, o momento que precede o nascimento da criança, assim como as expectativas e os receios que as envolvem.

Algumas mulheres relataram que, no pré-natal, já chegaram ao consultório médico decididas sobre a via de nascimento que gostariam de ter, seja ele normal ou cesárea. Pesquisaram antes de ir ao consultório médico ou conversaram com pessoas que também optaram pela mesma via, pois desejavam construir suas opiniões.

Esses significados podem ser exemplificados nos seguintes recortes: “(...) logo de início, eu já comecei com a opção de cesárea

(...), conversei com pessoas que já tinham feito, amigas, pessoas da minha família, como a minha irmã, que já tinha feito parto cesárea, aí as dúvidas que eu tinha em paralelo, eu buscava na internet (...) para poder formar a minha opinião mesmo” (E8). “(...) cheguei e já avisei ela [médica] que eu queria mesmo era tentar o parto normal, porque eu já tinha pesquisado, já tinha conversado com outras pessoas, pesquisado em aplicativos de celular e conhecimentos gerais mesmo sobre as vantagens e desvantagens de cada um” (E10).

Algumas mulheres admitiram que, ao expressarem as suas escolhas sobre o parto normal ou cesárea, os médicos não ofereceram orientações e, em algumas situações, não prestaram informações nem mesmo sobre a via de nascimento escolhida. O conhecimento que possuíam eram provenientes de pesquisas na internet ou relatos de experiências de pessoas próximas. Os relatos a seguir evidenciam o exposto: “(...) nós nem falamos sobre o parto normal. Ela não explicou nada, só falava da cesárea mesmo, como que seria depois da cesárea, né?!” (E4). “Na verdade, durante a gestação, o meu médico não me falou nada, sobre prós e contras de cada um, (...) eu não conversei sobre isso, sobre parto” (E8).

Outras receberam orientações tendenciosas dos profissionais, como pode ser observado no recorte a seguir: “ela [médica] até falou comigo que o normal tem gente que tem mais chance, mais facilidade de ter, assim como tem gente que tem mais dificuldade também. A cesárea não. A cesárea é assim, você chegou, você decidiu, você marcou, você fez, deu tudo certo, sem muita demora, dá pra você planejar, sai tudo mais ou menos como a gente pensa” (E2).

Algumas mulheres relataram ter recebido orientações dos médicos sobre o parto normal e a cesárea, mesmo quando se posicionaram sobre como desejavam. “(...) eu já cheguei no consultório da médica com a ideia de fazer parto normal (...), mas ela nunca me proibiu de fazer cesariana, na verdade ela deixou bem claro que poderia acontecer (...) ela me explicou os prós e contra de cada tipo de parto, a recuperação de cada um, essas coisas” (E3). “A médica me orientou sobre os benefícios de cada um, sobre os malefícios (...), eu cheguei aqui sabendo dos dois partos” (E6).

Atualmente, são diversas as fontes de informações disponíveis, como por exemplo a

internet, televisão, revistas, livros, dentre outros. Muitas mulheres utilizam desses meios para uma melhor compreensão durante a gestação, sobre o que vai acontecer, e assim possam planejar o parto de forma mais consciente. É importante considerar ainda as influências familiares como avós, irmãs, sogra e, principalmente, mãe, sobre a vivência do parto, sendo, muitas vezes, decisivo para que a mulher elabore a sua própria concepção de parto ideal^(1,15-16).

Apesar dessas diversas fontes de informações, estudos indicam a necessidade de acesso das mulheres a um conhecimento que tenha embasamento científico, conhecimento esse que deve ser repassado por um profissional, já que muitas informações repassadas pela mídia não são fidedignas^(1,15-16).

Por isso, é de grande relevância a ação educativa durante o pré-natal, onde o profissional de saúde, no papel de educador, fornece informações fidedignas sobre os riscos e benefícios de cada intervenção, a fim de garantir que a mulher possa exercer sua participação ativa no processo, empoderada dos seus direitos e dos riscos e benefícios que a sua escolha pode trazer para ela e para seu bebê. Essa ação educativa deve ocorrer até mesmo quando a mulher já chega no pré-natal com uma preferência pela via de nascimento, possibilitando que ela decida de forma consciente^(1,15-16).

Entretanto, muitos profissionais ainda repassam informações tendenciosas para as mulheres e, na maioria das vezes, tendem para a realização da cesárea. Essa conduta pode ser justificada por relações sociais, interesses econômicos e por conveniência. O modelo biomédico intervencionista sustenta a formação de muitos profissionais, destarte a cesárea é vislumbrada como algo lucrativo e de resolutividade a curto prazo, pois é mais conveniente programar-se com o agendamento das datas a partir da sua disponibilidade. Nesse sentido, essa via ganhou destaque na prática obstétrica⁽⁵⁾.

Outro estudo corrobora com os achados da presente pesquisa ao evidenciar o grande número de mulheres que chegam no final da gestação sem orientações sobre o parto normal e a cesárea. Muitas vezes, o conhecimento que elas possuem é proveniente das próprias pesquisas em revistas, internet, conversas com outras pessoas que já passaram por essa experiência. Ressalta-se que isso ocorre, principalmente, quando as mulheres chegam ao pré-natal já com

uma decisão sobre a via de nascimento, em que o profissional não expõe as opções que ela possui e muito menos o que vai acontecer a partir da decisão dessa mulher⁽¹⁷⁾. Ao considerar que se trata de primíparas, a desinformação torna-se ainda mais grave, pois subestima a capacidade de uma mulher que nunca vivenciou aquele evento em sua vida, retirando-lhe a possibilidade de ser a protagonista no processo de parturição.

Nota-se que algumas mulheres expressaram indecisão entre o parto normal e a cesárea ao iniciarem o pré-natal e declararam que foram instruídas pelos profissionais, tornando-as esclarecidas sobre as vantagens e desvantagens e isso contribuiu para que tomassem uma decisão posteriormente. “O meu médico me explicou sobre os dois, né (...), mas depois eu preferi mesmo fazer a cesárea” (E7). “Eles me explicaram né, o parto normal é bem mais saudável (...) a recuperação é mais rápida e a cesárea demora um pouco mais. Acho que talvez isso pode até ter me influenciado um pouco a mais a querer o parto normal, mas eu não sabia direito” (E9).

Para que as mulheres possam fazer a melhor escolha, é necessário que as mesmas tenham conhecimento, informação e sintam-se capazes e preparadas para tomar essa decisão. É nesse momento que os profissionais de saúde, por meio de um diálogo claro, compatível com o nível de escolaridade das mulheres, devem conscientizar e garantir o esclarecimento sobre os procedimentos a que poderão ser submetidas, os seus riscos e benefícios, para que assim possam estar empoderadas em suas escolhas⁽¹⁸⁾.

Destaca-se, nos depoimentos, que a cesárea não estava nos planos, mas acabou acontecendo. Para algumas primíparas, ainda no pré-natal, o desejo era realizar o parto normal, mas, após o início das contrações e a entrada no hospital, optaram pela cesárea. O principal motivo foi a dor muito forte, assim, não aguentaram prosseguir com o parto escolhido previamente. Revelaram que tiveram aconselhamento e apoio médico para a tomada de decisão.

“Até então, eu tinha escolhido o parto normal (...), eu acabei optando pela cesárea porque a dor estava insuportável (...), a médica falou que, se caso eu esperasse, era pra tentar o parto normal, eu ia é ficar ali sentindo dor, dor, dor e talvez eu não iria dilatar” (E1). “Eu escolhi parto normal, só que eu não aguentei. (...) quando eu falei que não estava aguentando mais,

em momento nenhum, ela [médica], tentou o contrário” (E3). “Na verdade, durante o meu pré-natal, eu tinha optado pela realização do parto normal, mas devido a dores excessivas durante o trabalho de parto, eu optei pela cesariana. Foi uma decisão minha mesmo, com o apoio da minha médica, né?” (E6).

Estudos mostram que a maioria das mulheres aceitam a mudança na opção que haviam escolhido durante o pré-natal por acreditarem que assim garantem o seu bem-estar, assim como o do seu filho, além de ter uma evolução mais tranquila e indolor. A participação e o posicionamento do profissional nesse momento exerce uma grande influência sobre a decisão final⁽¹⁸⁾, pois a mulher acredita que esse detém conhecimento teórico e uma prática clínica consistente para oferecer segurança ao binômio mãe-filho.

O modelo preponderante no Brasil ainda é centrado na figura do médico. É importante destacar que a relação de poder entre o profissional que oferece a assistência e a mulher contribui para que a mesma se mostre inibida a questionar o que considera como o melhor para si e, conseqüentemente, sente-se privada em escolher livremente a via de nascimento do seu filho⁽¹⁹⁾.

Nota-se que, muitas vezes, ao indicar a cirurgia cesárea, o médico assume o protagonismo do parto ao invés de apenas assistir a mãe e o seu bebê⁽¹⁹⁾. Em um momento de fragilidade, a influência dos médicos, enfermeiros ou doulas, contribui para que o desfecho seja diferente daquele escolhido inicialmente. A privação de informações claras, a ausência de diálogo que proporcione o estabelecimento da empatia entre o profissional e a gestante e as condições do sistema de saúde público ou privado acabam por causar frustrações e insegurança na mulher e toda família⁽¹⁾.

Os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) se organizam para disponibilizar equipes de plantão nos hospitais, preparadas para receber, em tempo integral, gestantes em trabalho de parto, o que contribui para que o desfecho seja do tipo normal. Já nas instituições que compõem a rede privada, esse cenário é desafiador. O pré-natal e o parto são realizados com o mesmo médico e, para isso, é preciso que ele esteja presente em locais distintos. Assim, o profissional precisa estar disponível para acompanhar a gestante em tempo integral e aguardar o nascimento, atendendo, de forma exclusiva, a

mulher. Acredita-se que esse modo de organização contribui para o aumento de cesáreas, em gestantes de risco habitual, impactando, diretamente nos custos, com o procedimento cirúrgico⁽²⁰⁾.

São comuns os relatos de mulheres que, apesar da escolha pelo parto normal durante o pré-natal, consideraram-se incapazes de dar à luz de forma natural devido à dor. Esse sintoma, durante o parto normal, apresenta um estigma muito forte de ser insuportável, de ser tão forte, que nem todas as mulheres conseguem aguentar e, o momento do parto é onde esses receios tomam uma dimensão real e, muitas vezes, muito maior do que representa na realidade por causa dessa associação prévia de parto normal com a dor. E, muitas vezes, essa mudança de opinião durante o trabalho de parto decorre devido à falta de oferecimento de métodos não-farmacológicos de alívio da dor para essas mulheres⁽¹⁸⁾.

É nesse momento que a cesariana emerge como uma “salvação” e mostra-se como a solução para a dor e para o trabalho de parto prolongado, apresentando-se como um procedimento prático, ágil e isento de dor. A falta de esclarecimento durante o pré-natal, no que se refere à duração do trabalho de parto e outros fatores fisiológicos que envolvem esse momento, favorece que essas mulheres cheguem ao hospital com poucas informações sobre o processo de parturição e, muitas vezes, o único conhecimento é proveniente de relatos de outras pessoas, fazendo com que as sensações dolorosas e os medos sejam maiores. Diante do medo de não suportarem a dor, ou de que algo de ruim possa acontecer, tornam-se mais vulneráveis à aceitação e solicitação da cesariana⁽⁵⁾.

O desejo de realizar a cesárea, desde o pré-natal, foi referido por outras mulheres e essa escolha foi justificada por acreditarem ser mais cômodo pela possibilidade de planejar a data e o marido se programar para estar presente, além de considerarem ser mais seguro. Julgaram que as possibilidades de complicações são menores e os profissionais mostram-se mais preparados. Além disso, expressaram que não gostariam de sentir dor.

Os seguintes recortes exemplificam essa questão: “era o que eu queria mesmo [cesárea]. Porque eu achava que seria tranquilo, que eu sentiria menos dor, a comodidade de poder marcar né, escolher o dia e tudo mais” (E4). “Desde o início, eu e meu marido definimos a

cesárea (...). Então, a gente preferiu já planejar a forma como seria e a melhor forma foi essa, decidimos pela cesárea programada né, que aí não teríamos riscos de imprevistos, de complicações, ele poderia se planejar para estar comigo no momento do parto” (E8).

Outros estudos corroboram com esses achados ao evidenciarem que o principal fator que influencia a escolha da cesárea é a crença de que ele seja indolor e seguro, além da comodidade da previsão e controle do momento do nascimento. Muitas vezes, essa ideia persiste devido à falta de orientação ou uma abordagem tendenciosa do profissional durante o pré-natal. Assim, as mulheres acreditam que, ao realizar a cesárea, sentirão menos dor e os bebês não estarão expostos a riscos por ser algo mais seguro e mais controlado^(1,16,18).

Além das questões supracitadas, nota-se que a cumplicidade/proximidade com o profissional médico também pode influenciar na decisão pela cesárea. Muitas mulheres sentem-se mais à vontade e seguras quando o profissional que a acompanhou no pré-natal é o mesmo que realizará o procedimento. Portanto, além da comodidade para a família da data marcada para organização e planejamento familiar, há também a comodidade e a conveniência relacionada ao profissional, que se programará para estar presente nesse momento, diminuindo as chances de imprevistos e da possibilidade de realizar o parto com outro médico⁽⁵⁾.

É importante salientar que, muitas vezes, a justificativa apresentada pela mulher para a sua decisão pela cesárea, definida ainda durante o pré-natal, não apresenta critérios científicos, ou seja, não representam critérios clínicos reais para a realização desse procedimento cirúrgico e, mesmo assim, possuem apoio dos seus médicos, ou então são indicados pelos mesmos. Alguns estudos questionam se essa abordagem tendenciosa dos profissionais é decorrente de suas formações. Na maioria das vezes, um modelo biologicista, centrado na técnica/intervenção, leva ao maior domínio da cesárea e banalização do parto natural^(5,21).

O momento da cesariana

O momento da cesárea é marcado por receio, pois a maioria das primíparas desconheciam o ambiente do centro cirúrgico, como eram realizados os procedimentos e, principalmente, a aplicação da anestesia. Esperavam sentir dor, passar muito mal, ter um

pós-cirúrgico complicado com muitas dores. Isso gerou medo e ansiedade antes da realização do parto, como expresso nos trechos: “Eu não conseguia imaginar o que era o parto cesáreo, apesar de ter escolhido, ter pesquisado (...) achei que seria muito mais complicado, porque tem gente que reclama que dói muito (...). Eu não sabia como era lá dentro também, eu só imaginava o que poderia ser” (E2). “Mesmo sendo o que eu tinha escolhido né, eu tinha um pouquinho de medo de como seria quando eu chegasse aqui. (...) era a primeira vez de tudo, eu nunca tinha entrado lá no bloco cirúrgico (...), aí eu ficava imaginando de tudo (...), a anestesia então, quando ela explicou que era na coluna, eu fiquei apavorada” (E4).

Outros estudos corroboram com esses achados ao apontar que a sensação de medo e apreensão no pré-natal estão ligadas ao desconhecido e a falta de informações suficientes sobre o assunto. Nota-se, na prática clínica que, muitas vezes, a conversa entre o profissional e a gestante é unilateral, onde o profissional repassa as informações sem explicações claras e a paciente ouve passivamente sem esclarecer as suas dúvidas. Frente ao desconhecido e apresentando um conhecimento mediano sobre o assunto, os medos são retroalimentados^(1,17).

Ao vislumbrarem o médico como alguém inquestionável, detentor de um conhecimento irrefutável e com autoridade, contribui para que as mulheres sintam-se receosas de fazer questionamentos. Assim, tornam-se passivas diante das possibilidades de assumirem para si a responsabilidade do seu cuidado^(5,17). Em contrapartida, ao serem informadas e esclarecidas durante o pré-natal sobre as vias de nascimento, tendem a ficar menos ansiosas, nervosas e as experiências tornam-se positivas⁽¹⁷⁾.

Ao descreverem sobre como foi vivenciar a cesárea, percebeu-se que as mulheres tiveram um relato positivo sobre a experiência. Ao entrarem para a cirurgia, estavam muito agitadas, com medo e com o emocional “à flor da pele”. Revelaram que o momento que precede a cirurgia é marcado por muito nervosismo e ansiedade, até mesmo pela vontade de ver logo o filho.

“Eu entrei muito nervosa por causa disso, de ficar imaginando mesmo, por causa do medo. E o nervosismo pra entrar e acabar logo também né, eu queria que fosse rápido, que rapidinho eu estivesse de novo no quarto com meu filho” (E7). “(...) na chegada ao bloco, o emocional fica a flor

da pele né?! É assim, a gente fica mais sensível né (...) estava já ansiosa para ver a minha filha” (E8). “Quando eu cheguei lá dentro, a ansiedade era grande pra ver o bebê logo, então eu estava até um pouco agitada, porque eu queria ver logo o rostinho do bebê, né?” (E10).

Durante a cesárea vários sentimentos emergem, envolvendo desde o medo de intercorrências com a criança até relatos de o contato com o recém-nascido se tratar do melhor momento vivenciado⁽²²⁾. Desejam que seja assegurada uma evolução tranquila, sem dor e de bem-estar⁽⁴⁾. Contudo, nos casos de cesarianas, o contato antecipado com o bebê pode ser prejudicado devido ao risco de se desenvolver infecção puerperal, nascimento de crianças prematuras, morbimortalidade materna e infantil, entre outros⁽⁶⁾.

A presença de um familiar ou de uma pessoa próxima, no momento do nascimento da criança, serve como um ponto de apoio, oferece maior segurança e ajuda a tranquilizar, pois os sentimentos estão aflorados. “A minha mãe entrou me acompanhando, foi muito bom ter ela ali comigo. Passa uma certa segurança pra gente né?! Ter alguém da família lá também” (E5). “O meu marido estar comigo também, nesse momento, foi muito importante pra mim, para me dar apoio, para ajudar a me tranquilizar, para ver, junto comigo, pela primeira vez, a nossa filha” (E8).

Estudo aponta que, muitas vezes, a presença de uma pessoa próxima da gestante é uma forma de proporcionar mais tranquilidade, confiança, relaxamento e calma, além de ajudar a controlar a ansiedade⁽²³⁾. A presença do acompanhante, direito legal, contribui para o sentimento de segurança, conforto e vínculo familiar para a mulher em um momento de fragilidade, constituindo-se em uma estratégia de humanização da assistência⁽²⁴⁾, principalmente para aquelas que nunca vivenciaram o nascimento de um filho.

Mesmo quando a sua participação é passiva, como é o caso da cesárea, em que o médico é responsável por executar todo o ato cirúrgico e manter as técnicas assépticas, a presença do acompanhante é fundamental ao possibilitar que a experiência do nascimento seja um acontecimento familiar. Além disso, há evidências de que a mulher apresenta maior satisfação com o atendimento da equipe quando está acompanhada por alguém da sua confiança,

percebendo que assim é mais respeitada e mais esclarecida sobre todo o processo⁽²⁵⁾.

Desde 2005, com a Lei 11.108, os hospitais e maternidades são obrigados a permitir a presença de uma pessoa indicada pela gestante para acompanhá-la durante todo o trabalho de parto. No entanto, essa lei ainda é desconhecida por muitos, impedindo que a mulher exerça o seu direito de ter alguém de sua confiança no momento do nascimento⁽²⁶⁾.

Observou-se que as primíparas consideraram como ponto positivo da cesárea a presença de uma equipe preparada tecnicamente e, ao mesmo tempo, acolhedora, atenciosa, que, a todo momento, estava preocupada com o seu bem-estar, além de tranquilizá-las. Esse apoio e atenção, de forma diferenciada, tanto dentro da sala de cirurgia quanto fora, na sala de recuperação pós-anestésica, foram considerados de grande importância, como pode ser evidenciado nos depoimentos a seguir: “A equipe me ajudou bastante, o meu marido estar comigo também foi bem importante. Eu chegar lá e ver que, lá dentro, não era o bicho de sete cabeças que eu imaginava. (...) todo mundo foi muito acolhedor comigo. (...) a enfermeira que estava na sala me deixou segurar na mão dela. Isso tranquiliza a gente” (E4). “Na verdade, foi todo mundo muito atencioso, eu gostei muito. Todo mundo muito preocupado comigo, sempre me perguntando se eu estava bem, se eu estava passando bem, que se precisasse de alguma coisa era só falar, só chamar. O tempo todo tive muita ajuda, tanto dentro da sala, quanto depois que eu saí da sala (...). Foi tranquilo demais. Foi muito melhor do que eu poderia imaginar” (E2).

Sabe-se que o momento do nascimento do filho é envolto por muita ansiedade, apreensão e medos, principalmente na primeira experiência. O apoio de todas as pessoas envolvidas, sejam elas profissionais ou familiares, fortalecem e encorajam a mulher. Estudos evidenciam que a satisfação ou a insatisfação com a experiência da cesárea ou parto normal está intimamente ligada à assistência prestada pela equipe^(16,27).

As mulheres avaliam como positiva a assistência prestada de forma calma, atenciosa, com atitudes carinhosas, de apoio e de conforto, indo além da orientação sobre o procedimento. Ao assumir uma postura de aproximação e estabelecimento de vínculo, os profissionais possibilitam maior tranquilidade, segurança e confiança no momento do nascimento^(16,27).

Ao optarem pela cesárea, concluem que foi a melhor escolha tanto para elas quanto para os bebês e algumas revelam que realizarão novamente a cirurgia numa futura gestação, sem nenhum problema, mesmo que, em um primeiro momento, a escolha tenha sido pelo parto normal. “Se eu tiver outro filho(...), gostaria muito de tentar o parto normal (...), mas, assim, depois dessa experiência tão tranquila, muito melhor do que eu imaginava, se futuramente eu tiver que optar, numa segunda gestação, tiver que optar pela segunda cesárea também, nada contra também não” (E1). “Que agora quando eu tiver meu próximo filho com certeza eu vou fazer de novo, porque saiu ainda melhor do que eu esperava.” (E2). “(...) então, pra mim, tá tão bom quanto [o parto normal]. Então, se precisar fazer de novo, com certeza eu faço [cesárea]” (E9).

Estudos apontam que a satisfação com relação à via de nascimento, seja ele planejado durante o pré-natal ou não, está muito relacionado à experiência da mulher com relação ao apoio psicológico, atenção e cuidados recebidos. Além desses fatores, a satisfação também está relacionada ao bem-estar tanto do bebê quanto da mãe pós cesárea, levando assim ao desejo de repetir a escolha por essa via em futuras gestações^(1,18).

CONCLUSÃO

Pode-se afirmar que a mulher chega para consulta de pré-natal decidida sobre a via de nascimento, apoiada em informações sem evidências científicas e influenciada por amigos e familiares. O diálogo com o médico nem sempre é esclarecedor, mantendo uma relação vertical, de pouca troca e sem o empoderamento da gestante.

A vivência da cesárea foi positiva, mesmo para as mulheres que tinham como primeira opção o parto normal. A presença do acompanhante e o apoio da equipe de saúde foi fundamental para que se sentissem seguras e tranquilas.

Ressalta-se a importância da equipe de saúde atuar efetivamente no compartilhamento de informações e na construção do vínculo desde o pré-natal até o puerpério. Sabe-se que os profissionais podem contribuir positivamente nas escolhas da mulher e, por isso, é preciso que os mesmos estejam dispostos a torná-la corresponsável nesse processo, consciente de todos os possíveis desfechos e exercendo o real protagonismo do parto.

Acredita-se que a Enfermagem tem possibilidades de atuação nos diferentes momentos do ciclo gravídico, com a oferta de uma assistência qualificada e humanizada nos diversos cenários assistenciais, informando sobre os riscos e benefícios do parto normal e da cesariana. Independentemente do nível social e cultural, é importante que o Enfermeiro intensifique o processo educativo, ainda no pré-natal, para diminuir o risco de morbimortalidade associada a taxas elevadas de cesariana.

Os enfermeiros obstetras que atuam em centros de parto normal, pautados em práticas baseadas em evidências, devem oferecer um ambiente acolhedor em que a mulher se sinta mais à vontade frente às circunstâncias do momento, encorajando e valorizando as necessidades da parturiente.

A limitação do estudo está relacionada à investigação de primíparas, retratando a vivência somente de uma parcela das mulheres que realizam cesárea.

Ademais, sugerem-se novos estudos que busquem revelar a vivência da cesárea no pós-operatório tardio, pois entende-se que essas mulheres podem apresentar outros significados ao vivenciar as repercussões de um procedimento cirúrgico em um momento de cuidado do recém-nascido e do próprio autocuidado.

REFERÊNCIAS

- 1- Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contreta L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: Fatores relatados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(nesp):119-26. DOI: [10.1590/19831447.2015.esp.56496](https://doi.org/10.1590/19831447.2015.esp.56496)
- 2- Fundação Osvaldo Cruz (BR). *Nascer no Brasil: Pesquisa revela número excessivo de cesarianas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
- 3- Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gulmezoglu AM. WHO statement on caesarean section rates. *BJOG* 2016;123(5):667-70. DOI: [10.1111/1471-0528.13526](https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526)
- 4- Martins APDC, Jesus MVN, Prado Júnior PP, Passos CM. Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32:1-11. DOI: [10.18471/rbe.v32.25025](https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25025)
- 5- Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):336-43. DOI: [10.1590/0104-07072015000430014](https://doi.org/10.1590/0104-07072015000430014)

- 6- Costa MN, Silva JDFO, Silva LDA, Galdino CV, Brás MR. Parto: Direito de escolha da mulher. *Saber Digital* 2017 [citado em 20 set 2018]; 8(1): 146-63. Available in: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/395/302>
- 7- Brasil. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as diretrizes de atenção à gestante: A operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- 8- Freitas PF, Fernandes TMB. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(3):525-38. DOI: [10.1590/1980-549720160003000](https://doi.org/10.1590/1980-549720160003000)
- 9- Ribeiro LR. Nascer em Belo Horizonte: Cesarianas desnecessárias e prematuridade [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
- 10- Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: Temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(1):1-10. DOI: [10.1590/0104-0707201600003570014](https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014)
- 11- Pereira ALF, Ribeiro LV. Avaliação dos grupos educativos na assistência pré-natal em casa de parto. *Rev APS* 2016 [citado em 28 de nov 2017]; 19(1):24-30. Available in: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1808/933>
- 12- Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: Fundamentos e recursos básicos. 5a ed. São Paulo: Centauro; 2005.
- 13- Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* 2011;27(2):388-94. DOI: [10.1590/S0102-311X2011000200020](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020)
- 14- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- 15- Pimenta LF, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA. Percepção de mulheres sobre a escolha da vida de parto: Estudo descritivo. *Online Braz J Nurs*. 2013 [citado em 28 nov 2017]; 12(1):135-44. Available in: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3963/pdf_2
- 16- Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: Representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):282-89. DOI: [10.5935/0034-7167.20140038](https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038)
- 17- Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas Psicol*. 2016; 24(2):681-93. DOI: [10.9788/TP2016.2-15](https://doi.org/10.9788/TP2016.2-15)
- 18- Freire NC, Nunes IM, Gramacho RCCV. Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. *Rev Baiana Enferm*. 2011;25(3):237-47. DOI: [10.18471/rbe.v25i3.6027](https://doi.org/10.18471/rbe.v25i3.6027)
- 19- Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: Estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2008;13(5):1521-34. DOI: [10.1590/S1413-81232008000500017](https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017)
- 20- Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2018;34(5):1-15. DOI: [10.1590/0102-311x00022517](https://doi.org/10.1590/0102-311x00022517)
- 21- Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(8):2395-400. DOI: [10.1590/S1413-81232013000800024](https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024)
- 22- Reis CC, Souza KRF, Alves DS, Tenório IM, Neto WB. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: Implicações para o cuidado de enfermagem. *Cienc Enferm*. 2017; 23(2):45-56. DOI: [10.4067/S0717-95532017000200045](https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000200045)
- 23- Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: Percepção de puérperas. *Espaç Saúde* 2015;16(2):37-44. DOI: [10.22421/1517-7130.2015v16n2p37](https://doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n2p37)
- 24- Vaz TH, Pivatto LF. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(3):545-52. DOI: [10.5380/ce.v19i3.32046](https://doi.org/10.5380/ce.v19i3.32046)
- 25- D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: Estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(supl 1):154-68. DOI: [10.1590/0102-311X00087813](https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813)
- 26- Brasil. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema

Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2005.

27- Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. Rev Rene 2010 [citado em 28 dez 2017]; 11(nesp):32-41.

Available in:

http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4726/1/2010_art_mvcguedes.pdf

Nota: Este estudo é um produto da Monografia de Final de Curso.

Recebido em: 01/10/2018

Aprovado em: 28/01/2019

Endereço de correspondência:

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Rua Ubá, 153/201, Democrata

CEP: 36035-260 – Juiz de Fora/MG - Brasil

E- mail: luandyjf@yahoo.com.br