



ARTIGO DE PESQUISA

PARTO NATURAL X PARTO CIRÚRGICO: PERCEPÇÕES DE MULHERES QUE VIVENCIARAM OS DOIS MOMENTOS

NATURAL CHILDBIRTH X SURGICAL DELIVERY: PERCEPTIONS OF WOMEN WHO HAVE EXPERIENCED BOTH MOMENTS

PARTO NATURAL X PARTO QUIRÚRGICO: PERCEPCIONES DE MUJERES QUE EXPERIMENTARON AMBOS MOMENTOS

Luana Maria de Almeida Carneiro¹, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão², Chalana Duarte de Sena³, Anderson Reis de Souza⁴, Rudval Souza da Silva⁵, Alvaro Pereira⁶.

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa que objetivou identificar pelos discursos a percepção de mulheres acerca do parto natural e parto cirúrgico. Foram colaboradoras deste estudo 12 mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Riachão do Jacuípe, Bahia, Brasil, que vivenciaram as duas vias de parturição. Seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo, os dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas foram organizados em discursos e categorizados. As mulheres entrevistadas relataram que o parto natural dói, mas é melhor do que o parto cirúrgico; que o parto cirúrgico é realizado antes do trabalho de parto e que é programado para a realização da laqueadura. Os resultados evidenciaram, ainda, que as mulheres se apresentam mais integradas ao parto como um processo e não como um evento.

Descritores: Parto normal; Cesárea; Enfermagem obstétrica; Enfermagem.

ABSTRACT

This qualitative study aimed to identify the perception by women on natural childbirth and Caesarean section through their discourses. This study had the participation of 12 women enrolled in a Family Health Unit at the municipality of Riachão Jacuípe, State of Bahia, Brazil, who have experienced the two routes of parturition. Following the proposal of Collective Subject Discourse, data collected through semi-structured interviews were organized and categorized into discourses. The women interviewed reported that natural childbirth is painful, but better than surgical delivery; that surgical delivery is performed before labor and is scheduled for female sterilization. The results also showed that women are more integrated to childbirth as a process and not as an event.

Descriptors: Normal delivery; Caesarean section; Obstetric nursing; Nursing.

RESUMEN

Estudio de abordaje cualitativo que tuvo por objetivo identificar a través de los discursos la percepción de mujeres sobre el parto natural y el parto quirúrgico. Colaboraron en este estudio, 12 mujeres registradas en una Unidad de Salud de la Familia del municipio de Riachão do Jacuípe, Bahia, Brasil, que vivieron las dos formas de parturición. Siguiendo la propuesta del Discurso del Sujeto Colectivo, los datos recolectados a través de entrevistas semiestructuradas se organizaron en discursos y se categorizaron. Las mujeres entrevistadas relataron que el parto natural duele, pero es mejor que el parto quirúrgico; que el parto quirúrgico se realiza antes del trabajo de parto y que es programado para la realización de la ligadura de trompas. Los resultados evidenciaron, aun, que las mujeres se presentan más integradas al parto como un proceso y no como un evento.

Descriptores: Parto normal; Cesárea; Enfermería obstétrica; Enfermería.

¹ Enfermeira, graduada pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), ² Mestre em Enfermagem, doutoranda em Enfermagem pela EEUFB. Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia- UNEB, ³ Mestra em Enfermagem. Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia- UNEB, ⁴ Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela EEUFB, ⁵ Mestre em Enfermagem, doutorando em Enfermagem pela EEUFB. Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia- UNEB, ⁶ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EUFBA).

INTRODUÇÃO

O parto é um acontecimento de relevância na vida da mulher, uma vez que constitui momento único para a mãe e filho. O ato fisiológico de parir e nascer com o decorrer dos anos passou a ser visto como patológico, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência ⁽¹⁾.

Historicamente, o parto foi vivenciado como um evento exclusivamente feminino. A assistência ao processo de parturição tem início a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam e iniciam um processo de acumulação de saber sobre a parturição. Contudo, o parto, a partir do século XVII, sofreu transformações sociais e deixou de ser exclusivamente feminino para ser caracterizado como evento médico ⁽²⁾. Desabituaados a acompanharem fenômenos fisiológicos, os médicos foram formados para intervir e resolver casos complicados. Assim, o parto passou a ser visto como um ato cirúrgico e a mulher em trabalho de parto foi chamada de “paciente”, impedida de seguir seus instintos e adotar a posição mais cômoda e fisiológica ⁽²⁾.

Com o advento dos avanços tecnológicos e científicos oferecidos na assistência ao parto, muitos benefícios estão sendo vistos nos partos caracterizados de alto risco. Todavia, essa assistência muitas vezes é desenvolvida de forma fragmentada, desumanizada e mecânica. Rotineiramente, práticas intervencionistas são utilizadas excessivamente em partos de baixo risco, dificultando a evolução normal do trabalho de parto. Essa realidade está relacionada à elevada taxa de morbimortalidade materna e perinatal ⁽³⁾. Assim, a saúde da mulher tem sido prioridade no Brasil desde a implantação do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM) na década de 1980. ⁽⁴⁾.

Como estratégia de enfrentamento dessa problemática, o Ministério da Saúde (MS) implantou em 2011 a Rede Cegonha, que visa implementar a rede de assistência para as mulheres, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além de garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis ⁽⁵⁾.

Esse programa incentiva a realização do parto natural humanizado como uma estratégia para reduzir o número de cesarianas, quando desnecessárias. Com isso, será possível qualificar a atenção ao parto, assegurando a segurança da mulher e do recém-nascido, culminando em um movimento de transformação do modelo de assistência, colocando a mulher como protagonista do parto, além de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal ⁽⁵⁾.

Em relação aos tipos de parto, estudando mulheres que já haviam experimentado as duas formas ou apenas a cesariana, foi observado que a maioria delas declarou preferir o parto natural, especialmente entre aquelas que já haviam experimentado os dois tipos ⁽⁶⁾. A satisfação, preferência ou vantagens associadas pelo parto natural estão relacionadas à recuperação após o parto ser mais rápida, concepção de uma escolha melhor e mais saudável para a mãe e para o bebê, experiência positiva com parto natural anterior e sentir menos dor após o parto ⁽⁷⁾. Já a predileção pelo parto cirúrgico esteve relacionada ao fato de ser mais fácil, mais rápido, com data marcada, mais controle e segurança para o bebê, evitar o medo do parto e da indução.

Quanto às percepções negativas em relação ao parto natural, mostra-se evidente como principal fator o medo da dor, falta de humanização da equipe, complicações com o bebê, parto demorado ou difícil, frequência

de exames vaginais, administração de ocitocinas para acelerar o trabalho de parto, limitações de movimentação e falta de privacidade, quando está compartilhando sala com outras mulheres ⁽³⁾. Já em relação às percepções negativas da cesárea estão o medo da cirurgia e da anestesia, maior frequência de hemorragias, infecções puerperais, recuperação pós-parto dolorosa e lenta ⁽³⁾.

Todo esse processo de mudança na forma de parturição e na forma com que a sociedade compreende o fenômeno do parto faz com que as mulheres percebam esse momento com medo, principalmente da dor e da morte. Nesse sentido, o Ministério da Saúde prioriza a educação em saúde como estratégia que visa promover mudanças de comportamentos e a melhora na saúde da população. Assim, as ações educativas são definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população ⁽⁵⁾. Logo, analisar as percepções das mulheres acerca das vivências do parto é de grande importância para uma melhor assistência obstétrica na perspectiva da promoção e da facilitação de um parto saudável, fisiológico e da prevenção de possíveis intervenções e agravos.

Dessa forma, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as percepções de mulheres sobre suas vivências entre parto natural e parto cirúrgico.

MÉTODOS

Para buscar compreender a percepção das mulheres em relação às diferentes vias de parto, o presente estudo teve como proposta metodológica a pesquisa na linha qualitativa, uma vez que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas ⁽⁸⁾.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2013 em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Riachão do Jacuípe, Bahia, Brasil. A partir disso, foram selecionadas, de acordo com o objetivo do estudo, os seguintes critérios de inclusão: mulheres que já vivenciaram parto natural e cirúrgico, maiores de 18 anos e que fossem cadastradas na Unidade de Saúde da Família. Quanto aos critérios de exclusão, utilizou-se: mulheres com idade inferior a 18 anos, que não tivesse vivenciado as duas vias de parturição e que não fossem cadastradas na USF. Dessa forma, 12 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão participaram da pesquisa.

Por se tratar de uma abordagem qualitativa, utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista, sendo utilizado um formulário semiestruturado como instrumento, que foi dividido pelos seguintes itens: o primeiro contendo a identificação (E1, E2, E3...); o segundo com dados socioeconômicos (idade, cor, escolaridade); o terceiro com a questão norteadora (Fale livremente sobre sua vivência com o parto vaginal e cirúrgico). Após as participantes serem informadas dos objetivos do estudo e do teor da entrevista, esta foi realizada e gravada com a ajuda de um gravador portátil, mediante o consentimento das participantes, assegurando assim a privacidade, o anonimato e o sigilo absoluto sobre as declarações prestadas.

Foram respeitados todos os preceitos exigidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anteriormente à coleta dos dados. Este trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (Uneb) e aprovado pelo parecer nº 344.300.

Para organização e apresentação dos dados, foi utilizado o Discurso do Sujeito

Coletivo (DSC), que é uma nova abordagem na pesquisa qualitativa que consiste numa técnica metodológica que permite o resgate de discursos coletivos de forma qualitativa ⁽⁹⁾. Foram realizadas entrevistas individuais, buscando o pensamento como comportamento discursivo e fato social, sendo elas adaptadas num único discurso (primeira pessoa).

Assim, o DSC consiste em uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas da linha qualitativa que tem o objetivo de expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta fosse exatamente a emissora de um discurso único. Essa proposta consiste basicamente em analisar o material verbal, transcrito das entrevistas, buscando as seguintes figuras metodológicas: as Expressões Chaves (ECH), as Ideias Centrais (IC) para a constituição do DSC ⁽⁹⁾.

RESULTADOS

As colaboradoras tinham idade entre 26 e 55 anos, todas eram da raça negra, embora nove mulheres terem se autodeclarado pardas e três terem se autodeclarado pretas. Oito mulheres possuíam como escolaridade o ensino médio completo e quatro o ensino fundamental II.

As entrevistas individuais foram organizadas em discursos, divididos em três ideias centrais síntese, que possibilitaram melhor compreensão acerca da percepção das mulheres com relação à vivência do parto natural e cirúrgico. As ideias centrais são: o parto natural dói, mas é melhor do que o parto cirúrgico; o parto cirúrgico realizado antes do trabalho de parto; parto cirúrgico programado por conta da laqueadura.

Ideia Central 1 - O parto natural dói, mas é melhor do que o parto cirúrgico: “O parto normal dói, induziram meu parto, nessa parte aí foi um sofrimento só. Eles colocaram uma medicação no soro, eu acho, e eu acabei dormindo um pouco, descansei e depois disso eu acordei com várias dores, com várias

contrações. Depois de duas ou três contrações, na quarta, logo, logo, eu tive [o filho]. Mas a recuperação do parto normal é boa e rápida, é totalmente diferente [do parto cirúrgico] e até mais saudável. A dor só é na hora, que você sente aquela dor, que você espera o bebê chegar, a hora para sair é um momento gostoso. Você ouve até a criança chorar, que a maioria das crianças chora e depois que sentiu a dor, colocou para fora [bebê], não sente mais nada. Foi bom porque a recuperação foi melhor porque não levei ponto e com três, quatro dias comecei a fazer minhas coisas. Com 15 dias eu já fazia tudo, pegava a vassoura, arrumava a casa, pegava o menino, não foi complicado não. O parto cirúrgico é muito ruim, porque quando a anestesia passou eu senti muita dor, até para mijar teve que botar a sonda, porque eu não podia nem levantar, além da cicatrização [...] eu sofri muito com as dores, e depois os pontos. Ficaram parecendo que tinha tumor no lugar e nem pode tirar os pontos, e me mandou para casa [médico], passou um medicamento para eu tomar, para sarar e tirar os pontos. A minha primeira [filha] que foi normal chorou e quando eu disse: ‘eu tô aqui mamãe’, ela calou a boca. Já quando foi a da cesárea ela não chorou, tiveram que dá um tapinha no bumbum dela pra ela poder chorar. Digo uma coisa: quem puder ter seu filho normal não tenha cesáreo” (Discurso do sujeito coletivo 1 - E1, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12).

Ideia Central 2 - O parto cirúrgico realizado antes do trabalho de parto: “Pela data que teria que ganhar, chegou na data e eu não tive, não sentir dor, não senti contração, então, eu fui fazer uma consulta com uma obstetra. Aí fiz a ultrassom e ela me deu mais uma semana, aí dentro da semana eu não senti nada, aí foi e marcou o parto cesariano. Teve que fazer, foi tipo assim emergência, porque eu já tava com as 40 semanas e aí não sentia dor, e aí quando ela nasceu, nasceu

como se fosse prematura, aí ela passou oito dias internada na UTI” (Discurso do sujeito coletivo 2 - E1, E2, E4, E8).

Ideia Central 3 - Parto cirúrgico programado por conta da laqueadura: “Eu optei pelo parto cirúrgico porque eu tinha optado para fazer a laqueadura, queria me livrar de ter filho, encerrar a carreira, ligar né, como diz o ditado, ligar logo pra não ter mais filho, senão eu ia ter normal, e cesáreo não” (Discurso do sujeito coletivo 3 - E3, E5, E10, E11).

DISCUSSÃO

O discurso coletivo 1 revelou que a experiência da parturição configura-se como uma vivência marcada pela dor. Embora o aspecto doloroso do parto vaginal tenha sido enfatizado, essa é uma experiência satisfatória, sendo a dor minimizada após o nascimento do bebê.

É importante considerar que a dor do parto pode ser considerada uma grande medida iatrogênica, quando amplificada por rotinas como a imobilização, o uso abusivo de ocitócitos, a episiotomia e episiorrafia, a rotura artificial de membranas, entre outros⁽¹⁰⁾. Esses procedimentos, em muitos casos desnecessários e desaconselhados, acabam por aumentar a intensidade do processo doloroso, contribuindo para a cristalização de uma concepção do parto normal como um processo imensamente dolente, dando a ideia de que parir é sofrer⁽¹¹⁾, como representado na ideia central 1.

A dor permanece como o item mais recordado na parturição, de acordo com a fala das entrevistadas. No entanto, quando comparada com a via de parto, as mulheres descreveram a dor do parto natural como presente em todo o momento, porém tolerável, e que permite o retorno às atividades normais mais cedo. Por outro lado, percebem que, no parto cirúrgico, a dor está ausente, inicialmente, mas surge depois como

consequência do procedimento, sendo mais persistente e incapacitante.

Estudo realizado em 2014 identificou que o medo da dor do parto vaginal foi referido por uma proporção significativamente maior de primíparas atendidas pelo SUS⁽¹²⁾. A ideia de que parir dói e que as contrações são insuportáveis são amplamente discutidas entre a categoria médica e em conversas entre mulheres. Difunde-se também que o ato de parir pode provocar problemas para mãe e filho, além de ocasionar a integridade de seu assoalho pélvico, prejudicando posteriormente a vida sexual das mulheres. Neste sentido, é oferecido às parturientes o parto por meio de cirurgia cesárea, com a promessa de ser rápido, seguro e indolor⁽¹³⁾. Contudo, a organização da assistência obstétrica no Brasil limita a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto⁽¹²⁾.

Nesse sentido, algumas estratégias não farmacológicas podem ser empregadas para aliviar a dor e o sofrimento do trabalho do parto vaginal. Essas técnicas partem de uma concepção do parto como um evento fisiológico e respeitam sua natureza, preservando a integridade corporal e psíquica das mulheres. Outros benefícios das técnicas não farmacológicas são o conforto e a autonomia proporcionados às mulheres, além de incentivarem-nas a reconhecerem suas sensações corporais, contribuindo para maior controle e liberdade no uso de seus movimentos⁽¹⁴⁾.

O papel do profissional que assiste a mulher em processo de parturição é - além de fornecer as orientações em geral, tais como saber lidar com a dor e com o desconforto e fazer adequadamente os exercícios respiratórios - estimulá-la a fazer uso do banho de chuveiro, à deambulação, a praticar exercícios de agachar e levantar e exercícios com a bola Suíça, aplicar-lhe massagem, enfim, fazer uso de quaisquer recursos para tornar o processo em si menos doloroso e

fazer com que a mulher fique mais relaxada e colaborativa ⁽¹⁵⁾.

Assim, as mulheres adeptas do parto humanizado recusam a cesárea, sobretudo pelo reconhecimento da singularidade de cada caso, em detrimento do tratamento de rotina e da padronização do atendimento. Neste mesmo estudo foi identificado que o principal motivo para a escolha do parto vaginal foi a melhor recuperação desse tipo de parto, com 68,5%, e para a escolha da cesariana foi o medo da dor do parto, com 46,6%. O parto vaginal foi relatado como experiência positiva por 28,7% das entrevistadas, enquanto o parto cesáreo apresentou 24,5% de aceitação ⁽¹²⁾.

No presente estudo, a satisfação, preferência ou vantagens associadas ao parto natural foram encontradas em descrições como: pouco sofrimento, recuperação mais rápida, requerer menos cuidados, sentir menos dor após o parto, a possibilidade de voltar às atividades diárias, ter alta hospitalar mais cedo, além do aspecto psicológico, da satisfação da mulher em poder dar à luz e menores chances de complicações após o procedimento, como sangramentos ou infecções, por exemplo.

De acordo com revisão integrativa realizada em 2012 para identificar a percepção de mulheres sobre a vivência do parto normal e cesárea, foi identificado que o parto natural proporciona às mulheres força para lidar com a parturição, demonstrando confiança na sua capacidade de, como uma experiência para além da experiência física, centrada na sua mente, lidar com o trabalho de parto e com as dores do parto natural. Essas mulheres percebem as dores como um aspecto intrínseco ao ato de parir, quase como uma essência desse processo; elas transformam esse momento de sensação física dolorosa em sentimentos de amor materno e como possibilidade de vivenciar plenamente o protagonismo feminino proporcionado pela maternidade, conseguindo lidar com a dor, a

partir da utilização de métodos não farmacológicos e o uso mínimo de medicamentos ⁽³⁾.

Ainda relacionado à dor durante o parto vaginal, um aspecto relevante a ser considerado na etapa de reconhecimento entre mãe e filho refere-se à disposição da mulher para conhecer o bebê, ainda que enfrentando sensações dolorosas, em decorrência do trabalho de parto. Para a maioria das mães, a dor, em si, não era empecilho para o contato, sendo mesmo, para algumas, o próprio ponto de superação das sensações dolorosas. O parto natural proporciona o benefício do contato pele a pele entre o bebê e a mãe, que entram em sintonia única, proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido, com menor perda de energia, e mantém o bebê aquecido pela transmissão do calor da sua mãe ⁽¹⁶⁾.

O discurso coletivo evidenciou que no exato momento da saída do bebê, a preocupação preponderante da parturiente era com relação ao choro. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado para identificar os sentimentos maternos logo após o parto: para as participantes, logo após a expulsão do bebê, o sentimento majoritário foi a preocupação relacionada ao choro. As mulheres permaneciam apreensivas para escutarem qualquer som advindo dos recém-nascidos, como se esse som representasse sinal de saúde para a criança ⁽¹⁶⁾.

Sobre as percepções negativas do parto cirúrgico, foram mencionadas as dores do pós-parto, as dificuldades na recuperação, os riscos da cirurgia, as preocupações com a anestesia e mais medo, quando comparado ao parto natural. A realização de cesarianas eletivas tem implicações no aumento de até três vezes da mortalidade materna,

aumentando também o risco de placenta prévia, placenta acreta, rotura uterina e histerectomia periparto em gravidezes subsequentes. Verifica-se, ainda, que em mulheres submetidas à cesariana, a probabilidade de início e manutenção do aleitamento materno exclusivo é inferior⁽¹⁷⁾.

Apesar de o parto cirúrgico ser um procedimento amplamente utilizado, a operação não é isenta de complicações, sendo associada com maior frequência de infecção e de hemorragia materna, além de maiores índices de prematuridade e de síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, quando comparada ao parto natural. Os bebês nascidos por meio de cesariana são muitas vezes prematuros e, em muitos casos, também têm problemas respiratórios, o fluxo de ar que entra e sai dos pulmões está diminuído, o volume dos pulmões é reduzido e não possuem em quantidade suficiente a substância que reduz a tensão superficial dos pulmões que os ajuda a respirar⁽¹⁸⁾.

Contudo, mesmo ainda com todas essas implicações, estudo realizado em 2014, com objetivo de descrever os fatores referidos para a preferência pelo tipo de parto no início da gestação, apontou que entre as mulheres com preferência pela cesariana as percepções negativas sobre o parto vaginal, relacionadas principalmente ao medo da dor do parto foram de 46,6%, incluindo também o medo de não conseguir parir, críticas à desumanização da assistência e medo de não conseguir atendimento - aspectos mais citados para justificar a preferência pela cesariana. O medo da dor do parto vaginal foi referido por uma proporção significativamente maior de primíparas atendidas pelo SUS⁽¹²⁾.

Pesquisa realizada para avaliar associação entre via de parto e complicações maternas identificou que a cesárea oferece mais risco de complicações se comparada ao parto vaginal. Esse risco manteve-se estatisticamente significativo (p valor $\leq 0,05$)

após controle para doenças maternas, idade ou paridade. Também demonstra que o maior risco de complicações não está associado apenas à cesárea de emergência⁽¹⁹⁾.

No entanto, estudo realizado para identificar o tipo de parto preferido pelas mulheres no início da gestação, percepções negativas sobre o parto vaginal, relacionadas principalmente ao medo da dor do parto (46,6%), mas também a questões como o medo de não conseguir ter o parto, críticas à forma “desumana” como o parto é conduzido e medo de não conseguir atendimento, foram os aspectos mais citados para justificar a preferência pela cesariana. O medo da dor do parto vaginal foi referido por uma proporção significativamente maior de primíparas atendidas pelo SUS⁽¹⁹⁾.

Os estudos analisados, independentemente da via de parturição, enumeram algumas características da assistência, que podem contribuir para a conquista de maiores níveis de satisfação, quais sejam: a presença de um acompanhante; o suporte emocional; orientações no pré-natal; ter qualidade na relação entre os profissionais e as mulheres; fornecimento de informações durante a assistência; mais participação das mulheres no controle decisório, para aumentar sua percepção de estar no controle; e uma assistência voltada à mulher e sua família, visando à humanização da atenção ao parto que promova condições humanas e seguras ao nascimento de uma criança.

A respeito da segunda ideia central síntese, cada vez mais os estudos confirmam e alertam o quanto adiantar o parto sem necessidade, mesmo que em poucas semanas, pode trazer riscos para o bebê. São considerados prematuros bebês que nascem com menos de 37 semanas⁽²⁰⁾, mas isso não quer dizer que aquele que chegou à 37ª semana já possa nascer, pois o bebê ainda pode ter um pequeno comprimento de

maturidade pulmonar a ser vencido⁽²⁰⁾. Mesmo a partir da 38ª semana, as cesáreas eletivas podem trazer surpresas, ao acarretar complicações para os bebês como infecções respiratórias, febre, alteração na temperatura⁽²¹⁾. É necessário esperar o momento certo e adequado para o bebê nascer. Ele que deve sinalizar o momento do próprio nascimento.

O maior problema é o crescente número de cesáreas eletivas, ou seja, quando a cirurgia é agendada antes de a grávida entrar em trabalho de parto. Um dos riscos envolvidos é a chance de o médico errar no cálculo da idade gestacional e o bebê nascer prematuro. Com isso, a criança deixa de ganhar peso e de amadurecer os pulmões, correndo o risco de ser internada em Unidade de terapia Intensiva Neonatal (UTI NEO) por conta da prematuridade. Observa-se que muitas dessas cirurgias são realizadas sem necessidade, apenas por comodismo, tanto dos pais da criança, que querem se organizar melhor, quanto dos médicos, que não precisam desmarcar consultas para realizar um parto a qualquer momento⁽²²⁾.

O Ministério da Saúde afirma que a cirurgia cesárea aumenta o risco de problemas respiratórios neonatais como síndrome respiratória e taquipneia transitória, mais comuns em cesáreas do que em partos vaginais. Em ensaio realizado foi identificada morbidade respiratória neonatal de 35,5/1000 para neonatos de cesárea eletiva, em neonatos de cesáreas realizadas durante o trabalho de parto foi de 12,2/1000) e por parto vaginal de 5,3/1000. O MS aponta que os problemas respiratórios são mais frequentes nos partos realizados por cirurgia cesárea porque os mecanismos de reabsorção dos fluidos do pulmão sem o trabalho de parto não são ativados, provocando muitas vezes prematuridade iatrogênica⁽²³⁾.

A situação é diferente quando a mãe entra em trabalho de parto e no decorrer deste, é preciso realizar um parto cirúrgico. A

chance de a criança ter problemas pulmonares é menor porque, durante o processo, há uma série de transformações que acontecem na criança que a deixam mais preparada para sobreviver fora do útero. Não se deve interferir num processo natural, a não ser em casos específicos em que há risco de vida para a mãe e o bebê. A data provável dos partos é em torno de 40 semanas de gestação e se mãe e filho estiverem bem esse prazo pode se estender até 42 semanas⁽²⁴⁾.

A gestação prolongada, ou seja, a partir de 42 semanas ocorrem em aproximadamente 5% dos casos, enquanto aproximadamente 10% de todas as gestações se estendem até 41 semanas. É certo que as gravidezes realmente prolongadas (além das 42 semanas) são relativamente raras, uma vez que muitos casos ocorrem devido a erro na determinação da idade gestacional porque a data da última menstruação não está correta ou porque houve uma ovulação tardia e a fecundação não ocorreu por volta do 14º dia do ciclo⁽²⁴⁾.

Ainda a respeito dos partos cirúrgicos eletivos, muitos são programados para a realização em conjunto à laqueadura tubária, entrave esse que ocorre principalmente pela falha de um planejamento familiar abrangente e eficiente. Estudo realizado em 2014 apontou que entre as múltiparas a cesariana foi escolhida para realização de laqueadura tubária, sendo afirmada por quase 40% (n=3047) das mulheres com parto financiado pelo SU, e quase o dobro do valor observado nas mulheres com parto financiado pelo setor privado⁽¹²⁾.

O planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos. Não pode haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos. É um direito das pessoas assegurado na Constituição Federal e na Lei nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, que regulamenta o planejamento familiar, e deve ser garantido

pelo governo. Caracteriza-se em um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção ⁽²⁵⁾.

Sabe-se que pelo menos metade das gestações não são inicialmente planejadas, embora possam ser desejadas. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento deve-se à falta de orientação ou de oportunidade para aquisição de um método anticoncepcional ⁽²⁵⁾. Dessa forma, os profissionais de saúde, podem motivá-las para essa avaliação em momentos distintos de educação em saúde, em consultas médicas, ou de enfermagem, motivando especialmente as adolescentes.

Por muitas vezes não conseguirem o acesso a métodos reversíveis, as mulheres acabam por optar por métodos definitivos de esterilização, como a laqueadura tubária ⁽²⁵⁾. Apenas mulheres com mais de 25 anos ou com mais de dois filhos vivos podem fazer a cirurgia. Mesmo assim, o Ministério da Saúde tem desestimulado a realização da laqueadura no parto cirúrgico, pois muitas vezes é realizada uma cesariana de forma desnecessária, apenas para fins de esterilização.

Como foi observada no discurso coletivo, a opção pelo parto cirúrgico foi devido à vontade da realização da laqueadura, e esse é um determinante sociocultural responsável pela decisão em fazer uma cesariana programada, o que acaba por adentrar em fatores de risco próprios do parto cirúrgico programado (principalmente o risco para prematuridade) e tem feito com que as taxas de cesáreas aumentem no Brasil ⁽²⁶⁾. Assim, é prudente que não se indique a cesariana para a prática de esterilização.

A manifestação do desejo de esterilização deve ser objeto de ampla discussão durante a assistência pré-natal, a qual, no âmbito institucional público, deverá

contar com o apoio de um Serviço de Planejamento Familiar, com equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social), que deverá aconselhar no sentido de desencorajar a esterilização precoce e oferecer à pessoa interessada outros meios de regulação da fecundidade ⁽²⁵⁾, e quando for de fato acontecer, que não seja em conjunto com o parto, visto que o risco de um recém-nascido prematuro é grande, abarcando tudo o que foi discutido anteriormente.

Nesse contexto, estudos revelam a enfermeira obstétrica como profissional comprometida e qualificada, que resgata o parto normal como evento fisiológico e proporciona dignidade, segurança e autonomia, que reconhece os aspectos sociais e culturais envolvidos no processo de gestar e parir, e que garante os direitos de cidadania da mulher e sua família ⁽²⁵⁾.

Estudos também destacam e valorizam o papel da enfermeira obstétrica e obstetritz no processo de gestação, parto e puerpério. Profissionais que demonstram mais proximidade e atenção às necessidades das mulheres, no momento do nascimento, conforme se evidencia pelos níveis de satisfação encontrados, inclusive ratificando o seu papel no fornecimento de informações, colaboram para aumentar a autonomia das mulheres no evento do nascimento dos filhos.

O estímulo da atuação da enfermeira obstetra nessa assistência está no interesse da diminuição das intervenções desnecessárias, reduzir os altos índices de cesáreas, contribuir com a diminuição da morbimortalidade materna e devolver à mulher o papel de protagonista no parto ⁽²⁷⁾, respeitando a fisiologia desta e fornecendo suporte clínico e emocional adequado. Tudo isso dá liberdade de escolha ⁽²⁸⁾ à mulher, favorecendo um ambiente acolhedor, oportunizando a presença do acompanhante e promovendo

suporte físico e emocional em prol de nascimentos saudáveis e felizes ⁽²⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, foi possível analisar as percepções de mulheres sobre suas vivências entre parto natural e parto cirúrgico. Esses momentos marcaram profundamente suas histórias, com diferentes vivências e opiniões sobre as vias de parto. Tais percepções incluem aspectos físicos, emocionais e socioculturais que precisam ser respeitados na individualidade e integralidade de cada ser humano.

O discurso coletivo de mulheres revela o parto natural marcado pela dor, sendo a sensação dolorosa minimizada após o nascimento do bebê. Essa via de parto também é marcada pela recuperação rápida e pela volta quase que imediata às atividades do dia a dia. Por outro lado, o discurso revela o parto cirúrgico como uma escolha prática, pois além de programar o parto é possível realizar a laqueadura tubária. Foi possível apreender ainda sobre repercussões negativas do parto cirúrgico, a exemplo do nascimento prematuro.

Este trabalho se limita pelo contexto local, podendo a percepção ser diferente em outra comunidade. Infere-se a necessidade de pesquisas que possam captar o discurso de gestantes sobre os motivos da escolha da via de parturição para que se compreenda as percepções dessas pessoas antes do parto. É preciso ainda, como profissionais de saúde, incentivar o parto natural. Nesse contexto, a enfermeira obstétrica se mostra comprometida e qualificada para resgatar o parto vaginal.

REFERÊNCIAS

1- Costa ES et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*. 2012; 11(2).

2- Sena CDS et al. Avanços e retrocessos da Enfermagem obstétrica no Brasil. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2012; 2(3).

3- Velho MB, Santos EKA, Bruggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto contexto - enferm*. [online]. 2012; 21(2):458-466. ISSN 0104-0707.

4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). ISBN 978-85-334-0781-.

5- Brasil. Manual prático para a implementação da Rede Cegonha. Ministério da Saúde. 2011.

6- Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*. 2010; 11 (Número especial):32-41.

7- Melchiori LE, Maia ACB, Bredariolli RN, Hory RI. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. *Interação Psicológica*. 2011; 13(1).

8- Minayo, MC (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

9- Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

10- Sena CD, Santos TCS, Carvalho CMF, Sá ACM, Paixão GPN. Avanços e retrocessos na Enfermagem obstétrica no Brasil. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(3):523-529.

11- Barros SMO. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri, SP: Manole, 2012. - (Série enfermagem / coordenadora

- Tamara Cianciarullo). Vários autores. Apoio: ABEn-SP. Bibliografia. ISBN 85-204-2206-3.
- 12- Domingues RMSM et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Caderno de Saúde Pública*. 2014; 30(1).
- 13- Carneiro R. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013; 18(8):2369-2378.
- 14- Barros MLF. Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. *Rev. Enferm. UFPE [online]*. 2011; 5 (2):496-504.
- 15- Gayeski ME, Bruggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto contexto - enferm. [online]*. 2010; 19 (4):774-782. ISSN 0104-0707.
- 16- Rosa R et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc. Anna Nery [online]*. 2010; 14(1): 105-112. ISSN 1414-8145.
- 17- Oliveira AR. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controle. *Rev Port Med Geral Fam [online]*. 2013; 29 (3):151-159. ISSN 2182-5173.
- 18- Silveira DS, Santos IS. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2014; 20, suppl.2, (S231-S241). ISSN 0102-311X.
- 19- Machado Junior LC et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2009; 25(1):124-132.
- 20- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. - (Série A. Normas e manuais Técnicos) - (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4.
- 21- Friedrich L, Corso AL, Jones MH. Prognóstico pulmonar em prematuros. *J. Pediatr. (Rio J.) [online]*. 2005; 81 (1):S79-S88. ISSN 0021-7557.
- 22- Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública [online]*. 2011; 45 (1):185-194. ISSN 0034-8910.
- 23- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Normas e Manuais Técnicos. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 318 p. 2012.
- 24- Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc. Anna Nery [online]*. 2009; 13 (2):297-304. ISSN 1414-8145.
- 25- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52 p. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; caderno n. 2). ISBN 85-334-1043-3.
- 26- Vieira ABL, Lima REV. Crescente incidência de partos cesáreos no Brasil. *Anais eletrônicos da 1ª conferência Internacional de Estratégias em Gestão, Educação e Sistemas de Informação*. 2012 [acesso em 21 abr. 2014] Goiânia-GO. Disponível em file:///C:/Users/Gilv%C3%A2nia%20Paix%C3%A

30/Downloads/1160-4374-1-PB.pdf 23 Rocha
CRR.

27- Velho MB, Oliveira ME, Santos EKA.
Reflexões sobre a Assistência de Enfermagem
prestada à parturiente. Rev. bras. enferm.
[online]. 2010; 63 (4):652-659. ISSN 0034-716.

28- Duarte SJH, Almeida EP. O papel do
enfermeiro do programa saúde da família no
atendimento pré-natal. R. Enferm. Cent. O.
Min. 2014; 4(1):1029-1035.

Recebido em: 08/09/2014

Versão final reapresentada em: 10/07/2015

Aprovado em: 10/07/2015

Endereço de correspondência

Gilvânia Patrícia Do Nascimento Paixão
Rodovia Lomanto Júnior, Br 407, Km 127, Uneb,
Senhor Do Bonfim/Ba. Cep: 48970-000
E-mail: gilvania.paixao@gmail.com