



6. Parto por cesariana: Salvação e/ou conformidade?

6. Parto por cesariana: Salvação e/ou Conformidade?

Maria da Luz Barros – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Introdução

O parto, sendo um fenómeno fisiológico nem sempre ocorre de forma natural, verificando-se atualmente um aumento das taxas de cesariana na maioria dos países desenvolvidos, com implicações no aumento da morbilidade materna e encargos financeiros em saúde. Os cuidados no parto que inicialmente eram assegurados no domicílio por parteiras, com o intuito de reduzir a morbimortalidade materno infantil passaram a ser controlados pelos médicos em meio hospitalar e, em meados do século XX, os avanços tecnológicos e científicos levaram a que o parto sofresse um processo de modernização, socorrendo-se do progresso tecnológico. Este progresso provocou mudanças sociais que introduziram alterações nas atitudes dos indivíduos não só a nível social mas também a nível profissional. Em obstetrícia, o advento dos antibióticos e de instrumentos obstétricos levou a que se passasse a falar em parto normal e parto instrumentalizado.

Nos diversos tipos de literatura, percebe-se que as distintas práticas do parto constituem, nos dias que correm, um assunto complexo nos cuidados em obstetrícia. A cesariana começou por ser um meio para defender a saúde da mãe. No entanto, recentemente com a preocupação voltada para o feto tornou-se também um meio de salvar o bem estar desta díade e passou a atender-se a estas duas entidades quando se decide por cesariana, embora se questione muitas vezes os critérios subjacentes a essa decisão. Com o seu recurso, pensa-se na salvação da mulher e/ou dos técnicos ou, por outro lado, atua-se em conformidade com as recomendações obstétricas.

Este é um tema que tem carácter multidimensional sendo alvo do debate público, pelo que consideramos que deve constar também das agendas da academia e ser sujeito a investigação.

Considerando todos estes aspetos e a inquietação que nos tem causado esta problemática enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, temos vindo, há já alguns anos, a trabalhar nesta área, estando atualmente a elaborar a uma pesquisa, no âmbito da tese de doutoramento, sobre esta temática

centrando-nos nas vivências das mulheres que experienciaram um parto por cesariana, quer de forma urgente quer de forma programada, na região Alentejo, com o objetivo de analisar a “opção” das mulheres pelo parto por cesariana.

Contextualização da medicalização do parto

O parto fenómeno fisiológico, na espécie humana, tem sofrido modificações no modo como se pensa e se age sobre ele. É difícil descrever-se o que quer que seja sobre a gravidez e o parto no período pré-histórico, apenas se fazem conjeturas com base em pinturas rupestres parecendo que nessa época o parto era um evento solitário em que a mulher se movimentava e adquiria a posição de cócoras no período expulsivo. Alguns estudos antropológicos defendem a ideia que a mulher se isolava para ter os filhos regressando depois para junto do grupo já com o bebé nascido, sem que estivesse associada á reprodução o ato sexual. Na história dos cuidados no parto destacam-se no antigo Egipto, o facto de haver a ideia de que todas as mulheres que passavam pelas dores do parto deveriam ser assistidas pelas divindades que, sendo invocadas, viriam em seu socorro. Eram as mulheres que no domicílio auxiliavam no parto e acumulavam saber de geração em geração, mas a falta de rigor e de sistematização levaram a que comesçassem a surgir questionamentos sobre as técnicas e procedimentos executados pelas parteiras. Passou a desconsiderar-se a prática das parteiras, sendo visível a separação entre o conhecimento científico e académico dos médicos e o saber entendido pelas parteiras.

Entre os séculos XVI e XVII, começaram a ser introduzidos nos casos mais graves a participação do cirurgião ou do médico dando-se preferência às parteiras devido ao excesso de pudor em relação aos profissionais do género masculino, mas de forma gradual, o parto deixou de ser do domínio das mulheres passando a estar sob alçada médica, de forma cada vez mais complexa (Acker et al,2006). Desta forma, o parto afastou a mulher do seu domicílio e do ambiente familiar.

Durante os séculos XVIII e XIX a intervenção médica desenvolveu-se, organizou-se e legalizou-se no sentido de enaltecer os cuidados no parto. O parto passou a ser um acontecimento sob a alçada do médico, deixou de ser natural ou fisiológico (Resende 2005).

Com o objetivo de promover a saúde das mulheres e das crianças, a hospitalização do parto iniciada anteriormente levou, no século XX, à construção de maternidades e hospitais onde era garantida a assistência ao parto, tendo-se verificado um acentuado decréscimo das taxas de morbimortalidade materno infantil. A institucionalização do parto teve o seu início de forma mais notória nos Estados Unidos, passando posteriormente para a Europa, passando a partir daí a ser controlado pela profissão médica. (Odent, 2003).

Com caráter preventivo, a instrumentalização e a medicalização do parto levaram à possibilidade de se efetuarem episiotomias/ episiorrafias, induções do parto, cardiotocografia para monitorização do parto e à hipótese de recurso a cesariana. O recurso à episiotomia/episiorrafia é um procedimento obstétrico que visa prevenir lesões graves do períneo no período expulsivo, no entanto, a controvérsia existe constatando-se que em muitos casos ela ocorre de forma rotineira, pondo em causa a sua real vantagem sendo questionada a possibilidade de um aumento de complicações deste procedimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS), defende que este procedimento seja feito de forma seletiva, tendo publicado em 1996 o manual de assistência ao parto em que aconselha a realização da episiotomia em algumas situações, em concreto, sofrimento fetal, fraca progressão do trabalho de parto e risco iminente de lesão do 3º grau do períneo.

Numa revisão de literatura que incluiu estudos que comparam a realização da episiotomia rotineira à seletiva constatou-se que a realização da episiotomia rotineira não protege o assoalho pélvico, causa dor intensa, sangramento e complicações intra e pós-operatórias. Os autores concluíram que os estudos publicados reforçam a evidência de que a episiotomia feita de forma rotineira não tem qualquer vantagem devendo recorrer-se a ela em situações clínicas específicas, de acordo com a determinação do serviço, uma vez que não existe consenso sobre quais seriam essas situações. Os referidos autores refletiram sobre as recomendações da prática baseada na evidência, constatando-se a necessidade de intervenções para que ocorra mudança de comportamento na prática clínica diária. Verificaram ainda que apesar da controvérsia existente na literatura científica, a sua realização de forma rotineira ainda é uma realidade, considerando que esse procedimento possa estar associada a hábitos antigos, à

influência da formação acadêmica ou ao receio e insegurança de que a sua não realização represente má assistência obstétrica (Carvalho, Souza & Filho, 2010).

A indução do parto é um procedimento comum em obstetrícia graças ao recurso à ocitocina sintética que pode ser administrada para desencadear o trabalho de parto com critérios discriminados pelo médico, seja a idade gestacional ou grau de risco da gravidez. É um procedimento que torna possível o parto embora de forma forçada, mas que nem sempre tem o sucesso esperado, verificando-se em muitas situações a ocorrência de complicações que levam à necessidade de cesariana de urgência, sendo as mais frequentes a não progressão do trabalho de parto e sofrimento fetal agudo.

Numa revisão sistemática de estudos quantitativos, em que se selecionou um grupo de comparação e analisou a intervenção clínica para aumentar o sucesso do parto vaginal após uma cesariana, percebeu-se que a indução do parto através da ruptura artificial de membranas, do uso de prostaglandinas, da infusão com ocitocina ou a sua combinação, estava associada com taxas baixas de parto vaginal. O mesmo estudo revela ainda que os agentes de amadurecimento cervical, podem ser causa de menos nascimentos por via vaginal quando comparados com trabalho de parto espontâneo. (Catling et al, 2011).

Os hospitais foram acompanhando o progresso científico e tecnológico, equipando-se muitos deles no sentido de assegurar o parto cirúrgico para situações de risco. Os avanços nos campos da anestesiologia e da antibioterapia vieram trazer mais segurança a este ato cirúrgico e a possibilidade de monitorizar o feto e de utilizar a ocitocina sintética, levou a uma tendência acentuada para a medicalização do parto, o que parece contribuir também para o aumento das taxas de cesariana. Para McCourt et al (2007). As taxas de cesariana continuam a aumentar em muitos países com acesso a serviços médicos de forma rotineira, porém, este aumento não está associada à melhora da morbimortalidade perinatal. Este aspeto tem sido considerado pelas diversas entidades de saúde. As altas taxas de cesariana continuam a ser uma grande preocupação de saúde pública a nível internacional, sendo que alguns países apresentam taxas sem precedentes. (Lin et al 2005). Ao longo dos últimos 30 anos, em muitos países, o seu valor ultrapassou 20% (MacDorman et al 2008). Ainda a este respeito, Law et al (2010) referem que este aumento das taxas de cesariana tem alarmado as autoridades de saúde em todo o mundo e têm sido feitas advertências no sentido de

as reduzir. Observa-se que as causas para este aumento são várias, dependendo dos hospitais, dos técnicos e da área geográfica. As razões para esta tendência ascendente é multifatorial dependendo de causas médicas, associadas aos avanços na cirurgia e anestesiologia, à diminuição da morbidade e mortalidade materna associada a este procedimento e à prevenção de possíveis lesões do assoalho pélvico no parto vaginal (Jibodu e Arulkumaran 2000). De acordo com o National Institutes of Health Consensus Development Conference (2011), nos Estados Unidos e na Austrália, para este aumento tem contribuído a relutância de muitas instituições de saúde e/ou clínicos em tentar um parto vaginal após cesariana. Reforça-se ainda esta ideia com o facto de se verificar que a partir de 1990, a taxa de partos por cesariana tem vindo a aumentar na maioria dos países desenvolvidos, embora com variações consideráveis (Ventura et al. 2000).

O parto por cesariana passou a ser uma possibilidade vista como vantajosa quer pelos obstetras quer pelas mulheres tornando-se uma prática frequente em muitas maternidades, levando-nos muitas vezes a questionarmo-nos sobre os critérios subjacentes à escolha desta via do parto. Embora em alguns casos a mulher possa escolher o tipo de parto, no nosso país no que respeita à cesariana não há estudos que explicitem este facto, percebendo-se no entanto que os médicos não estão ainda disponíveis para atender aos desejos pessoais das grávidas/parturientes.

São controversos os critérios que levam à decisão por cesariana, parecendo por um lado querer salvar a situação sem qualquer tipo de rigor e por outro cumprirem-se as conformidades subjacentes a este ato cirúrgico, tendo ambas implicações no aumento de taxas de cesariana. Atualmente, a cesariana tende a ser vista como uma intervenção obstétrica bem aceite, segura e cómoda tanto para a mãe como para o feto e para os obstetras, sendo que para estes pode constituir um meio de fuga a embaraços médico-legais.

É discutível a programação e a urgência das cesarianas sendo variadas as causas da decisão no parto cirúrgico. Um estudo efetuado com vinte e seis mulheres que tiveram parto na maternidade de Aberdeen no Reino Unido e que tinham uma experiência anterior de cesariana visou explorar prospectivamente o processo de decisão do tipo de parto em mulheres que tinham passado por uma experiência de parto por cesariana para compreender a forma como é tomada esta decisão. Os resultados revelaram que as mulheres foram influenciadas pelas suas experiências anteriores e a decisão final

sobre o tipo de parto, que muitas vezes se desenvolve ao longo da gravidez, para a maioria das mulheres foi considerada como provisória consciencializando-se que podem surgir circunstâncias que provoquem mudanças nessa decisão. Apesar de desejarem ser envolvidas no processo, muitas mulheres não gostavam de se sentir responsáveis pela decisão tomada. Em contraste com as informações transmitidas na literatura não científica, não houve evidência sobre as preferências ou escolhas das mulheres pela cesariana eletiva. As mulheres que tiveram uma cesariana anterior não costumam ter ideias fortemente estabelecidas sobre o modo tipo de parto. Elas atendem às orientações médicas e algumas mostram-se descontentes com a responsabilidade de decidir a via do parto (Moffat et al, 2007).

Numa visão mais ampla, a decisão para cesariana está envolta em critérios pouco claros. Para Oliveira et al (2002), no Brasil, país com uma das mais elevadas taxas de cesariana, alguns fatores que contribuem para o aumento de cesarianas são o pouco tempo de dedicação dos médicos à vigilância do trabalho de parto, à desinformação das grávidas em relação ao parto normal, à falta de enfermeiros obstetras para assistirem as parturientes, a analgesia no parto e a possibilidade de laqueação tubar em simultâneo com a cesariana. Para Wagner (2006), uma das razões que leva os obstetras a promover as cesarianas é que em primeiro lugar, o parto normal leva em média doze horas a desenrolar-se e acontece a qualquer hora do dia, enquanto a cesariana leva vinte minutos e pode ser marcada de forma conveniente. Refere ainda o autor que numa análise feita a certidões de nascimento, se pôde perceber que os nascimentos no Brasil são mais comuns de segunda a sexta-feira das nove horas às dezassete incluindo as cesarianas de urgência. Estes dados corroboram com os dados apresentados por D'orsi et al (2006), num estudo caso controle, que teve como objetivo identificar os fatores associados à cesariana numa maternidade pública num hospital do Rio de Janeiro em que participaram 231 mulheres submetidas a parto por cesariana (Casos) e 230 submetidas a parto vaginal (controles) e que se apresentam na tabela 1:

Tabela 1

Table 2					
Characteristics of admission, management of labor, attending obstetrician, and time of decision by type of delivery. Public hospital, Rio de Janeiro, Brazil, 1998/1999.					
	Cesarean section		Public hospital Vaginal delivery		
	n	%	n	%	OR* 95%CI
Level 5 – Characteristics of hospital admission					
Time of admission (hours)					
22:00 to 05:59	55	25.9	80	37.0	1.0
06:00 to 17:59	119	56.1	107	49.5	1.6 1.0-2.5
18:00 to 21:59	38	17.9	29	13.4	1.9 1.0-3.4
Total	212	100.0	216	100.0	
Cervical dilatation					
≥ 3cm	54	24.3	172	76.4	1.0
< 3cm	168	75.7	53	23.6	10.1 6.5-15.6
Total	222	100.0	225	100.0	
Status of membranes					
Ruptured	55	24.2	75	32.9	1.0
Intact	172	75.8	153	67.1	1.5 1.0-2.3
Total	227	100.0	228	100.0	
Gestational age (weeks)					
37-40	132	59.5	144	65.8	1.0
< 37	57	25.7	61	27.9	1.0 0.7-1.6
41-43	33	14.9	14	6.4	2.6 1.3-5.0
Total	222	100.0	219	100.0	
Fetal presentation					
Cephalic	203	89.4	226	99.1	1.0
Other (majority breech)	24	10.6	2	0.9	13.4 3.1-57.2
Total	227	100.0	228	100.0	

Fonte D'orsi et al (2006)

Mas a questão não se restringe ao Brasil, num estudo efetuado por investigadores da Universidade Americana de Beirute e que teve como objetivo determinar as características das taxas de cesariana nesta cidade, verificou-se que a incidência das taxas de cesariana foi de 35%, estando significativamente associada à gestação múltipla, idade gestacional, número de partos anteriores, local de vigilância pré-natal sendo superior o número de vigilâncias efetuadas em clínica particular comparativamente às vigilâncias no centro de saúde, à hora do parto (manhã *versus* noite), dia do parto (de fim de semana *versus* dias de semana) e história da cesariana anterior. Concluíram que as altas taxas de cesariana em Beirute levantam sérias questões sobre a saúde das mulheres com os efeitos económicos sobre o sistema de cuidados de saúde.

Tabela 2

Table 3. Delivery Type by Hospital and Physician Characteristics					
Variables	Delivery Type				P-Value
	Cesarean Section		Vaginal Delivery		
	N	%	N	%	
Time of Delivery (all deliveries)					
day	141	44.9	173	55.1	0.000
evening	36	25.0	108	75.0	
night	32	23.2	106	76.8	
Total	209	35.1	387	64.9	
Time of Delivery (unplanned deliveries)					
day	53	23.5	173	76.5	0.500
evening	27	20.0	108	80.0	
night	24	18.5	106	81.5	
Total	104	21.2	387	78.8	
Day of Delivery (all deliveries)					
Week days	183	38.0	298	62.0	0.003
Weekend	28	23.5	91	76.5	
Total	211	35.2	389	64.8	
Day of Delivery (unplanned deliveries)					
Week days	92	23.6	298	76.4	0.014
Weekend	13	12.5	91	87.5	
Total	105	21.3	389	78.7	
Hospital Teaching status					
Yes	114	35.8	204	64.2	0.710
No	97	34.4	185	65.6	
Total	211	35.2	389	64.8	
Hospital Ownership					
Not for profit	104	32.2	219	67.8	0.100
Profit	107	38.6	170	61.4	
Total	211	35.2	389	64.8	

Fonte: Kassak, Mohamad & Abdallah (2009)

Neste mesmo estudo foram identificadas como principais determinantes para parto por cesariana, uma cesariana anterior; idade gestacional; paridade; vigilância pré-natal em serviços de saúde particulares, dor; medo e stress associado aos partos vaginais. Referem também os autores que são necessários mais estudos para melhor compreensão do impacto dos fatores que favorecem o parto por cesariana.

Das pesquisas efetuadas, percebeu-se que a única variável psicológica associada à escolha de cesariana a pedido materno foi o medo do parto. Um estudo controlado randomizado que teve como objetivo comparar partos vaginais e satisfação com o parto entre as mulheres com medo do parto, num Hospital Central da Universidade de Helsínquia, a satisfação com o parto foi analisada a partir do questionário Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ-A) tendo concluído que para diminuir o

número de cesarianas devido ao medo intenso do parto, é necessário proporcionar tratamento adequado para o medo do parto. Este estudo mostrou efeitos positivos a partir do recurso a terapia de grupo psico educativa nomeadamente em primíparas (Rouhe et al, 2012).

O medo do parto é um fator predisponente para a ocorrência de cesariana de emergência ou de forma eletiva, mesmo nos casos em que houve aconselhamento psicológico. (Sydsjö et al 2012). Para estes autores, as mulheres descrevem diferentes tipos de medo, entre eles, da dor intolerável, de lesão ou a morte do bebé ou de si própria, falta de controlo da situação durante o parto ou da necessidade de parto instrumental, sendo também referida a falta de confiança nos técnicos como fator desencadeante de medo do parto o que faz prolongar o tempo que medeia uma posterior gravidez, a fase ativa do trabalho de parto e aumenta o risco de cesariana. São identificados na literatura muitos outros medos, que influenciam a opção por uma cesariana, e a esse respeito, Faundes (1991) refere como fatores socioculturais que influenciam a opção por cesariana tanto para os clínicos como para as mulheres são o medo da dor do parto normal, medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina, a crença que o parto vaginal é mais arriscado do que a cesariana, sendo esta uma forma “moderna” de ter filhos.

A opção por cesariana, não está muito dependente das mulheres, sendo necessário o seu empoderamento para que possam decidir de forma informada. Os estudos revelam a necessidade de mais investimento dos técnicos neste âmbito. É muito frequente a mulher solicitar cesariana quando o trabalho de parto se prolonga cansando-lhe sofrimento psicológico manifestado por aumento dos níveis de ansiedade, vendo na cesariana a salvação para a situação que está a viver, é uma forma de parar o sofrimento e ver finalmente o seu bebé.

A mulher necessita ser conhecedora dos riscos e benefícios deste tipo de parto e perceber que é possível ter parto vaginal com antecedentes de cesariana, sendo que um dos receios sentido pelos clínicos neste caso se prende com o risco de rutura uterina. Constata-se a existência do paradigma “uma vez cesariana, sempre cesariana”, no entanto, sabe-se que na prática é possível ter-se um parto vaginal após cesariana. Hamai e Imanishi (2011) do departamento de obstetrícia e ginecologia do Tokyo Metropolitan Police Hospital publicaram um estudo que teve como objetivo analisar os resultados do parto vaginal em mulheres com antecedentes de cesariana. Participaram 145

mulheres com antecedentes de cesariana de janeiro de 2000 a Dezembro de 2009 e os resultados revelaram que em 27 casos foi realizada cesariana programada, o parto vaginal foi recomendado a 118 mulheres. Apenas uma grávida sofreu ruptura uterina. Não houve necessidade de uma transfusão sanguínea ou de histerectomia. O prognóstico materno e dos recém nascidos foi considerado bom e a taxa de sucesso de parto vaginal após cesariana foi de 94,9%. Concluiu-se que o parto vaginal em mulheres com cesárea anterior deve ser considerado. Na maioria dos hospitais do Japão, a cesariana é quase sempre realizada em mulheres com antecedentes de cesariana mas, se as indicações forem cuidadosamente avaliadas e explicadas à grávida ela expressa o desejo de um parto normal. No entender destes investigadores tentar o parto vaginal em mulheres com história da cesariana é clinicamente aceitável. Um outro estudo de Chung et al (2010) que pretendeu, investigar se a probabilidade de ocorrência de parto por cesariana e parto vaginal após cesariana varia com a nacionalidade materna, entre mulheres oriundas da China, Vietname e Taiwan concluiu que as mulheres vietnamitas e chinesas têm maior probabilidade de ter parto vaginal após cesariana anterior do que as mulheres de Taiwan, o que corrobora com as taxas de cesariana desses países. A consistência nas associações parece apoiar a hipótese de que o parto por cesariana, ocorre tanto de forma primária como de repetição por influência das atitudes maternas, que são provavelmente construídos pelo domínio das atitudes culturais no país de origem.

A prática de cesariana a pedido da mulher, sem que haja qualquer indicação obstétrica, é uma questão que necessita ainda de grande debate e análise, dependendo muito da prática clínica e da cultura dos hospitais. Nem todos os clínicos aceitam fazer cesariana a pedido da mulher. De acordo com o estudo elaborado na Noruega, 50% dos obstetras pareciam aceitar a decisão da mulher para cesariana eletiva. Estas percentagens assemelham-se a dados de investigações anteriores feitas na Europa e nos Estados Unidos da América (Fuglenes, Oian, Guyrd-hansen, Olsen & Kristiansen, 2010). A este respeito, Mc Court et al. (2007), referem que um grande número de comentários que surgem na literatura médica e em alguns meios de comunicação, sugerem que o pedido das mulheres contribui significativamente para o aumento contínuo a nível internacional de nascimentos por cesariana.

Mas nem todas as mulheres desejam fazer cesariana, tendo muitas vezes que ser submetidas a este tipo de parto de forma inesperada, contra a sua expectativa, com implicações na experiência de parto.

Atendendo à realidade atual, a Organização Mundial de Saúde (1999), recomendou uma mudança nas práticas do parto, difundindo a promoção do parto natural e mudanças de comportamentos que estão padronizados, mas sobre os quais não há comprovação científica, sendo necessário rever algumas dessas práticas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Em Portugal, atendendo às estatísticas que revelam a existência de um elevado número de nascimentos por cesariana, começam a surgir algumas preocupações já que estas taxas ultrapassaram largamente os 15% preconizados pela OMS. Em 2007, o valor das taxas de cesariana nos hospitais públicos foi de 34,8% (Alto Comissariado da Saúde, 2008). Numa notícia avançada pela Lusa em 19 de Outubro de 2010, a então ministra da saúde defendeu a redução da taxa de cesarianas em Portugal, que é superior a 35 %, para 20%. Anunciou que o Governo pretende lançar «rapidamente» uma campanha de informação que clarifique as vantagens, ou desvantagens, de uma cesariana, defendendo que este ato cirúrgico «não pode ser feito a pedido». Para a ministra, a questão merece reflexão, devendo atender-se à qualidade do acompanhamento e da intervenção bem como dos custos financeiros que uma cesariana acarreta. A este respeito, Carlos Santos entende que se criou «a ideia de que a cesariana é mais simples, mais segura e mais rápida» do que o parto natural, quando implica «riscos anestésicos, infecciosos e hemorrágicos». Salienta que, se alguma coisa corre mal no parto vaginal, a primeira pergunta é: «porque não fizeram uma cesariana?». A classe médica optou por correr menos riscos, pratica «uma medicina defensiva» (Portal oficial da Ordem dos Médicos, 2009). Não descurando a questão política e financeira, a este respeito a ministra refere que «as questões financeiras merecem um maior aprofundamento do ponto de vista dos seus princípios» e «terão que ser analisadas em organismos que fazem este estudo para o Ministério». Referiu também que a experiência negativa da mãe associada ao parto por cesariana, o menor contato imediato com o bebé e o risco de infertilidade são desvantagens apontadas no parto não natural.

Investigação em curso

Os dados que de seguida apresentamos são parte preliminar de um estudo mais amplo do qual pretendemos trazer contributos para o conhecimento das implicações psicológicas na mulher fruto das práticas da obstetrícia atual, nomeadamente no que respeita às questões relacionadas com as tomadas de decisão no parto por cesariana eletiva ou de urgência. Foi nossa pretensão estudar o fenómeno no âmbito regional escolhendo a região Alentejo.

Temos como objeto de estudo a vivência das mulheres que foram submetidas a parto por cesariana, quer de forma eletiva quer de urgência e delineamos como questão de partida:

Qual a influência das expectativas sobre o parto na vivência do parto por cesariana?

Surgiram assim algumas questões que orientam esta pesquisa:

- Que expectativas são construídas pelas mulheres relativamente ao parto e em particular para o tipo de parto?
- Optando por um parto por cesariana, como é que as mulheres expressam esse desejo?
- Que intercorrências do trabalho de parto levaram à decisão de cesariana não programada?

Delineamos então os seguintes objetivos:

- Compreender a forma como se constroem as expectativas acerca do parto e conhecer a sua importância.
- Identificar os aspetos postos em causa pela não concretização das expectativas acerca do parto quando há necessidade de cesariana de urgência.
- Conhecer as causas e motivos do elevado número de cesarianas na região Alentejo.

A amostragem teórica é constituída por cinco puérperas internadas num hospital da região Alentejo, 24 horas após o parto por cesariana, tendo esta ocorrido tanto de forma programada como de urgência. Destas cinco mulheres, duas tiveram parto por cesariana de urgência e três tiveram cesariana programada. Foram critérios de exclusão a gravidez patológica, parto pré- termo, parto gemelar e morte fetal.

Atendendo aos objetivos propostos, à questão de partida e à compreensão dos fundamentos da investigação qualitativa, optamos por uma metodologia qualitativa que permitisse uma análise aprofundada dos dados e a identificação das relações entre

eles. Pretendemos que a identificação da causa do problema vá emergindo e explique de forma efetiva a raiz do problema criando uma teoria a partir dos dados. A grounded theory permite construir, de forma claramente indutiva, um modelo teórico assente nos dados, a partir de uma análise de natureza qualitativa podendo trazer novo conhecimento ou aperfeiçoar teorias já existentes.

Utilizamos entrevistas semiestruturadas aplicadas às puérperas entre as 24 e as 72 horas pós parto no internamento, período de tempo, para explorar as consequências no puerpério imediato permitindo fazer simultaneamente uma investigação de campo. Para Streubert, Speziale & Carpenter, (2003) a investigação de campo explora e descreve os fenómenos nos seus ambientes naturais sejam hospitais, clínicas ou lares. Foram assegurados todos os procedimentos éticos tendo sido obtidas as autorizações por parte dos conselhos de administração dos hospitais com base no parecer das comissões de ética. Antes de iniciarmos as entrevistas foram apresentados os objetivos do estudo e pedido o consentimento para proceder à gravação das respostas assegurando sempre que seria garantido o sigilo.

Entre os meses de agosto e novembro de 2012 foram feitas entrevistas semiestruturadas às puérperas ainda no período de internamento entre as 24 horas e as 72 horas pós parto. Procuramos que a primeira questão levasse os participantes a explorar de forma clara os aspetos relacionados com o parto, e que refletisse sobre eles, permitindo assim relevância na informação transmitida. Após a legitimação da entrevista, iniciamos a entrevista com a questão: “Como desejou que fosse o seu parto?” Assim, abrimos caminho para explorar a forma como se constroem as expectativas acerca do parto e conhecer a sua importância. As entrevistas foram transcritas e os dados sistematicamente analisados, tal como determina o método iniciando-se a interação com os dados. A análise foi feita linha a linha, um tipo de análise que gera categorias iniciais. Este procedimento também denominado microanálise, consiste na *“análise detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais (com as suas propriedades e dimensões) e para sugerir relações entre as categorias; uma combinação de codificação aberta e axial”* Strauss e Corbin (2008:65).

Redigimos memorandos onde eram elaboradas ideias que permitiam uma melhor análise dos dados subsequentes. Procedemos a codificação aberta, que de acordo com Strauss e Corbin (2008), consiste num processo analítico que permite a identificação

de conceitos e descoberta das suas dimensões e propriedades. Procedemos também à codificação axial, que para os mesmos autores é o processo que permite relacionar categorias às subcategorias ocorrendo em torno de um eixo de uma categoria onde se associam categorias ao nível de propriedades e dimensões. Atendendo ao estágio da investigação não procedemos ainda a codificação seletiva que segundo Fernandes & Maia (2001), deriva do estabelecimento e relacionamento sistemático entre a categoria central e as restantes categorias que vão validando a relação entre elas.

Primeira aproximação aos resultados

Através de um exercício de codificação interpretativa e da criação de categorias, a decisão para parto por cesariana emergiu como categoria central. A decisão médica tem maior impacto e o obstetra apresenta-se como agente da tomada de decisão. As mulheres, apesar das experiências vividas e das expectativas criadas para o parto tendem a não expressar verbalmente o seu desejo pelo tipo de parto, parecendo não estar muito envolvidas nas tomadas de decisão reconhecendo credibilidade nas razões apresentadas pelo obstetra, e que levam à decisão tanto para a cesariana eletiva como para a cesariana de urgência. Levanta-se assim a questão da falta de envolvimento da mulher no seu parto. O parto deixou de ser um acontecimento em que a mulher era a principal interveniente, passando a ser um evento institucionalizado e medicalizado, dominado pela tecnologia e pelos cuidados dos técnicos que controlam o parto (Almeida, Soares, Sodré & Medeiros, 2008).

Os significados atribuídos ao parto têm sofrido alterações ao longo dos tempos. Inicialmente era assunto dominado pelas mulheres, tornando-se progressivamente uma área a ser explorada pelo médico em meio hospitalar com o objetivo de diminuir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil. A possibilidade de recurso à instrumentalização e à anestesia permitiram uma melhoria nos cuidados obstétricos, porém, parece haver uma utilização indiscriminada destes recursos assistindo-se atualmente, a nível mundial, a um aumento crescente do número de nascimentos por cesariana. Sabendo-se que cada vez mais este tipo de parto ocorre de forma segura graças aos avanços científicos e tecnológicos, é razoável pensar-se que a sua realização seja sobretudo para prevenir situações de risco quer para a mãe quer para o feto e que

sendo um ato cirúrgico, não está livre de riscos defendendo-se atualmente uma reflexão sobre os riscos e benefícios da cesariana, em prol do bem-estar materno infantil.

A tendência crescente verificada a nível mundial do recurso a esta via do parto faz com que as taxas de cesariana ultrapassem em muito os 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde. A sua prática parece estar envolta em critérios pouco consolidados percebendo-se que é mais frequente em hospitais privados do que nos hospitais públicos o que leva a um consumo excessivo dos recursos dos sistemas de saúde. De acordo com diversos autores, as taxas de cesariana a nível mundial são mais elevadas em mulheres que receberam cuidados em hospitais privados comparativamente aos hospitais públicos (Belizán, Althabe, Barros & Alexander, 1999; Betrán, Merialdi, Lauer, & Bing-Shun, 2007).

A complexidade que passou a ser atribuída ao parto desde a sua institucionalização tem contribuído para o aumento do número de cesarianas e instrumentalização do parto. À gravidez e ao parto, eventos naturais que na maioria das vezes ocorrem sem complicações, passaram a estar associadas a imprevisibilidade e a falta de controlo sobre as pressões medico-legais. Assim, torna-se difícil perceber as reais causas da cesariana, nomeadamente aquelas que pretendem beneficiar ou proteger o médico ou a mulher.

A existência de medos e inseguranças por parte das mulheres parece ser também um motivo que leva à opção por cesariana, defendendo-se a procura de uma explicação adequada para esses medos, e aconselhamento psicológico, procedimento que tem sido demonstrado como vantajoso. Apesar disso, o medo do parto tem sido a razão apontada para a ocorrência de cesariana a pedido da mulher sem que haja indicação médica (Nerum, Halvorsen, Sørli, & Oian, 2006; Ramvi & Tangerud, 2011). Este medo pode resultar da personalidade da mulher, da personalidade do companheiro e das características da relação conjugal (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & Halmesmäki, 2001).

Da investigação em curso, os dados preliminares permitiram compreender que as tomadas de decisão em obstetrícia são difíceis de interpretar atendendo ao seu carácter clínico e médico-legal. Maioritariamente, as mulheres, quando confrontadas com a tomada de decisão para o parto por cesariana por parte do obstetra, não identificam os riscos fisiológicos e psicológicos para si próprias, centrando-se sobretudo nos

benefícios imediatos e no bem-estar do bebê, da mesma forma que não são envolvidas na tomada de decisão.

Referências bibliográficas

- Acker, J.I.B.V., Annoni, F., Carreno, I., Hahn, G.V. & Medeiros, C.R.G. (2006). As parturientes e o cuidado com o nascimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 647-651.
- Almeida, N.A.M., Soares, L.J., Sodré, R.L.R. & Medeiros, M. (2008). A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2008; 10(4):1114-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a24.htm>. Acedido em 06 /01/2014.
- Alto Comissariado da Saúde. (2008). Indicadores atuais do PNS. disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/10/mcm-curia-out2008.pdf> (acedido em 10 de abril de 2010).
- Basto, M. (1998). Da Intensão de Mudar à Mudança. Um Caso de Intervenção Num Grupo de Enfermeiros. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Belizán, J.M, Althabe, F.T., Barros, F.C. & Alexander, S. (1999). Rates and Implications of Caesarean Sections in Latin America: Ecological Study. *BMJ*, 319, 1397-1400.
- Betrán, A.P, Merialdi, M., Lauer, J.A. & Bing-Shun, W. (2007). Rates of Caesarean Section: Analysis of Global, Regional and National Estimates. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 21:98-113.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1999). Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, C.C.M., Souza, A.S.R. & Filho, O.B.M. (2010). Episiotomia selectiva: avanços baseados em evidências. Revisão sistemática. *Femina*, 38 (5), 265-270.
- Catling-Paul, C., Johnson, R., Ryan, C., Foureur, M.J. & Homer, C.S. (2011). Clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after a cesarean section: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* Aug, 67(8), 1646-61.
- Fu, C-J., Xirasagar, S., Liu, J. & Probst, J.C. (2010). Cesarean and VBAC rates among immigrant vs. native-born women: a retrospective observational study from Taiwan cesarean delivery and VBAC among immigrant women in Taiwan. *BMC Public Health*, (10), 548 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/548>.

- D'orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC. (2006). Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. [acesso em 27 set 2012];22(10):2067-2078. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000012&lng=en&nrm=iso&tlng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000012>.
- Faundes, A. & Cacatti, J.G. (1991). A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de acção. *Cadernos de Saúde Pública*, (7),150-173.
- Fernandes, E.M. & Maia, A. (2001). Grounded theory. In Fernandes, Eugénia, M., Almeida, L.S. ed lit- Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas. Braga: Universidade do Minho. Centro de estudos em educação e psicologia. 49-76. ISBN 972-8098-98-7.
- Fuglenes, D., Øian, P., Guyrd-Hansen, D., Olsen, J. A. & I., S., Kristiansen, I.S. (2010). Norwegian obstetricians' opinions about cesarean section on maternal request: should women pay themselves? *Acta Obstetricia et Gynecologica*, (89), 1582–1588.
- Hamai, Y. & Imanishi, Y. (2012). Efforts to promote vaginal delivery after a previous cesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecoogyl Research*, 38(1),113-117.
- Jibodu, O. & Arulkumaran, S. (2000). Caesarean section on request. *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, 22, 684–689.
- Kassak,K.,M., Mohamad Ali, A. & Abdallah, A.M. (2009). Opting for a cesarean: what determines the decision? *Public Administration & Management*, 13 (3), 100-122.
- Law, L.W., Pang, M.W. & Chung, T. (2010). Randomised trial of assigned mode of delivery after a previous cesarean section- Impact on maternal psychological dynamics. *The Journal of Maternal. Fetal and Neonatal Medicine October*, 23(10), 1106-1113.
- Lin, H.C. & Xirasagar, S. (2005). Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: A 5-year population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192 (3), 848-55.
- McCourt, C., Weaver, J., Stathan, H., Beake, S., Gamble, J. & Creedy, D. (2007). Elective cesarean section and decision making: A critical review of the literature, *Birth* 34(1), 65-79.
- MacDorman, M.F., Menacker, F. & Declercq, E. (2008). Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clin Perinatologie*, 35, 293–307.

- Moffat, M., Bell, J., Porter, M., Lawton, S., Hundley, V., Danielian, P. & Bhattacharya, S. (2007). Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *BJOG*, 114, 86–93.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference (2010). *Vaginal birth after cesarean, new insights*, Bethesda: Maryland, March 8-10. <http://consensus.nih.gov/2010/vbac.htmz>. Accessed July 29, 2011.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., Oian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counselling? *Birth* 33, 221–228.
- Odent, M. (2003). *O camponês e a parteira*. São Paulo: Edições Ground.
- Oliveira, S.M.V. (2002). Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 667-674.
- Ramvi, E. & Tangerud, M. (2011). Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nursing and Health Sciences*, 13, 269-274.
- Rezende, J. (2005). Obstetrícia: conceito, etimologia, propósitos, súmula histórica. In: *Obstetrícia*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1-27.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E. & Saisto, T. (2012). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG*, 120:75–84.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E., Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*, 108, 492–498.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). Basic qualitative research. Techniques and procedures of developing grounded theory (2ª ed). London: SAGE Publications.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Streubert, S., Speziale, D.R. & Carpenter, D. (2003). *Qualitative Research in Nursing. Advancing in Humanistic Perspective*, 3ª ed. Philadelphia: Lippincott.
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladah, M. & Josepsson (2011). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica e Gynecologica Scandinavica*, 91, 44–49.

Ventura, S.J., Martin, J.A., Curtin, S.C., Mathews, T.J., Park, M.M. (2000). Births: final data for 1998. *National Vital Statistics Report*, 48,13–14.

Wagner, M. (2002). Cesárea: Escolher e Perder. <http://amigasdoparto.com.br>, homepage. Acedido em 15 de janeiro de 2011.