**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GREYCE POLLYNE SANTOS SILVA

**EXPERIÊNCIA DE MULHERES PRIMÍPARAS COM A
CESARIANA: ESTUDO FUNDAMENTADO NA
FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ**

SÃO PAULO

2013

GREYCE POLLYNE SANTOS SILVA

**EXPERIÊNCIA DE MULHERES PRIMÍPARAS COM A
CESARIANA: ESTUDO FUNDAMENTADO NA
FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciência.

Área de concentração: Cuidado em
Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria
Cristina Pinto de Jesus

SÃO PAULO

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Greyce Pollyne Santos

Experiência de mulheres primíparas com a cesariana: estudo fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schütz / Greyce Pollyne Santos Silva. -- São Paulo, 2013.
80 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Pinto de Jesus
Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Cesárea 2. Saúde da mulher 3. Enfermagem
4. Pesquisa qualitativa I. Título.

Nome: Greyce Pollyne Santos Silva
Título: Experiência de mulheres primíparas com a
cesariana: estudo fundamentado na
Fenomenologia Social de Alfred Schütz

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a. Dr.^a. Maria Cristina Pinto de Jesus Instituição: UFJF

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a. Dr.^a. Roselane Gonçalves Instituição: EACH

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.^a. Dr.^a. Maria Alice Tsunechiro Instituição: EEUSP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Terezinha Barbosa, um ser humano muito especial, único e sem limites. Dedicada, prestativa, que está sempre pronta a ensinar para a vida, a motivar. A ela que não ficou parada nos limites trazidos pelo tempo, mas fez deles motivos para encontrar novas formas para ser e viver. Não colocou idades na sua vida, e sim vida nas suas idades. Cruzou as pontes, quis pisar o outro lado.

Bem-aventurada esta forte ligação que impera entre nós.

Agradeço-lhe infinitamente, além de qualquer coisa, pois, antes mesmo de este sonho se realizar, estava a senhora presente, apoiando-me e incentivando em cada passo trilhado e conquistado.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha orientadora Professora Doutora Maria Cristina Pinto de Jesus pelos dias dedicados às orientações, contribuições e esclarecimentos para o desenvolvimento desta pesquisa. Obrigada por ter acreditado em minha capacidade e ter tolerado minhas dificuldades, pela disponibilidade em me ajudar e compartilhar seu precioso conhecimento acerca do método e do referencial filosófico.

Em especial, à Professora Doutora Miriam Aparecida Barbosa Merighi por ter possibilitado a realização deste sonho, por ter sido atenciosa comigo quando compartilhei as primeiras ideias, ainda imaturas. Obrigada pela oportunidade de aprendizagem. Sinto-me premiada por ter você como o primeiro contato na FEUSP e, principalmente, pela admiração que tenho pela sua pessoa a cada dia.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por me proporcionar sabedoria, fé e confiança em horas difíceis e decisivas.

Aos meus pais, Ivone Alves dos Santos e Waldiney Barbosa da Silva, meus fieis companheiros, a quem honro pela vida e educação. Por acreditarem no meu sucesso e contribuírem diretamente com meu crescimento pessoal e profissional. Não bastaria um obrigado.

À Professora Doutora Maria Alice Tsunechiro por contribuir na reflexão desta pesquisa desde a disciplina Delíneamentos de Projeto de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e Perinatal, por participar do exame de qualificação e da defesa, contribuindo sempre com o amadurecimento deste trabalho. Obrigada pelo apoio.

À Roselane Gonçalves pelas contribuições nas reuniões do Grupo de Pesquisa, na participação do exame de qualificação e da defesa, contribuindo com o seu conhecimento na área de saúde da mulher e do Referencial Teórico-Metodológico.

À Selisvane pelo apoio e dedicação neste trabalho e por me viabilizar os campos de coleta de dados. Obrigada pela amizade.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagens Fenomenológicas pelas reflexões que possibilitaram meu crescimento. Em especial, a Deise Moura de Oliveira, Marcelo Henrique, Rafaella Queiroga Souto e Cláudia Maria Messias.

A todas as professoras da Escola de Enfermagem que lecionaram disciplinas as quais cursei pela troca de conhecimentos e reflexões. Especialmente, Amélia Fumiko Kimura, Neide de Souza Praça, Roselena Bazilli Bergamasco.

A todas as minhas colegas da Escola de Enfermagem que caminharam comigo trocando experiências e conhecimentos nesta trajetória, as quais se tornaram amigas. Obrigada, Adriana Amorim Francisco, Silmar Maria da Silva, Jéssica Carvalho de Matos e Lecy Merighe!

Aos professores da Graduação Giovanna Marchiori, Margareth Fortes, Lauer Sardemberg e da Pós-graduação Lúcia Helena pelo estímulo à realização do mestrado desde o início da minha vida acadêmica. Pela amizade e contribuições na área da saúde da mulher.

Às secretárias da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP Silvana, Dayse e Patrícia por todas as informações e documentos. Obrigada pela paciência e alegria recebida de cada um de vocês.

À equipe da Biblioteca da EEUSP, em especial Juliana Akie Takahashi, pela gentileza no ensino da busca em Base de Dados e na elaboração da folha catalográfica.

À Capes pela bolsa de mestrado, permitindo-me dedicação exclusiva aos meus estudos.

Aos meus familiares pela união e carinho. Especialmente, Terezinha Barbosa, Luzia Barbosa, Beatriz Silva, Kelliane Karin Santos Silva, Enivaldo Alves e Igor Nunes. Aos meus avós, in memoriam, Ortêncio, Isaura e Edivaldo pelos ensinamentos inigualáveis que têm me deixado.

Às mulheres que participaram deste estudo pela disponibilidade em compartilhar as suas experiências e expectativas.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, estiveram ao meu lado, pelo apoio e compreensão.

O parto, uma experiência fundamental, profunda, marcante, deixa cicatrizes, em todos os sentidos, na vida das mulheres e, às vezes, influencia indiretamente toda a família.

“Janet Balaskas”

Silva GPS. Experiência de mulheres primíparas com a cesariana: estudo fundamentado na Fenomenologia Social de Alfred Schütz [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: considerando as altas taxas de cesariana e de morbidades relacionadas a este procedimento cirúrgico, especialmente no Brasil, considera-se relevante elucidar para além da perspectiva numérica como a cesariana acontece a partir do ponto de vista de mulheres que foram a ela submetidas. **Objetivo:** compreender a experiência da mulher primípara com a cesariana. **Método:** pesquisa qualitativa fundamentada na fenomenologia social de Alfred Schütz. Foram entrevistadas, em 2012, oito puérperas que tiveram seus partos em maternidades que atendem a convênios de saúde em Minas Gerais, Brasil. Os depoimentos foram obtidos a partir das seguintes questões norteadoras: como foi sua experiência com a cesariana? Considerando esta experiência, o que você espera para o próximo parto? **Resultados:** a mulher decide pela cesariana, por medo do parto vaginal visto como causador de dor e sofrimento. Sofre influências de pessoas próximas para optar pela cesariana. Mesmo decidida, refere medo em relação à cirurgia e à anestesia. Revela satisfação com a cesariana, embora aponte as limitações vivenciadas no pós-operatório, ressaltando a necessidade do suporte profissional para o cuidado do recém-nascido, especialmente quanto ao contato precoce mãe-filho e ao apoio para a amamentação. Caso engravide novamente, espera experienciar outra cesariana por medo do parto vaginal. **Considerações Finais:** os resultados apontam para a necessidade de atitudes profissionais que respondam à experiência e às expectativas da mulher submetida à cesariana.

PALAVRAS-CHAVE: Cesárea; Saúde da mulher; Enfermagem; Pesquisa qualitativa.

Silva GPS. Women's primiparae experience of the caesarean section: a study based on the social phenomenology of Alfred Schütz [dissertation]. São Paulo: Nursery School, University of Sao Paulo; 2013.

ABSTRACT

Introduction: considering the high rates of caesarean and morbidities related to this surgical procedure, especially in Brazil, it is relevant to elucidate beyond the numeral perspective how the caesarian sections occur from the women's point of view who have been put through them. **Objectives:** to understand the primiparous women's experience of the caesarian. **Method:** a qualitative research based on the social phenomenology of Alfred Schütz. In 2012, eight puerperal women were interviewed. All of them have given birth in maternities which have health insurance in Minas Gerais, Brazil. The testimonies were obtained by asking the following questions: how was your experience of the caesarian? Considering this experience, what do you wish for the next childbirth? **Results:** most women prefer the caesarean section because they are afraid of the pain and sufferance from the vaginal parturition. They are influenced by close people to choose the caesarean. Even after the decision, they declare fear of the surgery as well as the anaesthesia. Satisfaction of the caesarean is revealed although the postoperative limitations are mentioned. Professional support is needed to care of the newborn, especially to promote the early mother-child contact and support the breast-feed. If there is a new pregnancy, women prefer to experience another caesarean since the fear of vaginal parturition. **Final Considerations:** the results point out that professional attitudes are necessary to respond to women's experience and expectations of the caesarean.

KEY-WORDS: Caesarean; Woman's Health; Nursery; Qualitative research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Objeto, das inquietações e do objetivo do estudo. São Paulo, 2013.....	20
Figura 2: Aspectos principais da revisão da literatura sobre a temática. São Paulo, 2013.....	28
Figura 3: Tipo de estudo, cenário, região de inquérito, sujeitos e questões norteadoras da entrevista. São Paulo, 2013.....	41
Figura 4: Esquema representativo da análise compreensiva. São Paulo, 2013.....	42
Figura 5: Esquema representativo do conjunto de categorias que expressam o resultado do estudo. São Paulo, 2013.....	51

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	REVISANDO A LITERATURA SOBRE A TEMÁTICA.....	23
3.	ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICO.....	32
	3.1 A FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ E A TEMÁTICA EM ESTUDO.....	34
4.	TRAJETÓRIA DO ESTUDO.....	39
	4.1 CENÁRIO, REGIÃO DE INQUÉRITO E SUJEITOS.....	39
	4.2 OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS.....	42
	4.3 ANÁLISE COMPREENSIVA.....	43
	4.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	44
5.	RESULTADOS.....	48
	5.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO.....	48
	5.1.1 A decisão pela cesariana.....	48
	5.1.2 O pós-parto cirúrgico.....	52
	5.1.3 A necessidade de cuidados.....	53
	5.1.4 A idealização do próximo parto.....	54
	5.2 TIPO VIVIDO “MULHER QUE VIVENCIA A CESARIANA COMO PRIMEIRA EXPERIÊNCIA DE PARTO”	56
6.	DISCUSSÃO.....	59
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICE	76
	ANEXO.....	78

1 INTRODUÇÃO

O cuidado à mulher gestante e parturiente me despertou interesse desde a época em que cursei a graduação em Enfermagem. Realizei o Trabalho de Conclusão de Curso sobre as intervenções não farmacológicas e psicoprofiláticas à parturiente no trabalho de parto para alívio da dor, o que me aproximou da realidade vivida por mulheres em relação ao processo de gestação, parto e nascimento para conhecer suas dúvidas e medos.

Preocupava-me o fato de que muitas mulheres acompanhadas pelos profissionais de saúde no pré-parto, ainda que planejassem ter seu filho via vaginal, eram submetidas à cesariana, por indicação médica.

Em 2010, a participação no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica ampliou minha capacidade de reflexão e me estimulou a prosseguir os estudos em relação à temática. Sensibilizei-me com as reflexões referentes às modalidades de parto e ao alto índice de cesarianas.

Para aprofundar meus estudos na área da saúde da mulher, inseri-me no Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagem Fenomenológica, na Escola de Enfermagem da USP – EEUSP. O contato com enfermeiras obstetras me estimulou a dar continuidade aos estudos nesta área, o que me levou a ingressar no Curso de Mestrado da EEUSP, em 2011.

A cesariana é uma cirurgia indispensável na obstetrícia moderna, contudo constitui objeto de discussão em nível mundial por seu uso indiscriminado¹. Este procedimento pode ser programado quando a mulher já tem uma indicação clínica e nos casos que configurem urgência relativa às intercorrências no momento do parto².

Mundialmente, atenta-se para as altas taxas de cesariana. Em 2008, por exemplo, no Irã e na República Dominicana, a taxa de cesariana era 41,9%; na Itália, 38,2%; no México, 37,8%; na Argentina e em Cuba, em torno de 35% e, nos Estados Unidos, 30,3%³. Este panorama é também evidenciado no Brasil, que apresenta um dos maiores índices mundiais de cesariana, próximo de 80% no setor de saúde suplementar e de 30% no Sistema Único de Saúde⁴.

A prática indiscriminada de cesariana traz à tona a preocupação com a mortalidade materna. Um estudo analisou os óbitos maternos ocorridos em uma Maternidade Pública de Fortaleza-CE e identificou que as causas de óbito por síndrome hipertensiva gestacional e infecção estavam associadas à realização de cesariana⁵.

Na Suécia, uma investigação revelou que algumas mulheres receavam ter seus filhos via cesariana por medo de complicações no parto e dificuldades em gestações futuras. Acreditavam ser este o procedimento responsável por morte materna, recuperação pós-parto prolongada e queixas com o pós-operatório e analgesia. Ainda assim, preferiram este ato cirúrgico, o que pode explicar a elevada taxa de cesariana naquele país⁶.

Uma revisão sistemática com metanálise, de estudos publicados em diferentes idiomas, apontou que a média global de preferência de mulheres pela cesariana, nos estudos compilados, foi de 15,6%. A ocorrência da predileção por esse tipo de parto foi maior naquelas com uma cesariana anterior e as que viviam em países com uma renda per capita média. Nos países latino-americanos, evidenciou-se uma maior preferência da mulher pela cesariana (24,4%), enquanto que, nos Estados Unidos e Canadá, o percentual registrado é de 16,8%. Os autores concluíram que, em

nível global, constituem uma minoria as mulheres que tiveram como preferência a cesariana⁷.

Em nível de Brasil, isso se confirma. Um estudo mostrou que 70% das mulheres não relataram preferência pela cesariana, embora, independentemente do seu desejo, a interação com o serviço de saúde resultou na cesariana como via de parto⁸. Apesar da preferência pelo parto vaginal, evidencia-se que fatores como tabus e medos relacionados à dor, à demora no pré-parto e à experiência negativa da mulher em relação ao parto vaginal anterior favorecem a escolha pela cesariana⁹.

Um estudo de revisão integrativa da literatura revelou que, embora as mulheres mencionassem dores no pós-operatório, dificuldades na recuperação e no retorno às atividades sexuais, elas consideraram a cesariana uma experiência agradável por ser um procedimento rápido e passível de planejamento¹⁰.

Considerando as altas taxas de cesariana e de morbidades relacionadas a este procedimento cirúrgico, especialmente no Brasil, considera-se relevante elucidar, para além da perspectiva numérica, como a cesariana acontece a partir do ponto de vista de mulheres que foram a ela submetidas.

Diante do exposto, elegeu-se como objeto de estudo “a experiência da mulher primípara com a cesariana”, tendo como inquietações:

- ✓ Como se dá a decisão pela cesariana?
- ✓ Como é para a mulher passar pela experiência de ter seu primeiro filho via cesariana?
- ✓ Após a experiência da cesariana, quais as expectativas que a mulher tem em relação ao próximo parto?

Esta pesquisa teve como objetivo compreender a experiência da mulher primípara com a cesariana. A compreensão dessa experiência poderá propiciar atitudes profissionais compatíveis com as necessidades e expectativas das mulheres em relação ao parto.

Embora seja uma temática muito discutida entre os enfermeiros assistenciais, docentes e pesquisadores, os resultados deste estudo poderão subsidiar outras investigações que revelem novas perspectivas da submissão da mulher primípara à cesariana.

A Figura 1 apresenta a síntese do objeto, das inquietações e do objetivo do estudo.

Figura 1: Objeto, Inquietações e objetivo do estudo. São Paulo, 2013.

2 REVISITANDO A LITERATURA SOBRE A TEMÁTICA

2 REVISITANDO A LITERATURA SOBRE A TEMÁTICA

A cesariana é uma cirurgia, cuja incisão no útero da mulher permite a retirada do feto, sendo indispensável quando utilizada para reduzir complicação para a saúde materno-fetal. Se usada de modo indiscriminado pelos profissionais de saúde ou por solicitação da mulher, pode levar a implicações para a saúde de mãe e filho¹¹. Essa cirurgia pode ser classificada como eletiva – quando programada nas situações de contraindicação absoluta do parto vaginal –, no caso de duas ou mais cicatrizes de cesariana anterior e nas intercorrências clínicas como eclampsia e sofrimento fetal, que colocam a vida da mãe e do bebê em risco².

No Brasil, segundo o censo realizado em 2009, os indicadores sociodemográficos e de saúde do ano de 2006 apontaram 2,9 milhões de nascidos vivos, com taxas de cesariana representando 43% dos partos nos setores públicos e privados. Especificamente nos serviços privados, essas taxas se aproximavam dos 80%. No Sistema Único de Saúde (SUS), somavam 26% de cesariana, mostrando sua ocorrência em todo o país, com o maior índice nas regiões Sul e Sudeste, ultrapassando os 50% e a menor taxa com aproximadamente 33% no norte do país¹².

As informações de saúde do Datasus mostraram que, em 2009, a Região Norte do país registrou 39,64% de cesárea; o Nordeste, 41,27%; o Centro-Oeste, 55,83%, a Região Sul, 56% e a Sudeste chegou a 56,76%, com o Rio de Janeiro representando 58,41% e São Paulo, 58,02% de cesarianas¹³.

Em 2010, no Estado de São Paulo, a proporção de cesarianas foi de 53,4%, sendo que as maternidades privadas alcançaram taxas de 85,2%, e o SUS, de 32,5%¹⁴.

Em Minas Gerais, nos anos de 2008-2009, de 250.700 crianças nascidas vivas, quase a sua totalidade (99%) nasceu em ambiente hospitalar. A frequência de cesarianas foi em torno dos 50%, apresentando-se mais elevada nas macrorregiões do triângulo norte, triângulo sul, sudeste, centro sul e leste de Minas Gerais, onde está situada a microrregião de Caratinga¹⁵.

No ano de 2010, a taxa de cesariana na microrregião de Caratinga representou 57,11% do total de 3.442 partos realizados nos serviços públicos e privados¹⁶.

Essa situação pode ser verificada também em outros países. As principais justificativas encontradas na literatura internacional para esse elevado número de cesarianas são os fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes¹⁷⁻¹⁸. Também são considerados aqueles relacionados ao modelo assistencial que envolve aspectos do trabalho médico e de outros profissionais da saúde¹⁹.

Uma revisão bibliográfica realizada com publicações no período 1999 a 2010 sobre modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países destacou que, no Brasil, as elevadas taxas de cesárea mostram o modo como a assistência obstétrica foi organizada no sistema de saúde, configurando duas realidades bem distintas e com diferentes características. A maioria das mulheres é atendida no SUS e, muitas vezes, estas são submetidas à cesariana devido ao fato de o obstetra não ter acompanhado o pré-natal. Uma pequena parcela da população (25,9%) possui seguro-saúde e por isso, pode escolher os profissionais e negociar com eles o tipo de assistência que deseja. A mulher assume as despesas com a saúde e, durante o parto, é atendida pelo obstetra que a acompanhou no decorrer do pré-natal. Desse modo o modelo de assistência médica privada baseia-se na

estreita relação médico-paciente, que favorece a realização de um maior número de cesarianas¹⁹.

A relação entre ter acesso à assistência privada e o maior número de cesarianas foi encontrada também em uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada na Região Sul do Brasil, com mulheres com situação econômica estável, possuidoras de um plano de saúde, e a incidência de cesariana foi de 81,8%²⁰.

Entre os fatores que influenciam o aumento do número de cesarianas estão as experiências negativas da mulher em relação aos partos com fórceps e cesáreas de emergência, que parecem ser um fator determinante para a realização de futuras cesarianas, seja por indicação médica ou a pedido materno²¹.

Além disso, a apresentação fetal pélvica, as morbidades relacionadas à gravidez, parto e puerpério são questões médicas que levam à opção pela cesariana²². Também o sofrimento fetal e o descolamento prematuro da placenta justificam a cesárea de emergência²³. É importante salientar que, a despeito das indicações, este tipo de parto, muitas vezes, ocorre sem que os motivos sejam identificados²².

Uma questão relevante a ser considerada é que, mesmo que a mulher planeje o parto vaginal, isso pode não ser possível. Se ela tem uma experiência negativa de trabalho de parto, na gestação seguinte, poderá preferir a cesariana, motivada pela dificuldade do trabalho de parto e pela angústia vivenciada²⁴⁻²⁵.

O medo de intercorrências, morte fetal e dor no parto vaginal foram motivos apontados por parturientes que solicitaram a cesariana eletiva na Suécia²¹. Estudos brasileiros acrescentam motivos como trabalho de parto demorado, efeitos do parto vaginal sobre a vida sexual da mulher e a possibilidade para realizar a laqueadura tubária²⁶.

Uma pesquisa qualitativa realizada na Noruega enfatizou os fatores que influenciaram as mulheres a preferirem a cesariana e mostrou que, além da sua experiência negativa do parto anterior, o parto com extração a vácuo, a falta de respeito dos profissionais e a falta de diálogo com as pacientes no momento do parto causaram insegurança e medo⁹.

Destaca-se a relevância das ações educativas no contexto do pré-natal ao parto, visando apoiar as gestantes a passarem pela experiência da parturição. A participação em programas de informação sobre riscos e benefícios acerca dos tipos de parto ajudou gestantes inglesas a reduzirem conflitos de decisão sobre a modalidade do parto, aliviando a ansiedade e o medo²⁷⁻²⁸.

Informações sobre gestação e sobre os procedimentos realizados durante o parto foram necessidades apontadas por gestantes de um estudo qualitativo realizado em Londrina, Paraná. As mulheres que vivenciavam o processo de gestação, parto e nascimento esperavam contar com profissionais atenciosos, competentes, pacientes, envolvidos, dispostos a ajudá-las, ouvi-las e a dialogar com elas²⁹.

As informações são relevantes, também, nos casos em que a cesariana de emergência e o parto com fórceps são necessários, pois, nessas situações, a mãe pode passar por uma experiência negativa que refletirá nos partos posteriores²¹.

A insegurança da mulher pode estar relacionada aos mitos, fantasias e medos que aparecem ao se aproximar o momento do parto. Estes podem ser influenciados por múltiplos fatores que extrapolaram a evolução fisiológica da gestação. O medo de parir pode ser gerado pelas experiências de vida pessoal, pelas histórias de parto ouvidas ou vivenciadas junto a um familiar ou amiga mais próxima, pelas informações dos profissionais de saúde e por tantas outras, acessadas em diferentes fontes disponíveis²⁹.

Uma investigação norte-americana sobre as sequelas psicossociais que a cesariana pode acarretar à mulher, especialmente àquelas que não planejaram esse tipo de parto, revelou sentimentos de fracasso, culpa e perda da expectativa do parto idealizado, perda da autoestima e da imagem corporal. Por outro lado, apontou satisfação com o sucesso da cirurgia e por não terem colocado seu filho em risco. A mulher relatou preferência pelo médico e pela tecnologia assistida – fatores que colaboraram para um melhor desfecho²⁷.

Também um estudo realizado com mulheres da Somália mostrou que estas se preocupavam com as consequências da cesariana e a consideravam como uma solução eficaz para o parto difícil, descrevendo sentimentos de alívio e felicidade após o nascimento do filho³⁰.

Algumas investigações dedicaram-se a estudar o perfil das mulheres submetidas à cesárea. Um estudo de coorte prospectivo realizado na Suécia, no período de 2003 a 2005, comparou mulheres que tiveram seus filhos pelo parto vaginal e as que passaram pela cesariana. Mostrou que estas últimas eram multíparas, com idade acima de 30 anos e tiveram menor participação em atividades educativas perinatal durante a gestação²¹.

Uma revisão sistemática da literatura com metanálise de estudos observacionais derivados de diferentes países apontou que a preferência pela cesariana foi das multíparas, de classe média e com experiência de uma cesárea anterior⁷. Na Suécia, a maioria delas tinha uma média de idade de 33 anos, sobrepeso ou obesidade e nível educacional superior²².

Destaca-se a preocupação em nível mundial acerca da saúde materno-infantil. No que diz respeito às políticas públicas voltadas para a mulher no ciclo gravídico puerperal, a Organização Mundial

da Saúde (OMS) criou, em 2011, o Departamento de Saúde Materna, Infantil, Neonatal e do Adolescente. Objetivou ampliar a discussão dos elementos que podem ajudar os países a alcançar as metas do desenvolvimento do milênio como, por exemplo, a melhoria da saúde materna até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva e a redução de 75% da mortalidade materna³¹.

Nesse mesmo ano, foi implantado o Programa de Gravidez mais Segura, garantindo informações e ferramentas para melhorar o acesso das usuárias aos serviços de saúde, como também a qualidade da assistência de baixo, médio e alto risco. O programa ainda fomenta as necessidades, em todos os países, de uma política de saúde articulada com gestão, infraestrutura, suprimentos e financiamentos, além de requerer profissionais habilitados, competentes e treinados para o cuidado materno antes do, durante e após o parto³².

No Brasil, a partir do ano 2000, as políticas de saúde voltadas para a gestação, parto, aborto e puerpério ganharam espaço na assistência obstétrica³³. Observa-se o movimento de profissionais de saúde e usuárias que se organizam em redes sociais para buscar alternativas para o momento do parto, visando ao cuidado à saúde da mulher e do recém-nascido.

Nesse sentido, um estudo reflexivo relacionou o excesso de cesarianas e a autonomia da mulher no sistema de saúde e concluiu que o apoio mútuo e o compartilhamento de experiências exitosas de parto parecem contribuir para a construção de relações mais igualitárias entre as mulheres e os profissionais de saúde. Considerou que a participação da mulher nos movimentos sociais voltados para a assistência materna tem possibilitado uma mobilização coletiva dessas no sentido de reivindicarem seus direitos à saúde e na sociedade³⁴.

Apesar do grande número de estudos relacionados às modalidades de parto, existe na literatura uma escassez de pesquisas sobre a perspectiva da mulher acerca do parto via cesariana e, especificamente, a ausência de estudos na abordagem da fenomenologia social, o que torna relevante a realização desta investigação, que busca compreender a experiência da mulher primípara com a cesariana.

Os aspectos principais da revisão da literatura sobre a temática estão representados na Figura 2.

Figura 2: Aspectos principais da revisão da literatura sobre a temática. São Paulo, 2013.

3 ENCAMINHAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

3 ENCAMINHAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem fenomenológica. Este tipo de abordagem contrapõe-se à concepção positivista e empirista do conhecimento baseada na relação causal entre os fatos observados e reduzidos ao pensamento indutivo racionalista. Na perspectiva das ciências humanas, os fenômenos relativos ao homem somente podem ser conhecidos por meio da reflexão do sujeito sobre seu vivido no contexto intersubjetivo³⁵.

Entre as abordagens da pesquisa qualitativa, a fenomenologia é uma opção de método a ser seguido nesta investigação, por buscar compreender a experiência da mulher primípara com a cesariana, permitindo ir além da objetividade da questão, considerando o mundo psíquico e emocional dessa mulher. O pesquisador tem a preocupação de investigar o cotidiano para a compreensão da realidade concreta para descrever a estrutura da experiência vivida e como as pessoas se percebem nessas experiências³⁶.

A fenomenologia revolucionou o paradigma filosófico positivista ao apresentar as noções de intencionalidade e de significado como inerentes ao ato humano. Uma das consequências teóricas da reflexão fenomenológica é eliminar o critério de verdade centrado na dicotomia sujeito/objeto e a escolha do método compreensivo para os estudos das humanidades, em contraposição ao método explicativo adotado pelo paradigma científico-natural-biológico³⁵.

Os termos experiência, vivência, sentido comum, ação social, intencionalidade e significado constituem a superfície na qual se ergue a possibilidade da compreensão, atitude que é, ao mesmo tempo, a arte e a ciência da investigação qualitativa³⁵.

Considerando-se que a experiência da mulher primípara com a cesariana não se restringe à intencionalidade individual, na medida em que a atribuição de significados é realizada no âmbito da estrutura social, e que a experiência dessa mulher é construída nas relações intersubjetivas, esta pesquisa foi fundamentada na Fenomenologia Social de Alfred Schütz.

O sociólogo Alfred Schütz dedicou-se a construir uma teoria da ação social a partir dos pensadores Max Weber e Edmundo Husserl. De Max Weber, desenvolveu a perspectiva subjetiva para interpretar a realidade social, valorizando os significados dos atos humanos. Em Husserl, buscou os conceitos de intencionalidade e intersubjetividade que fundamentam a compreensão do significado da ação atribuído pelo próprio sujeito no mundo social³⁷.

Neste estudo, foram utilizados alguns conceitos da obra de Schütz, tais como mundo da vida, atitude natural, intersubjetividade, situação biográfica, acervo de conhecimentos, ação social, motivação e tipificação.

3.1 A FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ E A TEMÁTICA EM ESTUDO

A experiência da mulher primípara com a cesariana, que, a princípio, é única e singular, configura-se como social na medida em que acontece em um contexto de relações interpessoais e permeadas pela historicidade do mundo da vida, também denominado de mundo social e mundo cotidiano.

O mundo da vida, cenário das experiências humanas, é intersubjetivo, sociocultural, onde os homens coexistem e convivem não apenas corporalmente, mas também como seres dotados de uma consciência que é essencialmente similar³⁸.

Este mundo já se encontra estruturado, anterior ao nascimento do sujeito. Por isso, o homem se posiciona espontaneamente, de modo prático, sem questionamento, dando por certa sua existência, a dos outros semelhantes e a de objetos inanimados. Este posicionamento é denominado por Schütz de atitude natural³⁹.

A mulher primípara tem uma atitude natural ao experienciar a cesariana, isto é, leva em conta os pressupostos sobre os tipos de parto que lhes foram transmitidos desde o nascimento.

Diz-se que os seres humanos vivem de modo intersubjetivo porque se compreendem uns aos outros por meio das relações sociais em um universo de significação cuja interpretação serve de guia para conduzi-los no cotidiano. Assim, a intersubjetividade é pré-condição da vida humana³⁸.

O homem se orienta no mundo social, interpretando suas possibilidades e enfrentando seus desafios. Para tal, situa-se nesse mundo de acordo com sua história construída ao longo da vida. Esta

inclui conhecimentos transmitidos por seus semelhantes e suas experiências subjetivas. A maneira específica de cada pessoa se situar no mundo da vida Schütz denomina de situação biográfica³⁸.

A experiência do sujeito, somada ao conhecimento disponível e acessível por meio da relação inicial com os progenitores e, posteriormente, com os educadores, constitui o acervo de conhecimentos que serve de base para a ação humana³⁹.

A mulher primípara, ao experienciar a cesariana, traz consigo sua situação biográfica e o acervo de conhecimentos sobre o processo de gestação, parto e nascimento que a faz expressar suas necessidades e lançar suas expectativas em relação ao parto.

A interpretação da mulher primípara em relação à sua experiência com a cesariana constitui-se o pré-reflexivo almejado pela ciência que se propõe a compreender a ação dos sujeitos no mundo social.

A ação é definida por Schütz como a conduta humana projetada pelo ator de maneira consciente, intencional, dotada de propósito, manifesta ou latente, positiva ou negativa. Essa ação nunca está dissociada do mundo e tem uma perspectiva de futuro, diz respeito ao que será realizado. Pressupõe uma tipificação que tem como cerne a vida de sentido comum³⁸.

A experiência da mulher primípara com a cesariana contém sua conduta projetada que está envolta para a realidade social que vive no que diz respeito à escolha ou não deste tipo de parto, assim como o desejo ou não de experienciá-la novamente.

Ao projetar a ação, o sujeito antecipa o ato como se já o tivesse cumprido, sendo as possibilidades de realizá-lo diretamente ligadas aos elementos do tempo presente. E, ao realizar a ação, seu sentido inicial, tal como fora planejada, poderá se modificar,

considerando o modo como ela se efetivou, segundo infinitas possibilidades³⁸. Desse modo, os projetos da mulher primípara que faz a cesariana podem se modificar durante a sua experiência com esta modalidade de parto.

Na ótica da Fenomenologia Social de Alfred Schütz, a compreensão do significado intersubjetivo da ação humana ocorre a partir de motivos existenciais. Aqueles que se relacionam aos projetos são denominados de “motivos para” e os que se fundamentam no acervo de conhecimentos e experiência vivenciada no cotidiano são chamados “motivos porque”. O conjunto de motivos porque e motivos para constituem a ação do sujeito no mundo social³⁸⁻³⁹.

Assim, a mulher primípara que experienciou ter seu filho via cesariana, ao ser interrogada, tem a possibilidade de interpretar essa experiência a partir da reflexão do seu passado, buscando as razões para justificar seus atos (motivos porque) e projetar possibilidades que virão após a experiência com a cirurgia (motivos para).

A compreensão da ação pressupõe a tipificação que ocorre, naturalmente no senso comum (o pré-predicativo). Cabe ao pesquisador observar esta ação social que é essencialmente subjetiva. Para tal, faz-se necessário construir um esquema conceitual que permita agrupar as informações que somam os “motivos para” e os “motivos porque” do sujeito no mundo social – a tipificação³⁸.

De acordo com a teoria da ação social de Alfred Schütz, a compreensão do homem e de suas atividades no mundo da vida ocorre por meio da tipificação. Esta se configura como um esquema teórico, regular e padronizado que se constitui pelas características comuns da existência concreta humana, no mundo social. O tipo social refere-se a uma pessoa ou grupo que realiza um ato típico; é

elaborado a partir dos pressupostos da ciência social e nunca é idêntico a uma determinada pessoa ou a um grupo³⁹.

O tipo vivido, como é descrito por Capalbo (1998),⁴⁰ é a expressão de uma estrutura vivida na dimensão social; é o que caracteriza um determinado grupo social.

A partir dos “motivos porque” e dos “motivos para” do grupo de mulheres estudado, buscou-se construir o tipo vivido “Mulher que vivencia a cesariana como primeira experiência de parto”.

4 TRAJETÓRIA DO ESTUDO

4.1 CENÁRIO, REGIÃO DE INQUÉRITO E SUJEITOS

A pesquisa foi realizada em maternidades de hospitais que atendem a convênios de saúde, na cidade de Caratinga, Minas Gerais. A escolha deste tipo de instituição justifica-se por ela apresentar, no Brasil, as maiores taxas de realização de cesariana¹²⁻¹³.

Caratinga é um município brasileiro localizado ao leste da capital de Minas Gerais, emancipada no século XIX. Possui uma população de 85.322 habitantes, segundo censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁴¹.

O setor de saúde do município conta com dois hospitais gerais, sendo um privado e outro filantrópico que absorve a demanda hospitalar de outros 14 municípios. O hospital privado atende mulheres grávidas que têm convênio ou que pagam pelo serviço particular. Tem capacidade para realizar 145 partos ao mês. Já o hospital filantrópico atende convênio, particulares e SUS⁴².

Participaram da pesquisa oito puérperas que se submeteram à cesariana como primeira experiência de parto, vinculadas ao setor de saúde suplementar de Caratinga. Pressupõe-se que, nesse caso, a mulher tenha maior autonomia para, no momento do parto, decidir pelo médico que a acompanhou desde o pré-natal.

A abordagem das mulheres não se limitou ao espaço físico onde ocorreu a experiência com a cesárea. Envolveu a região de inquérito – local onde emergem as dúvidas e inquietações do pesquisador. Trata-se de um espaço de referência conceitual, em

que as pessoas vivenciam suas experiências e as expressam ao investigador³⁶.

Foram incluídas mulheres primíparas, cuja gravidez foi de baixo risco e que haviam passado pela experiência da cesariana em um período mínimo de 30 dias. A primiparidade foi eleita, considerando-se a ampla gama de expectativas envolvida na primeira experiência de parto.

Considerou-se que, durante os primeiros dias após a cesariana, a mulher volta-se para os cuidados do bebê, aleitamento materno e para as mudanças em seu corpo. Após esse mês inicial, possivelmente, terá elaborado e refletido melhor sobre a sua experiência com a cesariana, o que culmina em uma maior riqueza de significados.

Optou-se por excluir da pesquisa mulheres adolescentes, por considerar ser uma faixa etária dotada de especificidades incongruentes com a mulher adulta, bem como as que passaram pela cesariana de emergência, já que, nesse caso, não houve escolha da mulher, mas uma indicação da intervenção cirúrgica.

A escolha das puérperas se deu mediante consulta dos livros de registros de partos de mulheres assistidas por um convênio de saúde. As que atendiam aos critérios de inclusão foram abordadas via telefone, momento em que se deu a definição do dia, horário e local da entrevista, de acordo com a disponibilidade das depoentes.

As características da situação biográfica das oito mulheres que participaram desta pesquisa são apresentadas a seguir:

Puérpera 1: 34 anos, parda, professora de Educação Física, com ensino superior completo. Parto cesáreo ocorrido no dia 04/05/2012. A entrevista foi realizada no dia 04/10/2012 e teve duração de 28 minutos e 49 segundos.

Puérpera 2: 31 anos, branca, assistente administrativa, com ensino superior completo. Cesariana realizada no dia 28/10/2011. Foi entrevistada dia 04/10/2012, durante 28 minutos e 51 segundos.

Puérpera 3: 35 anos, branca, fonoaudióloga, com ensino superior completo. Passou pela cesariana no dia 29/02/2012. A entrevista foi realizada no dia 05/10/2012 e teve duração de 24 minutos e 47 segundos.

Puérpera 4: 23 anos, parda, vendedora, com ensino médio completo. Teve seu filho via cesariana no dia 05/03/2012. A entrevista foi realizada no dia 05/10/2012, com duração de 29 minutos e 54 segundos.

Puérpera 5: 25 anos, parda, auxiliar de cartório, com ensino superior completo. Cesariana realizada no dia 13/08/2012. Foi entrevistada no dia 05/10/2012, durante 29 minutos e 31 segundos.

Puérpera 6: 31 anos, parda, professora, com ensino superior completo. Teve seu filho via cesariana no dia 28/07/2012. A entrevista foi realizada no dia 05/10/2012 e teve a duração de 29 minutos e 40 segundos.

Puérpera 7: 26 anos, parda, secretária, com ensino médio completo. Fez a cesariana no dia 14/08/2012. A entrevista foi realizada no dia 06/10/2012 e teve duração de 28 minutos e 37 segundos.

Puérpera 8: 27 anos, parda, enfermeira, com ensino superior completo. Teve o filho via cesárea no dia 16/08/2012. A entrevista foi realizada no dia 06/10/2012, com duração de 30 minutos e 39 segundos.

4.2 OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS

As entrevistas foram realizadas em outubro de 2012, no domicílio das participantes, as quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantidos a condição de sujeitos e o registro de anuência em participar do estudo (Apêndice).

As participantes foram esclarecidas sobre o objetivo do estudo, a manutenção do sigilo, do anonimato e do direito de participarem ou não da pesquisa, conforme previsto na Resolução 196/96⁴³. Também foram orientadas quanto ao risco mínimo que ocorre ao participar da pesquisa, isto é, passar por constrangimento ao responder a algumas perguntas.

Foi solicitada a permissão do uso do gravador nas entrevistas, que possibilitou o registro na íntegra de seus depoimentos e sua posterior análise. O material gravado foi arquivado pela pesquisadora e será mantido por cinco anos.

Para obtenção dos depoimentos, utilizou-se a entrevista de abordagem fenomenológica. Esta é baseada na empatia e na intersubjetividade que ocorre no encontro entre o pesquisador e a pessoa participante da pesquisa. Busca-se a descrição da experiência e a compreensão essencial do fenômeno estudado⁴⁴.

As mulheres primíparas foram abordadas a partir de questões norteadoras, sendo estimuladas a fazerem relatos a respeito da sua experiência com a cesariana:

- ✓ Como foi sua experiência com a cesariana?
- ✓ Considerando esta experiência, o que você espera para o próximo parto?

A duração média do encontro do pesquisador com as participantes foi em torno de 30 minutos, considerando a interação inicial e a entrevista propriamente dita.

O número de participantes não foi definido *a priori*, tendo sido a coleta de dados encerrada no momento em que as inquietações foram respondidas e o objetivo do estudo, alcançado.

Para garantir o anonimato das entrevistadas, elas foram identificadas com a letra “P”, inicial da palavra puérpera, seguida de números arábicos de acordo com a ordem em que se realizaram as entrevistas (P1 a P8).

4.3 ANÁLISE COMPREENSIVA

A organização e a categorização do material obtido nos depoimentos seguiram os passos adotados em estudos realizados por pesquisadores da fenomenologia social de Alfred Schütz^{29;45-46}.

Inicialmente, foram realizadas leituras criteriosas de cada depoimento na íntegra para apreender o sentido global da experiência da mulher primípara com o parto via cesariana.

Em seguida, foi feita a releitura dos depoimentos com o objetivo de identificar os aspectos significativos referentes ao contexto vivencial dessas mulheres, contexto este que expressa os “motivos porque” e “motivos para” desta ação social.

O conteúdo que revela os “motivos porque” foi agrupado nas categorias referentes à descrição da experiência e o que revela os “motivos para” foi agrupado nas categorias que contêm a expectativa das mulheres frente à cesariana.

Essas categorias são denominadas concretas e são definidas como construções teóricas que refletem objetivamente os significados da ação dos sujeitos investigados³⁸.

A organização das categorias permitiu a elaboração do tipo vivido “mulher que vivencia a cesariana como primeira experiência de parto”.

Finalmente, o resultado foi discutido, tendo como fio condutor a fenomenologia social de Alfred Schütz e a literatura pertinente à temática em estudo.

4.4 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, conforme o Parecer nº 114.173/2012 (Anexo).

As Figuras 3 e 4 mostram o esquema representativo da trajetória deste estudo.

Figura 3: Tipo de estudo, local, região de inquérito, sujeitos e questões norteadoras da entrevista. São Paulo, 2013.

Figura 4: Esquema representativo da análise compreensiva. São Paulo, 2013.

5 RESULTADOS

A compreensão da experiência da mulher primípara com a cesariana permitiu a organização e a análise das categorias concretas que congregam o contexto de significados expressos no tempo passado e presente (motivos porque) e os que se configuram em projetos (motivos para).

5.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

Os “motivos porque” da ação das mulheres primíparas com a cesariana são traduzidos neste estudo pelas categorias: “a decisão pela cesariana”, “o pós-parto cirúrgico”, “a necessidade de cuidados” e “a idealização do próximo parto”.

Categoria 1: **A decisão pela cesariana**

Ao refletirem sobre a experiência vivida com a cesariana, as mulheres primíparas, inicialmente, expressam os motivos que justificaram a decisão por este tipo de parto, destacando o medo do parto vaginal, associado à dor e ao sofrimento advindos do trabalho de parto:

O tempo todo passava na minha cabeça o sofrimento da mãe durante o parto [...]. Então eu pensava porque sentiria dor durante muito tempo se tem outra opção [...]. Então, eu estava segura da minha decisão. Eu falei que, por mais que eu passe mal e que a bolsa estourasse, eu queria ter cesariana. Eu nunca cogitei a possibilidade de ser normal, apesar das pessoas falarem para eu fazer o parto normal porque era melhor para a saúde da mulher e

quanto à recuperação [...] mais rápida. Nunca me passou pela cabeça fazer o parto normal. [...] eu não me sentia preparada. Eu cresci tendo este pensamento. [...] eu sempre vi no parto normal um momento de sofrimento. A cesárea não. Por mais que seja uma cirurgia, eu acho mais simples. Eu sabia como era [...] eu queria viver aquela situação [...]. Eu busquei muitos depoimentos de mulheres para ver se poderia mudar minha opinião (P1).

Eu queria a cesárea porque estava com medo de sentir muita dor, não queria o parto normal (P2).

[...] eu quis marcar a cesárea justamente [...] porque, quando a gente fala do parto normal, nem sempre associa ao normal. A gente ouve experiências diferentes de várias pessoas. Eu fiquei criando aquilo na minha cabeça. Será que vai ser normal, será que vou ficar sentindo muita dor [...]. A decisão pela cesárea foi justamente pelo fato de sentir medo de entrar em trabalho de parto e passar mal à noite [...] de não conseguir ter o bebê [...] eu falei com ele (o médico): “não quero parto normal. Ela pode estar nascendo e você pode me cortar. Não quero sentir a dor do parto” (P3).

Na minha cabeça, o parto normal era anormal. Eu achava que ia ser muito ruim. [...] eu tinha essa insegurança (P6).

Eu tinha medo do parto normal. Pela experiência que a gente vê! Eu tinha medo do parto normal o tempo todo [...] no final da gravidez, eu fui várias vezes ao meu médico com medo de ter parto normal porque eu não queria em hipótese alguma [...]. Desde quando engravidei, optei pela cesárea. Em momento algum, eu quis o parto normal [...] (P8).

As mulheres primíparas evidenciam a influência de pessoas próximas – como o marido e a mãe – na decisão pela cesariana:

[...] eu queria o parto normal [...] um parto mais tranquilo [...] só que meu marido não concordou. Ele (o marido) achou que a cesárea seria melhor para mim, que ia me sentir bem [...]. Meu esposo falou comigo que tinha medo de eu fazer um parto normal [...]. A decisão da cesárea partiu dele e eu concordei (P4).

A decisão de fazer a cesariana foi por influência da minha mãe. Porque, quando eu nasci, [...] foi um parto com fórceps. E minha mãe conta que foi difícil demais [...] então, a vida inteira, eu fui ouvindo isso [...] (P6).

Elas tiveram a oportunidade de conversar com o médico sobre a opção pelo tipo de parto e revelaram que, mesmo tendo recebido orientações sobre os benefícios do parto normal, estavam decididas pela cesariana:

No final da gestação, ele (o obstetra) me perguntou se eu queria fazer cesariana ou parto normal. Eu falei para ele que queria a cesariana. Eu não queria parto normal. Ele me perguntou se eu tinha certeza desta decisão. Eu falei para ele que tinha certeza absoluta [...] Não quero parto normal [...] Eu já estava decidida. (P1)

[...] na primeira consulta, o médico colocou vários benefícios do parto normal. [...] Aí rompeu a bolsa, ele falou: “vai ter o bebê normal ou vai fazer cesárea?” Eu disse: “quer saber, vou agendar a cesárea”. [...] aí ele respeitou, não questionou [...] ele deixou bem aberto para eu escolher [...] eu já tinha optado pela cesárea. (P5)

Minha médica, desde o começo, me deixou muito tranquila. [...] E ela falava: “vamos tentar o parto normal que é o seu primeiro filho, você tem toda a condição de ter um parto tranquilo”, mas eu não quis [...], no oitavo mês, ela ainda insistiu: “vamos tentar, está tudo bem”. Eu disse: “não, vou querer a cesariana”. (P6)

Por estar decidida pelo parto via cesariana, uma mulher relatou ter buscado um profissional reconhecidamente favorável à realização desse tipo de parto:

[...] meu médico não faz parto normal [...]. Eu já sabia disso. [...] eu queria cesárea, por isso eu fui nele (P2).

Para ratificar sua decisão pela cesárea, a mulher buscou experiências de parto vivenciadas por outras pessoas. Embora tenha identificado sofrimento entre as que realizaram a cesariana, não mudou sua opção pela cirurgia:

Eu conversei com muitas mulheres. Algumas falaram que tiveram o parto normal e que foi tudo tranquilo. Outras falaram que sofreram demais com a cesariana. Eu busquei muitos depoimentos para ver se poderia mudar

minha opinião. Mas eu já estava decidida pela cesariana (P1).

Após as mulheres decidirem pela cesariana, o medo e a ansiedade continuaram presentes, porém em outra dimensão. Tais sentimentos passam a associar-se com a anestesia e a recuperação pós-operatória:

O que me preocupava era a anestesia porque cada um falava uma coisa. Só que eu não tive muito tempo para pensar porque foi tudo muito rápido. [...] eu estava com medo da anestesia. Fiquei com medo de tanto as pessoas falarem (P1).

Eu tinha muito medo, porque nunca fiz nada, nunca tive corte nenhum [...]. Eu fiquei com muito medo, querendo que tudo ocorresse muito bem [...] (P3).

[...] eu imaginei que o pós-operatório seria muito difícil para mim e foi mesmo [...] (P4).

Eu tinha medo. Eu não queria fazer a cesárea por causa da recuperação pós-parto [...] Minha recuperação foi até bem. Eu imaginava que sentiria dor, que não ia aguentar fazer nada e nem amamentar nos primeiros dias (P5).

[...] fiquei um pouco assustada porque eu não tinha passado por nenhum tipo de cirurgia e nunca tinha levado nenhum ponto [...] eu estava esperando muito tão ruim e não foi tanto assim (P7).

Eu imaginava que ia ser difícil, que eu ia ter muita dificuldade por causa da cirurgia e da anestesia (P8).

O medo da cirurgia acompanhou as mulheres primíparas que experienciaram o parto via cesariana, embora, na maioria dos casos, esse medo tenha sido superado por elas após o procedimento.

Categoria 2: O pós-parto cirúrgico

As puérperas relataram satisfação com a cesariana, mas destacaram que o período pós-operatório imediato foi difícil devido às reações da anestesia, dores, dificuldade na mobilidade e o cuidado com o bebê:

[...] a cesárea foi muito boa. [...] mas, do segundo dia para cá, eu senti muita dor (P2).

[...] e foi tudo muito rápido. [...] com menos de 20 minutos, eles fizeram meu parto. [...] na hora, eu estava muito nervosa e sentindo muita dor [...] depois, me levaram para o quarto e não senti nada. Só a anestesia que é horrível depois que a gente está voltando ao normal. Fiquei com coceira [...] apesar de me aplicarem um medicamento para não coçar, mas, mesmo assim, de manhã, eu estava toda arranhada de tanto que cocei à noite, aí eles me aplicaram outra injeção pela manhã. Graças a Deus, não senti nada. Eu só fiquei muito ansiosa e muito nervosa (P3).

Eu acho que o pior foi ter ficado 24 horas sem levantar a cabeça e sem tomar água. Tive muita sede e fome depois da cirurgia, por ter ficado de dieta. Mas achei muito tranquilo. Não senti dor após a anestesia. Só fiquei bastante inchada. [...] minha recuperação foi excelente, mas [...] precisei de ajuda para movimentar, dar de mamar (P5).

Foi muito emocionante ver o nenê logo que ele nasceu [...]. Tudo aconteceu muito rápido [...]. O difícil foi levantar logo após a cirurgia, ou seja, no dia seguinte, sair da cama para tomar um banho [...] porque fiquei com tonturas, mal-estar. Foi muito ruim [...] tive muitos gases [...], dóia muito no lugar da cirurgia [...]. Os quatro primeiros dias foram penosos, porque o nenê precisa de muita atenção e porque você está começando amamentar [...]. O depois da cirurgia é que foi difícil por ter que cuidar da criança [...] (P6).

Para mim, o parto foi muito rápido. O que demorou mesmo foi a sutura. A sensação de não conseguir mexer as pernas me incomodou demais [...]. Senti tonturas, acho que pelo efeito da anestesia [...]. Os pontos me incomodaram bastante no dia seguinte [...]. Para levantar, foi bastante incomodo [...]. Para andar, foi mais difícil. Mas [...] foi tranquilo. [...] Até hoje, não dei nenhum

banho sozinha nela [...] no início, foi por causa da cesárea [...] incomodava bastante [...] (P7).

Uma das participantes referiu não ter superado as dificuldades vivenciadas com a cesariana, o que impactou de forma negativa na sua percepção sobre esta experiência:

[...] na hora de fazer a cesárea, eu comecei a tremer de medo. [...] eu ia fazer uma cirurgia. Eu achava que não veria meu bebê [...]. Doeu para aplicar aquela anestesia em mim [...] Eu senti muita dor depois do parto. Era difícil para cuidar do bebê [...]. Eu não podia falar porque dava gases. Foi horrível [...] (P4).

Categoria 3: **A necessidade de cuidados**

Os depoimentos a seguir deixam clara a importância do suporte profissional para auxiliar a mulher que foi submetida à cesariana no cuidado ao recém-nascido, especialmente no que diz respeito ao contato precoce mãe-filho e no apoio para a amamentação:

O que eu senti falta na cesariana foi de ter o contato com o meu filho. No mais, foi tranquilo. Você não sente dor. Mesmo deitada eu tentei dar mamar. Só que não deu muito certo. De barriga para cima, tentaram colocar ele no meu peito e ele não conseguia pegar. A posição era horrível e ele sugava e não saía nada (P1).

Eu senti medo de não conseguir amamentar [...] a menina ia linda e maravilhosa para o quarto, só que eu não conseguia amamentá-la e pensava: “quando eu vou amamentar essa menina!” [...] tentava colocar no peito e ela chorava muito [...] (P2).

Para ela pegar o peito para amamentar que foi difícil, mas, quando ela pegou o bico, foi mais fácil [...] foi dentro do que eu esperava (P3).

[...] nos primeiros dias, você não consegue fazer muita coisa, eu não sei se é assim com todo mundo, mas eu

não conseguiria levantar da cama e amamentar [...] [...] é difícil cuidar do bebê [...] (P6).

O contexto da experiência da mulher com o parto via cesariana possibilitou a emergência de expectativas em relação a sua vida reprodutiva. Estas foram reveladas nos “motivos para” da ação, mostrados na categoria “a idealização do próximo parto”.

Categoria 4: **A idealização do próximo parto**

A experiência positiva da mulher com a cesariana a leva à idealização desse tipo de parto no porvir:

Eu faria cesárea e recomendo este tipo de parto. Fui preparada para fazer a cesárea e foi como eu imaginava. Na verdade, foi mais do que eu imaginava. Eu não tenho nada a reclamar (P1).

Eu faria cesariana novamente [...]. Foi muito boa a experiência. Não senti nada (P2).

Eu achei muito bom e faria a cesárea de novo [...]. Acho que nem pensaria em parto normal em função da boa recuperação. Foi bem tranquilo. Foi uma experiência boa que eu tive (P5).

Em hipótese alguma, eu faria parto normal. [...] a experiência que tive de parto cesáreo foi muito boa (P8).

Ao manifestar sua expectativa de submeter-se novamente a uma cesariana, a mulher traz à tona a questão do medo do parto vaginal para justificar a sua decisão:

Quero cesárea de novo. Tenho medo do parto normal [...]. Se for possível, quero tudo programado para não sentir dor e não ficar nervosa (P3).

[...] Se eu tiver outro filho, será cesariana de novo [...]. Eu acho que não me daria bem com a angústia do parto

normal. Apesar da dor e daquele mal-estar que tive [...] eu faria de novo uma cesariana (P6).

Eu acredito que vai ser cesárea de novo. [...] fiquei assustada com as contrações. Se eu tiver opção de escolher, [...] porque também não depende sempre da gente, [...] escolho a cesárea [...] (P7).

Uma das mulheres cuja decisão pela cesariana não partiu dela mesma deixa explícita em seu depoimento a frustração de não ter realizado o parto vaginal e o desejo de não ter mais filhos:

Eu queria ter um parto normal. Se for para ter cesárea, eu não quero ter mais filhos. Eu não quero passar por tudo que eu passei [...] (P4).

Como exposto nos depoimentos, a experiência positiva com o procedimento cirúrgico e o medo do parto normal mantêm o desejo da mulher em ter seu próximo filho por via cesariana.

5.2 TIPO VIVIDO “MULHER QUE VIVENCIA A CESARIANA COMO PRIMEIRA EXPERIÊNCIA DE PARTO”

A compreensão do homem em suas relações sociais torna-se possível por meio da tipificação. Essa compreensão será mais abrangente quando o esquema de tipificação for mais regular e padronizado³⁹.

Os aspectos típicos da ação vivida pelas mulheres que tiveram um filho por meio da cesariana – motivos porque e motivos para – permitiram a elaboração do tipo vivido “mulher que vivencia a cesariana como primeira experiência de parto” como aquela que decide pela cesariana por medo do parto vaginal, visto como causador de dor e sofrimento. Sofre influências de pessoas próximas para optar pela cesariana. Mesmo decidida, refere medo em relação à cirurgia e à anestesia.

Revela satisfação com a cesariana, embora aponte as limitações vivenciadas no pós-operatório. Neste contexto, a mulher ressalta a necessidade do suporte profissional para o cuidado do recém-nascido, especialmente quanto ao contato precoce mãe-filho e ao apoio para a amamentação. Tem como expectativa, caso engravide novamente, submeter-se a outra cesariana por medo do parto vaginal.

O esquema representativo dos resultados deste estudo pode ser visualizado na Figura 5.

Figura 5: Esquema representativo do conjunto de categorias que expressam o resultado do estudo. São Paulo, 2013.

6 DISCUSSÃO

A decisão pela cesariana revelou-se neste estudo como um aspecto relevante da experiência das mulheres nesse tipo de parto. Essa decisão ocorreu ainda no período gestacional e foi fortemente influenciada pelo medo da dor proveniente do trabalho de parto.

Culturalmente, a escolha da mulher pela cesariana é impactada pelo medo e pelas preocupações atreladas à dor do parto vaginal, geralmente oriundos de experiências repassadas por pessoas do seu convívio. Estas experiências constituem fenômenos socioculturais que levam as mulheres a enxergar o parto normal associado à dor advinda da dinâmica do processo de parturição⁴⁷.

Para compreender as questões que se apresentam ao cotidiano, a pessoa se reporta ao acervo de conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Este é constituído primariamente por meio dos progenitores e, posteriormente, pelos educadores e pelas experiências concretas, que estruturam continuamente este acervo de conhecimentos, de acordo com a sua posição no mundo social – situação biográfica⁴⁸. Desse modo, a mulher que espera um filho traz, neste acervo, valores e crenças culturalmente repassadas, despertando o medo do parto vaginal, especialmente da dor.

Em muitas culturas e grupos sociais, inclusive no Brasil, o parto é associado à ansiedade e ao medo. Tais sentimentos geram uma expectativa negativa em relação ao nascimento que, transmitida entre as gerações, constitui um componente cultural que fortalece a representação da dor do parto normal como sinônimo de sofrimento⁴⁹.

O conhecimento é socialmente construído e acessível por meio da tipificação que pode ser expressa em situações positivas e

negativas. A tipificação constitui-se em uma elaboração objetiva que pode ser expressa mediante a linguagem significativa, sendo reconhecida e compreendida por aqueles que vivenciam uma situação semelhante⁴⁸.

Nesse sentido, o medo e a dor são tipificações sobre o parto normal que, se trabalhadas pelos profissionais de saúde, podem ser superadas, levando a mulher a decidir pelo parto que lhe trará maiores benefícios.

Um estudo realizado com gestantes no último trimestre de gravidez no sistema público e privado de saúde de Joinville, Santa Catarina, revelou que a cesárea a pedido foi fortemente influenciada pelo medo da dor do trabalho de parto. Entre outros fatores, revelou o medo do próprio desempenho no trabalho de parto, de comprometer o bem-estar fetal, do desconhecido e imprevisível, considerando o conhecimento da história de outras mulheres parturientes⁴⁷.

Contrapondo-se aos resultados da presente pesquisa, um estudo com primigestas do Estado de Goiás, Brasil, mostrou, a partir da experiência com o parto normal, que a maioria das participantes considerou a dor como um fenômeno natural inerente ao parto e de domínio feminino, sendo desmitificado o sentido de dor como fenômeno de sofrimento. Este sentido foi construído quando houve a legitimação de cada parturiente como agente ativo no parto. Foi identificado que a dor do parto faz parte da natureza da mulher, sendo um elemento importante para a dinâmica de parturição e para a revelação da força da mulher e de seu empoderamento⁴⁹.

Ainda no que tange à decisão pela cesariana, emergiu dos discursos que as mulheres, apesar do desejo de passar pela experiência do parto normal, optaram por cesariana sob a influência de pessoas significativas, como mães e maridos.

De modo semelhante, um estudo transversal sobre a trajetória das mulheres na definição pela cesárea, realizado em duas maternidades do Estado do Rio de Janeiro, apontou a influência do parceiro na decisão da mulher. Ademais, foram componentes significativos no processo decisório da mulher o medo e as histórias prévias atrelados ao parto normal⁸.

Com relação à participação do médico no contexto da decisão pela cesariana, a mulher revela que este profissional acatou a sua decisão por esse tipo de parto. Reitera que a participação deste profissional, explicitando os benefícios do parto vaginal e/ou incentivando-a a realizá-lo, não a fez mudar de decisão. Isso foi corroborado por um estudo com gestantes atendidas por convênios de saúde, o qual revelou que, no processo de negociação entre a mulher e o médico obstetra favorável ao parto normal, prevaleceu a posição da mulher pela cesárea²⁰.

Existem, por outro lado, profissionais adeptos à realização da cesariana, os quais, muitas vezes, são procurados pela mulher para realizar esse tipo de parto, o que foi evidenciado por uma depoente no presente estudo. Há ainda casos em que a mulher não está decidida pela realização da cesariana e que o médico a influencia nessa decisão. Uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro com mulheres primíparas, assistidas no setor privado de saúde, evidenciou a influência, ora explícita, ora sutil, do médico na decisão da mulher pela cesárea. A relação de confiança entre as mulheres e o obstetra, construída ao longo do pré-natal, tornou a mulher mais influenciável à cesariana – tipo de parto de predileção do profissional – por medo da ocorrência de um fato negativo, caso insistissem em tentar o parto vaginal⁵⁰.

No cotidiano dos serviços de saúde, observa-se que, na maioria das vezes, as mulheres não recebem, por parte do obstetra, informações claras sobre as vantagens e desvantagens dos

diferentes tipos de parto⁸. Mesmo quando o profissional fornece informações à gestante, o diálogo entre médico-paciente sobre as questões relacionadas aos tipos de parto tem se mostrado insuficiente para instrumentalizá-la na tomada de decisão⁴⁷, o que a torna mais vulnerável a influências alheias, sejam de membros da sua família ou do profissional que a assiste.

Ressalta-se, nesse contexto, a importância do estabelecimento da relação face a face entre o profissional e a mulher, sendo tal relação permissível para uma interação autêntica e recíproca entre ambos. Esta reciprocidade é percebida quando objetos reais ou potencialmente comuns são escolhidos e interpretados de maneira idêntica pelos sujeitos no mundo social⁴⁸.

Nesse sentido, apesar de estarem posicionados biograficamente em diferentes situações, a mulher e o médico obstetra, mediados por uma relação recíproca, voltam-se do mesmo modo para a compreensão do que envolve a situação do parto e nascimento, viabilizando um diálogo inteligível e congruente entre ambos.

Isso denota a importância de proporcionar às mulheres uma experiência positiva de parto, independentemente do tipo, por meio de uma relação que gere segurança e informação suficiente às mulheres no processo de parto e nascimento⁵¹.

É importante salientar que, ainda que a mulher avalie positivamente a cesariana e opte por ela, o medo pode permanecer, estando este atrelado à anestesia e ao pós-operatório, como evidenciado nos discursos. Este achado vai ao encontro do que foi explicitado em um estudo com mulheres que foram submetidas à cesariana. Estas associaram a este tipo de parto a ocorrência de reações anestésicas e de dificuldades na recuperação pós-operatória¹⁰.

Ao refletirem sobre sua experiência com a cesariana, as mulheres, geralmente, avaliaram-na como positiva. Isso é evidenciado na literatura, que aponta que, mesmo com as possíveis complicações obstétricas, a mulher pode considerar a experiência da cesárea positiva⁵¹. Ademais, a ausência da dor no trabalho de parto coloca a cesárea como um procedimento cirúrgico desejável, que possibilita a realização da laqueadura e o desfrutar com segurança do parto¹⁰.

Quanto às necessidades de cuidado apontadas pelas participantes, ressaltam-se aquelas relacionadas à amamentação e cuidados com o recém-nascido. Um estudo realizado no interior de São Paulo com 60 mulheres submetidas à cesariana em maternidades do Sistema Único de Saúde apontou que todas apresentaram limitações para a realização de atividades cotidianas no pós-operatório. Destas, 40% apresentaram dificuldades relacionadas à amamentação. É importante destacar que estas puérperas apresentam uma condição particular, relacionada à maior necessidade de se movimentar para cuidar do recém-nascido e de si⁵².

Tendo em vista a experiência majoritariamente positiva com a cesariana, a mulher explicita o desejo de, em caso de ter mais filhos, ser novamente a ela submetida, em função da recuperação satisfatória e da ausência de dor no momento do parto. A experiência da parturição, seja ela positiva ou negativa, fornece subsídios para a decisão de seus próximos partos. As positivas reforçam a escolha pela mesma via de parto e as negativas, ao contrário, repercutem em outra escolha para o próximo parto⁴⁷.

Estudo realizado na Carolina do Norte, nos Estados Unidos, revelou a crença das mulheres de que a decisão pelo tipo de parto deve ocorrer a partir da escolha informada que inclua o conselho de seus médicos. Esta evidência traz, novamente, à tona a influência do

médico na decisão da mulher, uma vez que, mesmo não desejando a cesariana, as mulheres estavam repetindo o procedimento porque, segundo as informações repassadas por seus profissionais, elas tinham problemas obstétricos que as impossibilitariam a opção pelo parto normal⁵³.

A expectativa de não ter mais filhos caso tenha que se submeter a outra cesariana foi revelada por uma das participantes após a experiência negativa com a cirurgia. Sua decisão anterior pela cesariana se deu por influência de pessoas próximas, tendo sido submetida à cirurgia com o ideário do parto vaginal ainda entendido como a melhor opção de parto. Esta evidência está em conformidade com um estudo que levantou a possibilidade de a mulher se sentir frustrada por ter experienciado a cesariana, quando, na realidade, desejava o parto normal⁵⁰.

Além disso, as mulheres que tiveram problemas de saúde e complicações obstétricas no período pós-parto são menos propensas a fazer a mesma escolha para o nascimento do próximo filho, pois refletem sobre suas experiências e fazem outras escolhas⁵⁴. Por outro lado, algumas mulheres, mesmo após enfrentarem dificuldades no parto, não o consideram como uma experiência negativa. Isso demonstra que dar à luz é uma experiência individual e pode não estar atrelada à sua história obstétrica⁵¹.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da experiência da mulher primípara com a cesariana mostra que o medo do parto vaginal, visto como causador de dor e sofrimento perpassa a trajetória da mulher da gestação ao puerpério. Esse medo influencia sua expectativa em relação ao próximo parto, fazendo com que ela continue elegendo a cirurgia como opção.

A abordagem teórico-metodológica da fenomenologia social contribuiu na compreensão do vivido da mulher que se submeteu à cesariana, sob uma perspectiva que valoriza a dimensão social circunscrita nessa vivência.

Considera-se relevante a participação do profissional de saúde na instrumentalização dessa mulher, no intuito de desmitificar tabus e crenças que envolvem o parto normal. Quanto à cesariana, é importante a orientação acerca das reações advindas desse tipo de parto e suas implicações no pós-parto, no que diz respeito à recuperação cirúrgica e as dificuldades no cuidado ao recém-nascido. Essa instrumentalização pode ser um caminho para fazer valer o respeito à autonomia da mulher na decisão sobre o tipo parto que lhe proporcionará maior segurança.

Aos profissionais de saúde e pesquisadores ressalta-se a necessidade de atentar-se para os fatores que envolvem a decisão pela cesariana e os desdobramentos dessa decisão na vida da mulher, em especial, no que tange ao cuidado com o recém-nascido. Nesse sentido, cabe investir em ações assistenciais consoantes às demandas apresentadas pela mulher, desde a gestação até o período puerperal. Cabe também o incremento de pesquisas na temática que apresentem outras perspectivas do fenômeno estudado.

Cabe ressaltar que o resultado deste estudo, embora traga uma experiência rica de significados, apresenta como limitações o fato de ter sido realizado com mulheres vinculadas a um convênio de saúde de uma determinada realidade sociocultural do Brasil, o que inviabiliza a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Machado Junior LC, Sevrin CE, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC et.al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1): 124-32.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Gestação de alto risco: Manual Técnico*. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2011 Jul 9]. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>
4. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesarianas baseadas em evidências. *Femina*. 2010; 38(8 Pt 1): 415-22.
5. Herculano MMS; Veloso LS, Teles LMR, Oriá MOB, Almeida PC, Damasceno ALC. Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2): 295-301.
6. Essen BN, Binder P, Johnsdotter S. An anthropological analysis of the perspectives of Somali women in the West and their obstetric care providers on caesarean birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2011; 32(1): 10–8.
7. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, et al. Women's preference for cesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2010; 118(4): 391-9.
8. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme FMM. 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 Coletiva*. 2008; 13(5): 1521-34.
9. Ramvi E, Tangerud M. Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A

biographical, narrative, interpretative study. *Nurs Health Sci.* 2011; 13: 269–74.

10. Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM, Camargo CV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto Enferm.* 2012; 21(2): 458-66.

11. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. ANS: Rio de Janeiro, 2008.

12. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepage na internet] Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Nascimentos no Brasil: o que dizem as informações? Brasil; 2009. [atualizado em 02 set 2009; acesso em 06 maio 2010]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1.

13. DATASUS. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde [homepage da internet]. Brasília: Departamento de Informática do SUS; 2012a. [atualizado em 30 out 2011; acesso em: 09 jul 2012]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/f08.def>

14. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. O perfil dos nascimentos na cidade de São Paulo: dez anos do SINASC. São Paulo, Secretária Municipal da Saúde; 2011.

15. Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretária de Vigilância em Saúde. Superintendência de Epidemiologia da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Análise de Situação de Saúde. [internet]. Belo horizonte; 2010. [acesso em 10 julho 2012]. Disponível em:
http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/analises-de-situacao-de-saude/publicacao_subsec_saude_FINAL.pdf.

16. DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde [homepage da internet]. Brasília. Departamento de Informática do SUS; 2012b. Caratinga. [atualizado em 30 out 2011; acesso em 10 jul 2012]. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>

17. Alves B, Sheikh A. Investigating the relationship between affluence and elective caesarean sections. *Br J Obstet Gynaecol.* 2005; 112(7): 994-6.

18. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5): 761-7.
19. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1): 185-94.
20. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar socioantropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saude Matern Infant*. [online]. 2010; 10(2): 191-7.
21. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG*. 2007; 115(3): 324-31.
22. Karlström A, Radestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean Section without Medical Reason, 1997 to 2006: A Swedish Register Study. *Birth*. 2010; 37(1):11-20.
23. Yokote N. Women's experiences of labor, surgery and first postnatal week by an emergency cesarean section. *J Jpn Acad Midwif*. 2008; 22(1): 37-48.
24. Blomquist JL, Quiroz LH, Macmillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers' Satisfaction with Planned Vaginal and Planned Cesarean Birth. *Am J Perinatol*. 2011; 28(5): 383-8.
25. Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, Brien BD, Lee L. Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women: A Comparison of Experiences. *Birth*. 2010; 37(1): 44-9.
26. Mandarino 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 Saúde Pública*. 2009; 25(7): 1587-96.
27. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med*. 2007; 64(11): 2272-84.
28. Montgoremy AA, Emmett CL, Fahey T, Jones C, Richetts L, Patel RR, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007 April: 1-8.

-
29. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto & Contexto Enferm.* 2010; 19(3): 452-60.
30. Straus L, McEwen A, Hussein FM. Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery.* 2009; 25(2):181-6.
31. Organización Mundial de La Salud [homepage na internet]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. La Atención integrada del embarazo y el parto - piedra angular del Departamento. Ginebra; 2012a. [acesso em 10 jul 2012]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/about/es/.
32. Organización Mundial de La Salud [homepage na internet]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Acerca del Departamento. Ginebra; 2012b. [acesso em 10 jul 2012]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/about/es/.
33. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009; 13(1): 759-68.
34. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012. (no prelo).
35. Minayo MCS. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colect.* 2010; 6(3): 251-61.
36. Merighi MAB. Fenomenologia. In: Merighi MAB, Praça NS. *Abordagens Teórico-Metodológicas Qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.31-8.
37. Wagner HTR. *Sobre fenomenologia e relações sociais: Alfred Schutz.* Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
38. Schütz A. *El problema de la realidad social. Escritos I.* 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2003a.
39. Schütz A. *Estudios sobre teoría social. Escrito II.* Buenos Aires: Amorrortu, 2003b.
40. Capalbo C. *Metodologia das Ciências Sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz.* 2 ed Londrina: UEL; 1998.

41. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepage na internet] Censo demográfico - Minas Gerais; 2010 [acesso em 11 jul 2012]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>.
42. Prefeitura de Caratinga [homepage na internet]. Maternidade é inaugurada em Caratinga. [acesso em 19 de jan 2013]. Disponível em:
<http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.caratinga.mg.gov.br%3A8080%2Fnoticias%2Fsaude%2Fmaternidade-e-inaugurada-em-caratinga%2F&date=2011-04-28>
43. Brasil. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
44. Carvalho JLF, Vergara SC. A fenomenologia e a pesquisa dos espaços de serviços. *Rev Adm Empres*. 2002; 42(3): 78-91.
45. Domingos SRF, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivência e cuidado no abortamento espontâneo: um estudo fenomenológico. *Online Braz J Nurs* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 8 abril 2012]; 10(2). Disponível em:
http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3236/pdf_2
46. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1): 62-70.
47. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011; 61(3): 376-88.
48. Schutz A, Luckmann T. Las estructuras del mundo de la vida. 2ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.
49. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Min Enferm*. 2012; 16(2): 232-40.
50. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a indústria da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Saúde Coletiva*. 2012; 22(1): 35-52.
51. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92(3): 318-24.

-
52. Sousa L, Pitangui ACR, Gomes FA, Nakano AMS, Ferreira CHJ. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(6): 741-7.
53. Romero ST, Carol C. Coulson CC, Galvin SL. Cesarean delivery on maternal request: western North Carolina perspective. *Matern Child Health J.* 2012; 16: 725–34.
54. Shorten A. Shorten B. The Importance of Mode of Birth After previous Cesarean: Success, Satisfaction, and Postnatal Health. *J Midwifery Women's Health.* 2012; 57(2): 126-32.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Greyce Pollyne Santos Silva, enfermeira, aluna no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade de São Paulo, convido você para participar da pesquisa intitulada: “Experiência com a cesariana: perspectiva da mulher”, que tem como objetivo compreender a perspectiva da mulher que vivenciou a cesariana como sua primeira experiência de parto.

Sua participação será muito importante, pois, ao compreendermos como se dá a experiência da mulher com a cesariana, podemos, como profissionais de saúde, refletir e tomar atitudes profissionais voltadas para as suas reais necessidades de saúde nesse momento da sua vida reprodutiva.

Para tanto, você responderá a duas questões que serão gravadas. Assumo o compromisso de manter sigilo quanto à sua identidade durante a realização e na divulgação dos resultados da pesquisa – em eventos e publicações científicas – na medida em que as informações coletadas serão identificadas com um código fictício a que somente eu terei acesso. Todo material será arquivado pela pesquisadora e destruído após cinco anos.

Os gastos envolvidos na pesquisa são de minha responsabilidade. Você não terá gastos e nem será pago qualquer valor para participar do estudo. Caso precise utilizar condução com a finalidade única de participar deste estudo comprometo-me em ressarcir-la. Em qualquer momento, poderá pedir informações sobre o andamento da pesquisa, bem como se recusar a participar do estudo, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo, inclusive relacionado ao seu atendimento nos Serviços de Saúde.

Sua participação envolve um risco mínimo, isto é, passar por constrangimento ao responder algumas perguntas. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra ficará arquivada comigo. Se precisar de outras informações e esclarecimentos, entre em contato comigo pelo e-mail greycsilva@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo e-mail: edipesq@usp.br.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura da entrevistada

Como pesquisadora, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Greyce Pollyne Santos Silva

ANEXO

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
- EEU SP

PROJETO DE PESQUISA

Título: EXPERIÊNCIA COM A CESARIANA: perspectiva da mulher

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06138312.5.0000.5392

Pesquisador: GREYCE POLLYNE SANTOS SILVA

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo - EEU SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 114.173

Data da Relatoria: 18/09/2012

Apresentação do Projeto:

Este estudo qualitativo tem como finalidade a Dissertação de Mestrado de Greyce Pollyne Santos Silva sob orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Pinto de Jesus. Objetiva compreender a perspectiva da mulher que utiliza a cesariana como sua primeira experiência de parto. Serão convidadas a participar mulheres que foram submetidas ao parto cesáreo em maternidades de hospitais que atendem a unidades de saúde, na cidade de Caratinga, Minas Gerais. Caratinga possui dois hospitais gerais, sendo um privado e outro filantrópico, que atende a demanda hospitalar de outros 14 municípios. O hospital privado atende mulheres que têm condições ou que pagam pelo serviço (particular). Já o hospital filantrópico atende mulheres, parturientes e Sistema Único de Saúde. A escolha da instituição que atende condições de saúde se deu devido a maior taxa de cesariana estar presente neste tipo de serviço. Pressupõe-se que, nesse caso, a mulher tenha maior autonomia para decidir pelo médico que a acompanhará do pré-natal ao puerpério. A abordagem das mulheres não está limitada ao espaço físico onde ocorre a experiência com a cesária. Envolve a região de trabalho, local onde emergem as dúvidas e inquietações do pesquisador. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e das Instituições Campo de Estudo, serão consultados os prontuários das parturientes. Incluem-se na pesquisa parturientes primíparas que foram submetidas à cesariana e que receberam alta hospitalar há, pelo menos 30 dias, por considerar que, ante a este tempo, a mulher esteja mais voltada para os cuidados com seu bebê, aleitamento materno e com as mudanças em seu corpo. Após esse período, provavelmente, já retornou ao obsteta, laboratório perinatal, fez os testes do bebê e vacinação e desse modo poderá refletir sobre a experiência vivida no parto. Limita-se o período do puerpério por considerar que, nesse período, seus sentimentos estão mais próximos da cesariana e, desse modo, poderão expressar em seus depoimentos os significados vividos.

Optou-se por excluir da pesquisa mulheres adolescentes (10 a 20 anos incompletos) devido às especificidades desta fase da vida, como exemplo, indicação clínica de cesariana por ser considerada de alto risco. Também as mulheres que tiveram a indicação clínica de cesariana registrada no prontuário pelo médico e aquelas com idade acima de 30 anos.

De posse da seleção de mulheres que atendem os critérios de inclusão da pesquisa, estas serão abordadas via telefone e a cada uma será explicado o objetivo do estudo e solicitada sua participação voluntária. No caso de concordância, serão definidos dia, horário e local da entrevista, de acordo com a disponibilidade de cada participante. Os dados serão obtidos por meio de entrevista sem estruturada de abordagem fenomenológica contendo duas questões orientadoras: "como foi sua experiência com a cesariana?" e "considerando sua experiência com a cesariana o que você espera para os próximos partos dos filhos que vai ter?". As perguntas orientadoras não seguirão uma ordem rígida, sendo estimulado às participantes fazerem relatos a respeito da sua experiência com a cesariana. O número de participantes será

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05408-000
UF: SP Município:
Telefone: (11) 3061-1753 Fax: (11) 3061-1753 E-mail: edig@usp.br, calcevi@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
- EEU SP

definido durante o período de coleta de dados, a partir do momento em que o tema é a experiência da mulher com a cesariana for

desvelado, ou seja, quando os objetivos do estudo forem alcançados. A organização e categorização do material serão realizadas seguindo passos adotados por pesquisadores da fenomenologia social de Alfred Schütz. Inicialmente, serão realizadas leituras criteriosas de cada entrevista, transcrita na íntegra, para apreender o sentido global da vivência da mulher que experimenta a cesariana. Em seguida, será feita a releitura das transcrições, com o objetivo de identificar os aspectos significativos referentes ao contexto vivencial dessas mulheres que permitirão o agrupamento do conteúdo que explicita a convergência de sentidos contidos nos depoimentos. Esse conteúdo comporá as categorias concretas do estudo. Após a análise compreensiva das categorias será realizada a discussão dos resultados, tendo como fio condutor a fenomenologia social de Alfred Schütz e a literatura pertinente à temática em estudo. A partir do estudo a mulher poderá refletir e reelaborar sua experiência com a cesariana e seus projetos para a vida reprodutiva. Também contribuirá para que tais reflexões tenham impactos concretos e ações de saúde voltadas para esta clientela.

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender a perspectiva da mulher que viveu a cesariana como sua primeira experiência de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora proponente as participantes do estudo serão orientadas quanto ao risco mínimo que ocorre ao participar da pesquisa, isto é, passar por constrangimento ao responder algumas perguntas. Como benefícios são apontados: a oportunidade de a mulher refletir e reelaborar sua experiência com a cesariana e seus projetos para a vida reprodutiva e contribuir para que tais reflexões tenham impactos concretos e ações de saúde voltadas para esta clientela.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora corrigiu os arquivos: Projeto de Pesquisa Completo e PR_RELATORIO_PESQUISA_61383, item Riscos, afirmando que será assegurado à participante o direito de rescisão ou identificação dos casos de qualquer dano, pois trata-se de uma pesquisa de riscos mínimos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nada a declarar.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Nada a declarar.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 412
Bairro: Cerqueira César CEP: 05408-000
UF: SP Município:
Telefone: (11) 2081-7543 Fax: (11) 2081-7543 E-mail: edgarcia@uap.br, celsoav@uap.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
-EEUSP

Consideração Final a critério do CEP:

Relembra-se a necessidade de registro dos relatórios: parcial e final, na Plataforma Brasil.

03 de Outubro de 2012

Assinado por:
Celia Maria Silva Il Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 412
Bairro: Cerqueira César CEP: 05408-000
Unidade: SP Município:
Telefone: (11) 2001-7543 Fax: (11) 2001-7543 E-mail: edgma@usp.br, celaziv@usp.br