



EXPECTATIVAS, DECISÃO E VIVÊNCIAS NO PARTO POR CESARIANA

ESTUDO QUALITATIVO NA REGIÃO ALENTEJO

Maria da Luz Ferreira Barros

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
Especialidade: Clínica

ORIENTADOR: *Vitor Daniel Ferreira Franco*

ÉVORA, DEZEMBRO 2014



Expectativas, Decisão e Vivências no Parto por Cesariana
Estudo Qualitativo na Região Alentejo

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Expectativas, Decisão e Vivências no Parto por Cesariana

Estudo Qualitativo na Região Alentejo

Maria da Luz Ferreira Barros

Tese apresentada à Universidade de Évora para obtenção do Grau de Doutor em
Psicologia Especialidade: Clínica

ORIENTADOR: Nome do Professor Vitor Daniel Ferreira Franco

Esta tese não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Évora

2014

Expectativas, Decisão e Vivências no Parto por Cesariana
Estudo Qualitativo na Região Alentejo

À Alexandrina e ao Arnaldo, à Arminda e ao Hernani, exemplos de rigor e de amor pelo próximo.

AGRADECIMENTOS

Nunca trabalhamos sozinhos! O presente trabalho só foi concretizado graças ao envolvimento, apoio e amizade de muitas pessoas que desinteressadamente para isso contribuíram. A todas elas o meu bem hajam!

Expresso aqui o meu particular agradecimento:

- Ao Professor Doutor Vitor Franco, pelo seu interesse, paciência, disponibilidade, encorajamento e partilha de conhecimento;

- Aos participantes do estudo pela disponibilidade, interesse e motivação;

- Aos hospitais que autorizaram o desenvolvimento do estudo a partir dos seus espaços;

- Aos colegas do grupo de trabalho *grounded theory*, pelos comentários e questões que me ajudaram a desenvolver ideias e a refletir.

- Aos professores do curso de Doutoramento em Psicologia da Universidade de Évora;

- Aos colegas do Doutoramento que partilharam momentos de angústia, solidariedade discussão e desenvolvimento académico, pessoal e profissional;

- Aos colegas de serviço que me transmitiram confiança, deram a sua amizade, conhecimento, incentivo, disponibilidade, oportunidades e compreensão;

- Aos meus familiares pelo apoio e incentivo;

- À Marta, à Margarida à Ana e ao Mauro, ajudas preciosas;

- Ao Carlos pela compreensão, apoio e esforço em dar ajuda sempre bem conseguida;

- À Cátia, que nesta fase da minha vida me proporcionou a oportunidade de viver a maternidade a partir da “terceira” via do parto e compreendeu as minhas ausências.

RESUMO

Expectativas, Decisão e Vivências no Parto por Cesariana Estudo Qualitativo na Região Alentejo

A singularidade da experiência de parto dita necessidades e ambições de caráter subjetivo e por isso complexo. 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 morbidade materna e encargos financeiros em saúde. Tornou-se imperativo compreender como se constroem as expectativas para o parto e a forma como ele é vivido quando ocorre por cesariana. Realizou-se um estudo de natureza indutiva na região Alentejo, recorrendo à *Grounded Theory*. Participaram 14 puérperas e 10 enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia a quem foram feitas entrevistas semiestruturadas. De acordo com a teoria emergente, algumas das expectativas para o parto vão sofrendo construção e desconstrução de acordo com as circunstâncias ocorridas ainda durante a gravidez ou durante o trabalho de parto estando também dependentes da decisão médica. Da relação entre as categorias, tornaram-se perceptíveis constructos fruto dos pensamentos formados e que se conceptualizavam. Emergiram três constructos essenciais que explicam a essência das expectativas e a vivência no contexto do parto por cesariana. O primeiro, “Edificação e relevância das expectativas para o parto”, refere a forma como as mulheres criam as expectativas e qual a sua importância, o segundo, “Vivências na experiência de parto por cesariana”, refere os pontos relativos ao modo como é vivida a experiência de parto por cesariana quer de forma programada quer de forma não programada. A experiência de trabalho de parto e a recuperação pós cirúrgica são o maior desafio nesta vivência. O terceiro e último, “Fundamentos para o parto cirúrgico”, refere o conjunto de condições determinantes na condução do parto por cesariana na região Alentejo. A partir dos vários tipos de codificação, destacou-se como categoria central, “Soberania e liderança na decisão”.

Palavras-chave: Cesariana; expectativas; decisão; vivência; parto.

ABSTRACT

Expectations, Decisions and experiences in the birth by C-section “Qualitative study in Alentejo’s Regions

The singularity of the birth experience dictates the needs and the ambitions of subjective character and, therefore, complex. It not always occurs naturally, it is currently checking an increase in caesarean section rates in most developed countries, with implications for the increase in maternal morbidity and financial burden on health. It became imperative to understand how expectations are built for labour and for the way it is experienced when it occurs by C-section. It was conducted a study of inductive nature in the region of Alentejo using the *grounded theory*. In it there were involved 14 puerperal women and 10 specialized nurses in obstetrics and maternal health nursing, to whom semi-structured interviews. According to the emerging theory, some of the expectations for delivery are undergoing construction and deconstruction according to the circumstances, which have occurred during pregnancy or during labor and is dependent on the medical decision. The relation between the categories become noticeable result of the constructs formed thoughts and who conceptualized. They emerged three main constructs that explain the essence of expectations and experience in the context of labor by C-section. The first, "Building and relevance of expectations for delivery," refers to how women create expectations and what is its importance, the second, "Experiences in the birth experience by C- section," says the points concerning the way it is experienced the birth experience by caesarean section either programmatically or unscheduled basis. The labor experience and post-surgical recovery are the biggest challenge in this experience. The third and last, "Grounds for operative delivery," the set of determining factors for cesarean delivery in driving the Alentejo region. From the various types of coding, it stood out as a central category, "Sovereignty and leadership in the decision".

Key words: C-section; expectations; decision; experience; delivery.

RÉSUMÉE

Expectativas, Décision et Expériences dans l'Accouchement par Césarienne

Étude Qualitatif dans la région Alentejo

La singularité de l'expérience de l'accouchement dicte des besoins et des ambitions de caractère subjectif et donc complexe. Il se produit pas toujours naturellement, il est en train de vérifier une augmentation des taux de césariennes dans les pays les plus développés, avec des implications pour l'augmentation de la morbidité maternelle et la charge financière sur la santé. Il a fallu comprendre comment on se construit les attentes pour l'accouchement et la façon comme il est vécu quand il s'agit d'une césarienne. Un étude inductif a été réalisé dans la région Alentejo, en utilisant la *Grounded Theory*. Dans cet étude, ont participé 14 femmes venant d'accoucher et 10 infirmières spécialistes en santé maternelle et obstétrique, à qui ont fait des entretiens semi-structurés. D'accord avec la théorie émergente, quelques attentes pour l'accouchement souffrent de la construction et de la déconstruction vis-à-vis les circonstances vécues pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, étant aussi dépendantes de la décision du médecin. La relation entre les catégories devenir résultat notable des constructions formées pensées et qui conceptualisé. Ils ont émergé trois principales constructions qui expliquent l'essence de la confiance et de l'expérience dans le contexte du travail par césarienne. Le premier, "Building et la pertinence des attentes pour l'accouchement," se réfère à la façon dont les femmes créent des attentes et quelle est son importance, la deuxième, "Expériences dans l'expérience de la naissance par césarienne," dit les points concernant la façon dont il est connu l'expérience de la naissance par césarienne programmation ou base non programmée. L'accouchement et la récupération après l'accouchement sont le plus grand défi de l'expérience de ce type d'accouchement. La troisième et dernière, "Motifs de césarienne", l'ensemble des facteurs déterminants pour l'accouchement par césarienne dans la conduite de la région de l'Alentejo. À partir de plusieurs types de codification, s'est détachée comme catégorie centrale "Souveraineté et commandement dans la decision".

Mots-clés : césarienne ; attentes ; décision ; expérience ; l'accouchement.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	5
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO	17
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS MATERNOS E TIPOS DE PARTO	17
1.1. EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA À GRAVIDEZ E AO PARTO	17
1.1.1. Implementação das medidas de promoção da saúde materna e infantil	20
1.1.2 Avaliação do risco obstétrico	27
1.2 FISILOGIA DO TRABALHO DE PARTO	31
1.3. PARTO NORMAL E PARTO POR CESARIANA.....	33
1.3.1. Caracterização do parto normal	33
1.4. PARTO POR CESARIANA	34
1.4.1. Principais indicações de cesariana	38
1.4. 2. Complicações mais frequentes na cesariana	42
1.5. ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS EM OBSTETRÍCIA.....	44
1.6. CARATERIZAÇÃO DO PAÍS E DA REGIÃO	47
2. ASPETOS PSICOLÓGICOS E EXPECTATIVAS PARA O PARTO	53
2.1. Aspectos psicológicos do parto	53
2.1.1. Tipo de parto e percepção da experiência de parto	55
2.1.2. Tipo de parto e estado emocional pós parto	59
2.1.3. Tipo de parto e comportamento materno face ao bebé	62
2.2. Expectativas das mulheres em relação ao parto	64
2.2.1. Elaboração das expectativas para o parto	65
2.2.2. O desejo de ter um filho.....	68
2.2.3. Construção da Vinculação Materna ao bebé	72
2.2.4. Ambivalências na gravidez	75
PARTE II - ESTUDO EMPIRICO.....	79
3. OBJETIVOS.....	79
4. METODOLOGIA.....	80
4.1. <i>Design</i> da investigação	80
4.1.1. Pressupostos da <i>Grounded Theory</i>	84
4. 2. Participantes.....	90

Expectativas, Decisão e Vivências no Parto por Cesariana

Estudo Qualitativo na Região Alentejo

4.3. Procedimentos.....	92
4.3.1.Recolha de dados	94
4.3.2. A entrevista.....	96
4.4. Aspetos éticos e deontológicos.....	97
4.5 Análise geral dos dados	99
4.5.1. Análise dos dados à luz da <i>Grounded Theory</i>	99
4.5.2. Recurso ao <i>software</i> NVivo®	107
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	108
5.1. “Edificação e relevância das expectativas para o parto”	109
5.1.1. “Génese do desejo”	110
5.1.2. “Atitude pragmática”	120
5.1.3. Factores contextuais.....	128
5.1.4. “Procura de satisfação”	136
5. 2. “VIVÊNCIAS NA EXPERIÊNCIA DE PARTO POR CESARIANA”	153
5.2.1. “Experiência de trabalho de parto”	154
5.2.2. “Experiência de cesariana”	161
5.2.3. “ Reorganização pós-parto”	170
5.2.4. “Influência do provedor de apoio”	178
5. 3. “FUNDAMENTOS PARA O PARTO CIRÚRGICO”	195
5.3.1. “Tranquilidade no parto”	196
5.3.2. “Mediadores da decisão médica”	199
5.3.3. “Pressupostos da decisão”	205
5.4. MODELO TEÓRICO EXPLICATIVO DAS EXPECTATIVAS, DECISÃO E VIVÊNCIA NO PARTO POR CESARIANA NA REGIÃO ALENTEJO.	226
6. CONCLUSÃO.....	235
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	241
APÊNDICES.....	275
APÊNDICE A - GUIÕES DAS ENTREVISTAS.....	277
Anexo B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	279
Anexo C - AUTORIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PARA EFETUAR AS ENTREVISTAS	281
Anexo D - EXEMPLO DE UM MEMORANDO REDIGIDO NO <i>SOFTWARE</i>	283

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro da Comparação entre o modelo informativo, persuasivo e ecológico-participativo e capacitador.	25
Figura 2 - Quadro das Contra-indicações absolutas e relativas da indução do trabalho de parto. Fonte: Souza et al., (2010).....	30
Figura 3 Quadro das recomendações para as principais indicações de cesarianas baseadas em evidências. Fonte: Adaptado de Amorim et al., (2010).....	39
Figura 4 Gráfico de Percentagem de cesarianas por número de nados vivos em Portugal (Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012)	50
Figura 5 Tabela do número de partos na região Alentejo.(Fonte: ARS Alentejo, 2013).....	51
Figura 6 Caracterização sociodemográfica das puérperas	91
Figura 7 Caracterização sociodemográfica das enfermeiras	91
Figura 8 Representação do processo de análise baseado em Strauss e Corbin (2008).	104
Figura 9 Categorias referentes à “Edificação e relevância das expectativas para o parto” .	110
Figura 10 Árvore da categoria “Génese do desejo”	111
Figura 11 Árvore da categoria “Atitude pragmática”	121
Figura 12 Árvore da categoria “Fatores contextuais”.	130
Figura 13 Árvore da categoria “Procura de satisfação”	137
Figura 14 Categorias relativas às “Vivências no parto por cesariana”	154
Figura 15 Árvore da categoria “Experiência de trabalho de parto”	155
Figura 16 Árvore da categoria “ Experiência de cesariana.....	162
Figura 17 Árvore da categoria “Reorganização pós parto”	171
Figura 18 Árvore da categoria Influência do provedor de apoio	179
Figura 19 Categorização dos “Fundamentos para o parto cirúrgico.....	196
Figura 20 Árvore da categoria “Tranquilidade no parto.....	197
Figura 21 Árvore da categoria “ Mediadores da decisão médica”	200
Figura 22 Árvore da categoria “Pressupostos da decisão”	206
Figura 23 - Modelo teórico representativo das Expectativas, decisão e vivências no parto por cesariana.	228

INTRODUÇÃO

“O parto, à semelhança de muitos outros processos fisiológicos, nunca é totalmente ‘natural’, reflete valores sociais e varia de acordo com a sociedade.”

(Kitzinger, 1978).

A gravidez e o parto constituem experiências pessoais que cada mulher vivencia como uma prova marcante. Durante a gravidez lida com alterações fisiológicas e emocionais típicas desta fase e que são de grande complexidade uma vez que as mudanças, a nível de si mesma, e envolvem o feto que está a gerar. Inicia-se iniciando-se uma relação entre a mãe e o bebé que vai além do parto. Dar à luz é uma experiência de tal forma importante que, a mulher se lembrará sempre do evento e dos sentimentos que experimentou, ao mínimo detalhe (Kitzinger, 1987). A ocorrência do parto é de considerável importância, pois, é marcado por várias alterações que surgem nesse momento cujas memórias se irão perpetuar. Para Lopes, Donelli, Lima e Piccinini (2005), o parto já é antecipado, na gravidez, sob a forma de expectativas e continua a ser referido, após o nascimento, na forma de lembranças e sentimentos que acompanham a mulher e que farão parte da sua história de vida. É uma experiência marcada por sentimentos positivos e negativos, em que se salientam os medos e as inseguranças. Têm sido referidos como mais frequentes o medo da morte, de si própria ou do bebé, medo da dor, sentimentos de incapacidade para ter o filho, do parto traumático por fórceps ou por cesariana (Sydsjö et al., 2012).

Considerado muitas vezes como uma experiência difícil, é também desejado, uma vez que permite perpetuar a espécie, dá a certeza de que a capacidade reprodutora não está comprometida e garante a continuidade dos pais. A gravidez e o parto promovem a transição do estatuto social, de mulher para mãe (Helman, 2009). No entanto, a experiência de parto é um acontecimento desafiante que coloca à prova a resistência física e emocional da mulher, que sabe antecipadamente que se pode deparar com exigências físicas e emocionais às quais não sabe se consegue responder.

Sendo antecipado na gravidez, a sua vivência intensa está envolta em interrogações, pensamentos antecipatórios e, apesar das reações poderem ser diferentes, de mulher para mulher, a sua proximidade provoca uma alteração na dinâmica psíquica da grávida, que começa a pensar no seu parto e a interrogar-se sobre como o vai fazer e quando vai ser. Atendendo à experiência pessoal, ao conhecimento individual, aos aspectos psicológicos sociais e culturais, a mulher espera o seu parto de determinada forma, que incluiu o ambiente, o comportamento dos profissionais, o seu próprio comportamento e o do bebé. A concretização do que espera será a chave de uma experiência positiva de parto.

Lidar com o carácter imprevisível do parto requer capacidade de controlo e competências para lidar com as circunstâncias que dele possam advir. A mulher cria expectativas para um acontecimento significativo na sua vida, que irá promover o seu desenvolvimento pessoal e na sua maturidade. É também um marco de grande importância para a construção da maternidade proporcionando o encontro com o bebé, em que se dá o confronto entre o bebé imaginário e o bebé real. De salientar ainda que parto e maternidade estão embutidos em fenómenos culturais que Helman (2009), denomina “cultura do nascimento”, transmitindo aos membros de cada sociedade a natureza de todo o processo de parto e, influenciando por isso, o seu significado em relação ao tipo de parto.

Este fenómeno complexo que está presente na vida da mulher, quer de forma vivida, quer de forma desejada, suscita interrogações, medos e desejos. Ao longo da gravidez, a mulher vai-se deparando com a inevitabilidade do parto e pensa nele com base nas suas crenças e valores, criando desejos, esperanças e uma forte vontade de o dominar. Espera-se e vive-se o parto de forma pessoal, como um evento marcante, caracterizado por fragilidades, incertezas e alegrias, para o qual se vão criando expectativas. Para Lopes et al., (2005, p. 248), “o parto constitui-se em um momento em que as expectativas e ansiedades que acompanharam a gestante ao longo de meses acabam por tomar uma dimensão real, confirmadora ou não das esperanças e medos que cercam o parto”.

Na actualidade, a mulher pode confrontar-se entre o parto vaginal e o parto por cesariana, esperando sempre bons resultados e uma experiência positiva. Estas possibilidades começam a estar patentes em todos os países desenvolvidos com recurso a tecnologia, tendo impacto no tipo de antecipação, nomeadamente naquilo que se espera e deseja dele. Há quem defenda a ideia que, a cesariana deve ser posta de parte quando não há indicação médica para tal pelas complicações que acarreta para a mãe e bebé. Outros, porém, consideram que ela deve ser preferida em qualquer circunstância, devido à segurança demonstrada pela tecnologia, pelos avanços em anestesiologia e pelo aprimoramento da técnica cirúrgica (Harer, 2000). Estes avanços trazem maior segurança para o médico podendo, em certas situações, convencer a mulher para parto cirúrgico, ainda que o seu desejo seja o parto vaginal. Um estudo australiano, que pretendeu explorar as expectativas para o parto em mulheres com uma experiência prévia de parto por cesariana, concluiu que preferem um parto vaginal numa gravidez subsequente. Ressaltou ainda do estudo que algumas dessas mulheres toleraram e superaram a pressão considerável dos seus médicos, mantendo o seu desejo de tentar um parto vaginal, rejeitando a cesariana electiva (Fenwick, Gamble & Hauck, 2007).

A forma como se pensa o parto e como se dá à luz, tem-se modificado ao longo dos tempos. As práticas do parto e a forma como as mulheres o vivenciam, variam com a cultura e com as sociedades onde estão inseridas, tendo-se verificado grandes mudanças no sentido da promoção da saúde da mãe e do feto e de salvaguardar o seu bem-estar. O parto deixou de ocorrer em casa, passando a acontecer nos hospitais e maternidades, sob o cuidado dos médicos e dos enfermeiros, onde se asseguram maiores garantias de segurança. Os cuidados maternos e neonatais são assegurados de forma mais cautelosa mas, ainda assim, existem sempre receios quer da parte dos técnicos, quer da parte das mulheres.

Pensando na segurança obstétrica, recorre-se a várias estratégias. No que respeita à via do parto, a cesariana tem sido considerada uma intervenção segura que permite salvar a vida da mãe e do bebé. Na opinião de Pembe e Othoman (2010), a cesariana é uma intervenção cirúrgica a que se recorre para salvar a vida da mãe e/ou do recém-nascido. No entanto, o recurso a esta via do parto vem

sendo alvo de múltiplas reflexões, inclusivamente das mulheres, percebendo-se que pode haver um recurso excessivo à medicalização. Inhorn (2006) entende a medicalização como a tendência biomédica para patologizar processos corporais e essa patologização leva ao dever do tratamento médico. Constata-se que o parto se tornou demasiadamente interventivo levando a um aumento de partos cirúrgicos. Law, Pang & Chung (2010), referem que este aumento das taxas de cesariana tem alarmado as autoridades de saúde em todo o mundo, sendo feitas advertências no sentido de as reduzir.

Não podemos ignorar que o número de partos por cesariana, continua a aumentar nos países desenvolvidos, incluindo Portugal, pelo que será pertinente abordar uma temática actual com implicações psicológicas, físicas, políticas, económicas e culturais. Começam a surgir, no nosso país, algumas preocupações a este respeito, sendo que as estatísticas revelam a existência de um elevado número de cesarianas, com taxas que ultrapassam largamente os 15% preconizados pela OMS. Numa notícia avançada pela Agência Lusa, em 19 de Outubro de 2010, a então Ministra da Saúde anunciou que o Governo pretendia lançar rapidamente uma campanha de informação que clarificasse as vantagens, ou desvantagens, de uma cesariana, defendendo que este acto cirúrgico não pode ser feito a pedido. Defendeu a redução da taxa de cesarianas em Portugal, que era superior a 35 %, para 20%, referindo que a questão merece reflexão.

Floyd (2009), faz referência ao que chama “rituais da obstetrícia”, salientando neles o fazer a mulher reconhecer, de forma mais ou menos consciente, a sua incapacidade orgânica para o parto, tornando-a dependente da ciência e da tecnologia, induzindo-a a aceitar o domínio da medicina e das instituições hospitalares. De facto, na perspectiva do autor, existirá um controlo dos processos culturais, das crenças e dos significados individuais.

Verifica-se, actualmente, um número crescente de nascimentos por cesariana causando preocupações, sobretudo devido ao risco de morte e complicações médicas associadas ao parto cirúrgico. Mas, em grande parte, são também negligenciados os fatores psicossociais e comportamentais que são influenciados

pela cesariana (Lobel & DeLuca, 2007). A título de exemplo, no Brasil, país onde se verificou um rápido aumento nas taxas de nascimentos por cesariana desde a década de 70 no século XX, tem havido debate com especialistas de várias áreas devido aos aspectos sociais, psicológicos e antropológicos com que se relaciona esta problemática (Neiva, 1981; Pinotti & Faúndes, 1988; Faúndes & Cecatti, 1991).

Existe uma grande preocupação a nível mundial em relação à morbilidade associada ao parto por cesariana, havendo já, em muitas unidades de saúde, um trabalho com vista à redução das taxas de cesariana que, no entanto, tendem a aumentar (Chailet et al., 2007). Ao falar-se de morbilidade, não nos limitamos aos aspectos físicos e fisiológicos, mas também aos aspectos psicológicos, porque nem todas as mulheres desejam fazer cesariana, tendo muitas vezes que ser submetidas a este tipo de parto de forma inesperada.

Um dos tópicos que gostaríamos de desenvolver tem a ver com o modo como as mulheres vivenciam este tipo de parto, tanto de forma programada como não programada, considerando as expectativas criadas durante a gravidez. As expectativas das mulheres para o nascimento são complexas e dinâmicas Ayers & Pickering (2005), pelo que é necessário fazer-se a gestão das expectativas construídas para o parto e avaliar as consequências psicológicas das intercorrências que levam à necessidade de uma cesariana, seja ela programada ou não programada. Em obstetrícia, a cesariana tradicionalmente é classificada em eletiva, quando é programada ou de urgência quando não é programada. O termo eletivo é muitas vezes definido como benéfico para o doente mas não essencial para a sobrevivência (Glantz, 2012).

Perante estes entendimentos, percebe-se que à complexidade do parto como fenómeno fisiológico, se acrescenta a possibilidade de uma intervenção cirúrgica que ocorre pelas mais variadas razões. Embora a sua finalidade seja proteger a saúde e a vida da grávida e do feto, muitas das razões que levam à decisão por esta via do parto estão envoltas em controvérsia causando, em algumas circunstâncias, o desagrado da mulher e, noutras, a preferência por uma cesariana. À preferência das mulheres por uma cesariana têm sido associados aspectos psicológicos e preocupação com a segurança. Esta preferência é influenciada por fatores culturais ou sociais (McCourt, Weaver, Statham, Beake,

Gamble, & Creedy, 2007). Outros autores referem a preferência por este tipo de parto já que é idealizado sem dor e, para muitas grávidas, o parto é um momento negativo devido à preocupação com a dor (Lopes et al., 2005).

Sabendo-se da existência de orientações no sentido do mínimo de intervenção no parto, assiste-se hoje ao debate sobre o desejo e a escolha da mulher e as causas médicas no parto por cesariana. Acrescenta-se a isto o receio das complicações do parto, recorrendo-se à tecnologia e à medicalização para a gestão dos riscos ou da satisfação de conveniências das mulheres ou dos obstetras. A crença de que muitas mulheres exigem um parto por cesariana, sem que para tal haja indicações clínicas parece ser generalizada e a maioria dos obstetras menciona a existência de pedidos e refere a solicitação materna como um fator relevante que contribui para o aumento da taxa de cesariana (Jackson & Irvine, 1998; Mould, Chong, Spencer, & Gallivan, 1996; Quinlivan, Petersen, & Nichols, 1999; Weaver, Statham & Richards 2007). Perante este cenário, importa compreender como é que a mulher deseja o seu parto e como reage ao facto de ele ocorrer por cesariana seja a seu pedido, seja de forma imprevista devido à necessidade de cesariana de urgência quando esperava um parto normal, e quais os aspetos psicológicos envolvidos.

Sendo recomendação da Organização Mundial da Saúde [OMS] o estabelecimento das taxas de cesariana não superiores a 15% e, constatando-se um aumento elevado das taxas de nascimentos por cesariana, torna-se pertinente compreender o que faz expressar estes números centrando-nos na perspectiva das mulheres e dos técnicos. As inquietações a este nível levaram-nos enquanto profissional de saúde com especialização nesta área, a uma intensa leitura que nos motivou para a necessidade de compreender um fenómeno que é actual mas que, de acordo com as pesquisas efectuadas, revela uma deficitária integração das expectativas para o parto e dos aspectos vivenciais da mulher no parto cirúrgico. Assim, consideramos relevante compreender a forma como se antecipa o parto e como é vivida a experiência do parto por cesariana, ao ocorrer de forma programada ou não programada.

Por tudo o que foi anteriormente exposto, esta é uma temática de cariz multidimensional, que deve ser alvo de investigação, acrescentando-se a isso a

escassez de evidência a este respeito, quer a nível nacional, quer a nível da região Alentejo. Pretendemos, assim, com este estudo, compreender a forma como se constroem as expectativas para o parto, os factores envolvidos e o modo como é vivido quando ocorre por cesariana. A vivência é entendida aqui como a experiência vivida e à qual se atribuiu significado.

Com base da nossa experiência profissional, na área da prestação de cuidados em saúde materna e obstetrícia, quer na prática clínica, quer na docência, na literatura científica publicada, e na atenção que prestamos ao debate público sobre os nascimentos por cesariana, este é um assunto que nos inquieta e desperta interesse enquanto profissional e mulher. As questões em torno da gravidez e do parto sempre nos despertaram interesse e, enquanto enfermeira especialista na área, compreendemos que biologicamente podem ocorrer de forma semelhante, porém, há que considerar também a singularidade da experiência e o significado atribuído a estes acontecimentos.

Na prática de cuidados em enfermagem de saúde materna é fundamental identificar as necessidades e vontades individuais da mulher enquanto grávida, parturiente e puérpera, sendo que para isso é necessário compreender o significado que atribuem aos fenómenos que ocorrem nas suas vidas. Consideramos que, para assegurar uma ajuda efectiva às mulheres no ciclo gravídico puerperal, é necessário compreender os aspectos objectivos e subjetivos das suas vidas e, para isso, concorrem as expectativas em relação ao parto, que traduzem aspectos profundos e superficiais. A subjetividade do desejo pessoal e das expectativas pode ser difícil de compreender e, quando associada ao parto, a sua análise pode ser complexa, o que talvez esclareça a existência de pouca pesquisa nesta área.

Para Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais (2005), ao longo da gravidez a mulher elabora determinadas expectativas acerca de como será a sua vivência do parto, o que influenciará a forma como o parto é percebido e vivido. Quando a situação real não corresponde às expectativas, isso pode causar na mulher sensação de insatisfação, confusão e trauma (Martin, Bulmer, & Pettker, 2013.). A percepção do parto varia de mulher para mulher e, de acordo com os referidos autores, existem diversos factores que influenciam a percepção do parto, salientando-se a importância dada ao tipo de parto.

A cesariana, sendo uma situação não fisiológica e de risco, é assunto que tem preocupado investigadores desde há já algum tempo. Padawer, Fagan, Janoff-Bukman, e Strickland (1988), salientaram na época, a existência de um número considerável de publicações sobre os benefícios e riscos da cesariana, porém, às consequências psicológicas do parto por cesariana e à forma como ele é vivido não tinha sido dada ainda relevância suficiente. O papel das expectativas na experiência de parto foi pesquisado de forma esporádica nos últimos 50 anos, com resultados discordantes (Ayers e Pickering, 2005). Um estudo que teve como objetivo explorar as expectativas para o parto em primíparas de Hong Kong, aplicou a versão chinesa do Childbirth Expectations Questionnaire, a 186 mulheres grávidas. Os resultados revelaram que as grávidas chinesas tinham criado, na sua maioria, grandes expectativas em relação ao apoio do companheiro e das parteiras durante o trabalho de parto. No que respeita às expectativas em relação a si mesmas, salientou-se a capacidade em lidar com a dor e identificaram-se baixas expectativas sobre o recurso a intervenções médicas durante o parto. Apesar da importância destes dados, o estudo reporta-se ao parto de uma maneira geral, não havendo de forma explícita referência à cesariana (Ip, Chien, & Chan, 2003).

A compreensão de fenómenos que estão subjacentes à construção das expectativas para o parto e à forma como é vivido, quando ocorre por cesariana, parece ser complexa, uma vez que podem estar na base das suas causas aspectos que vão além dos riscos clínicos e que dependem do parecer médico. A indicação médica para cesariana é uma questão polémica, por vezes confusa, e com pouca evidência científica (Collard, Diallo, Habinsky, Hentschell & Vezeau, 2008).

Numa experiência tão marcante para a mulher, importa considerar o que ela deseja para o nascimento do seu filho, de forma a proporcionar uma experiência positiva do parto, uma vez que os cuidados obstétricos vão além das questões físicas. O objectivo prioritário da obstetrícia é conseguir bons resultados físicos para a mãe e para o bebé mas, o impacto psicossocial é igualmente importante uma vez que inclui, por exemplo, a depressão pós-parto, a satisfação materna com o parto, o *stress* pós traumático relacionado com o parto, a relação mãe-bebé, os sentimentos sobre nascimentos futuros, a retoma ao relacionamento sexual e outros comportamentos como a amamentação (Clement, 2001).

A reduzida investigação sobre esta temática, é reconhecida por autores como Keogh, Hughes, Ellery, Daniel, e Holdcroft (2006). Ao referirem que o interesse pelo tema mantém-se mas, pouco se sabe sobre as expectativas do parto e nas preocupações com a cesariana, pelo que há necessidade de investigações mais detalhadas sobre a experiência das mulheres que foram submetidas a parto por cesariana (Keogh, Hughes, Ellery, Daniel, & Holdcroft, 2006).

Não se conhecendo uma sustentação teórica sobre a forma como se espera e vive o parto por cesariana, num contexto de cuidados maternos em que se vêm aumentar o número de nascimentos por via cirúrgica, podendo ter implicações no bem-estar da mulher e da criança e salientando ainda o aumento dos custos económicos em saúde, parece-nos pertinente a realização desta investigação. De salientar ainda que este estudo é delimitado a nível regional, pela importância que damos à nossa realidade local e por considerarmos que o conhecimento deve partir do particular para o geral, tratando-se, por isso, de um estudo exploratório. Pretendemos contribuir com uma pesquisa original que amplie o conhecimento sobre a vivência da mulher no parto por cesariana, atendendo às expectativas que se construíram e aos significados atribuídos ao parto por cesariana.

Perante estas considerações a nossa questão de partida foi: Qual a influência das expectativas sobre o parto na vivência do parto por cesariana?

Esta levou-nos a um conjunto de questões que orientam esta investigação:

_ Que expectativas são construídas pelas mulheres relativamente ao parto e em particular ao parto por cesariana?

_ Optando por um parto por cesariana, como é que as mulheres expressam esse desejo?

_ Que motivos levam a decidir pelo parto por cesariana de forma programada?

_ Que intercorrências do trabalho de parto levaram à decisão de cesariana não programada?

Delineamos então como objectivos:

- Compreender a forma como se constroem as expectativas para o parto e conhecer a sua importância.
- Compreender a vivência do parto por cesariana programada e não programada.
- Conhecer as principais razões que levam ao parto por cesariana na região Alentejo.

Este estudo está estruturado em seis capítulos, divididos em duas partes. Na parte I é feito o enquadramento teórico do estudo. São abordados, como principais pontos, a contextualização dos cuidados maternos e tipos de parto onde serão referidos aspetos relacionados com a evolução da assistência na gravidez e no parto ao longo dos tempos, a avaliação do risco obstétrico, fisiologia do trabalho de parto, exploração dos conceitos de parto normal e parto por cesariana, abordando as principais indicações de cesariana e as complicações mais frequentes. Serão também abordados os aspetos éticos e legais em obstetrícia e feita uma breve caracterização dos partos a nível nacional e da região. No segundo capítulo, serão abordados os aspetos psicológicos e as expectativas para o parto sendo salientados os aspetos psicológicos do parto, a relação entre o tipo de parto e a perceção da experiência de parto, tipo de parto e estado emocional pós-parto, tipo de parto e comportamento materno face ao bebé, expectativas das mulheres em relação ao parto, desejo de ter um filho, vinculação materna ao bebé e ambivalências na gravidez.

Na parte II será apresentado o estudo empírico, iniciando com os objetivos, seguidos da metodologia, onde é especificada a forma como foi conduzida a investigação, os participantes, os procedimentos, os aspetos éticos e deontológicos, e a análise dos dados. Segue-se a apresentação e discussão dos resultados em três grandes grupos: “Edificação e relevância das expectativas”, “ Vivências na experiência de parto por cesariana” e “Fundamentos para o parto cirúrgico”. No final será apresentado, e explicado, o modelo teórico das expectativas, decisão e vivências no parto por cesariana. Nas conclusões estão expressas as ideias de maior destaque no estudo. Após a apresentação das referências bibliográficas constam os apêndices que comportam a documentação que respeita os aspetos

éticos da pesquisa bem como os que viabilizaram a colheita de dados. As entrevistas transcritas estão apresentadas através de suporte informático em CD-ROM. De salientar ainda que para a elaboração escrita do trabalho respeita as normas da American Psychology Association (APA), bem como o acordo ortográfico da língua portuguesa, tal como determinação reitoral da Universidade de Évora na circular 4/2001 de 5 de dezembro.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS MATERNOS E TIPOS DE PARTO

1.1. EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA À GRAVIDEZ E AO PARTO

Os factos relacionados à reprodução humana sempre despertaram interesse e sofreram aperfeiçoamento em todas as épocas históricas. Ao longo dos tempos, os cuidados maternos dependiam da cultura e da sociedade onde estavam inseridos passando por fases de evolução. Uma análise sobre o percurso histórico acerca dos cuidados maternos e infantis leva-nos a descobrir que passaram por um período de insipiência dominado por crenças e superstições, mas também por desenvolvimentos. No entanto, vivendo num mundo global, o progresso científico e tecnológico nem sempre consegue garantir bons resultados. Ainda se morre e se prejudica gravemente a saúde por consequências do parto. A história dos cuidados obstétricos permite demonstrar os desafios e mudanças que as mulheres, em geral, enfrentaram e continuam a enfrentar, de forma a garantir uma assistência à maternidade de forma segura e eficaz (Thompson & Lewis, 2013).

Não é fácil referenciar os cuidados no parto no período pré-histórico. No entanto, pinturas rupestres deixam a ideia de um fenómeno solitário. A mulher não conhecia o funcionamento do seu corpo e, de tudo o que se relacionava com a reprodução, o parto era um fenómeno natural. Com o passar dos tempos, a mulher passou a ter assistência no parto e começou a gerar-se interesse por este fenómeno. Iniciou-se uma prática cujo conhecimento era partilhado entre as mulheres que auxiliavam no parto, acontecimento considerado muito doloroso e que acarretava vários riscos tanto para a mulher como para o feto. Nas situações de maior complexidade a falta de técnicas apropriadas não permitiam soluções seguras causando elevada morbidade e mortalidade materna e infantil.

Não há certezas acerca da época histórica em que surgiram as assistentes de parto. Provavelmente remontam à pré-história. Ao longo dos tempos, quem assistia ao parto era, geralmente, uma mulher mais velha, na menopausa e com um ou dois

filhos. Muitas das práticas e crenças relacionadas com o ciclo reprodutivo baseavam-se em crenças religiosas e místicas. Recorria-se a infusões e a ervas para tratar doenças da gravidez e acelerar o parto a partir de ervas com efeitos abortivos (O'dowd & Philipp, 2007). Os autores referem que fazia parte da prática das parteiras tradicionais socorrerem-se de talismãs, amuletos e rezas, recorrendo também à aplicação de calor no abdómen e ao incentivo à mulher para subir e descer escadas.

A parturiente era assistida no parto pela parteira em sua casa, era uma mulher da sua confiança e experiente assegurando também nos cuidados ao bebé. A figura da parteira e os cuidados no parto são referenciadas na história da humanidade. Na Grécia antiga, as parteiras eram angariadas por outras mulheres idosas e, além de serem conhecedoras do parto, conheciam também os perigos dos pós-parto e recomendavam a amamentação (O'dowd & Philipp,1997). Sorano de Efeso, no século I, recomendava à parteira arranjar para o parto, azeite para fazer clister, água quente para lavar os genitais, compressas quentes para acalmar as dores, uma esponja macia de lã, faixas para embrulhar o recém-nascido e uma almofada para o colocar, cadeira obstétrica e refrescos para a parturiente, quando aparecia a cabeça em primeiro lugar era bom sinal (Mendes, 1993). De um modo geral, os registos históricos mais antigos apontam que os partos eram efectuados apenas por mulheres, que transmitiam o seu saber a outras mulheres e apenas se chamava o médico, homem, se o parto fosse complicado (O'dowd & Philipp,1997).

Numa tentativa de resolver e auxiliar o parto com sucesso, começou a surgir a intervenção com instrumentos e medicamentos. Os fórceps, instrumento utilizado para resolver partos difíceis, devido à resistência do feto na pélvis materna, passaram a ser um símbolo da obstetrícia e uma referência à qualidade oferecida por esta especialidade. Com o mesmo objetivo desenvolveu-se a ventosa, que foi tendo várias configurações e adaptações (O'dowd & Philipp,1997). Em 1847, James Young Simpson na Escócia identificou as propriedades anestésicas do clorofórmio passando a ser introduzido no alívio da dor da parturiente (Parente et al.,2010).

As primeiras alusões à expulsão de um feto por via abdominal foram feitas há milénios, através dos relatos da mitologia greco-romana encontradas em inscrições nos manuscritos persas e assírios e nos papiros egípcios (Resende, 2006). A ideia do nascimento por via abdominal, remonta aos tempos da mitologia grega. Supõe-se que Zeus arrancou o prematuro Dionisius do abdómen da sua amada, Semele, que estava morta (O’ Dowd & Philipp, 1997). A origem da designação operação cesariana é obscura e controversa (Morais cit por Parente et al., 2010). Existem referências que segundo Plínio o nome “César” teve origem num antepassado que nasceu de cesariana (Parente et al., 2010). A “Lex Regia” atribuía importância a esta intervenção cirúrgica, determinando que não se deveria enterrar o corpo de uma mulher que tivesse morrido de parto, sem se tentar extrair o feto através de um corte a nível abdominal para o tentar reanimar e batizar (Malvino, 2009). Uma outra teoria assegura que a palavra cesariana deriva do latim *caedere* que significa cortar (Parente et al., 2010). Em toda esta obscuridade acerca da cesariana, os registos mais ancestrais a seu respeito são encontrados apenas por Cláudio Galeno que nasceu em 129 dC, filósofo e médico grego, detentor de um vasto leque de conhecimentos que, neste âmbito relatou o seguinte: “...a forma que o abdómen da mulher grávida deve ser incisado e a criança ajudada a sair enquanto ainda está fixa ao útero não é de nossa autoria, mas é descrita por vários autores previamente” (Todman, 2007).

O primeiro livro sobre a técnica da cesariana em mulheres vivas foi publicado em 1581 por Francois Rousset. Salienta-se a sua utilização reservada a situações específicas como macrossomia fetal, gravidez gemelar, feto morto e pélvis estreita. Porém, este manual que incluía a técnica cirúrgica, foi utilizado durante anos verificando-se um número elevado de mortes maternas devido a infeção e a hemorragia (Malvino, 2009). A primeira cesariana intencionalmente realizada, ocorreu em 21 de abril de 1610, por Trautmann de Wittenberg, registada pelo professor Sennert de Wittenberg que assistiu. A criança nasceu saudável mas a mãe viria a falecer 25 dias depois devido a infeção da ferida operatória (O’ Dowd & Philipp, 1997). Malvino (2009), refere que a técnica cirúrgica foi-se aperfeiçoando e em 1876, Edoardo Porro, em Itália, divulgou a sua técnica “Della amputazione útero-ovario come complemento del taglio cesáreo” que levou a uma diminuição da mortalidade materna devido à cesariana. Refere ainda o autor que, Muller, na Suíça,

propôs que fosse feita a exteriorização do útero grávido através da parede abdominal antes de proceder à histerotomia e, com esta técnica, Richardson, em 1881, realizou a primeira cesariana nos Estados Unidos da América. Posteriormente, na Inglaterra, a primeira operação bem-sucedida foi publicada no *British Medical Journal* em 1884. (Malvino, 2009).

A evolução e o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, ocorridas a partir do século XIX e durante o século XX aprimoraram a execução da cesariana, resultando numa diminuição da morbidade e mortalidade materna e infantil, o que fez com que, os objetivos da cesariana tenham evoluído assentes em razões culturais ou religiosas, considerando a preocupação com a segurança da mãe e do bebé assim como as preferências da mãe (Todman, 2007).

No século XX, ocorreram mudanças que vieram beneficiar os cuidados obstétricos salientando-se:

1. Mudanças tecnológicas, que levaram à hospitalização para que se desse o parto, com recurso a anestésicos, antibióticos de largo espectro de ação, bancos de sangue, cuidados neonatais, tecnologia para monitorização do feto e da gravidez e possibilidade de induzir o parto;
2. Mudanças nas preferências das grávidas, devido aos seus níveis de educação e ao estatuto de emprego, podendo assim regular-se a fertilidade.
3. -Mudanças nos comportamentos dos médicos que, muitas vezes, induzem os partos por cesariana. Por um lado, devido aos incentivos no sistema de pagamento e por outro, por sua conveniência ou por conveniência dos pais, podendo ser agendada segundo as suas vontades (Ecker & Frigoletto, 2007)

1.1.1. Implementação das medidas de promoção da saúde materna e infantil

Na naturalidade da existência da espécie, a mortalidade da mãe e do feto na gravidez e no parto forma uma realidade. Houve muitas mortes de mães e bebés, no entanto, só a partir da segunda metade do século XVIII se começaram a realizar as primeiras estatísticas da mortalidade materna e infantil traduzindo o estado de saúde das populações nesta área da saúde (O'dowd & Philipp, 1997). A nível mundial,

começou a atribuir-se prioridade à saúde materna e infantil, desenvolvendo-se programas que visavam a melhoria dos cuidados e da assistência, com vista à diminuição da morbidade e da mortalidade materna e infantil.

A Declaração de Alma Ata deu um novo rumo às políticas de saúde, incentivando a participação dos cuidados de saúde primários. Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), após analisar os maiores problemas de saúde estabeleceu oito objectivos do milénio que devem ser atingidos em todos os países até 2015. Nos objectivos quatro e cinco, propõe-se reduzir, em relação às taxas atuais, a mortalidade das crianças com menos de cinco anos em dois terços e a mortalidade materna em três quartos (Nações Unidas, Declaração do Milénio, 2000). O quinto Objectivo de Desenvolvimento do Milénio, Melhorar a Saúde Materna, tem ajudado estimular a atenção e ação para melhorar os cuidados maternos e a sobrevivência das mulheres, principalmente durante o parto (Bowser, & Hill, 2010). Além disso, a melhoria do acesso ao pessoal de saúde qualificado para o parto é uma estratégia prioritária para melhorar a saúde materna (Vieira, Portela, Miller Coast, Leone & Marston, 2012).

Há já várias décadas que os dados sobre a saúde materna e infantil são animadores. O Dr. Irvine Loudon publicou, em 1992, um artigo que descrevia a diminuição da mortalidade materna e infantil entre 1920 e 1960. Em 1920 a mais elevada era nos Estados Unidos que apresentava um índice de 689 por cada 100.000 nados vivos, e a mais baixa na Dinamarca com 235 mortes em cada 100.000 nascimento. Em 1980, nos países ocidentais estes números diminuíram atingindo valores inferiores a 9 mortes por cada 100.000 nascimentos (O'dowd & Philipp, 1997).

Para a melhoria dos cuidados materno-infantis, podem contribuir também a possibilidade de recurso a tecnologia avançada para controlar situações mais complexas. A maioria dos casos de mortes neonatais ocorrem em África e na Ásia, porém, ainda existem poucos dados que descrevem a disponibilidade de tecnologias de saúde relacionadas com o parto nessas regiões (Spector, Reisman, Lipsitz, Desai, & Gawande, 2013).

No século XX, e no decorrer do século XXI, a manutenção da institucionalização do parto retirou-lhe muito do seu carácter natural, levando a um excesso de intervenções medicamentosas e cirúrgicas, a par do recurso a novas tecnologias. O recurso à medicalização predispôs às práticas intervencionistas no parto, sendo esta entendida como a tendência biomédica para patologizar processos, sendo que essa patologização pressupõe tratamento médico (Inhorn, 2006). O princípio da medicalização ocorre quando os eventos de vida passam a ser entendidos como doença, dependendo do parecer do médico e do recurso às instituições hospitalares com o seu quadro de especialistas esperando-se deles um adequado diagnóstico e resolução dos problemas de saúde (Parry, 2008).

Tiveram efeitos benéficos para a prática da obstetrícia, o advento da anestesia, dos antibióticos e das transfusões sanguíneas, que permitiram proporcionar melhores níveis de segurança para a mulher e feto/recém-nascido introduzindo-se, assim, a valorização do risco em obstetrícia, levando a um decréscimo das taxas de morbimortalidade materno infantil. O desenvolvimento dos cuidados médicos, assentes numa filosofia de patologização, contribuíram para uma diminuição das taxas de mortalidade materno infantil. No entanto, a mulher deixou de ter o controlo sobre a sua gravidez e parto, submetendo-se aos procedimentos médicos. Atualmente, muitas mulheres nos Estados Unidos sabem, antecipadamente, que a sua experiência de parto hospitalar pode ser alvo de diversos procedimentos como, o uso de ocitocina sintética, induções do parto monitorização electrónica fetal contínua, fluidos intravenosos e epidural, procedimentos que vão sendo comuns nos hospitais (Declercq, Sakala Corry & Applebaum, 2006).

A medicalização do parto promoveu a cesariana como uma prática frequente como revelam as elevadas taxas de cesariana nos países desenvolvidos. O aumento do número de partos por cesariana tornou-se uma preocupação de saúde pública a nível internacional devido à morbilidade materna (van Dillen, Zwart, Schutte, Bloemenkamp, & van Roosmalen, 2010).

Os avanços científicos vieram beneficiar a qualidade da assistência obstétrica, proporcionando melhores resultados na saúde das mulheres e dos fetos. Ainda assim, defende-se que há demasiada intervenção no parto. Autores como

Liston, Sawchuck e Young (2007), defendem que a transformação tecnológica predispôs a maiores intervenções no parto, sendo que mulheres com gravidez de baixo risco são sujeitas rotineiramente a monitorização fetal electrónica contínua, sem que haja evidências dos seus reais benefícios.

Assiste-se atualmente a uma mudança na vigilância e cuidados na gravidez, parto e puerpério. As aulas de preparação psicoprofilática para o parto, desenvolvidas durante a década de 1960 com o objetivo geral de reduzir a morbimortalidade e desconforto das grávidas são exemplo disso (Martin, et al., (2013). Os conteúdos das aulas nas sociedades ocidentais foram-se adaptando ao longo do tempo (Bergström, Kieler & Waldenström, 2009). Os objetivos modificaram-se e passaram a incluir a preparação para o nascimento ou para a parentalidade, a tomada de decisão informada, a informação sobre a gestão da dor e a preparação para a experiência hospitalar (Koehn, 2008). O trabalho psicoprofilático veio ajudar a mulher a encarar os desafios pelos quais passa durante o trabalho de parto e a adaptação à parentalidade. Este trabalho de apoio às grávidas/casais, prevê ainda o aprofundamento de temas escolhidos pelos casais para esclarecimento de dúvidas, para que sintam reduzidos os factores desencadeadores de *stress*.

A preparação psicoprofilática pré-natal pode aumentar o limiar da perceção da dor no trabalho de parto, revelando resultados favoráveis no bem-estar materno fetal (Lowdermilk & Perry, 2008). O medo da dor do trabalho de parto e a inexistência da preparação para o parto podem contribuir para o aumento da ansiedade e da própria dor (Frias & Franco, 2010). Esta preparação ajuda a clarificar ideias desvirtuadas que podem aumentar o medo e a ansiedade dos futuros pais, podendo ser um componente de cuidados pré-natais de rotina dentro do sistema de saúde de cada país, ou organizada de forma particular. Na Suécia, 93% das mulheres nulíparas e 84 % dos parceiros participam nestas aulas de educação pré-natal (Bergström et al., 2009).

Fruto da evolução da qualidade dos cuidados em saúde começou também a atribuir-se importância à informação e à educação para a saúde também na área de obstetrícia. No ciclo gravídico puerperal, em que a mulher inicia de forma precoce a vigilância da gravidez, reconhece-se no enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica [ESMO], o técnico privilegiado com autonomia para o acompanhamento e

aconselhamento da grávida com vista à promoção da saúde. Esta uma intervenção, multidisciplinar, feita nos períodos da gravidez, parto e puerpério, atuando nas vertentes física, psicológica e sociocultural podendo ser utilizados vários recursos e nos vários níveis de prevenção. A Declaração de Alma-Ata (1978), anteriormente referida, enfatizou como atividades essenciais dos cuidados de saúde primários, a importância da informação e a educação para a saúde com vista à prevenção da doença, e controlo dos problemas de saúde. Na assistência à grávida, a educação para a saúde, reconhecida como fundamental para a prevenção de complicações e promoção da saúde, tem sido amplamente defendida. Tonnes e Tilford (1994), definem a educação para a saúde como uma atividade de carácter intencional que conduz a aprendizagens relacionadas com a saúde/doença, promovendo conhecimento e mudanças na forma de pensar. Para Costa e López (1996), educação para a saúde é um processo sistemático de ensino e aprendizagem que orienta para a prevenção da doença e a promoção da saúde. A análise do seu conceito é uma constante graças ao progresso científico e tecnológico, à percepção dos factores ambientais, sociais e comportamentais que afetam a saúde dos indivíduos (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Através da educação para a saúde, os profissionais utilizam estratégias e recursos de forma a proporcionar modificação ou adequação dos comportamentos dos indivíduos ou comunidades para optimização dos níveis de saúde. Turabian & Franco (2001), cit por Rodrigues, et al., (2005), apresentam três diferentes modelos: 1) o *modelo informativo*, que contempla aulas, conferências e debates, tendo como objetivo a transmissão de conhecimentos de forma unidireccional e prescritiva; 2) o *modelo persuasivo-motivacional*, que pretende convencer o outro ao abandono de comportamentos com recurso a técnicas e estratégias de controlo; o *modelo um modelo ecológico, participativo e capacitador*. O modelo informativo é considerado indiferenciado não cumprindo os princípios éticos da equidade, uma vez que nem todas as pessoas têm a capacidade de compreender as informações ou de as valorizar do mesmo modo. Para que a informação tenha interesse os recetores devem encontrar nela significado. Já no que se refere ao modelo persuasivo, não valoriza unicamente os conhecimentos. Valoriza também as crenças, valores, atitudes e motivações, devendo a atitude persuasiva incidir no reforço positivo, reforço negativo, substituição de comportamentos e treino de novas competências.

O modelo ecológico, participativo e capacitador, tem ênfase na participação e colaboração com vista à interacção e desenvolvimento dos utentes. Estas especificidades apresentam-se na figura 1

	Modelo Informativo	Modelo Persuasivo-Motivacional	Modelo Politico-Económico-Ecológico
Metodologia	Transmissão de conhecimentos; Paternalismo	Persuasão comportamental	Participação, Intercâmbio, Aprendizagem contextual
Papel do Profissional	Prescritivo: ditadura do expert	Controlador do processo de aprendizagem	Mediador com a comunidade o formando é protagonista

Figura 1 - Quadro da Comparação entre o modelo informativo, persuasivo e ecológico-participativo e capacitador.

Fonte: Turabian & Franco (2001) cit por (Rodrigues, Pereira & Barroso, (2005, p106).

A aposta na educação para a saúde na área da saúde materno-infantil, promove a capacitação das mulheres/casais conferindo-lhes um papel mais participativo. A educação destas mulheres/famílias passa sobretudo pela abordagem aos riscos e benefícios associados às várias opções de nascimento (Miesnik & Reale 2007).

Associado ao conceito de promoção da saúde, participação e autonomia, está o conceito de empoderamento, entendido de forma geral, como sendo um processo que permite ao utente uma participação efectiva no seu projecto de saúde, com autonomia, responsabilização e partilha de poder. Temos vindo a assistir a discussões quer nos meios de comunicação social, quer na literatura, sobre aspetos relacionados com o empoderamento, salientando-se que este pode ser promovido com recurso à informação, participação e apoio. A World Health Organization [WHO] (1998), distingue empoderamento individual e comunitário, sendo que o primeiro se

refere principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e controlar a sua vida pessoal. Por outro lado, o empoderamento da comunidade envolve os indivíduos numa ação coletiva para ganhar maior autoridade e controle sobre os determinantes da saúde e da qualidade de vida na comunidade onde estão inseridos levando a uma responsabilização coletiva. Empoderamento é então um conceito multidimensional, não tem um único sentido, é um processo social em que é reconhecida a promoção e aumento de capacidade dos indivíduos para que sejam capazes de satisfazerem as suas capacidades com vista à resolução de problemas e assumir o controlo das suas próprias vidas (Jones & Meleis, 1993). Atendendo a esta característica multidimensional, Chamberlain & Schene (1997), identificaram no empoderamento 15 dimensões, nas quais consideram o que a pessoa deve ter: 1) poder de decisão; 2) acesso à informação; 3) opções para poder decidir; 4) capacidade para identificar os seus objectivos de forma a poder atingi-los; 5) sentimento de confiança; 6) capacidade de pensar criticamente; 7) capacidade de reconhecer os seus limites; 8) sentimentos de inclusão; 9) compreensão para com os direitos das pessoas; 10) espírito crítico com vista à mudança pessoal e da comunidade; 11) Capacidade de aprender algo que define como importante; 12) capacidade de mudar a consciência dos outros sobre as suas competências; 13) capacidade de ser auto-confiança; 14) vontade de crescer permanentemente; 15) capacidade de gerir a sua vida. Ao longo dos tempos a defesa do empoderamento da mulher tem sido enfatizada e no objetivo três para o desenvolvimento do milénio, consta a promoção da igualdade de género e a autonomia da mulher (Nações Unidas, Declaração do Milénio, 2000).

A proximidade da grávida com os técnicos de saúde ajuda a construir um espírito crítico sobre as suas vontades e desejos, orientá-la na sua gravidez e para a sua saúde e bem-estar. O empoderamento da grávida assegura a continuidade dos cuidados no ciclo gravídico puerperal, desenvolvendo na mulher, família e comunidade decisões saudáveis (Portela & Santareli, 2003). Para Enkin, et al (2000) é vantajoso para a mulher estar informada sobre as suas escolhas no parto, nomeadamente no que respeita ao local, aos profissionais e acompanhante, bem como dos procedimentos eletivos. Deve ser dada à mulher informação que seja baseada em evidências numa relação de parceria e colaboração com obstetras e parteiras (Meddings, Phipps, Haith-Cooper, & Haigh, 2007). A profissionalização das

mulheres, nomeadamente em profissões de saúde e as crescentes discussões sobre a importância da sua autonomia na tomada de decisão têm contribuído para o envolvimento da mulher no parto (Klein, 2012). O autor refere ainda que depois de 1993, o debate sobre a escolha da mulher pelo parto por cesariana, causou alguma relutância por parte dos obstetras para a realização de cesariana sem indicações para tal.

1.1.2 Avaliação do risco obstétrico

Numa perspectiva da evolução dos cuidados, também a noção do risco foi sendo valorizada e introduzida nos cuidados materno-infantis. Através da vigilância da gravidez e do recurso a meios tecnológicos que se têm vindo a aperfeiçoar, bem como do interesse em atuar segundo a evidência científica, tem sido conseguida a promoção da saúde sexual e reprodutiva. O acompanhamento da gravidez visa a promoção do bem-estar materno e fetal, através da avaliação do risco obstétrico, com base numa vigilância e assistência adequadas às grávidas. Para Campos e Ramalho (2005), gravidez de risco é aquela que se associa a uma maior incidência de desfechos adversos tanto para a mãe como para o feto, do que na população em geral.

A gravidez e o parto, embora se desencadeiem na sua maioria de forma natural e espontânea, não estão isentos de riscos pelo que, a apreciação das necessidades de cuidados na gravidez parto e puerpério consideram o risco obstétrico. Mas, a atribuição do risco necessita ser feita de forma conscienciosa para que sejam identificadas situações que requerem cuidados específicos e decisões adequadas. Na consulta pré natal, durante a avaliação inicial, a identificação dos fatores de risco baseiam-se na idade, altura, paridade, história obstétrica e ginecológica onde se incluem cesarianas, mortes fetais, complicações na gravidez actual, pré eclampsia e eclampsia, gravidez múltipla, hemorragia, posição anormal do feto ou anemia severa (de Groot, Slort, & van Roosmalen, 1993). Para Enkin et al., (2000), a “abordagem do risco” domina desde há décadas as decisões sobre o parto, o local onde ocorre, o tipo de parto e de prestador de serviços envolvido.

Para a classificação do risco têm contribuído as modificações demográficas e socio-económicas, como a gravidez na adolescência, gravidez com obesidade,

factores comportamentais, que contemplam os hábitos tabágicos, alcoólicos e toxicodependência, bem como factores relacionados com complicações obstétricas, como sejam as complicações com a placenta, prematuridade, baixo peso do feto ou macrosomia, multiparidade, morte fetal ou neonatal, psicose puerperal, as patologias prévias à gravidez ou induzidas por ela, das quais destacamos a hipertensão arterial, diabetes mellitus, neoplasias e infecção por VIH, rubéola, citomegalovirus ou sífilis, isoimunização Rh e diabetes induzida pela gravidez (Campos & Ramalho, 2005). São conhecidos múltiplos factores que predispõem ao risco obstétrico. Além dos anteriormente referidos, há estudos que apontam a etnia, idade materna e obesidade (Craig, Stewart & Mitchell, 2004; Fretts, 2005). As patologias maternas que sempre foram valorizadas, se promovem o risco materno, podem também comprometer o bem-estar fetal passando o feto a ser igualmente uma entidade de risco, como é o caso da diabetes não controlada, hipertensão, gestação múltipla, alterações do líquido amniótico, (hidrâmnios e oligoâmnios), pós datismo e restrição do crescimento intra-uterino (Nomura, Miyadahira, & Zugaib, 2009).

Para uma adequada vigilância da gravidez, o plano nacional de saúde prevê a realização de consultas nas situações de baixo risco. Para uma minuciosa avaliação do risco contribuíram os avanços científicos e tecnológicos podendo assim atuar-se de forma preventiva em situações de maior complexidade tanto em relação à grávida como ao feto. A ecografia obstétrica constitui um desses recursos pelo que a Direção Geral de Saúde (2011) com atualização em 2013, emitiu uma norma que prevê a realização deste exame na gravidez de baixo risco em cada um dos trimestres da gravidez com avaliações específicas tendo em consideração a idade gestacional.

Na avaliação do risco fetal durante a gravidez, destaca-se a avaliação da vitalidade do feto que tem sido valorizada quando há comprometimento da sua saúde e desenvolvimento, devido à disfunção placentária ou a patologias fetais, que levam ao risco de sequelas a longo prazo ou mesmo a morte fetal. A cardiotocografia, utilizada em fases mais avançadas da gravidez e no trabalho de parto, permite avaliar o comportamento fetal em resposta à atividade uterina. As alterações que surgem nos traçados reflectem os estados comportamentais do feto (ciclo sono-vigília), alterações da oxigenação ou em situações decorrentes da

utilização de medicações pela grávida, também o perfil biofísico, a funcionalidade das artérias e da veia umbilical (Nomura et al., 2009).

A possibilidade de recurso a ecografia obstétrica permitiu diagnosticar precocemente a gravidez gemelar à qual se associam riscos nomeadamente se os fetos são monócóricos devido a múltiplas complicações como a monócóricidade e a síndrome da transfusão feto fetal. Esta síndrome foi reconhecida por Baschat et al., (2011), como uma complicação grave em gestações gemelares monócóricas devido ao desequilíbrio de transferência de sangue entre os fetos. Gémeos monozigóticos e monócóricos têm um risco aumentado de parto prematuro ou morte fetal/neonatal (Morikawa, Yamada, Yamada, Sato, & Minakami, 2012).

Ainda a respeito do risco obstétrico, um estudo recente identificou a indução eletiva do parto como fator de risco, tendo concluído que com esta prática havia maior probabilidade de parto instrumental ou cesariana, hemorragia pós-parto, internamentos mais prolongados, recém-nascidos com Índice de Apgar <7 e necessidade de cuidados intensivos neonatais (Baud, Rouiller, Hohlfeld, Tolsa & Vial, 2013). As indicações para esta prática são sobretudo para gestações prolongadas e pós termo, síndromes hipertensivas, rutura prematura de membranas, diabetes, isoimunização Rh, restrição de crescimento intra-uterino e morte fetal, devendo para o seu sucesso, o colo do útero apresentar condições favoráveis (Souza, Costa, Neto & Amorim, 2010). A cérvix desfavorável quando da indução do parto, sobretudo em gestações mais precoces pode levar a falha na indução do parto e, conseqüentemente, ao aumento da incidência de cesarianas (Sampaio, Allencar, Feitosa, & Amorim, 2004). A indução do parto, acarreta riscos tendo contra-indicações relativas e absolutas, como exposto na figura 2.

Absolutas	Relativas
Placenta prévia centro-lateral	Frequência cardíaca fetal não tranquilizadora
Vasa Prévia	Macrossomia fetal
Apresentação córmica	Gestação gemelar
Prolapso do cordão umbilical	Apresentação pélvica
Cesariana clássica e outras cicatrizes uterinas	Doença cardíaca materna
Anomalias da pelve materna	Hidrâmnios
Herpes genital ativo	Grande multiparidade
Tumores pélvicos	Oligoâmnios com índice de líquido

Desproporção cefalopélvica	amniótico inferior a cinco centímetros Cesariana anterior dependendo do método cirúrgico
----------------------------	---

Figura 2 - Quadro das Contra-indicações absolutas e relativas da indução do trabalho de parto. Fonte: Souza et al., (2010)

Na literatura científica, encontra-se referência à indução do parto como promotor do recurso a cesariana. Um estudo de corte americano que teve como objetivo analisar a associação entre a indução do parto com o risco de cesariana em mulheres nulíparas, concluiu que a indução do parto está significativamente associada à ocorrência de cesariana em nulíparas com gravidez de termo sem complicações (Ehrenthal, Jiang, & Strobino, 2010). Para Branch e Silver (2012), a indução do parto constitui um dos critérios clínicos que parece estar a contribuir para os valores das atuais taxas de cesariana. Estes dados corroboram com os de um estudo que analisou dados dos partos de nulíparas de baixo risco que tinham feito indução do parto ou com início espontâneo do trabalho de parto com gravidez de termo, a duração média do trabalho de parto, a cervicometria e o risco de cesariana foram monitorizados. Concluíram que o padrão de progressão do trabalho de parto difere consideravelmente em mulheres a quem tinha sido induzido o parto quando comparadas com mulheres que entraram em trabalho de parto espontâneo (Vahratian, Zhang, Troendle, Sciscione & Hoffman, 2005). De igual modo, uma recente revisão Chochrane identificou como principais complicações da indução do parto além das já referidas, a hiperestimulação uterina, morte perinatal, rutura uterina e sepsis materna (Kelly, Alfirevic & Gosh, 2013). Numa outra revisão Chochrane, que teve como objectivo avaliar os benefícios e os riscos de uma política de indução do parto em que se defendia este procedimento em idades gestacionais superiores a 41 semanas ou a adoção de uma conduta expectante, concluiu que houve menos mortes fetais, menos síndrome de aspiração meconial e menos cesarianas (Gülmezoglu, Crowther, Maddletona, & Heatley, 2012).

1.2 FISILOGIA DO TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto define-se como sendo a presença de contrações uterinas regulares que provocam dilatação e apagamento cervical, modificações que ocorrem fisiologicamente, a partir de transformações bioquímicas resultantes de mecanismos endócrinos que interagem com o feto (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse & Spong, 2010). A preocupação pela fisiologia e mecanismos do parto influenciaram a gestão do parto, sendo William Smellie o primeiro a descrever os mecanismos do trabalho de parto em 1752 (Parente et al., 2010)

Antes da instalação do trabalho de parto, ocorrem ao nível do organismo materno mudanças de forma a facilitar o parto (López & Roura, 2003). Para os autores, a fisiologia do trabalho de parto, envolve múltiplas alterações que ocorrem sobretudo a nível do miométrio e do colo do útero preparando o parto. O feto, protegido pelo líquido amniótico e pelas membranas amnióticas, vai-se adaptando ao canal de parto para que as suas dimensões sejam compatíveis com as dimensões da bacia materna, enquanto as contrações uterinas são a força motora necessária para expulsar o feto. Também a atividade hormonal tem um papel determinante no desencadeamento do trabalho de parto. Alguns autores aceitam como válida a hipótese que o súbito aumento da produção de prostaglandinas ao nível do amnios é desencadeador do trabalho de parto (López & Roura, 2003; Mendes, 1993). A ocitocina tem um papel fundamental no trabalho de parto, uma vez que a sua libertação estimula a síntese das prostaglandinas e tem implicações na amplitude, intensidade e frequência das contrações uterinas responsáveis pela dilatação do colo do útero e expulsão do feto (López & Roura, 2003; Mendes, 1993; Ziegel & Cranley 1986).

Os autores clássicos referem que as causas que desencadeiam o trabalho de parto, não são ainda completamente conhecidas (Ziegel & Cranley 1986; López & Roura, 2003). Clinicamente, o trabalho de parto inicia-se se com a instalação das contrações uterinas dolorosas que modificam o colo seguindo-se a dilatação. Na maioria dos casos, o útero inicia a sua actividade contráctil eficaz duzentos e oitenta dias após a data da última menstruação (Dickason, Siverman, Kapkhan & Jdith, 1999). Diz-se que uma grávida está em trabalho de parto, quando as contracções

são dolorosas, rítmicas estendendo-se a todo o corpo uterino com uma duração de trinta a sessenta segundos, o colo do útero tem que estar apagado nas primíparas e em apagamento nas múltiparas, com uma dilatação de três centímetros (Mendes, 1993). Refere também o autor, que as transformações que ocorrem ao nível do útero têm causa ainda pouco esclarecida, a ocitocina, não sendo o desencadeador inicial do trabalho de parto, é um potente estimulante da actividade contráctil ao nível do miométrio e a queda dos níveis de progesterona contribui também para o aparecimento das contracções, mesmo nos partos prematuros.

O trabalho de parto pode ser dividido em quatro estádios distintos sendo designados como, Primeiro estágio, Segundo estágio, Terceiro estágio e Quarto estágio (Bobak, Lowdermilk, & Jensen, 1999; Lowdermilk & Perry, 2008; Ziegel & Cranley, 1986). O Primeiro estágio, inicia-se com as primeiras contracções e termina com a dilatação completa. Este estágio subdivide-se ainda por duas fases, uma fase lactente, onde é feito o apagamento do colo até atingir três a quatro centímetros de dilatação. Para Bobak et al., (1999) numa primípara a variação média da primeira fase do trabalho de parto pode variar entre cerca de três horas e dezanove horas e meia. A fase ativa, marca o final da fase latente e termina com a dilatação completa do colo. Autores como Ziegel, & Cranley (1986) referem que nas primíparas a média de duração é de aproximadamente doze horas e meia podendo ser variável e dividido pelas várias fases do trabalho de parto. A primeira fase durará onze horas, a segunda setenta minutos e a terceira etapa dez minutos. O Segundo estágio, também designado por período expulsivo, tem início quando o colo do útero atinge a dilatação completa e termina com a expulsão do feto.

O Terceiro estágio, inicia-se com o nascimento e termina com a expulsão da placenta. O Quarto estágio, corresponde às duas primeiras horas após o nascimento, em que os órgãos reprodutivos maternos iniciam o retomar da sua condição pré gravídica. É um período de recuperação para a mãe, que ainda está numa fase debilitada e crítica.

A dor do parto está relacionada com as contracções uterinas e no parto fisiológico, ela é intermitente, sendo maior no pico da contracção desaparecendo com o relaxamento (Lowdermilk & Perry, 2008). É sobretudo uma dor do tipo visceral conduzida por fibras (Ramanathan 1995).

1.3.PARTO NORMAL E PARTO POR CESARIANA

1.3.1. Caraterização do parto normal

Para Mendes (1993, p.277),o parto normal ou parto eutócico “acontece espontaneamente no final de uma gravidez de termo, com um feto em apresentação de vértice anterior, que atravessa o canal pelvi-genital de modo a que num espaço de tempo, a criança nasça viva e vivedeira sem deterioração da saúde materna.” No entanto, a designação de parto normal necessita de maior esclarecimento. Para Kennedy (2010), o conceito de parto normal é problemático, atendendo ao léxico, à palavra normal está associado a algo que é usual, típico, saudável. Para a Organização Mundial de Saúde [OMS], 70% a 80% das gravidezes são consideradas de baixo risco, entendendo por parto normal aquele que tem início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo nesta condição durante todo o processo, até que se dê o nascimento. O bebé nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre as 37 e 42 semanas completas de gestação.Após o nascimento, mãe e filho em boas condições(OMS, 2009).

Uma pesquisa que teve como objetivo desenvolver uma melhor compreensão acerca do conceito de parto " natural, " partindo do principio que o nascimento é um evento que tem tanto social como de biológico, através da consulta de vários autores, percebeu-se que para o parto para ser natural é necessário, (1) estar em trabalho de parto, (2) ter feito preparação antes do nascimento, e (3) receber apoio sócio- cultural (Mansfield, 2008).

Recentemente, tem sido feito um trabalho com vista à promoção do parto normal, um desafio para a gestão dos cuidados em saúde materna e infantil. No entanto, a literatura científica vai apontando algumas complicações neste tipo de parto. No parto por via baixa, podem surgir lesões no nervo pudendo que enerva o clitóris e a vulva, e além disso, o períneo pode ficar danificado devido à aplicação de fórceps, ou ventosa ou mesmo da cabeça do bebé (Pollack, Nordenstam, Brismar, Lopez, Altman, & Zetterstrom, 2004). Por vezes, para evitar complicações desta natureza, associadas ao parto normal, recorre-se à cesariana. Esta intervenção

cirúrgica servia de recurso a situações extremas para o nascimento, tendo-se verificado no entanto um elevado aumento a nível mundial no seu uso (Ostovar et al., 2010).

1.4. PARTO POR CESARIANA

A incidência de cesarianas durante muito tempo rondou os 5%. Porém, a crescente preocupação com o feto fez com que essa cifra seja hoje largamente ultrapassada (Mendes,1993). Verifica-se uma variação entre 20% e 35% de todos os nascimentos em países com mais altos rendimentos e uma tendência semelhante nos países recém-industrializados como China, Índia e Brasil (Blüm, Stammer-Safar, Reitinger, Resch, Naderer, & Leithner, 2012). A taxa de nascimentos por cesariana nos Estados Unidos que em 1960 era de 5% subiu para 31,8 % em 2007 (Menacker & Hamilton, 2010).

A cesariana foi um meio de auxílio para abrandar a mortalidade materna no século XX. De acordo com dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), as taxas de cesariana aumentaram de 14% em 1990 para 20% em 2000 e 25% em 2009, ultrapassando largamente o preconizado pela OMS que é de 15%. Esta taxa de crescimento foram mais consideráveis na Dinamarca, República Checa, Polónia e República Eslovaca (OCDE, 2011).

Atualmente, a cesariana tende a ser vista como uma intervenção obstétrica bem aceite, segura e cómoda tanto para a mãe, como para os obstetras, sendo que para estes pode constituir um meio de fuga a embaraços médico-legais (Brennan, Robson, Murphy & O'Herlihy, 2009). Não é de todo fácil, compreender as causas que elevam o número de nascimentos por cesariana, parecendo estar subjacentes múltiplos factores. Conforme referem Mc Court et. al., (2007), as taxas de cesariana continuam a aumentar na maioria dos países desenvolvidos, mas os fatores que para isso contribuem permanecem obscuros. Este aumento ocorre independentemente da idade e da cultura em que as mulheres estão inseridas. Como referem Ehrenthal, et al., (2010), o número de nascimentos por cesariana aumentou em todas as faixas etárias, e grupos étnicos. Autores como Ostovar et al., (2010), consideram que uma das intervenções cirúrgicas mais realizadas é a

cesariana Este aumento tem um carácter multifactorial, podendo estar relacionados com razões médicas, preocupações legais, aspectos culturais e económicos (Sufang, Padmadas, Fengmin, Brown & Stones, 2007; Chaillet et al,2007).

Existe ainda pouco consenso acerca das reais causas de cesariana, o que demonstra a natureza ambígua das indicações e da decisão (Ostovar et al., 2007). Esta ambiguidade pode representar a explicação para a dificuldade em baixar as taxas de cesariana a nível mundial (Ahmad-Nia Delavar, Eini-Zinab, Kazemipour, Mehryar, & Naghavi, 2009; Sufang et al.,2007). A este respeito, Klein (2012), refere que a culpa é claramente do modelo de formação médica, a maioria dos médicos, especialmente dos obstetras, são educados num modelo que enfatiza o anormal ou patológico em vez do normal.

Um dos aspectos que tem sido alvo de discussão e de controvérsia está relacionado com a ocorrência de cesariana em situações de cesariana anterior. Para Andrews e Humphries (2010), é um desafio cada vez maior para os profissionais de obstetrícia apoiar a ocorrência de parto vaginal após cesariana, uma vez que a evidência científica aponta para essa possibilidade. Cristina e Vincenzo (2009), concluíram no seu estudo baseado em ensaios não randomizados, que a cesariana de repetição não deve ser uma prática rotineira, sendo necessário considerar o contexto e a qualidade pré-hospitalar e hospitalar. Concluíram ainda os autores que o parto vaginal após cesariana, apesar dos riscos (ruptura uterina e deiscência de sutura), tem resultados mais favoráveis do que a cesariana de repetição. O estudo de Fu, Xirasagar, Liu & Probst (2010), ao pretender 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.

A cesariana pode ocorrer de forma programada ou eletiva sendo que esta última tem contribuído para o aumento de nascimentos por esta via (Miesnik & Reale, 2007). A programação pode aqui ser entendida como uma forma de evitar complicações previsíveis no parto. O modo como se programa o parto por cesariana está dependente do parecer do médico, da existência de múltiplos fatores como a data provável do parto seja ecográfica ou cronológica, das informações clínicas e da

possibilidade de complicações que podem surgir na gravidez ou no trabalho de parto. Interessante é pensar-se sobre estes termos, “programada”, “planeada”, “eletiva”, “não programada” “de urgência”. Numa publicação a que se chamou “Roundtable Discussion: The Language of Birth” onde se exploraram questões relacionadas com a linguagem utilizada em obstetrícia e nas interações entre os prestadores de cuidados e as mulheres e suas famílias, a respeito do termo electivo debateram-se aspectos interessantes. Assumem que a palavra electiva é normalmente utilizada em procedimentos obstétricos com significação ambígua na maioria dos casos, e perguntam, será que "eletiva" significa “médicamente desnecessário "em oposição a" indicada? " Será que ser “eletiva "implica uma opção ou escolha em oposição ao "essencial?" Referem também que até há 15 anos atrás, atendendo à definição atual utilizada em certidões de nascimento, "cesareana eletiva "quase sempre significou programado (Simkin, 2012).

A respeito da programação do parto, pode estar subjacente a presença de riscos quer para as mulheres quer para os fetos. A mulher é submetida a uma cesariana de forma programada quando o parto vaginal está contra indicado como por exemplo nos casos de placenta prévia, quando é contra indicado o desencadear do parto, tal como acontece dos estados hipertensivos em que o parto não pode ser induzido ou quando a decisão é tomada entre o médico e a mulher (Bobak et al., 1999; Lowdermilk & Perry, 2008). No entanto, pode também ser programada a pedido da mulher, argumentando-se que a relação estabelecida com o médico nas clínicas privadas é mais pessoal, e este vínculo pode levar a uma maior pressão por parte da grávida ou dos familiares para a realização da cesariana (Muinel, Rossi, & Triunfo, 2005).

Alguns autores referem que as cesarianas programadas têm vantagens relativamente ao parto vaginal programado. A programação de uma cesariana permite planejar a atividade laboral, cuidados com a família e até escolher a data e a hora do nascimento (Hannah, 2004; Wax, 2006). Parece estar também associada ao risco de incontinência urinária, a curto prazo (Hannah, 2004).

Para a realização de uma cesariana programada, têm sido também considerados aspetos que possam comprometer a saúde do feto. Frequentemente são referidos os riscos para a ocorrência de lesão do plexo braquial devido a distócia

de ombros, fratura da clavícula, asfixia no período expulsivo, prolapso do cordão umbilical e transmissão vertical de doenças infecciosas, nomeadamente o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A taxa de transmissão do HIV da mãe para o filho pode ser reduzida para menos de 1 % se houver recurso a outras medidas incluindo cesariana electiva, antes do início do trabalho de parto ou a ruptura membranas (Mofenson, 2004).

1.4.1. Principais indicações de cesariana

Têm sido alvo de controvérsia muitas das causas de cesariana dividindo-se em indicações médicas e não médicas. As indicações podem ser por causa materna ou fetal, considerando-se assim a saúde da mãe, quando o parto por via vaginal é impossível ou perigoso. As indicações por causa fetal atendem aos potenciais riscos para o feto se o parto ocorrer por via vaginal. São diversas as razões que levam ao desfecho de uma cesariana, elas podem ser agrupadas segundo indicações obstétricas, condições não médicas (idade da mulher, situação socioeconómica) e condições não médicas associadas à intensão do profissional como sejam os incentivos económicos e disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos (Muinelo et al., 2005).

Por volta do ano 1922, em que as taxas de mortalidade eram elevadas, as indicações absolutas de cesariana consideravam a passagem pela pelvis: desproporção cefalopélvica; estenose vaginal pronunciada; tumores do colo; do segmento inferior do útero ou das paredes pélvicas; macrossomia fetal, “eclâmpsia grave”, associada à rigidez do colo, “tetânia” uterina ou distócias; e proclividade de cordão e sofrimento fetal, nos casos de placenta prévia total. As opiniões divergiam e pesava-se o risco-benefício do parto abdominal para a mãe e para o feto. (Krönig et al., cit por Parente et al., 2010).

Têm sido debatidas as causas que levam a uma cesariana em primíparas, considerando os riscos que pode acarretar para gravidezes e partos subsequentes. Autores como Andrews e Humphries (2010), defendem que evitar a primeira cesariana é um passo significativo na promoção de melhor prática obstétrica. Atualmente, a cesariana, devido a cesariana anterior, é uma indicação frequente uma vez que os obstetras temem ruturas uterinas, havendo poucas evidências sobre tal consideração (Souza et al., 2010). As atuais advertências para cesariana determinam a sua indicação de acordo com os graus de recomendação (Figura 3).

INDICAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Distócia/falha de progressão do trabalho de parto	Ocitocina com contractilidade fraca Rutira de membranas Evolui:tentar parto vaginal Falha: cesariana intra parto
Desproporção cefalopélvica Má posição fetal	Cesariana intra parto Rotação digital Evolui:tentar parto vaginal Falha: cesariana intra parto
Apresentação pélvica	Não há evidências suficientes a favor da cesariana Quando realizada deve ser intra parto
Apresentação de face	Conduta expetante Evolui:tentar parto vaginal Falha: cesariana intra parto
Apresentação crómica	Cesariana intra parto
Cesariana anterior	O parto vaginal pode ser tentado com sucesso em 70% dos casos
Frequência cardíaca fetal não tranquilizadora ou líquido meconial	Manobras de ressuscitação intra útero Vigilância rigorosa Ph fetal normal: mantém monitorização fetal Ph fetal acidose: cesariana intraparto
Centralização fetal	Não há evidências sobre o s benefícios da cesariana ou indução do parto.

Figura 3 Quadro das recomendações para as principais indicações de cesarianas baseadas em evidências. Fonte: Adaptado de Amorim et al., (2010)

Apesar da existência destas recomendações, o debate sobre as reais causas das cesarianas mantém-se. Numa revisão sistemática, Torloni et al., (2011), concluíram que há necessidade de desenvolver uma classificação com as indicações para cesariana, com aplicabilidade a nível internacional. Desta forma, será mais fácil fazerem-se auditorias, analisar e comparar as taxas de cesariana a nível das cidades, países ou regiões, de forma a melhorar os cuidados maternos e perinatais.

Encontra-se, na literatura científica, referência a complicações do parto vaginal que podem ser evitadas com a realização de uma cesariana como seja, proteger a mulher de lesões do assoalho pélvico, de incontinência urinária e disfunção sexual. Klein (2012), refere que, antes dos trabalhos de Sultan et al., em 1993, elaboraram um estudo imagiológico das fibras peri-retais associando o parto

vaginal com danos no assoalho pélvico, esta preocupação era praticamente inexistente na literatura médica. Numa pesquisa que fez na Medline acerca da cesariana e das implicações no assoalho pélvico, percebeu que no período de 1946-1990 nenhum artigo se debruçou sobre o assunto. Entre 1990 e 2000 encontrou três artigos e 41 artigos entre 2000 e 2012. A pesquisa sobre cesariana como meio de combater a incontinência urinária produziu quatro artigos entre 1946 e 1990, 10 entre 1991 e 2000, e 58 entre 2000 e 2012. Já no que respeita à cesariana e o funcionamento sexual foram publicados zero, um e doze artigos, respectivamente. Refere ainda o autor, que os principais estudos uroginecológicos e epidemiológicos têm demonstrado o aparecimento de lesões do assoalho pélvico a curto prazo em consequência de partos vaginais sendo por isso a cesariana electiva um recurso para a sua prevenção.

Embora não seja uma indicação explícita, a cesariana a pedido da mãe, sem indicação obstétrica é comum em muitos países (Florica et al., 2006; Robson et al., 2001, cit por Wiklund et al., 2008). Atualmente, tende-se a respeitar a autonomia e tomada de decisão das mulheres. Se a grávida estiver bem informada e devidamente aconselhada sobre os riscos e indicações, a realização de uma cesariana a pedido é eticamente aceitável (Kalish, McCullough & Chervenak, 2008). Tem sido alvo de controvérsia a cesariana sem indicação médica a pedido da mulher. Para Miesnik & Reale (2007), o debate sobre a cesariana eletiva, no que se refere em especial ao pedido da mulher, transmite a ideia de escolha, de autonomia. Porém, os mesmos autores consideram que a autonomia, e a capacitação só têm os efeitos desejados quando é assegurada à mulher informação adequada sobre os riscos e benefícios. Numa revisão Chochrane, não foram encontrados ensaios randomizados que pudessem ajudar a compreender os riscos e os benefícios da cesariana, quando efetuadas sem indicação médica ajustada a cada realidade (Lavender, Hofmeyr, Neilson, Kingdon & Gyte, 2012).

Sem ser uma indicação, a decisão da mulher tem sido também considerada, assistindo-se, atualmente, a um debate apreciável sobre a possibilidade dos médicos proporcionarem cesariana com base no pedido materno. A cesariana a pedido materno é uma questão complexa, sendo causada, essencialmente, pelo medo e desinformação da mulher, sintoma de um sistema que necessita de reforma

e grande mudança a nível da comunidade e da formação profissional, assim como da elaboração de políticas governamentais e de saúde que enfatizem o que é normal (Klein, 2012). O autor refere ainda que não basta mexer no sistema, a reforma requer ainda mudança de atitudes e comportamentos por parte de médicos e parteiras.

Num estudo de Tschudin et al., (2009), que teve como objectivo investigar as intenções das grávidas em optar por cesariana, as suas experiências anteriores e expectativas para partos posteriores, e também identificar preditores médicos e psicológicos relacionados com a decisão de cesariana a pedido, concluiu que a experiência negativa de parto e de cesariana anterior foram preditores para o desejo por cesariana em partos subsequentes. As mulheres pedem cesariana eletiva, devido ao medo da dor, da perda de controlo durante o trabalho de parto, do compromisso das estruturas a nível perineal, riscos de incontinência urinária e fecal, comprometimento da vida sexual, *stress* do feto ou prejuízo da sexualidade (Jacquemyn, Ahankour & Martens, 2003; Gamble, Healt & Creedy, 2003). Há uma extensa literatura sobre a cesariana a pedido materno sem que haja indicação obstétrica, porém, existe ainda pouca informação sobre o que motiva as mulheres a solicitar este tipo de parto (Robson, Carey, Mishra & Dear, 2008). Do estudo elaborado por estes autores, ressalta que as mais importantes razões para o pedido de cesariana, por ordem decrescente são: 1) Preocupação com a dor; 2) Preocupação com os riscos para o bebé; 3) Preocupação com a perda de controlo; 4) Incerteza sobre a duração do parto; 5) Preocupação com a possibilidade de problemas futuros como prolapso urogenital; 6) Preocupação com traumatismos vaginais; 7) Conhecimento de dificuldades no parto por parte de familiares. Os autores concluíram também que o verdadeiro número de partos por cesariana realizados apenas a pedido materno é ainda desconhecido, no entanto, é passível de ser considerável e com probabilidades de aumentar. Embora o debate se mantenha, muitos obstetras continuam a atender a esses pedidos. Seria útil iniciar políticas baseadas em evidências para reduzir as taxas de cesariana a pedido materno, e educar médicos e grávidas que este tipo de parto pode ser dispendioso e prejudicial para as mães e bebés. (Ma, Norton, & Lee, 2010).

1.4. 2. Complicações mais frequentes na cesariana

A cesariana está associada a maiores riscos causando morbimortalidade materna e fetal sendo identificados reinternamentos devido a complicações da ferida operatória, infecção e anormalidades placentárias em gravidezes subsequentes (placenta baixamente inserida), rutura uterina, parto prematuro, complicações neonatais e custos mais elevados em saúde (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2009; Dryden, Goddard, Madadi, Heard, Saeed & Cooke, 2014). No que respeita às complicações com a ferida operatória o estudo de Avila, Bhangoo, Figuerosa, Santorelli, Ogbum e Desan, 2012), concluiu que o tabagismo e a corioamnionite histológica são importantes fatores de risco para a cicatrização de feridas, podendo estar também associados à dificuldade de cicatrização, os valores baixos do hematócrito devido ao tabagismo. Foram também identificados os riscos de nova cesariana e de necessidade de histerectomia por cesarianas de repetição (MacDorman, Declercq, Menacker & Malloy, 2006). Autores como Sánchez-Peña, García-Padilha, Corona-Gutiérrez e Sánchez-García (2014), acrescentam também a hemorragia e o acretismo placentário em gravidezes seguintes devido à maior predisposição da placenta na mucosa uterina.

Mulheres que fizeram cesariana, ainda que seja a primeira, podem correr riscos em gestações posteriores pelo que tem sido recomendada prudência e ponderação sobre os riscos/benefícios desta intervenção. Mulheres que fazem a segunda cesariana estão mais predispostas a maiores consequências tanto para elas como para para o feto, nomeadamente devido a questões de placentação em gravidezes subsequentes (Gilliam, Rosenberg & Davis, 2002).

Neste tipo de parto identificam-se, como complicações mais frequentes a hemorragia pós parto, por vezes com necessidade de transfusão sanguínea, endometrite, infecção do trato urinário, infecção da ferida operatória, deiscência da sutura, abscesso pélvico hematoma pélvico e fenómenos tromboembólicos (Hadar, Melamed, Tzadikvitch-Geffen & Yogev, 2011). De um modo geral, a literatura ignora que a incontinência urinária possa ocorrer como consequência de uma cesariana, nem leva em consideração a placentação e muitos outros problemas que ocorrem em gravidezes subsequentes (Klein, 2012).

As complicações anestésicas na cesariana têm vindo a diminuir nas últimas décadas optando-se por técnicas regionais executas por anesthesiologistas, estando bem demonstrado que as técnicas de analgesia do parto não aumentam a taxa de cesarianas (FuZhou, XiaoFeng, XiRong, YuZhu & XiaoQi, 2009).

As evidências sobre os riscos e efeitos neonatais no parto por cesariana são de difícil interpretação, uma vez que esses resultados podem confundir-se com as causas que levaram a cesariana (Robson, Carey, Mishra & Dear, 2008). Não é fácil fazer-se a identificação dos riscos desta intervenção. Ao comparar-se os riscos do parto por cesariana tanto para a mulher como para o feto, é necessário destacar os tipos, cesariana eletiva ou de urgência (Ferrari, 2009).

Tem sido feita referência à relação entre a idade gestacional e o nascimento por cesariana, com compromisso da adaptação do recém-nascido à vida extra uterina, estando muitas das vezes relacionada com complicações respiratórias. A depressão respiratória neonatal tem sido apontada como causa de morbilidade mais comum após a cesariana programada, se esta ocorrer antes de 39 semanas de gestação pelo que, há uma possibilidade da redução da necessidade de reanimação neonatal se a cesariana não se realizar antes das 39 semanas de gestação completas (Zanardo Simbi, Vedovato & Trevisanuto, 2004). Considerando que a hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido, é uma síndrome que resulta do fracasso da transição circulatória fetal para neonatal e que está associado à mortalidade e morbidade infantil, existe risco de hipertensão pulmonar persistente em recém-nascidos cujo parto ocorra por cesariana (Hernández-Díaz, Van Marter, Werler, Louik & Mitchell, 2007). A cesariana eletiva, sem que haja trabalho de parto, sobretudo se realizada numa idade gestacional inferior a 39 semanas, está associada a uma maior incidência de dificuldade respiratória no recém-nascido (Wilmink, Hukkelhoven, Lunshof, Mol & Papatsonis, 2010). Pesquisas recentes revelam a existência do potencial para o aparecimento de asma na infância, de alergias e de doença atópica associada ao tipo de parto (Renz-Polster et al., 2005; Salam et al., 2006).

Não menos relevante é a questão da amamentação após a cesariana, pelo que importa perceber se há comprometimento deste tipo de parto no aleitamento materno. Numa revisão sistemática com meta-análise da literatura mundial de estudos observacionais, que teve como objectivo determinar se a cesariana está

associada a uma menor taxa de aleitamento materno em comparação com o parto vaginal, concluiu-se que houve associação negativa entre o parto por cesariana e a amamentação precoce. Se a amamentação for iniciada precocemente, o tipo de parto não tem nenhum efeito até aos 6 meses. No entanto, alertam os autores que, tanto as mulheres como os profissionais de saúde devem estar cientes desta associação negativa entre o parto por cesariana e a amamentação precoce, com consequentes implicações no bem-estar dos bebés (Proir, Santhakumaran, Gale, Philipps, Modi & Hyde, 2012).

1.5. ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS EM OBSTETRÍCIA

É complexa a dimensão da ética profissional, que implica saber lidar com aspetos subjetivos e com as competências de forma racional. É esperado que nas diversas profissões, os indivíduos possuam competência profissional, manifestada nas práticas quotidianas com qualificações legal e tecnicamente reconhecidas. No entanto, a ética não se restringe às profissões, está em todas as nossas ações. Os casos de negligência ou falta de perícia podem ter implicações a nível cível e criminal sendo que na saúde, é exigido a médicos e enfermeiros que na sua profissão obedçam aos princípios éticos e deontológicos, assegurando o respeito pela vida humana. Uma das grandes interrogações dos clínicos especialistas em obstetrícia assenta na forma de adequar as resoluções face às situações de gravidez, parto e puerpério, onde é esperada a proteção da vida e promoção do bem-estar da mulher e do (s) feto (s) / recém-nascido (s), envolvendo também aspectos relevantes na saúde sexual e reprodutiva da mulher/casal.

Em obstetrícia, os acontecimentos indesejados são prováveis de ocorrer de forma inesperada levando à necessidade de reflexão e atuação imediatas para uma tomada de decisão adequada defendendo-se, actualmente, o envolvimento da mulher. Espera-se assim, benefícios e justiça nos cuidados de saúde. O princípio da beneficência diz respeito à obrigação de maximizar o benefício e minimizar os danos. O princípio da justiça estabelece a equidade e obrigação ética de tratar cada indivíduo de acordo com o que é correto e adequado do ponto de vista moral e dar o que é devido (Rosas, 2004). O princípio ético da beneficência procura o equilíbrio de benefícios clínicos sobre malefícios clínicos no paciente, como consequência de um ato clínico (Chervenak & McCullough, 2011).

Um dos aspectos relevantes na prestação de cuidados, é a avaliação do utente que é feita através da comunicação, instrumento fundamental para a recolha de informação que dará lugar a um diagnóstico. No entanto, é necessário ir mais além da comunicação e estabelecer boa relação com os utentes. Frequentemente a relação ginecologista-utente é propícia a conflitos de relacionamento, principalmente quando exigem mais atenção por questões emocionais. Além disso, eles esperam que as utentes sejam tão racionais e isentas de emoções como eles (Rosas, 2004).

Na saúde são considerados o direito do doente e o dever moral e legal dos técnicos. O utente deve ser informado sobre a sua situação de saúde e de forma esclarecida, decidir no seu próprio interesse. Apesar de não ter como principal objectivo ilibar o médico de qualquer erro cometido, o consentimento esclarecido manifesta a vontade do utente de forma livre. O termo consentimento esclarecido, deve ser aplicado de acordo com as normas do Código de ética médica, e atender a dados de carácter biológico, jurídico, ético e económico (Rosas, 2004).

Os enfermeiros ESMO são também técnicos capacitados para a tomada de decisão ética, sustentada nos valores da profissão e expressa no Código Deontológico do enfermeiro. Sendo a enfermagem uma profissão do cuidar, no essencial defende e respeita a dignidade humana. De acordo com o nº1 do Artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, secção II, “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. O Artigo 79º referente aos deveres deontológicos em geral, na alínea b), salienta que é dever do enfermeiro responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega e na alínea c) proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional. Existem instituições que regulam o exercício profissional, e que emanam recomendações. No que respeita às competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, o Regulamento das Competências Específicas menciona no nº 1 do Artigo 4º o seguinte:

- a) Cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concepcional;

-
- b) Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
 - c) Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
 - d) Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
 - e) Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
 - f) Cuida da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - g) Cuida o grupo – alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

A execução do parto num mundo industrializado levou a que muitos procedimentos se tornassem rotineiros e, ao se temer correr riscos, a rotina instalou-se sem evidência que a sustente. Enkin et al (1995) numa revisão de literatura perceberam que, se a abordagem cirúrgica do parto, superestimar os riscos intrínsecos podem substituir os riscos potenciais em riscos certos, graças a intervenções duvidosas. Para os autores, um dos aspectos preocupantes é que a divulgação de dados na literatura científica parece não ter sido ainda suficiente para modificar a prática clínica.

No que respeita ao recurso à instrumentalização do parto a ACOG recomenda desde 1988, que a aplicação de instrumentos ocorra apenas no IV plano de Hodge, ou plano de expulsão com apresentação cefálica em plano médio baixo, com obstetra preparado psicologicamente, devidamente treinado para garantir o bem-estar da mãe e do recém-nascido (Olmos, 2008). Outro dos aspectos éticos referidos em obstetrícia está associado à possibilidade do médico realizar cesarianas a pedido materno sem que haja qualquer indicação médica. Nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, e Israel muitos obstetras estão dispostos a realizar cesariana de forma electiva a pedido da mulher (Latham & Norwitz, 2009). Referem também que as considerações éticas no processo de tomada de decisão para cesariana devem atender aos riscos e benefícios, e os médicos podem proporcionar cesariana eletiva após uma conversa e reflexão com as mulheres sobre os riscos e benefícios desta intervenção. A questão do direito a cesariana a pedido tem levado a algumas

discussões e debates devido ao seu carácter bioético. Defende-se o direito da grávida a escolher entre parto vaginal ou cesariana atendendo ao princípio da autonomia, protegendo o interesse comum dirigido a partir dos princípios da justiça e da beneficência (Ferrari, 2009). Refere ainda o autor que o direito da grávida a escolher a via do parto, a escolha de cesariana electiva requer uma preparação prévia dos serviços no que respeita aos recursos materiais e humanos no sentido de garantir a qualidade do serviço assegurando cesarianas electivas e de urgência.

Recentemente, introduziu-se nos aspetos éticos em obstetrícia, o conceito de feto como paciente passando também a promover-se e a proteger a sua saúde (Chervenak & McCullough, 2011).

1.6. CARATERIZAÇÃO DO PAÍS E DA REGIÃO

A taxa de cesarianas é um indicador multidimensional utilizado na análise de desempenho dos hospitais já que relaciona questões de adequação dos cuidados, segurança da utente e o uso eficiente dos recursos (Morera, 2013).

Segundo o Alto Comissariado da Saúde (2008), em Portugal, no ano de 2007, as taxas de cesariana atingiram os 34,8%. Segundo dados da Pordata com actualização em 2013-08-05, as taxas de cesariana de 2008 a 2010, últimos dados disponíveis oficialmente, nos hospitais em Portugal foram de 36,0%;36,7% e 36,3%, respectivamente.

Não se encontram estudos que permitam fazer um retrato rigoroso do país sobre o parto por cesariana, parecendo haver lacunas nos registos hospitalares o que dificulta a obtenção de dados (Campos, Furtado, Crisóstomo, Carrapato Cunha & Conceição s/d).

Na região norte, foi criada uma comissão designada “Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte, I.P”, que avaliou as taxas e os motivos de cesariana ocorrida em cinco hospitais da região norte no último trimestre de 2009. Neste seu trabalho, sentiram grande dificuldade na obtenção dos dados e uma grande divergência na classificação usada para explicitar os motivos das cesarianas, percebendo que há falta de informatização estandardizada de dados obstétricos nos hospitais públicos da zona norte do país, faltando também consenso sobre a classificação dos motivos de cesariana. A Comissão, elaborou dez medidas para a promoção da redução das taxas de cesariana:

1. Divulgação dos riscos da cesariana e da indução do trabalho de parto salientando os benefícios do parto vaginal após uma cesariana;
2. Implementação de um programa informático específico para registo de dados hospitalares obstétricos em que haja uma classificação uniforme dos motivos de cesariana;
3. Divulgação pública feita anualmente pela ARS Norte sobre as taxas de cesarianas de cada centro hospitalar;
4. Revisão do preço do GDH associado ao parto vaginal, de forma a torná-lo semelhante ao da cesariana;
5. Adopção de medidas de financiamento de hospitais públicos que incorporem uma componente importante indexada à taxa de cesarianas e dão como fórmulas:
Taxa de cesarianas <25,0% = valor x;
Taxa de cesarianas 25,0% - 27,5% = 0,75 × valor x;
Taxa de cesarianas 27,5% - 30,0% = 0,50 × valor x;
Taxa de cesarianas 30,0% - 32,5% = 0,25 × valor x;
Taxa de cesarianas > 32,5% = sem financiamento;
6. Implementação, nos diversos hospitais, da técnica de electrocardiografia fetal;
7. Promoção de medidas que permitam uma flexibilidade permanente no serviço de Bloco Operatório específico para Obstetrícia na proximidade do Bloco de Partos; não realizar induções do trabalho de parto em gravidez de termo sem que haja complicações a nível da saúde, antes das 41 semanas; o parto vaginal após uma cesariana deve ser uma opção preferencial em situações devidamente bem esclarecidas; existência de uma auditoria interna regular às cesarianas, realizada com a participação da Neonatologia;
8. Desenvolvimento de normas de orientação clínica elaboradas a nível nacional sobre os seguintes temas: sistematização dos motivos de cesariana; definição de trabalho de parto estacionário e de suspeita de incompatibilidade feto-pélvica; análise e decisão clínica com base na cardiotocografia; colheita de sangue umbilical para gasimetria; versão cefálica por manobras externas; motivos e métodos de indução do trabalho de parto; indicações e cuidados a respeitar na tentativa de parto vaginal após uma cesariana;

9. Viabilidade de uma política de remunerações mais atraente, que leve a uma maior fixação dos médicos às instituições públicas, para redução de eventuais conflitos de interesse com a medicina privada;

10. Implementação de cursos que promovam o treino dos profissionais de saúde no que respeita à interpretação de traçados cardiotocográficos e electrocardiográficos na execução da versão cefálica externa e na resolução de emergências obstétricas intraparto.

O conteúdo referido no ponto cinco alerta para um aspeto que parece ser residual. No que respeita ao financiamento dos hospitais e dos médicos, a estimativa dos custos dos diferentes tipos de parto, são muito divergentes encontrando-se na literatura a referência a um custo significativamente superior no parto por cesariana (Allen, O'Connell, Farrell, & Baskett, 2005). Os incentivos financeiros dos médicos têm um papel significativo na substituição do parto normal pela cesariana (Gruber & Owings, 1996). As reais necessidades de cesariana estão envoltas em polémica, e no que respeita à economia da saúde, o facto de se fazerem muitas cesarianas que custam em média o dobro de um parto normal, pode estar a sobrecarregar os encargos em saúde podendo a partir deste fenómeno das cesarianas fazer-se uma leitura política e económica. Parece haver diferenciação de financiamento nos partos por cesariana em hospitais públicos e privados. Nos hospitais privados, os médicos recebem consoante o número de consultas/cirúrgias, então, vão ter o incentivo de induzir a procura (Muinelo, Rossi, & Triunfo, 2005).

Também a Ordem dos Enfermeiros (2013), preocupada com o número elevado de nascimentos por cesariana, e [SNS], elaborou um documento com 15 propostas concretas, divididas em três temas, referentes às políticas de saúde, transferência de recursos hospitalares, definição de políticas de saúde com vista à qualidade em saúde e melhoria do planeamento dos recursos humanos. Neste documento, a propósito da saúde materna, a Ordem propõe a redução da taxa de cesarianas para 20% através da promoção do parto normal, até ao ano de 2015.

Considerando um trabalho prévio de análise das taxas de cesariana em Portugal, o Ministério da Saúde, através da publicação do Despacho nº 3482/2013, recomenda a criação de uma Comissão Específica, no âmbito da Direção-Geral de Saúde que propusesse medidas concretas para a redução destas taxas, apoiando-as e procedendo à monitorização (Diário da República, 2013). Existem alguns dados

oficiais divulgados que permitem fazer uma análise dos partos por cesariana na região Alentejo e no país Figura 4.

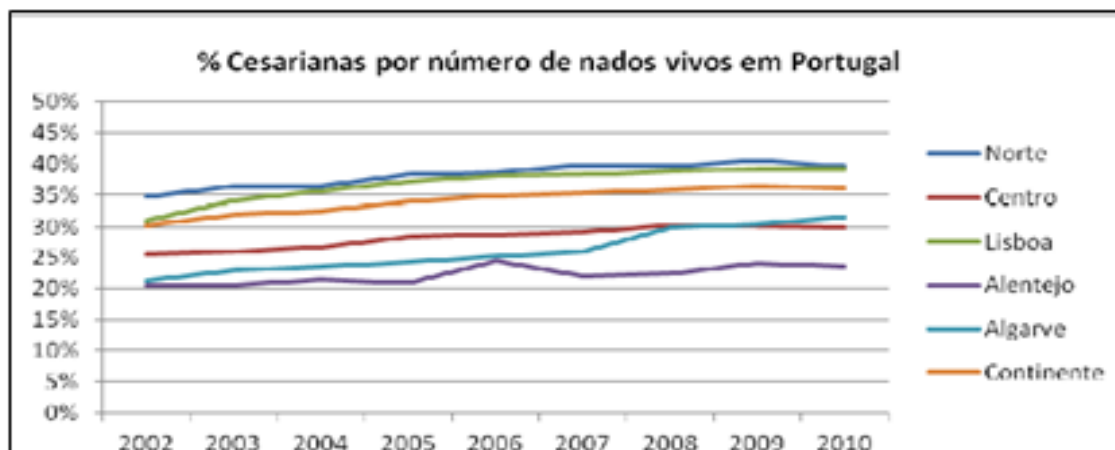


Figura 4 Gráfico de Percentagem de cesarianas por número de nados vivos em Portugal (Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012)

De acordo com o Alto Comissariado para a Saúde (2008), a análise das taxas de cesariana em Portugal, permite perceber que há variação entre as regiões, sendo que a região norte realiza quase o dobro das cesarianas comparativamente à região do Alentejo.

Conforme os dados disponibilizados pela Administração Regional de Saúde da Região Alentejo, nos Hospitais de Beja, Évora e Portalegre, nos anos de 2010 a 2012, relativos ao tipo de parto, o distrito de Évora é o local onde a taxa de partos por cesariana é mais alta em todos os anos, e a mais baixa no distrito de Beja, havendo uma diminuição ao longo dos anos à exceção do distrito de Portalegre em que houve um aumento de 32,33% no ano de 2010 para 36,20% no ano de 2013. Salienta-se ainda que a situação atual nestes hospitais não dá cumprimento aos valores de 15% preconizados pela OMS, conforme apresentado na figura 5.

Expectativas, Decisão e Vivências no Parto por Cesariana
Estudo Qualitativo na Região Alentejo

Hospital José Joaquim Fernandes – Beja							
		2010		2011		2012	
Partos (Nº)		1267		1168		1211	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de Partos	Eutócicos	682	53,83	634	54,28	699	57,72
	Distócicos	585	46,17	534	45,72	512	42,28
	↳ Cesarianas	390	30,78	350	29,97	317	26,18
	↳ Outros	195	15,39	184	15,75	195	16,10

Hospital do Espírito Santo – Évora							
		2010		2011		2012	
Partos (Nº)		1338		1379		1279	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de Partos	Eutócicos	603	45,07	660	47,86	60	46,91
	Distócicos	735	54,93	719	52,14	679	53,09
	↳ Cesarianas	582	43,50	530	38,43	480	37,53
	↳ Outros	153	11,43	189	13,71	199	15,56

Hospital Doutor José Maria Grande – Portalegre							
		2010		2011		2012	
Partos (Nº)		433		433		547	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de Partos	Eutócicos	206	47,58	224	51,73	283	51,74
	Distócicos	227	52,42	209	48,27	264	48,26
	↳ Cesarianas	148	34,18	140	32,33	198	36,20
	↳ Outros	79	18,24	69	15,94	66	12,07

Figura 5 Tabela do número de partos na região Alentejo.(Fonte: ARS Alentejo, 2013)

2. ASPETOS PSICOLÓGICOS E EXPECTATIVAS PARA O PARTO

“Pode-se secar um coração de mulher, a seiva de todos os amores, mas nunca se extinguirá o amor materno”. Júlio Dantas

2.1. Aspectos psicológicos do parto

Na gravidez, os aspectos psicológicos podem relacionar-se com as alterações fisiológicas e sociais resultantes desta condição. Pode ser um período muito enriquecedor se a mulher for capaz de o viver como um tempo de preparação psicológica física e organização para o papel de mãe e início do relacionamento com o filho Justo (1994).

Durante o último trimestre da gravidez, as mães começam a formar percepções ter preocupações, pensamentos e sentimentos em relação ao bebé e ao seu papel de mãe. Do ponto de vista psicológico, o parto é um momento em que as expectativas e ansiedades da gravidez tomam uma dimensão real (Lopes et al., 2005). É um fenómeno fisiológico, normal e a sua ocorrência tem um significado emocional considerável, do ponto de vista da mulher que o vivencia (Kasai, Nomura, Benute, de Lucia, & Zugaib, 2010). O parto pode ser uma experiência de vida importante e fundamental para as mulheres, a sua vida modifica-se ao terem que assumir o novo papel, o de ser uma mãe (Fleming, Smart & Eide, 2011).

A ansiedade surge com a confirmação da gravidez e aumenta de forma progressiva à medida que a data do parto se aproxima (Colman & Colman. 1994). Størksen, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel, e Eskild, A. (2012), num estudo efectuado na Noruega, e que pretendeu estudar as associações entre ansiedade e medo como depressão pós parto, concluiu que a presença de ansiedade e depressão aumentou a prevalência de medo do parto, mas, a maioria das mulheres com medo do parto não apresentava ansiedade, nem depressão. Relativamente ao medo do parto, sabe-se que prolonga o tempo de planeamento de uma gravidez seguinte e aumenta também a duração do trabalho de parto, constituindo risco de cesariana (Sydjö et al.,

2012). Devido ao medo do parto, a mulher pode solicitar cesariana, por receio de lesões graves no seu corpo. Essas preocupações, geralmente estão relacionadas com um possível compromisso do assoalho pélvico, incontinência urinária e problemas sexuais (Klein, 2012).

Quando há necessidade de proceder a cesariana de urgência, os efeitos podem ser nefastos para a mulher. De acordo com Maurat & Mercer (1979) citado por Figueiredo et al., (2002), quando uma cesariana ocorre de forma não planeada, o impacto na mulher é adverso com efeitos a nível físico e psicológico. A nível psicológico, a mãe mostra-se menos satisfeita com o parto e consigo própria, vivenciando um conjunto de sentimentos negativos de culpa e receio de ter falhado.

Recentemente, num estudo holandês ao avaliar a prevalência de transtorno de *stress* pós traumático e determinar factores de risco em mulheres cujos partos ocorreram no domicílio ou em meio hospitalar por vontade própria, concluíram que ambos os ambientes, estavam associados aos sintomas de stress pós traumático, situações de cesariana de emergência, de dor intensa no trabalho de parto e de débeis competências para lidar com o parto (Stramrood et al., 2011).

A satisfação com o parto tem sido estudada. Estudos como o de Hildingsson et al., (2010), que teve como objectivo comparar as características de mulheres que escolheram diferentes formas de parto, entre o parto por cesariana de forma planeada e o parto em casa, concluiu que as mulheres que planeavam um parto em casa e as mulheres que fizeram cesariana a pedido pertenciam a grupos socio demográficos diferentes e que as mulheres que planearam o parto em casa sentiram maior envolvimento e participação no parto e nas tomadas de decisão tendo uma experiência de parto mais positiva do que as que tinham solicitado cesariana de forma programada.

O medo do parto tem sido também referido em vários estudos. Sentir medo do parto é uma razão para uma cesariana a pedido, sem uma indicação médica (Ramvi & Tangerud, 2011). Existem estudos que revelam que para o medo do parto contribuem a idade materna jovem, a nuliparidade, a existência de problemas psicológicos prévios à gravidez, a falta de apoio social e uma história de

experiências obstétricas adversas (Rouhe Salmela-Aro, Halmesmaki & Saisto, 2009; Rouhe, Salmela-Aro, Gissler, Halmesmaki & Saisto, 2011).

2.1.1. Tipo de parto e percepção da experiência de parto

O parto constitui-se como um dos grandes desafios para a mulher. Separa-se fisicamente do seu filho e põe à prova a sua capacidade reprodutora, a competência individual para suportar o trabalho de parto e viver essa experiência num ambiente estranho, ao cuidado de médicos e enfermeiros pessoas que por vezes, lhes são desconhecidas. Esta experiência suporta a influência de vários fatores, destacando-se entre eles os procedimentos obstétricos, as informações recebidas nos cursos de preparação para o parto e as experiências anteriores de gravidez e parto (Salmon & Drew, 1992).

A maioria das pesquisas sobre a experiência do nascimento tem-se centrado no parto vaginal, sendo reconhecida como complexa e multidimensional, influenciada por fatores, de ordem médica, psicológica e social (Salmon & Drew, 1992; 1999). Considerando as múltiplas dimensões da experiência de parto, Waldenström (1999), estudou numa amostra de 1111 mulheres, a associação entre a experiência de parto e nascimento e as possíveis variáveis explicativas. Os dados foram obtidos através de um questionário que foi aplicado no início da gravidez com dados demográficos, paridade, traços de personalidade e expectativas, constavam também dados de registos hospitalares, como os métodos farmacológicos de alívio da dor, indução do parto, duração do trabalho de parto, parto cirúrgico e o estado do recém-nascido. Uma análise de regressão identificou como variáveis explicativas, a participação no processo de nascimento a que chamou controlo percebido e o apoio da parteira que foram associados com uma experiência positiva, a ansiedade e a dor como experiências negativas. Numa segunda regressão percebeu-se que a cesariana, o parto vaginal instrumental, e o uso de óxido nitroso (Entonox), foram associados com uma experiência negativa de parto.

A avaliação da experiência de parto está muitas vezes relacionada às escolhas feitas previamente, que variam de mulher para mulher e também do seu envolvimento no parto. O assunto é recente e tem vindo a ganhar atenção. Numa pesquisa de Klein (2012), no que respeita à escolha materna sobre o tipo de parto,

constata-se que nos anos 1946-1990, 1990-2000 e 2000-2012, os resultados foram de um, catorze e cinquenta e cinco artigos publicados respectivamente, que abordaram o tema da escolha materna, dos quais dez eram comentários. Tem-se verificado que muitas mulheres solicitam a cesariana como via do parto, aspeto que tem sido referido como fator promotor das elevadas taxas de cesariana a nível global. Porém, é necessário saber-se por que razões as mulheres fazem essa escolha. Numa revisão de literatura de McCourt et al., (2007), concluiu-se que dos estudos selecionados, existiam diversas limitações metodológicas, o que faz com que a leitura e análise desta questão deva ser feita de forma cautelosa sendo necessário analisar-se criteriosamente as taxas de cesariana a pedido materno considerando o seu papel nas tomadas de decisão.

O período pré operatório, que medeia a cesariana e o nascimento pode ser de grande perturbação para a mulher e influenciar a perceção do parto. Num estudo que teve como objectivo avaliar as reações emocionais provocadas pela escuta de música selecionada enquanto se aguarda pela realização de uma cesariana e das reações fisiológicas relacionadas ao *stress*, o grupo experimental ouviu música favorita pré-selecionada durante 40 minutos, e o grupo controle guardou pela cirurgia sem ouvir música. Concluiu-se que as mulheres que ouviram música antes da cesariana tiveram um aumento significativo de emoções positivas e um declínio significativo de emoções negativas, quando comparadas com as mulheres do grupo de controlo que apresentaram um declínio das emoções positivas, um aumento da sensação de ameaça pela situação e não tiveram alteração das emoções negativas. Percebeu-se ainda que, mulheres que ouviram música apresentaram uma redução significativa da tensão arterial sistólica. No grupo de controlo verificou-se um significativo aumento da tensão arterial diastólica e da frequência respiratória (Kushnir, Friedman, Ehrenfeld, & Kushnir, 2012).

A dor tem sido referida como um aspeto relevante na perceção e experiência de parto e nascimento. A diferença na perceção da dor depende de vários factores como sejam o limiar da dor, a cultura, o estatuto social, a paridade, a educação pré-natal, o aconselhamento e apoio durante o trabalho de parto (Olayemi, Adeniji, Udoh, Akinyemi, Aimakwu, & Shoretire, (2005); Meharunnisa & Shahla, 2010). Um estudo elaborado na Nigéria, país onde ainda existe pouco recurso a analgesia no

trabalho de parto, revelou que muitas das parturientes descreveram o seu trabalho de parto como doloroso, preferindo a ausência de dor com aceitação da administração de analgésicos (Aduloju,2013).

Por vezes, a experiência pode ser traumática e a impossibilidade de mãe e bebé ficarem juntos logo após o nascimento, promovendo o início da ligação afetiva e do desenvolvimento da relação desta díade, podem contribuir para uma experiência negativa do parto. O estabelecimento de uma ligação afetiva entre os pais e o recém-nascido é proporcionado através da oportunidade dada à nova família de se manter junta, em privado, logo que se dê o nascimento (Klaus, Kennell & Klaus, 2000). Estas situações podem não ocorrer devido ao recurso a anestesia geral, debilidade materna ou complicações neonatais que impedem o recém-nascido de ficar de imediato em contacto com a mãe necessitando de reanimação imediata ou de cuidados mais específicos.

Vários factores contribuem para a satisfação no parto como sejam, sentimentos intensos resultantes da forma como decorreu a gravidez, o significado atribuído à gravidez e à maternidade e o valor atribuído à experiência. Esta satisfação foi referida por Lundgren (2005), como uma sensação de domínio, autoconfiança, competência e capacitação após o parto.

A experiência de parto está depende do tipo de parto. Para Figueiredo, Costa e Pacheco (2002), a investigação realizada com vista a perceber a influência do tipo de parto na experiência de parto e no estabelecimento da relação precoce com o bebé, tem vindo a demonstrar que o tipo de parto interfere na experiência de parto e, conseqüentemente, na percepção e satisfação com o parto, e com o estabelecimento da ligação inicial da mãe ao recém-nascido e na disponibilidade para lhe prestar cuidados. A qualidade dos cuidados prestados pelos técnicos de saúde e o carácter de humanização percebido, têm sido referidos pelas mulheres. O estudo de Cipolletta & Sperotto (2012), concluiu que muitas mulheres estavam mais satisfeitas com os cuidados prestados pelas parteiras, tendo dificuldade em conseguir bons relacionamentos com os seus médicos, identificando neles, menor capacidade de humanização.

Na experiência de parto, podem surgir receios e ambivalências sobre o tipo de parto. Num estudo austríaco, que pretendeu investigar as expectativas e experiências das mulheres face à cesariana e avaliar a experiência subjetiva do parto concluíram que mais de três quartos das mulheres estavam satisfeitas com a experiência de parto por cesariana. Porém, 83,3% das mulheres manifestaram ansiedade sobre a cesariana incluindo receios sobre a saúde e bem-estar do bebé e receio de possíveis complicações com a analgesia epidural. Os dados quantitativos mostraram de um modo geral baixos níveis de depressão e sofrimento psíquico antes e depois da cesariana (Blüm, et al., 2012)

O período gravídico afeta de forma considerável o casal. É um período de espera, cheio de expectativas e simbolismo que irão estar presentes toda a vida (Leal, 2005). O culminar do nascimento, a presença do marido /companheiro durante o trabalho de parto, tem sido relatada pelas parturientes como vantajosa. A este respeito, Aduloju (2013), no seu estudo, constatou que as parturientes que tiveram a presença dos companheiros durante o trabalho de parto referiram uma diminuição na percepção das dores do parto, o que as ajudou a lidar melhor com esse processo. A participação do companheiro no trabalho de parto tem sido referida como benéfica. São incalculáveis os benefícios sentidos pelas mulheres quando há acompanhamento de pessoas significativas que garantem carinho, empatia e compreensão, sendo que podem ocorrer menos complicações no trabalho de parto, menor duração do trabalho de parto, menor necessidade de medicalização e menor número de cesarianas (Klaus & Kennell, 1993, Langer, Campero, Garcia & Reynoso, 1998). No que respeita ao apoio sentido pelo companheiro durante o trabalho de parto, pode reduzir a ansiedade e a diminuição da acção das hormonas do *stress* que têm efeito vasoconstritor o que provoca diminuição do fluxo sanguíneo ao útero (Romano & Lothian, 2008). A participação dos profissionais de saúde tem um impacto considerável na percepção e experiência de parto. No estudo de Kumbani, Bjune, Chirwa, Malata e Odland (2013), verificou-se que as mulheres independentemente do tipo de parto, perceberam como positivo o facto de serem acolhidas de forma calorosa e de sentirem por parte dos profissionais delicadeza nos procedimentos e, como negativo, o tom elevado da voz e o tempo de espera. Para Cicuto, Belisário e Tavares (2012), a relação da mulher com a equipe de saúde é um componente essencial de sua satisfação com o tipo de parto, uma vez que

revela uma boa experiência sobre o tipo de parto e cuidados. Ainda para as autoras, o índice de satisfação mais elevado entre as mulheres que tiveram parto normal pode estar relacionado com a participação ativa da mulher no nascimento, amamentação e possibilidade de alojamento conjunto.

2.1.2. Tipo de parto e estado emocional pós parto

O parto tem sido descrito como um fenómeno complexo e multidimensional ao qual estão subjacentes factores de carácter médico, psicológico e social (Waldenström, 1999). O período puerperal, que lhe segue, corresponde a um estado de modificação emocional, essencial, provisório, manifestado por maior fragilidade psíquica (Sarmiento & Setúbal, 2003). A ocorrência de cesariana de emergência constitui uma experiência stressante podendo mesmo tornar-se num acontecimento traumático para a mulher (Somera, Feeley & Ciofani 2010; Waldenström et al., 2004).

No que respeita à cesariana planeada, esta tem sido reconhecida como um modelo seguro e psicologicamente bem tolerado (Schindl, Birner, Reingrabner, Joura, Husslein & Langer, 2003). Até 2002, não havia estudos que relacionassem as variáveis psicológicas antes e após a experiência de cesariana de emergência tendo, por essa altura, Wijma desenvolvido uma pesquisa para analisar se a condição psicológica das mulheres durante a gravidez, se correlaciona com o seu bem-estar psicológico depois de uma cesariana de emergência. Concluiu que, de forma particular, o medo do parto durante a gravidez e a ansiedade, estão associados ao sofrimento mental depois de cesariana de urgência pensando-se que o acompanhamento de puérperas com experiência de um parto complicado deva ser assegurado, especialmente nas mulheres com um histórico de medo intenso do parto e / ou outras dificuldades de ansiedade durante a gravidez (Wijma, Ryding, & Wijma, 2002).

A propósito dos pensamentos e das emoções durante o parto, e o processamento cognitivo após o nascimento, dada a sua importância no desenvolvimento de sintomas de *stress* pós-parto (Ayers, 2007), concluiu que os pensamentos durante o parto incluíam estratégias mentais de enfrentamento, desejo pelo final do trabalho de parto, má compreensão dos aspetos ocorridos, e as

parturientes sentiram-se com medo, assustadas e aborrecidas. No período puerperal, fez uma avaliação retrospectiva do nascimento e constatou que se focalizavam no presente centrando-se essencialmente no bebé, o que fazia esquecer as dificuldades por que tinham passado. As mulheres que apresentavam sintomas de *stress* pós-traumático, relataram mais pânico, raiva, pensamentos de morte e, após o nascimento, não se centravam tanto no presente, referindo mais memórias dolorosas e memórias intrusivas do que as mulheres sem sintomas

São conhecidos factores obstétricos como possíveis causas de depressão pós parto, os antecedentes de aborto, gravidez não planeada/não desejada, multiparidade, rejeição do companheiro à gravidez, multiparidade, experiência negativa do parto e complicações obstétricas (Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó, 2010; Mosso, Volpi, Scalise, Molina & Ramos, 2008). No entanto, os autores não se centraram nas questões relacionadas com o tipo de parto.

Constataram (Brockington, Macdonald & Wainscott, 2006), que as principais preocupações e inquietações, encontradas no período pós-parto foram o pânico pós-parto, o medo da morte súbita, os medos gerais sobre a saúde e a segurança da criança, o medo de obter pouco apoio e das suas competências maternas. A presença de sintomas depressivos é predominante no período pós-parto, mesmo em condições não complicadas (Weisman et al., 2010).

A influência do estado emocional pós parto, tipo de parto e nível de intervenção utilizados, têm sido referidos em estudos, nomeadamente com primíparas. Num estudo longitudinal prospectivo em que participaram 272 mulheres grávidas nulíparas, foram investigadas as sequelas psicológicas dos procedimentos obstétricos e, através do recurso a entrevistas e a questionários aplicados no final de gravidez e no início do período puerperal, identificaram, nos seus resultados, efeitos psicológicos adversos significativos associados ao tipo de parto, sendo que as mulheres que tiveram partos vaginais espontâneos tinham melhores níveis de humor e auto-estima mais elevada. Por outro lado, as mulheres que tiveram parto por cesariana apresentavam perturbações no humor e diminuição na auto-estima. No grupo que passou por intervenção instrumental nos partos vaginais (fórceps ou ventosa), os resultados situaram-se entre os dois grupos anteriores, mencionando nem uma melhoria, nem uma deterioração no humor e na auto-estima, concluindo-

se, então, que a intervenção cirúrgica nas primíparas traz significativos riscos psicológicos com riscos para o desencadeamento de *stress* pós-traumático e depressão (Fisher, Astbury, & Smith, 1997).

No período puerperal, a chegada do bebé desencadeia muitas ansiedades, pelo que os sintomas depressivos são comuns (Sarmiento & Setúbal, 2003). Uma experiência negativa ou traumática de nascimento pode levar a um sentimento de fracasso ou inadequação (Baker, Choi, Henshaw, & Tree, 2005).

A cesariana de emergência constitui um acontecimento muito stressante e, possivelmente, um evento traumático para uma mulher (Somera, Feeley, e Ciofani, 2010; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, & Rådestad, 2004). Muitas mulheres com a proximidade da realização de uma cesariana, apresentam níveis de ansiedade pré-operatória elevados (Wyatt, Jones, Peach, & Gurrin, 2001). No entanto, o estudo de Weisman et al. (2010), revelou que os traços de ansiedade não estavam relacionados com o tipo de parto. A cesariana quando planeada, tem sido descrita como segura e psicologicamente bem tolerada (Schindl et al., 2003). Embora a satisfação geral e a tolerabilidade psicológica de uma cesariana seja elevada, é necessário facultar informação mais detalhada às grávidas (Blüml et al., 2012).

A informação recebida de forma insuficiente constitui uma das principais causas de sofrimento e insatisfação para mulheres que têm os seus filhos por cesariana (Porter, Van Teijlingen, Chi Ying Yip & Bhattacharya, 2007). Referem ainda Meddings, et al., (2007) que a mulher que já passou por uma cesariana requer informações baseadas em evidências para fazer escolhas sobre o parto numa gravidez posterior porque, em geral, o estudo sugere que tentar parto vaginal depois de cesariana é benéfico, tanto para a mãe, como para o feto.

A experiência de parto pode não prognosticar os comportamentos parentais iniciais. Porém, o nível de informação e o facto de ser um parto vaginal tem influência positiva (Bryanton, Gagnon, Hatem, & Johnston, 2009). O humor negativo pós-parto interfere com o vínculo materno-infantil e a longo prazo, provoca consequências negativas para o crescimento infantil (Weisman et al, 2010).

2.1.3. Tipo de parto e comportamento materno face ao bebé

O comportamento materno face ao bebé, não é fácil de avaliar, estando em causa vários factores que antecedem ao parto. Enquanto grávida, a mulher expressa sentimentos e pensamentos acerca do bebé (Breen, 1975; Condon, 1993), inicia as primeiras interações com o bebé (Condon, 1993), preocupa-se com a sua saúde e bem-estar (Condon, 1993). Após o parto, a mulher passa a desempenhar o papel de mãe que integra as suas competências para cuidar e gostar do filho.

Ao estudar-se a associação das intenções de uma gravidez com os comportamentos maternos e satisfação percebida pela mulher no período pré-natal, e na assistência ao parto, Humbert, Saywell, Zollinger, Priest, Reger, e Kochhar, (2011), concluíram que o desejo da gravidez tem impacto nos comportamentos maternos, pelo que deve ser dada às grávidas oportunidade para expressarem as suas preocupações e sentimentos como forma de ajudar a reduzir a resistência para cuidar do bebé.

É ao longo da gravidez que a mulher deve fazer a individualização do seu bebé, de modo a que, no momento do parto, a separação física e emocional se integrem para que o nascimento não seja sentido como perda de uma parte de si mesma e do filho, mas sim considerado uma extensão de si própria (Stern & Bruschweiler-Stern, 2000).

São necessárias habilidades e disponibilidade para lidar com o bebé, para uma adaptação mútua, pelo que a mulher necessita ser sensível. A sensibilidade materna é a capacidade de uma mãe em perceber e interpretar corretamente os sinais e comunicações do seu bebé e, em seguida, responder de forma apropriada. É um dos principais fatores que influenciam o apego mãe-bebé e precisa ser promovido para uma interação eficaz mãe-bebé (Shuin, Park & Kim, 2006).

A respeito da resposta das mães aos bebés, num estudo, a ressonância magnética funcional revelou que os estímulos do bebé activam os circuitos do cérebro que processam emoções, motivação, atenção e empatia (Swain, Tasgin, Mayes, Feldman, Constable, & Leckman, (2008). O parto pode desencadear instabilidade

física e emocional com implicações no comportamento materno face ao bebé. Mulheres que mostraram preferência pelo parto vaginal consideram que este é mais benéfico para a saúde da mãe e do bebé, sendo que o "contacto emocional " imediato com o bebé facilitou a relação materno-infantil dentro de um ambiente "íntimo" (Fenwick, et al., 2007).

Para estimular a interacção logo após o nascimento, o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido, traz benefícios pelo que tal deve ser facultado independentemente do tipo de parto e sempre que as condições da mãe e recém-nascido assim o permitam. Este contacto pele a pele ocorrendo de forma precoce, promove a regulação emocional dos bebés, do *stress*, reatividade, adaptação metabólica e desenvolvimento social e cognitivo (Bystrova et al., 2003). Nos partos complicados, em que há necessidade de intervenção imediata e de reanimação neonatal, tal contacto não é possível logo nos primeiros minutos. No entanto, este tipo de contacto é fundamental para a interacção através dos vários tipos de comunicação. A relação inicial entre a mãe e o bebé, é pouco estruturada, predominando a comunicação não-verbal, o que a torna mais intensa e mobilizadora (Winnicot, 1988). A cesariana não facilita a iniciação imediata da interacção mãe-bebé porque, nem a mãe, nem o pai, mantêm contato pele-a-pele com o bebé após o nascimento, sendo que este tipo de contacto, permite a promoção da interacção vocal (Velandia, Matthisen, Uvnäs-Moberg & Nissen, 2010).

No que respeita à disposição para a amamentação, um estudo que teve como objectivo comparar o início da amamentação em mulheres com cesariana anterior e com parto vaginal após cesariana concluiu que as mulheres que tiveram o parto vaginal tinham maior predisposição para amamentar do que as mulheres com cesariana (Regan, Thompson & DeFranco, 2013).

A atividade hormonal influencia o comportamento pós parto. Nos seres humanos, a ocitocina está claramente associada aos aspetos das relações mãe-filho parecendo por isso, ter uma importância crucial para a compreensão das relações mãe-bebé (Galbally, Lewis, Ijzendoorn & Permezel, 2011). Na cesariana, as mães estão privadas desta estimulação e a ausência de experiências neuro-hormonais pode diminuir a capacidade de resposta do cérebro materno humano no pós-parto (Swain, Tasgin, Mayes, Feldman, Constable, & Leckman, 2008). Os autores consideram

ser necessárias mais pesquisas de forma a esclarecer a relação entre o tipo de parto, e a ocitocina, com a ansiedade e alterações de humor pós-parto em humanos.

O comportamento materno está dependente do estado de saúde da mãe e do bebé. Dentro das várias complicações, mães de prematuros são mais sensíveis e têm menos controle, no entanto, desconhece-se se este é o resultado de fatores maternos ou se é devido à adaptação materna (Jaekel, Wolke & Chernova, 2012).

2.2. Expectativas das mulheres em relação ao parto

É inerente à essência humana, esperar e desejar a realização de algo que prevê ou deseja fortemente de forma mais ou menos inconsciente. A isso chamamos expectativas, algo que origina os nossos desejos e idealizações para o futuro e que, muitas vezes, se afastam da realidade. A expectativa resulta de um exercício de reflexão relacionado com projectos individuais ou profissionais e que antecipa um resultado futuro.

O conceito de expectativas é amplo e, quando são pessoais, variam em consonância com os desejos individuais podendo relacionar-se com pessoas, eventos ou algo mais material. Na perspectiva de Bandura (1977), no âmbito das motivações, as expectativas são a força autoreguladora que permite a conquista dos objetivos influenciando o nosso comportamento. Quanto ao facto de serem positivas ou negativas, o autor refere que esse aspeto está dependente da crença que cada pessoa tem da sua própria eficácia pessoal. A teoria neurobiológica da ansiedade expressa que a sensibilidade excessiva a um desequilíbrio entre as expectativas e as experiências vividas é determinante na geração de ansiedade (Gray's, 1994 cit Ayers e Pickering, 2006).

Com o aproximar do termo da gravidez, o organismo materno altera-se e prepara-se para o parto, a mulher pode começar a pensar nas formas em como lidar com ele. Além das muitas interrogações pode ter vários temores, temer a morte, a dor do parto, o parto traumático, não se conhecendo bem as consequências desta ansiedade. Assume-se que 5-20% de todas as mulheres grávidas temem o parto (Jolly et al., (1999) cit por Størksen et al., 2011), sendo que o número de cesarianas planeadas devido ao medo do parto tem vindo a aumentar de forma considerável no

mundo ocidental (Saisto & Halmesmaki, 2003; Spice et al., 2009 cit por Størksen et al., 2011).

No nosso quotidiano, as expectativas, levam à esperança de conquistar, realizar ou experienciar alguma coisa, ter expectativas prevê querer ser, ter, fazer, estar ou viver. As expectativas manifestam a possibilidade de que os acontecimentos se possam desenrolar tal como prevemos. Formar expectativas para os principais acontecimentos da vida pode ajudar a preparar mental ou fisicamente para a experiência (Martin, Bulmer & Pettker, 2013).

2.2.1. Elaboração das expectativas para o parto

Durante a gravidez, espera-se na incerteza, pensando no que possa vir a acontecer positiva ou negativamente, sendo que a não concretização dessas expectativas pode causar sofrimento porque se acreditou fortemente na probabilidade da sua concretização ou, pelo contrário, pode causar felicidade porque foram superadas. Expectativas construídas para eventos importantes da vida podem ajudar a preparar mental ou fisicamente para a experiência que se prevê e na preparação para o nascimento tal não é diferente (Martin, Blumer & Pettker, 2013). As grávidas produzem as suas expectativas, para o parto, a partir de experiências anteriores, de, conversas com outras mulheres e do seu background cultural (Dias & Deslandes, 2006). Assim, as expectativas antecipam a experiência da mulher no parto, variando de mulher para mulher, dependentes de múltiplos aspetos. Passando pela experiência, a mulher pode percecioná-la como difícil da qual sentiu medo ou, pelo contrário, considerá-la como experiência positiva. Entenda-se como experiência positiva a satisfação da mulher de forma individual em relação ao parto (Waldenström, 1999).

O parto é um acontecimento que é antecipado na gravidez configurando-se como expectativas (Lopes et al, 2005). Quando a experiência real não corresponde às expectativas criadas, a discordância pode causar, na mulher, aborrecimento, irritação, confusão ou, mesmo, trauma (Martin et al., 2013). Com o parto, as expectativas construídas no decorrer da gravidez, são postas à prova e podem, ou não, concretizar-se. É um evento que pressupõe idealizações/concepções que são

testadas no momento em que ele ocorre e constitui a criação de fenómenos intrapsíquicos intensos que são condicionados por vários aspectos, como sejam a experiência anterior, a forma como viveu a gravidez, o significado atribuído ao bebé e ao seu papel de mulher/mãe. Para Pacheco et al, (2005), o comportamento da mulher durante o parto é determinado pela forma como a mulher concebe previamente essa experiência, pelo que é importante conhecer-se a forma como o parto é antecipado para garantir ajuda efetiva a essas grávidas quer no parto quer no puerpério.

O papel das expectativas na experiência de parto tem sido analisado de forma esporádica nos últimos 50 anos, com resultados conflituais percebendo-se que as aulas de preparação para o parto, influenciam a relação entre as expectativas da mulher e a sua experiência de nascimento (Ayers & Pickering, 2005).

Um estudo quantitativo feito em Hong Kong mostrou que as mulheres que frequentavam as aulas de preparação para o parto, tinham grandes expectativas de apoio por parte das parteiras e dos companheiros, enquanto as expectativas relacionadas com a capacidade de lidar com a dor foram relativamente baixas. Além disso, expressaram baixas expectativas sobre o uso mínimo de intervenções médicas durante o parto (Ip et al., 2003.)

Estudos menos atuais sobre as expectativas do parto centram-se sobretudo na capacidade de gestão da dor, no receio das intervenções médicas e apoio prestado por enfermeiras e outras pessoas significativas (Tarkka, Paunonen, & Laippala, 2000). Referem ainda os autores que embora os diferentes tipos de apoio não estejam claramente definidos na maioria dos estudos, as expectativas das mulheres relativamente ao apoio da equipa de enfermagem e dos seus parceiros são geralmente elevadas.

As mulheres têm expectativas bem formadas sobre muitos aspetos relacionados com o parto, com o bebé, o seu papel como um mãe e o papel do seu parceiro, e essas expectativas estão sujeitas a um aperfeiçoamento e desenvolvimento contínuos, dependendo das novas informações e da experiência (Gupton, Beaton, Sloan & Bramadat, 1991 cit por Ayers & Pickering, 2005).

Sendo o parto um acontecimento que afeta o casal, as expectativas para o parto podem ser também construídas a dois. Um estudo feito com uma população de casais de Taiwan que teve como objectivo compreender as expectativas do parto e as diferenças na sua não concretização a partir de uma amostragem de conveniência, com 200 casais. Utilizou-se o “Expectations Questionnaire” tendo identificado a existência de cinco fatores que afetam as expectativas do parto nos casais. Evidenciaram-se o ambiente de cuidados, a dor do parto, o apoio do parceiro, controle e participação dos médicos e dos enfermeiros. Entendem os autores que uma reflexão sobre estes resultados podem ajudar os profissionais a compreender melhor as diferenças nas expectativas dos casais durante o trabalho de parto e no parto melhorando a qualidade dos cuidados médicos e de enfermagem, promovendo deste modo uma experiência positiva do parto e elevado nível de satisfação dos pais (Kao, Gau, Wu, Kuo, & Lee, 2004).

Autores como Fenwick, et al., (2007), ao explorarem as expectativas de parto e o conhecimento de mulheres que tiveram uma cesariana anterior e preferem um parto vaginal numa gravidez subsequente, revelou que a experiência de cesariana reforçou as suas anteriores expectativas para parto natural, referindo a importância de lidar com os seus corpos no trabalho de parto e conseguir um parto vaginal, sendo que este tipo de parto foi considerado uma componente importante para se tornarem mulheres e mães. Concorreram, para isso, o apoio positivo da família e dos amigos e uma postura de oposição em relação à cesariana. As mulheres foram capazes de ponderar os riscos da cesariana considerando que o parto vaginal é mais vantajoso na medida em que beneficia a saúde e o bem-estar da mãe e do bebé, promove a relação precoce e facilita a transição para a maternidade

Para o parto normal, uma das expectativas salientadas, prende-se com a gestão da dor. A maioria das mulheres pretende recorrer a uma forma de alívio da dor durante o trabalho de parto. As expectativas podem resultar de um conjunto de informações que a mulher foi obtendo de várias fontes como sejam as aulas de preparação para o parto, os livros, a televisão, a Internet, os profissionais de saúde, ou a família e amigos (Beaton & Cupton, 1990; Beebe & Humphreys, 2006) Para uma compreensão mais ampla das expectativas para o parto (Ayers & Pickering, 2005), elaboraram um estudo exploratório de carácter prospectivo, definindo três

objetivos: 1º analisar a relação entre as expectativas de nascimento durante a gravidez e sintomas de ansiedade; 2º analisar a relação entre as expectativas e a experiência de nascimento; 3º analisar o efeito da paridade nas expectativas e experiências. Uma semana após o nascimento, responderam a um questionário sobre a experiência de parto. Os resultados revelam que a ansiedade durante a gravidez está associada a expectativas menos positivas durante o trabalho de parto, e menor controlo neste processo. As mulheres que tinham elevadas expectativas para o controlo no trabalho de parto, apresentaram altos níveis de controlo durante o nascimento. A experiência de parto influenciou as expectativas. Foram observadas diferenças entre as expectativas criadas pelas nulíparas e pelas múltíparas, sendo que as primíparas eram mais 'imprecisas' nas suas expectativas.

A elaboração objetiva das expectativas está dependente do significado que atribuímos aos fenómenos de forma individual pelo que os efeitos da sua concretização ou não, está dependente dessa interpretação. Também o conhecimento e a compreensão que cada pessoa tem da realidade, permite ajustar o esperado.

2.2.2. O desejo de ter um filho

Desejar é uma capacidade comum ao ser humano, uma força que impulsiona uma ambição ou uma satisfação. O desejo é, basicamente, a procura de um lugar, de um momento e de um paraíso perdido (Lanius & Souza, 2010). Há várias ações que se pretendem ver satisfeitas, para que o indivíduo se sinta mais completo e emocionalmente estável. Embora muitas vezes possam ser mal geridos, e aí causarem ansiedade e frustração, os desejos podem também ajudar-nos a crescer e a projetar a nossa vida. A concretização dos desejos permite uma sensação de equilíbrio e de competência para atingir os objetivos.

Dos vários desejos que se podem ter ao longo da vida, ter um filho é um desejo que se tem revelado importante para o ser humano. No entanto, pressupõe a existência de aspectos muito complexos. Para Brazelton e Cramer (1989), o desejo de ter um filho tem subjacente o desejo de ser completo e onipotente, desejo de

usão e de união com o outro, desejo de se rever no filho, oportunidade de separação da própria mãe e o desejo de renovar velhas relações.

Há um desejo de se revelar completo a si próprio e aos outros. Este desejo não é exclusivo do género feminino. Também os homens ambicionam ter um filho manifestando-o, por vezes, em idades muito precoces. A chegada de um filho pode trazer satisfação pessoal e preencher a vida do casal, permitindo uma vivência em família de forma mais completa e plena de afetos. Embora o desejo possa ser dos dois, sempre se associou à mulher a possibilidade de conceber e gerar um filho sendo - lhe reconhecido um lugar privilegiado na experiência da maternidade. A este respeito, Brazelton e Cramer (1989), asseguram que nas crianças do sexo feminino, ao se aperceberem que são cuidadas, criam fantasias que a orientam no sentido de se reconhecer como alguém que passa a ser cuidadora deixando de ser cuidada. A mudança de paradigma a que assistimos atualmente faz com que, no exercício da maternidade estejam mães que são donas de casa e que, simultaneamente, exercem uma profissão ou têm uma carreira profissional, provocando uma transformação no modelo tradicional da maternidade onde se vê cada vez mais a igualdade da responsabilidade parental.

O desejo de ter um filho e o desejo da maternidade são forças internas que transformam a mulher no entanto, estes dois desejos são distintos. Pode desejar-se ter um filho sem que haja um projecto de maternidade. Kitzinger (1995), refere que a mulher começa a desenvolver-se como mãe capaz de criar um filho de forma satisfatória logo na sua infância, fazendo parte do desenvolvimento. Desejar um filho é diferente de desejar a maternidade. Esta, segundo Garcia (2002), está eminentemente associada a uma tentativa de repetição de uma vivência infantil não elaborada e a criação de um novo ser estará associado a um desejo de recriar o passado.

Para se ser pai e mãe, é necessário um pré-estabelecimento do processo de vinculação. Para Lebovici (2004), o ser humano, quando se torna pai, tem de agir de acordo como modelo retirado dos seus pais e construir a parentalidade no imaginário. Isto vai permitir uma preparação para uma tarefa difícil. Para este autor, a parentalidade vai além do aspeto biológico. É necessário também fazer um

trabalho interior, aceitando que herdamos alguma coisa dos nossos pais, uma oportunidade para reflectir a respeito da sua descendência.

Há uma diferença entre aquilo que se deseja e aquilo que se quer. Fruto desta diferença, o desejo pela gravidez necessita de maiores estudos, devido à complexidade da motivação inconsciente quanto à gravidez que muitas vezes culmina nas chamadas “gravidezes não planeadas” (Tachibana, Santos, & Duarte, 2006). O primeiro desejo está recalcado no inconsciente e retorna substituído por diferentes desejos, como o desejo de ter um filho (Lanius & Souza, 2010). Em termos metapsicológicos, Aulagnier postula que o desejo de ter filhos tem, por base, uma transmissão materna tanto à filha como ao filho. Todavia, a passagem a esse desejo depende da constituição psíquica individual após a travessia pelo complexo de Édipo tendo assumido, ou não ou de forma menos completa a castração simbólica (Violante, 2007).

Quando não há concretização de uma gravidez, surge na mulher uma necessidade de reparar conflitos internos e converter feridas narcísicas. Este narcisismo primário permite que numa gravidez, o bebé se torne a atenção dos pais, e as trocas de afetos entre ele e os pais constituem uma experiência emocional positiva que contribui para a parentalidade (Lebovici, 2004).

O desejo de um filho é provavelmente baseado num processo ambivalente, por um lado, para equilibrar os desejos emocionais e, por outro, esperar por reconhecimentos sociais, condicionados pelos temores de carácter financeiro e pelas limitações pessoais (Stöbel-Richter, et al., 2005). Salieta-se também, a habilidade e o gosto de estar com crianças, conjugando-se este aspeto com o assumir das exigências que acarretam o facto de se ser pai e mãe. Contudo, não é fácil identificar as razões que levam o ser humano a desejar ter um filho, uma vez que estão subjacentes múltiplos aspetos que envolvem o biológico, o psíquico e o sociocultural. Um estudo que pretendeu dar um passo inicial para a compreensão das atitudes, motivações e crenças das mulheres saudáveis em relação ao desejo de uma gravidez, através de uma entrevista efectuada a mulheres que tinham tido um filho nos cinco anos anteriores, procurou-se identificar as causas que levaram ao desejo de engravidar. Emergiram como principais causas, o tempo considerado ideal para engravidar, o espaçamento entre as gestações, a satisfação de desejos

personais e o desejo da experiência de gravidez, parto e parentalidade e ligação próxima com a família alargada (Montgomery et al., 2010).

No caso particular das mulheres inférteis, elas expressam um desejo inconsciente que por vezes não condiz com os pedidos conscientes de querer ter um filho. (Lanius & Souza, 2010). Desta forma, o desejo de ter um filho pode estar associado a uma necessidade de resolver um conflito e satisfazer a fantasia de se tornar completa e onipotente.

Adiar a maternidade é uma decisão cada vez mais frequente nos tempos atuais e está frequentemente associado ao concretizar de uma carreira profissional, ou pelo aguardar de estabilidade financeira, sendo que muitas vezes as mulheres não aliam a este adiamento o compromisso da fertilidade. Estudos efectuados no Canadá e no Reino Unido, revelam que as jovens demonstram ter pouco conhecimento acerca destas consequências quando optam pelo adiar da maternidade (Bunting, et al., 2012; Daniluk, Koert & Cheung, 2012)

O impacto de fatores psicológicos que influenciam a infertilidade é uma questão que tem vindo a ser debatida (Schilling, Toth, Rösner, Strowitzki & Wischmann, 2010). Uma vez concretizada a gravidez e o nascimento, o comportamento dos pais que passaram por um processo de infertilidade é marcado por preocupações e inseguranças em relação ao seu filho. Os pais de crianças que nasceram por fertilização *in vitro* são consideradas perfeccionistas e protectoras, vendo nos seus filhos mais vulnerabilidades (Serra & Leal, 2005).

Embora pareça contra o natural desenvolvimento humano, a mulher também pode optar por não ter filhos ou nunca considerar oportuno. Uma gravidez inoportuna é aquela que pode ser desejada em qualquer momento, embora não seja o momento considerado adequado, uma gravidez não desejada é aquela que não é aceite no momento nem no futuro (Montgomery et al, 2010). Cada mulher constitui numa individualidade própria, com as suas circunstâncias e personalidade que constituem dimensões psíquicas complexas que nem sempre são fáceis de trabalhar. A não-aceitação de uma gravidez poderá trazer sentimentos de culpabilização e rejeição de si mesma e levar a mulher a querer submeter-se a um método contraceptivo irreversível.

O desejo de ter um filho pode estar comprometido com base em vários fatores, como o número de filhos existentes, a sociedade onde a mulher está inserida, a situação económica, a educação e as experiências vividas (Tan et. al., 2013). Um estudo elaborado por estes autores concluiu que o medo em relação a uma nova gravidez é elevado e o planeamento demais filho é reduzido após gravidezes de alto risco.

A prevenção de gravidezes não planeadas é uma prioridade para a maioria dos homens e mulheres sexualmente ativos e, reduzir a gravidez indesejada provavelmente requer uma abordagem às desigualdades socioeconómicas e ao aumento do uso de contraceptivos (Finer & Zolna, 2014). Mães com gravidezes não desejadas podem considerar a gravidez inoportuna ou indesejada ou podem sentir-se ambivalentes em relação à gravidez (Santelli, et. al.2003).

2.2.3. Construção da Vinculação Materna ao bebé

Vinculação pré-natal é o termo que se refere ao investimento afetivo que os pais desenvolvem com o feto durante o período de gestação. Klaus e Kennel (1976) introduziram o termo “*bonding*” para falarem de uma relação única, específica e duradoura, que é formada entre a mãe e o bebé (Figueiredo, 2003). Não é fácil perceber-se o que promove o vínculo materno ao bebé. No entanto vários autores se têm debruçado sobre esta matéria contribuindo para a sua compreensão. As interações entre os humanos levam a comportamentos de apego, fundamentais para o desenvolvimento harmonioso. Bowlby (1969, p.194), definiu apego como uma “ligação duradoura psicológica entre os seres humanos”. Em 1981, Cranley definiu vinculação materno fetal como sendo a forma grandiosa como as mulheres se envolvem em comportamentos que representam uma relação e interação com a sua criança ainda por nascer (Cranley, 1981). Mais recentemente, o apego materno-fetal foi definido como um processo que, segundo relatos, se desenvolve, principalmente, a partir do segundo trimestre da gravidez (Hjelmstedt, Widstrom & Collins, 2006). “As dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais, que interferem no processo de vinculação materna ao bebé, dizem respeito à gravidez, ao parto, e ao pós parto imediato” (Figueiredo, 2003: p.526). Este vínculo afectivo,

essencial para o processo de vinculação ao bebé, resulta de uma relação muito precoce com o feto. Desde o início da gravidez que se desencadeia a ligação dos pais ao filho que está a ser gerado (Samorinha, Figueiredo, & Cruz, 2009).

Klaus e Kennel, preocupados com o apego, questionaram-se sobre a forma como ele se construía e qual o período sensitivo no ser humano.

A relação mãe-bebé inicia-se no período pré natal, quando os pais começam a construir a noção de individualidade do bebé (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). Lebovici (2004), refere que, quando o bebé nasce, a mãe contacta com o bebé real e com o bebé imaginário e esse bebé real poderá dececioná-la em relação ao bebé imaginário. Refere também que, o bebé real trás consigo uma história transgeracional, isto é, inclui a história dos pais e dos avós. O autor clarifica dizendo que a gravidez, principalmente a primeira, induz na mãe o sonho da criança ideal que é identificada no inconsciente e no superego dos avós, pelo que a mãe introduz na relação com o bebé um conflito edipiano, quando anuncia a gravidez, diz à sua mãe que agora é ela a mãe, e a sua mãe passou a ser a avó.

A construção e o desenvolvimento dos laços afectivos na gravidez e nascimento, têm sido alvo de investigação e de interesse. São reconhecidos vários factores que estimulam o vínculo dos pais com o bebé, como sejam os de carácter contextual e emocional. O planeamento da gravidez, a sua aceitação, a consciencialização dos movimentos do feto, a perceção do feto como uma pessoa separada, bem como a vivência do trabalho de parto, o nascimento, ver o bebé, tocar-lhe, aceitá-lo e cuidar dele contribuem, significativamente, para a formação do vínculo (Klaus, et al., 2000). A vinculação perinatal é influenciada pelo trabalho de parto e o confronto com o bebé real quando podem tocar, ver e ouvir (Sá, 2004). Os movimentos fetais parecem estar relacionados com o desenvolvimento do vínculo pré natal. A sua perceção é condição para a construção da vinculação pré-natal (Laxton-Kane & Slade, 2002). Esta vinculação é um processo contínuo que pode ter influência no bem-estar psicológico, repartindo-se em vários períodos sensíveis como sejam o anúncio da gravidez, a primeira ecografia obstétrica, a audição dos batimentos cardíacos fetais e da comprovação dos primeiros movimentos fetais (Bayle, 2006). No entanto, há aspectos que necessitam de melhor explicação. Um estudo que teve como objetivo testar o apego materno-fetal em mães que realizaram

a contagem sistemática dos movimentos fetais, concluiu que esta contagem quando efectuada no terceiro trimestre não estimula o apego materno-fetal pré-natal, pelo que os autores consideram necessária mais pesquisa que contemple os níveis de *stress*, preocupação e outros factores psicológicos que possam interferir (Saastad, Israel, Ahlborg, Gunnes & Frøen, 2011). A vinculação pré natal aumenta durante a gravidez. Para tal, contribuem de forma significativa, a satisfação conjugal, a idade e a ambivalência típica desta fase (Hjelmstedt et al., 2006). São também identificados factores hormonais. Um estudo demonstrou que os níveis de ocitocina no início da gravidez e no pós-parto se relacionaram a um conjunto claramente definido de comportamentos de ligação materna, incluindo o olhar, vocalizações, afeto positivo e toque carinhoso. Concluíram ainda que, durante a gravidez e no período pós-parto, a ocitocina pode ter um papel no surgimento de comportamentos e representações mentais típicos da ligação materna nos humanos (Feldman, Weller, Zagoory-Sharon & Levine, 2007).

A forma como se consolida este vínculo pode trazer maior responsabilização para com a gravidez e exercício da maternidade. Pesquisas recentes apoiam a ideia de que a relação precoce estabelecida entre a mãe e o feto está relacionada com a qualidade da interação mãe-bebé o que contribui para a melhoria dos comportamentos em saúde por parte da mulher durante a gravidez (Vedova, Dabrassi & Imbasciati, 2008). Estabelece-se um compromisso emocional, que leva a mãe a satisfazer as necessidades do filho, alimentação, higiene, carinho e confronto (Maçola, Vale & Carmona, 2010). Esta ligação afectiva da mãe ao bebé tem carácter progressivo, estabelecendo-se de forma gradual (Stern, 1980) dependendo da forma como ocorre a gravidez. Além disso, este envolvimento afectivo tem carácter bidimensional, ou seja, não é só da mãe para o bebé mas também do bebé para a mãe. O comportamento do bebé também interfere na vinculação materna, retirando-lhe uma característica unidimensional (Klaus, et al., 2000).

As interações iniciais entre a díade, como sejam a sensibilidade materna e a capacidade de resposta perante as situações, têm sido estudadas devido ao impacto fundamental que tem no desenvolvimento da criança (Udry-Jørgensen et al., 2011). A investigação sobre a construção da relação mãe bebé, tem vindo a centrar-se na questão do vínculo precoce. Em 1981, Mecca Cranley desenvolveu um instrumento denominado *Maternal-Fetal Attachment Scale*, que permitiu explorar o tema em

vários estudos (Bloom, 1995; Grace, 1989). A escala contém 24 itens, com cinco sub-escalas e foi desenvolvido para medir o apego materno-fetal durante a gravidez (Cranley, 1981). Pesquisas mais recentes, centradas no apego materno fetal, começaram já a criar um corpo de conhecimento científico. São necessárias mais pesquisas para identificar os fatores que influenciam o apego materno-fetal, realizadas preferencialmente em amostras maiores e de maior diversidade racial e étnica (Alhusen, 2008).

Os vínculos mais seguros previnem complicações emocionais como sejam a ansiedade e a depressão. Um estudo concluiu que existe relação entre o padrão de vinculação da grávida e o nível de vinculação materno fetal e, as mulheres que apresentam vinculação segura, evidenciaram vinculação materno fetal mais consolidada e menos sintomas depressivos ou ansiosos (Schmidt & Argimon, 2009).

De facto, tudo aponta para que a vinculação materna se inicia no período pré natal. A ligação da mãe ao filho é manifestada ainda durante a gravidez e, esta forte ligação física e emocional, arrasta também consigo o conceito proposto por Winnicott (1956) de “preocupação primária”, que se refere ao processo de identificação precoce da mãe com o bebé nas suas necessidades e características.

2.2.4. Ambivalências na gravidez

Ambivalência é um sentimento comum ao ser humano, que provoca nele um conflito entre o que se quer e o que não se quer, o que se rejeita e o que se aceita. Apesar desta oposição, pode sentir, em simultâneo uma sedução por ambos, o que provoca um forte desafio aos humanos. Este mecanismo psicológico está muitas vezes presente nas nossas ações e nos nossos comportamentos. O conceito de ambivalência inclui uma componente de incerteza (Leichtentritt, Blumenthal, Elyassi, & Rotmensch, 2005), podendo surgir mesmo em relação à vontade de ficar grávida. Na gravidez, a mulher de forma particular, vê-se confrontada com ambivalências. Autorres como Ziegel e Craneley (1986), e Justo (1990), referem a ambivalência como uma atitude que caracteriza o primeiro trimestre da gravidez, a simultaneidade de sentimentos divergentes, por um lado a aceitação e por outro a rejeição da gravidez. É importante que as mulheres saibam que é comum ter sentimentos

ambivalentes sobre estar grávida (Humbert, Saywell, Zollinger, Priest, Reger & Kochhar, 2011). Um outro estudo de (Pinquart, Stotzkab & Silbereisenb, 2010), concluiu, que a presença de algum grau de ambivalência é um fenómeno comum nas decisões sobre a gravidez sendo que apenas uma pequena minoria se mostra ambivalente em relação a isso. Além disso, a ambivalência surge quando há um conflito com os custos financeiros da parentalidade e quando o companheiro está indeciso sobre o ter filhos.

Durante a gravidez, a mulher confronta-se com várias alterações na sua vida, surgem os medos, fruto do desconhecido, da incerteza ou de experiências anteriores que de forma mais ou menos intensa mobilizam significativamente os seus sentimentos que oscilam entre o positivo e o negativo, gerando conflito e ambivalência. Há já algumas décadas, autores como Delcros e Widlocher (1978, p. 281), referenciavam que, “ as alterações no decurso da gravidez variam de mulher para mulher, consoante a sua personalidade, a sua história, o meio humano em que se desenvolveram, as relações estabelecidas com os seus próprios pais ou pai do seu filho”.

Para avaliar a ambivalência na gravidez, os investigadores têm medido as intenções da mulher em evitar a gravidez ou da forma como se sentiria se soubesse que estava grávida (Sheeder, Teal, Quindaste & Stevens-Simon, 2010) Esta preocupação pode estar relacionada com o carácter ambivalente do desejo de uma gravidez. Desta forma, podem existir sentimentos inquietantes e indecisões acerca da suspensão ou manutenção dos métodos contraceptivos. É interessante constatar que as mulheres que não se sentem realmente seguras e motivadas para uma gravidez, podem manifestar ambivalências ou não terem a certeza sobre o uso de contraceptivos (Spizer, Irani, Barden-O’Fallon, & Levy, 2009).

Durante a gravidez, os sentimentos ambivalentes ocorrem de acordo com os trimestres sendo comum aos membros do casal. Um estudo mostrou que a maioria dos futuros pais, a meio da gravidez, pensam sobre o nascimento do seu bebé. Alguns fatores são comuns a ambos os progenitores, mas os pensamentos das mulheres baseiam-se sobretudo em mudanças e medos de alterações físicas e emocionais, enquanto que os pais se centram mais na situação social e económica,

no entanto são necessárias mais pesquisas sobre o conteúdo dos pensamentos dos pais (Hildingsson, Thomas, Karlström, Olofsson & Nystedt (2010).

Há, por vezes, medos e angústias que podem estar na origem da ambivalência da grávida, sobretudo os que se prendem com as experiências anteriores como as perdas gestacionais precoces ou tardias e antecedentes de malformação fetal. São situações que são do conhecimento das grávidas e que lhes podem causar angústia. A incidência global de malformações congénitas varia entre 25 e 62 casos por cada 1000 recém-nascidos e, a incidência de doenças congénitas graves que podem causar morte prematura ou doenças crónicas é de 43 por cada 1000 recém-nascidos (Argote-Oviedo, Escobar-Marin, Morales-Viana & Vásquez-Truiss, 2013).

De um modo geral, as grávidas necessitam adaptar-se às mudanças corporais e, a vivência do seu corpo transformado em díade, parece ser fundamental para a construção da identidade da mãe em relação ao bebé. A preocupação e partilha que se instala ainda na gravidez fazem com que se prepare para a partilha e dedicação que terá com o bebé. Como referem Cohen e Slade (2000), esta realidade física prepara a futura mãe para as profundas alterações na sua realidade psicológica.

As rápidas mudanças que ocorrem no tamanho do corpo, forma e peso ao longo um período de 40 semanas, pode tornar a gravidez um momento em que as mulheres tendem a reavaliar a sua imagem corporal e as suas atitudes face ao corpo (Skouteris, Carr, Wertheim, Paxton & Duncombe, 2005). Podem estar subjacentes a esta questão, interrogações acerca da sexualidade e da relação íntima do casal.

Durante a gravidez, a mulher pode também associar os seus comportamentos a riscos para o bebé e ao ponderar sobre eles, conter-se ou mantê-los, vivendo nesta ambivalência. Salientam-se aqui os diversos consumos nomeadamente o tabagismo, do qual são conhecidos os efeitos nefastos para a saúde da grávida e do feto. Os hábitos tabágicos durante a gravidez têm sido associados a complicações fetais tais como baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intra-uterino e prematuridade (Jaddoe et al., 2008; Orr, Newton & Weismiller, 2007) bem como das

elevadas taxas de aborto (Aliyu, Salihu, Wilson & Kirby, 2007). Além disso, as representações intrapsíquicas sofrem influência de factores psicossociais que podem perturbar a mulher e levá-la a sentir-se incapaz de cumprir o seu modelo de maternidade (Rafael-Leff, 2010). Estas inquietações podem levar a grávida a um estado de vulnerabilidade, fruto de conflitos internos que resultam em comportamentos, ora de felicidade fingida ora de tristeza. Contribuem também, para isso, a influência de opiniões, as apreciações de terceiros e de pressões que podem torná-la ambivalente e vulnerável.

As mulheres são consideradas ambivalentes acerca da gravidez se, por exemplo, referirem a importância de evitar a gravidez mas, por outro lado reconhecerem que ficariam felizes se descobrissem que estavam grávidas (Higgins, Popkin & Santelli, 2012). Também é importante salientar que a ambivalência está relacionada com desejos reprodutivos que podem ser contraditórias ou pouco claros (Schwarz, Lohr, & Gerbert, 2007). A avaliação prospectiva das intenções de gravidez para identificar mulheres ambivalentes, especialmente com recurso a medidas multidimensionais, pode revelar-se uma valiosa ferramenta que oferecerá aos clínicos uma oportunidade para responder às preocupações e necessidades dessas mulheres para o futuro da contracepção e de gravidezes saudáveis (Kavanaugh & Schwarz, 2009).

A ambivalência pode também estar relacionada com o tipo de parto. Ao longo da gravidez, algumas mulheres podem entender o parto como um evento traumático (Beck, (2011); Elmir, Schmied, Wilkes, & Jackson, 2010.) Lidar com a dor tem sido o principal receio, havendo alguns sentimentos de ambivalência sobre fazer ou não analgesia epidural (Hidaka & Callister, 2012). No que respeita ao tipo de parto, a ambivalência entre o parto vaginal ou cesariana, foi estudada recentemente numa investigação que teve como objetivo avaliar as preferências pelo parto por cesariana e identificar os factores determinantes da ambivalência ou escolhas esclarecidas para cesariana ao longo da gravidez. Concluiu que a maioria das grávidas preferia ter um parto vaginal (Dweik, Edmond, Annamária, Gyula & Attila, 2014).

PARTE II - ESTUDO EMPIRICO

"O mestre disse a um dos seus alunos: Yu, queres saber em que consiste o conhecimento? Consiste em ter consciência tanto de conhecer uma coisa quanto de não a conhecer. Este é o conhecimento." Confúcio

3.OBJETIVOS

O parto no contexto do ciclo vital da mulher, é uma experiência para a qual de forma individual se vão projectando ansiedades e expectativas. Importa compreender a forma como é feita a perceção deste acontecimento e o modo como é vivido quando ocorre por via cirúrgica, quer de forma programada, ou não programada, considerando os desejos prévios e as adaptações à experiência.

Com o estudo pretendemos contribuir para o desenvolvimento de conhecimento sobre a forma como se deseja e vive o parto por cesariana na região Alentejo, podendo ser uma fonte de entendimento que beneficie a prática dos cuidados em saúde materna e obstetrícia. Nesta linha de pensamento, delineamos, para este estudo, os seguintes objetivos:

- Compreender a forma como se constroem as expectativas para o parto e conhecer a sua importância.
- Compreender a vivência do parto por cesariana programada e não programada.
- Conhecer as principais razões que levam ao parto por cesariana na região Alentejo.

4. METODOLOGIA

Gerar teoria sobre os fenómenos, mais do que gerar um conjunto de resultados, o importante é o desenvolvimento de uma área do conhecimento. (Strauss & Corbin, 1998).

4.1. *Design* da investigação

Apreender e compreender a complexidade humana é um processo complicado, pelo que em investigação são necessárias abordagens metodológicas adequadas. Para Fortin (2009), a metodologia é um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração de um processo de investigação científica. É nesta fase que o investigador vai fazer a escolha dos métodos. Para a escolha de um método de investigação é necessário considerar o objecto de pesquisa, os recursos disponíveis, o acesso aos participantes, a possibilidade de controlo das variáveis e competências do pesquisador (Easterbrook, Singer, Storey & Damian, 2008).

Nesta investigação, sentimos a necessidade de compreender um fenómeno numa dimensão holística onde estão enraizadas as experiências de vida das pessoas num acontecimento marcante como é o parto. A investigação de fenómenos humanos tem características específicas, devendo contribuir para a compreensão dos significados atribuídos aos acontecimentos e às pessoas em interacção social. A descrição e análise, e não são passíveis de ser feitas apenas quantitativamente. Blüm et al., (2012), no estudo que teve como objectivo investigar as expectativas das mulheres sobre cesariana e avaliar a experiência subjetiva de nascimento, concluíram que a maioria das investigações sobre a experiência de cesariana recorreu a métodos quantitativos, mas verificaram uma heterogeneidade dos resultados podendo, em parte, ser devido aos diferentes instrumentos utilizados. Existem muitos estudos sobre o parto, porém, compreender o significado desta vivência não é possível de forma quantificável, embora reconheçamos que as abordagens quantitativas têm sido bem-sucedidas na medição e análise de alguns fenómenos. No entanto, atendendo ao nosso objecto de estudo consideramos mais pertinente produzir conhecimento assente no paradigma construtivista, cujos

princípios pressupõem a análise e interpretação do mundo, em que nada é deixado ao acaso. Na perspectiva construtivista, a teoria reflecte um conhecimento na interacção do investigador com o contexto, participantes, dados e análise, ou seja, uma teoria construída pelo investigador Charmaz (2006, 2009).

Numa abordagem metodológica quantitativa o fenómeno pode ser controlado por variáveis que são operacionalizadas e entendidas de modo isolado, aspeto que não permite a compreensão de processos complexos de carácter mais subjectivo. A abordagem qualitativa, procura dar riqueza e informação devido à possibilidade de descrição pormenorizada que faz sobre os fenómenos e que podem ser relativos a pessoas ou locais. Na opinião de Fortin (2009) o objectivo das investigações qualitativas é descobrir e explorar os aspetos da ação do ponto de vista dos participantes, dando a possibilidade de interpretar os fenómenos no seu meio natural. Refere ainda a mesma autora que o investigador que utiliza uma metodologia qualitativa preocupa-se com a compreensão ampla e absoluta do fenómeno em estudo. Já para Lopes (2006), a abordagem de tipo qualitativo permite o estudo da vida social no seu próprio contexto e procura não a distorcer.

O objetivo da investigação qualitativa é o de compreender o comportamento e a experiência das pessoas (Bogdan & Biklen, 1994). A tradição por este método surgiu devido à dificuldade em quantificar valores, cultura e relacionamentos humanos (Streubert & Carpenter, 2011). Autores como Olabuénaga (2003) e Lopes (2006) entendem que a abordagem qualitativa permite a procura da natureza dos fenómenos e, simultaneamente, deseja conhecer a complexidade do sistema de relações que compõem a realidade psíquica social, ou humana.

Sendo o comportamento humano o objeto de estudo da psicologia nas suas várias dimensões, o investigador não pode deixar de dar importância aos dados de natureza qualitativa que se relacionam com a experiência, discurso ou história, mais com palavras do que com dígitos (Fernandes & Maia, 2001). Referem ainda as autoras que nos últimos anos a investigação qualitativa tem vindo a ser aceite e reconhecida por investigadores das mais diversas áreas da psicologia. Considerando que pretendemos um estudo que permita a compreensão em profundidade de aspectos centrados entre o que se espera e o que é vivido, consideramos que a metodologia qualitativa seria a adequada.

Em bom rigor, pretendemos compreender em detalhe e aprofundadamente um fenómeno que nos inquieta. É importante conhecer as experiências das pessoas a partir dos seus relatos que traduzem a perspectiva pessoal das vivências, para melhor compreensão das suas interacções sociais, caminhando num contexto de descoberta, de descrição e compreensão. A abordagem qualitativa, além de conferir profundidade à investigação, permite também fazer a descrição dos fenómenos e compreender comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos. Este tipo de abordagem permite a descrição dos fenómenos de forma a melhor compreendermos o comportamento humano e as experiências vividas pelas pessoas (Bogdan & Biklen, 1994). Para Streubert e Carpenter (2002, p 1), “A tradição de utilizar metodologia qualitativa para estudar fenómenos humanos está submersa nas ciências sociais. Compreendendo os fundamentos da investigação qualitativa, atendendo aos objetivos propostos e à questão de partida, optamos por uma metodologia qualitativa que permitisse uma análise aprofundada dos dados e a identificação das relações entre os dados colhidos. Pretendia-se que a identificação da causa do problema fosse emergindo e explicasse de forma efectiva a raiz do problema.

Consideramos que a utilização de uma metodologia de carácter qualitativo permitiria a melhor compreensão do comportamento humano. Atendendo à problemática que pretendemos estudar, a motivação criada pelo recurso a este método numa pesquisa anterior, os objectivos do estudo e pela orientação dada, optamos pela *grounded theory* por ser uma abordagem metodológica que recorre a uma série de passos que permite a análise aprofundada, rigorosa e controlada dos fenómenos estudados. Os postulados adotados na *grounded theory*, são os de uma natureza onde coexistem uma multiplicidade de realidades construídas, uma interacção e influência entre sujeito e objecto (Pires, 2001).

Segundo Fernandes e Maia (2001), a *grounded theory*, é uma metodologia à qual têm vindo a recorrer de forma progressiva os investigadores das ciências sociais e humanas, nomeadamente na psicologia. Bowen (2006), acrescenta que a *grounded theory* é um método muito popular na investigação em enfermagem. Tem sido aplicado nas suas diversas especialidades, como exemplo disso são os estudos de Marcellus (2005) referindo o autor que os enfermeiros perinatais descobriram

métodos qualitativos úteis para prender os aspetos sociais, culturais e relacionais no seu trabalho com as famílias. No que respeita à investigação académica, Basto (2012), num artigo que teve como objectivo identificar os objetos de estudo das teses de doutoramento em enfermagem e facilitar a reflexão, percebeu que a *grounded theory* e a descrição interpretativa são os métodos mais escolhidos. Refere a autora, que tal pode ser explicado não só por permitir compreender processos de relação e de trabalho, mas também pelo facto de Glaser e Strauss terem sido professores na Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia.

Sem desacreditar os métodos quantitativos, e reconhecendo a sua validade, entendemos contudo que escolhemos uma metodologia adequada para o nosso estudo, uma vez que pretendemos compreender a natureza de um fenómeno, conhecer o seu dinamismo e complexidade nas vertentes psíquicas, social e humana. Para Strauss e Corbin (2008), este tipo de pesquisa permite investigar sobre a vida das pessoas, das experiências por elas vividas, de comportamentos, emoções e sentimentos, investigações que envolvam o funcionamento organizacional, movimentos sociais e fenómenos.

Considerando os objetivos do estudo, pensamos fazer sentido recorrer a uma investigação de tipo interpretativo de carácter indutivo que leve á compreensão de um fenómeno através da revelação de elementos estruturantes e que permita gerar teoria. A constatação de estar perante um fenómeno atual mas pouco explorado em Portugal, concretamente na região Alentejo, levou-nos a questionamentos que exigem um percurso metodológico e conceptual delicado e exigente. Do ponto de vista conceptual, sabemos que as vivências pessoais e os seus significados têm uma carga de subjectividade muito elevada, além disso, a descrição da forma como as pessoas experienciam a sua vida e interpretam o mundo não é tarefa fácil.

Consideramos que o fenómeno que pretendemos estudar tem relevância psicológica e social, que necessita ser compreendida pela enfermagem obstétrica, pelo que se pretende gerar um modelo teórico explicativo do fenómeno. Acreditamos que esta escolha metodológica facilita o entendimento da complexidade do fenómeno que queremos estudar, através da análise dos dados obtidos e dos conceitos emergentes que procuramos ser resultado de capacidade interpretativa e competência científica. Pretendemos extrair através da interacção com os indivíduos

os significados atribuídos pelas mulheres à experiência de parto por cesariana, significados esses que muitas das vezes estão ocultos, mas necessitam ser compreendidos, para assegurar cuidados de saúde de qualidade.

Seguimos uma linha de raciocínio que nos levou a ir além da descrição e desenvolver um modelo teórico a partir de experiências vividas pelas mulheres que foram submetidas a parto por cesariana nos serviços de obstetrícia dos hospitais da região Alentejo.

Para Bianchi e Ikeda (2008), são três os aspectos que tornam a *grounded theory* uma metodologia poderosa, em concreto:

- 1- A fundamentação dos dados empíricos torna a pesquisa mais próxima da realidade.
- 2- Como método, mostra bastante eficácia no estudo do comportamento humano.
- 3- Considera a realidade como um referencial teórico e não se baseia em teorias pré-existentes, o que permite mostrar novas perspectivas.

De referir ainda que, atendendo à questão de investigação e ao fenómeno de interesse consideramos pertinente optar por um enquadramento metodológico do tipo indutivo, sabendo que este tipo de raciocínio está patente na investigação qualitativa. Para Strauss e Corbin (2008, p.135), “O conceito de indução é aplicado à pesquisa qualitativa.”

4.1.1. Pressupostos da *Grounded Theory*

A *grounded theory*, entendida quer como metodologia quer como método, visa construir uma teoria assente nos dados, de forma indutiva a partir da análise qualitativa dos dados. Permite compreender um fenómeno e, de forma progressiva levar ao seu entendimento. Trata-se de uma abordagem que de acordo com Strauss e Corbin (1998), é ampla, abrange um conjunto de abordagens que devem ser utilizadas para descobrir e compreender a essência dos fenómenos sobre os quais pouco ou mesmo nada se sabe, permitindo obter conhecimento da complexidade dos fenómenos, aspeto que já não é tão fácil de obter com métodos quantitativos.

A *grounded theory*, seu nome original, também denominada em português por teoria fundamentada, foi desenvolvida por Bernard Glaser e Anselm Strauss quando realizavam um estudo sobre o processo da morte em hospitais, este estudo foi posteriormente publicado na obra *Awareness of Dying*, em 1965. Opondo-se aos pressupostos metodológicos positivistas vigentes nessa década, esta obra contribuiu para o desenvolvimento de teorias baseadas em dados em vez da dedução de hipóteses (Charmaz, 2009).

Num contexto de estudos sociológicos, Glasser Doutor em sociologia pela universidade da Colômbia e Strauss Doutor em sociologia pela universidade de Chicago tiveram a influência de Mead e Blumer interacionistas, sendo que foi com Blumer nos anos 60 do século XX, que surgiu a expressão interacionismo simbólico através do qual se demonstrou que o *self* da pessoa provém do social (Pires, 2001).

Na abordagem do interacionismo simbólico, o significado é um elemento fundamental na compreensão do comportamento humano. Tem como premissas básicas: (1) o significado das coisas, isto é, de pessoas, objectos, instituições, entre outras e, é derivado das interacções sociais; (2) para extrair os significados quando as pessoas lidam em situação, é necessário um processo interpretativo; (3) o significado atribuído pelas pessoas às coisas determinam o modo como se comportam perante elas (Pires, 2001).

Na década de 60 no século XX, a pesquisa qualitativa estava a perder credibilidade do ponto de vista científico, Glaser e Strauss ambicionaram criar um método de pesquisa em que o investigador ao contrário das teorias positivistas, que tomavam a teoria como ponto de partida com base em conceitos pré existentes, deveria conceber uma teoria assente nos dados. Foi através de um estudo anteriormente referido, que tendo os autores se centrado nos doentes em fase terminal, descobriram categorias fruto das experiências dos doentes.

Esta nova abordagem em investigação científica foi publicada na obra *Discovery Of Grounded Theory* que marcou uma nova forma de fazer pesquisa social. Glaser permaneceu coerente ao método, tratando as categorias como algo que surgia dos dados e analisou o processo social básico. Strauss deslocou o método para a verificação passando a ser co-autor de Juliet Corbin (Charmaz, 2009).

Para Strauss e Corbin (1998), a *grounded theory* constitui-se também como um método de pesquisa que pretende gerar teoria a partir dos dados sistematicamente recolhidos e analisados, não se enfatizando tanto a comparação constante. No entanto, esta estratégia foi contestada por Glaser, argumentando que havia lugar a forçar os dados. Para os autores, investigar através deste método, permite teorizar a partir dos dados recolhidos e sistematicamente analisados e comparados e a sua utilização permite aprofundar fenómenos complexos como por exemplo sentimentos, emoções e processos de pensamento, difíceis de extrair ou de compreender através dos métodos mais convencionais. Assim, este método de pesquisa surgiu como metodologia alternativa às metodologias que pretendem testar hipóteses e baseadas em dados quantitativos. É um método de pesquisa que permite construir de forma indutiva uma teoria a partir da análise qualitativa dos dados. A teoria explica o fenómeno que se estuda e a sua evolução é feita de forma progressiva num contexto de descoberta, através de uma análise e comparação constante e sistemática. A teoria tem que ser capaz de explicar adequadamente o comportamento em estudo, explicar o que aconteceu, prever o que está para acontecer e interpretar o que está a acontecer no momento (Pires, 2001).

Para Glassser e Strauss (1967, p.32-33 cit por Bianki & Ikeda, 2008), existem dois tipos básicos de teorias: as formais que são conceituais e abrangentes, as substantivas que se centram na explicação de situações do quotidiano pelo que são mais simples e acessíveis. Para estes autores a teoria desenvolvida pela *grounded theory* identifica-se mais com as teorias do tipo substantivo. As teorias deste tipo têm como objectivo reflectir sobre a complexidade da vida social, sendo específicas de um determinado contexto social. Não se preocupa com a generalização para além da sua área substantiva, procurando um conhecimento aprofundado de uma realidade local, que a explica a partir das experiências vividas nesse grupo social (Goulding, 2002).

A codificação é o passo fundamental para a construção de uma teoria (Strauss e Corbin, 1998). Numa fase inicial, procura-se conceptualizar os dados obtidos de forma eficaz e consistente. O investigador preocupa-se com a identificação, classificação, nomeação e descrição dos incidentes que vai encontrando e espera obter resposta às suas perguntas.” O que é que isto me diz? O que significa?”

Conceptualizar é um passo essencial para gerar teoria, é a conceptualização que a distingue dos outros métodos descritivos. É um processo moroso, implica construir os conceitos através de um exercício mental e procurar generalização para lhe dar sentido, isto é, possuir todas as hipóteses de forma generalizável. São necessários processos psíquicos que apreendam o significado do conceito. Através de níveis de abstracção que vão sendo cada vez mais elevados, o conceito perde as características iniciais e passa a ter significado próprio, torna-se formal.

Para Glaser (2005), um conceito é a nomeação de um padrão social que emerge dos dados da pesquisa, um padrão que é descoberto graças à comparação constante até à saturação conceitual. A propriedade mais importante da conceptualização é o nível de abstracção no que respeita ao tempo, lugar e pessoas. A abstracção descrita no âmbito do espaço, do tempo e das pessoas, caracteriza a *grounded theory*, sendo necessário rigor na sistematização, interpretação, e contextualização na análise qualitativa dos dados.

Neste método, a conceptualização, permite a resolução de algumas dificuldades típicas na análise dos dados de natureza qualitativa, e é o método de comparação constante que permite gerar conceitos. As hipóteses concetuais que vão emergindo podem modificar-se a partir da comparação constante dos dados que vão surgindo. Assim, a conceptualização permite explicar os comportamentos, e como tal, entendemos que é este poder explicativo obtido a partir da abstracção que torna a investigação mais fidedigna.

No processo de codificação consideram-se duas actividades muito importantes, a redacção de memorandos e a elaboração de diagramas (Lopes, 2003). Os memorandos permitem uma distanciação com os dados e valida a análise dos dados, integra as categorias emergentes e gera um número elevado de conceitos até que se perceba que está a emergir da categoria central. Inicialmente, os memos são bastante simples tornando-se progressivamente mais abstractos. Os diagramas, são representações gráficas que permitem representar a inter-relação entre os conceitos.

A codificação aberta é o primeiro procedimento e, neste primeiro passo, procede-se a uma microanálise para identificação dos conceitos. Para descobrir se

existe algo de novo nos dados, e obter maior entendimento, deve proceder-se a uma análise detalhada- microanálise (Strauss & Corbin, 2008). Esta codificação pode ser feita linha a linha ou por segmentos das frases. É nesta fase que o investigador inicia a sua interpretação dos dados, questionando-os e querendo saber mais. Ele questiona, o que se está a passar? (Strauss e Corbin, 1998). A codificação aberta caracteriza-se portanto por questionamento e comparação constante dos dados, conceptualização, análise e especificação das categorias. As questões devem assentar em:” O que é isto? O que é que isto representa? Ajudam a focalizar a atenção no fenómeno e abrem caminho para a construção de conhecimento indutivo? “ (Strauss e Corbin, 1990,p.64 cit por Fernandes e Maia, 2001). Nesta metodologia é fundamental considerar que investigar não se limita a aplicar os procedimentos ou a seguir as indicações teóricas sem ter por base um ato interpretativo, consequência da interacção com o mundo social (La Cuesta, 2003).

A codificação axial segue à codificação aberta. Neste processo de análise é necessário chegar-se a um nível de análise mais abstracto e complexo. O aspeto mais importante da conceptualização na *grounded theory* é o nível de abstracção no tempo, no espaço e nas pessoas a partir de dados qualitativos e quantitativos (Glaser, 2005). É exigido ao investigador um processo de pensamento mais complexo o questionamento deve assentar no “ como, quando, onde e porquê.” Esta codificação consiste em procedimentos de reorganização dos dados já conceptualizados, estabelecendo-se ligações entre as categorias e vai para além das suas propriedades e dimensões (Fernandes & Maia 2001). O investigador cria categorias para que estas se relacionem entre si, e sujeita-as a verificação constante. É necessário haver um processo que permita integrar e refinar as categorias criadas (Strauss e Corbin 1998). Assim, chega-se à codificação seletiva, que para estes autores nesta fase a categoria deve ter poder analítico e as restantes categorias relacionadas com ela de forma lógica e consistente. Para Fernandes e Maia, (2001) este processo de seleção da categoria central não difere muito da codificação axial e é de nível mais abstracto em que se valida sistematicamente a relação entre a categoria central e as restantes categorias. A passagem dos conceitos à categoria central é feita com base no questionamento da categorização conceptual devendo questionar-se cada um dos conceitos ou a totalidade que ao serem nomeados dão origem às categorias:” o que é isto? A que fenómeno

perence?” Desta forma, identificam-se as semelhanças entre os conceitos que ao serem nomeadas deram origem à categoria conceptual.

Para Charmaz (2005, p. 528), determina-se um debate explícito sobre os critérios dos estudos realizados com *grounded theory*, destacando os seguintes critérios:

“a) A credibilidade impõe ao investigador a necessidade de colocar em evidência as suas reflexões de modo que “quem lê” formule uma opinião que pode divergir da do investigador. Isoladamente, os dados são insuficientes, porque deverão dar resposta às questões teóricas, pois pelo contrário podem-se tornar explicações vagas. Um outro critério é a familiaridade do investigador com a área em estudo, através das ligações que realiza com os achados, nas comparações que faz entre as observações e as categorias e na capacidade de argumentação e análise que efectua; b) na originalidade, as categorias devem trazer “uma aragem”, que seja uma fonte de inspiração para o investigador e interpretação dos achados, em que o valor social e significado teórico estimulem o estudo e o alarguem, que refinem ideias “prontas”, conceitos e práticas; c) no critério ressonância, as categorias reproduzem as experiências estudadas. O investigador atribui significados consistentes; faz interpretações analíticas que aprofundem a compreensão da vida; d) o último critério – a utilidade. A análise oferece interpretações em que as pessoas podem usar no quotidiano e as categorias falam de processos genéricos que podem clarificar outras áreas de pesquisa e dar um contributo para uma sociedade melhor”.

Já para Strauss (1987), os componentes determinantes da prática da *grounded theory*, compreendem:

- Relacionamento simultâneo de colheita e análise dos dados.
- Construção de códigos e categorias de análise a partir dos dados, em vez da criação de hipóteses preestabelecidas e logicamente deduzidas.
- Redação de memos com vista à criação de categorias, especificando as suas propriedades, e dimensões,
- Determinação de relações entre as categorias e identificação de vazios.
- Aplicação do método comparativo constante, em cada etapa da análise.

- Amostragem encaminhada para a construção da teoria, e não apontando para a representatividade populacional.
- Progressão no desenvolvimento da teoria à medida que se avança na colheita e análise dos dados.
- Após o desenvolvimento analítico, realizar uma revisão de literatura.

A realização da revisão de literatura apenas após o desenvolvimento analítico, diferencia a *grounded theory* de todas as outras abordagens qualitativas, em que previamente é feita uma abordagem à literatura.

4. 2.Participantes

A construção da amostra não se decidiu de forma definitiva no início do estudo, sendo definida à medida que os dados iam sendo analisados (Strauss & Corbin, 2008). Tratou-se de uma amostragem teórica como pressupõe o método, participaram no estudo catorze puérperas sendo que oito foram submetidas a cesariana de forma não programada e seis, tiveram cesariana programada. As idades estavam compreendidas entre os 30 e os 41 anos, para 9 era o primeiro parto e para 5 o segundo, 7 tinham formação académica superior sendo que 2 exerciam as profissões de enfermagem, 3 professoras, 1 arqueóloga e 1 psicóloga, 3 eram empregadas domésticas e 4 não exerciam qualquer profissão como apresentado na figura 6.

			%
Idade	20-30 anos	1	7,1
	31-40 anos	12	85,7
	Acima dos 40 anos	1	7,1
Estado civil	Solteira	0	0
	Casada	12	85,7
	União de facto	2	14,3
Profissão	Professora	3	21,4
	Arqueóloga	1	7,1
	Psicóloga	1	7,1
	Desempregada	4	28,6
	Enfermeira	2	14,3
	Empregada domestica	3	21,4
Formação académica	Ensino básico	0	0
	Ensino secundário	7	50
	Ensino superior	7	50

Expectativas, Decisão e Vivências no Parto por Cesariana

Estudo Qualitativo na Região Alentejo

Número de filhos	1	9	64,3
	2	5	35,7
	Acima de 2	0	0

Figura 6 Caracterização sociodemográfica das puérperas

Participaram as enfermeiras chefes dos serviços de obstetria dos hospitais de Beja, Évora e Portalegre e sete enfermeiras especialistas ESMO. Nas equipas apenas existem enfermeiras, com idades compreendidas entre os 20 e 40 e mais anos, todas são casadas, o tempo de exercício profissional varia entre os cinco e 15 anos ou mais, todas possuem a especialização em enfermagem de saúde materna e obstetria, sendo que duas são também detentoras de grau de mestre como apresentado na figura 7.

			%
Sexo	Feminino	10	100
	Masculino	0	0
Idade	20-30 anos	0	0
	31-40 anos	4	40
	Acima dos 40 anos	6	60
Estado civil	Solteira	0	0
	Casada	10	100
	União de facto	0	0
Tempo de exercício profissional na área	5-10 anos	2	20
	11-15 anos	4	40
	Acima dos 15 anos	4	40
Formação académica	Pós licenciatura de especialização	10	100
	Mestrado	2	20
	Doutoramento	0	0

Figura 7 Caracterização sociodemográfica das enfermeiras

Ao longo da análise consideramos que para dar mais riqueza ao trabalho, seria oportuno incluirmos as enfermeiras, porque são as técnicas de saúde que mais tempo dispõem com as mulheres quer no trabalho de parto quer no puerpério e assim estão em melhor condição para relatar os comportamentos das mulheres além de fornecerem outros dados também relevantes como sejam as principais razões para cesariana. Ao incluir as enfermeiras chefes seria possível também obter um melhor esclarecimento sobre os recursos físicos e humanos dos serviços que dirigem.

4.3. Procedimentos

Após um longo período de reflexão e pesquisa, consideramos pertinente a escolha deste tema para a elaboração da tese de doutoramento. Tendo escolhido fazer um estudo a nível regional, optamos pela nossa região de residência, considerando que o trabalho que nos propomos fazer seria de fácil aceitação por parte de todos os intervenientes incluindo os órgãos de hierarquias superiores para obtenção das permissões para aceder ao campo. No papel de investigadora, mas também de enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, a exercer funções de docente, fomos junto das enfermeiras especialistas da prática clínica e das puérperas internadas, com o espírito de investigar, projectando em todos os participantes o nosso papel num trabalho que exige rigor e seriedade. Nunca nos deixamos influenciar pela relação profissional. No que respeita às puérperas, o contacto era obtido pela primeira vez e não nos conhecíamos previamente e, teoricamente estariam a ser confrontadas pela primeira vez com a questão. Já no que respeita às enfermeiras, embora tivesse havido com algumas delas em tempos passados convivência por motivos profissionais, procuramos manter uma relação de profissionalismo, sentindo-me um elemento bem aceite pelos elementos das várias equipas que sempre se mostraram disponíveis e motivadas para participar no estudo tendo sentido sempre respeito pela nossa condição de docente e investigadora, e compreendida a preocupação pessoal com o fenómeno em estudo.

Pautamo-nos sempre por comportamento de rigor e legitimidade. Sempre tivemos consciência da complexidade da entrevista embora já tenha sido um recurso no trabalho de mestrado, ainda assim, consideramos sempre que é necessária empatia e capacidade de envolver o entrevistado. Durante as entrevistas às enfermeiras, procuramos sempre não nos influenciarmos pela experiência profissional vivida, de forma a não interferir na nossa interpretação. Procuramos respeitar o que aconselham Streubert e Carpenter (2011), antes de entrar em campo, o investigador deve estar atento à sua influência sobre a pesquisa qualitativa, que designam por reflexividade, entendida como a responsabilidade de avaliar a sua influência nos aspectos da pesquisa qualitativa, ou seja, fazer uma auto reflexão.

As entrevistas foram efectuadas inicialmente no hospital José Joaquim Fernandes em Beja, seguindo depois outros dois contextos, em concreto o Hospital do Espírito Santo em Évora e o Hospital Dr José Maria Grande em Portalegre. Assim, as primeiras entrevistas realizaram-se em fevereiro de 2012, tendo-se prolongado até setembro de 2013.

Considerando as especificidades das participantes, o processo de seleção atendeu a diferentes critérios. A apresentação às puérperas era sempre feita pela enfermeira chefe ou pelas enfermeiras de serviço na ausência desta. Para as puérperas atendemos aos seguintes critérios:

- - Mostrarem disponibilidade para expôr as suas experiências e sentimentos relativos à gravidez e ao parto.
- Aceitarem a gravação da entrevista em áudio no momento, para melhor registo da informação.
- O parto ter ocorrido entre as 24 horas e as 72 horas por cesariana, programada ou não programada.
- Foram critérios de exclusão:
- Gravidez de alto risco
- Parto pré- termo,
- Parto gemelar e também
- Morte fetal.

Relativamente às enfermeiras, os critérios de inclusão foram:

- Mostrarem disponibilidade para participar no estudo,
- Mostrarem capacidade de reflexão sobre o fenómeno em causa,
- Serem enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia.
- Serem chefes destes serviços

Ao critério temporal de selecção da amostra das puérperas teve subjacente o receio em não ter acesso a participantes após a alta hospitalar, por considerar que é difícil receber um investigador desconhecido ainda que devidamente identificado em suas casas numa fase que requer descanso e recato. Os outros métodos como o telefone ou *e-mail*, não têm o mesmo potencial que a entrevista perdendo-se a

riqueza da interacção que com ela se estabelece, no sentido de perceber os significados atribuídos à experiência de parto. Todavia, reconhecemos que a questão é discutível, mas pretendemos ser cautelosos atendendo ao espaço de tempo previsto para a elaboração da tese.

4.3.1.Recolha de dados

Tal como determina a metodologia *grounded theory*, a construção da amostra não é decidida de forma definitiva logo no início do estudo, mas sim à medida que os dados vão sendo analisados. Dizemos então que estamos perante uma amostragem teórica (Strauss & Corbin, 1990). Para Charmaz (2009), a amostragem teórica leva-nos aonde queremos ir, sendo que a selecção é feita de acordo com o que queremos refinar a partir da análise feita por comparação constante.

Inicialmente, os participantes foram seleccionados de acordo com os critérios pré estabelecidos, que eram as puérperas submetidas a parto por cesariana programada e não programada e as enfermeiras chefes dos serviços de obstetricis dos hospitais da região Alentejo. Continuamos com a amostragem que tinha implícitos conceitos que iam emergindo e que se revelaram relevantes durante a análise e comparação constantes. Introduzimos assim as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia. Para Charmaz (2009. p. 141) “ A amostragem inicial fornece um ponto de partida, não de elaboração e refinamento teórico. Não podemos pressupor que conhecemos as nossas categorias antecipadamente”. A amostragem teórica permite obter dados que ajudem a explicar as categorias e, à medida que fomos desenvolvendo conceitos cedo percebemos a pertinência da inclusão destas profissionais no estudo, podendo fornecer dados que tornariam a análise mais rica e uma melhor compreensão do fenómeno. Tal como recomendam Strauss e Corbin (1998), procurou-se relevância do fenómeno em estudo. Charmaz (2009), acrescenta ainda que este tipo de amostragem respeita apenas ao desenvolvimento conceptual e teórico, não tendo relação com a representação de uma população ou com a generalização estatística dos resultados.

Antes de iniciarmos as entrevistas expunhamos os objectivos de forma clara e certificávamo-nos de que não existiam dúvidas. As entrevistas foram gravadas com

recurso a gravador de voz, posteriormente transcritas para ficheiros Word. A duração foi variável, podendo ir nas mulheres de sete a 30 minutos, expondo as suas vivências de forma muito sucinta, parecendo por vezes, ser difícil ter mais assunto para apresentar. No que respeita às enfermeiras, as entrevistas também variaram entre os 10 e os 40 minutos.

Nas entrevistas iniciais, às puérperas baseamo-nos na questão de partida para começar a entrevista colocando a questão: “Como desejou que fosse o seu parto?” para as enfermeiras iniciávamos com a pergunta, “ No seu entender o que faz com que uma cesariana seja ou não programada?” Após a análise e comparação constantes, percebemos que foi necessário introduzir outra questão nas entrevistas às puérperas, porque não era claro para nós o que entendiam por parto normal, passando então a perguntar “ o que entende por parto normal?”.

Procuramos que a entrevista fosse desenvolvida de forma eficaz e convincente demonstrando competências no processo de interação com as participantes evitando influências mútuas. Consideramos a expressão verbal e expressão facial, aspetos fundamentais a julgar no comportamento do entrevistado no decorrer da conversa, podendo denunciar o nível de participação, motivação ou compreensão das questões colocadas.

Atendendo à questão de partida e ao que se pretendia com a entrevista, isto é, o relato de experiências vividas sobre um acontecimento marcante da vida da mulher, as questões iniciavam-se com “como” “porque é que” “o que”, procuramos sempre proceder a uma entrevista em profundidade que na perspectiva de Olabuénaga (2003) é uma entrevista que se realiza entre investigador e participante de forma individual; levando o participante a enfatizar os significados sem que expusesse outras dimensões da sua vida, sem rigidez na forma e no conteúdo da entrevista. O investigador coloca uma questão e só intervém se disso sentir necessidade, nomeadamente para clarificar alguns aspectos relançando a questão ao longo da análise dos dados. Com a elaboração dos memorandos, sentimos necessidade de relançar algumas questões de forma a permitir melhor exploração dos conceitos. Neste âmbito, Strauss e Corbin (1998) referem – se à elaboração de outras formulações teóricas que comparam conceitos e conduzem à exploração de outros conceitos que estejam menos desenvolvidos.

Depois de lançada a primeira questão, mantínhamo-nos em silêncio, com olhar atento e interessado, e após cada pausa certificávamos-nos que o participante não tinha mais informação a dar, considerando então que seria o momento colocar outra questão. As entrevistas às puérperas podiam ocorrer em sala privada ou no quarto após a hora da visita podendo por vezes estar presente outra puérpera ocupante do quarto, que colaborava fazendo silêncio. As situações dependiam da disponibilidade de espaço. As enfermeiras chefes foram sempre entrevistadas nos seus gabinetes. As enfermeiras especialistas foram entrevistadas em locais privados sem interferências. Apesar das relações profissionais procuramos sempre manter uma relação de empatia com as enfermeiras e o distanciamento suficiente da relação profissional obtendo assim dados sobre o que de facto as enfermeiras entendem sobre o fenómeno em análise.

Cada entrevista foi identificada de acordo com o número da entrevista, tipo de participante e tipo de parto. Para as puérperas adotamos o código, "EntXp ou EntXnp" em que Ent significa entrevista, X o número da entrevista e p Programada ou np não programada. Para as enfermeiras o código usado foi, "EntXenf" em que Ent indica entrevista, X o número da entrevista e enf enfermeira. No decorrer das entrevistas era possível de imediato retirar alguns significados que anotava de forma discreta e explorava melhor no final de cada entrevista.

Optamos apenas pela entrevista, porém os dados podem ser colhidos de notas de campo, observações e outras fontes, sempre sujeitos a comparação constante. A amostragem foi representativa dos conceitos e estes orientaram a recolha de dados subsequentes, ou seja, à medida que íamos efectuando as entrevistas atendíamos à análise que ia sendo feita e aos conceitos emergentes. Os conceitos derivam da evolução da teoria que emerge suportada pela comparação constante dos acontecimentos e incidentes a fim de determinar como uma categoria varia em termos das suas propriedades e dimensões (Strauss e Corbin, 1998).

4.3.2. A entrevista

Para Bogdan e Biklen (1994, p. 26), a entrevista é "uma conversa intencional entre duas pessoas." Seguindo este conceito entendemos recorrer a este

instrumento porque é uma ferramenta que permite ao investigador aprofundar questões relativas às mais diversas áreas, além disso, possibilita a exploração de aspectos que estejam pouco claros e que não são quantificáveis. Para Streubert e Carpenter (2002) as entrevistas, usualmente, são conduzidas face a face e este aspeto, facilita a interacção com o outro. Já Olabuénaga (2003), entende entrevista como uma técnica que permite o acesso a informação através de uma “conversação profissional” em que intervêm uma ou mais pessoas para obter respostas.

O uso da entrevista é adequado quando a natureza da informação traduz um fenómeno difícil de ser observado, é utilizada para pesquisar informação sobre opinião, concepções, expectativas, percepções sobre objetos ou factos, podendo ainda completar informações sobre aspetos que não puderam ser observados pelos investigadores (Manzini, 2004). Considerando o objecto de estudo, a metodologia adotada, e as suas características, recorreremos a entrevistas semi-estruturadas uma vez que este tipo de entrevista está focalizada num assunto sobre o qual elaboramos as perguntas principais, que se complementam com outras inerentes à circunstâncias momentâneas, ela pode fazer emergir informação livremente não condicionando as respostas com alternativas (Manzini, 2004). Para Streubert e Carpenter (2011), a entrevista semi-estruturada é mais flexível, e embora haja perguntas orientadoras, a conversa restringe-se ao formato.

4.4. Aspetos éticos e deontológicos

Após a aprovação do projecto, procedemos ao pedido de autorização aos Conselhos de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora-EPE, à Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Hospital José Maria Grande em Portalegre e à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Hospital José Joaquim Fernandes em Beja. Para a referida autorização, foi pedido por todas as Comissões de Ética o Consentimento Informado dos participantes e os guiões das entrevistas. (APENDICE C) sendo que, após a análise, as referidas Comissões deram parecer favorável (apêndice) Como refere Holzmer (2010), foram considerados os princípios da não maleficiência, da beneficiência, justiça e autonomia, dando aos participantes direito à autodeterminação e privacidade.

Antes de iniciarmos as entrevistas, contactamos previamente as enfermeiras chefes dos serviços, via telefónica para explicação breve do trabalho e da necessidade de nos dirigirmos aos serviços de acordo com as necessidades da pesquisa em curso, com o telefonema procurávamos também saber previamente da existência puérperas que satisfizessem os critérios da amostra. Procuramos aceder aos serviços sempre em dias úteis preferencialmente nos turnos da manhã para nos apresentarmos às enfermeiras chefes e explicar pessoalmente os objetivos do trabalho que pretendíamos desenvolver. Explicamos os paços do envolvimento dos participantes no estudo para a recolha dos dados e o processo de construção do trabalho. Tivemos a preocupação de não perturbar o normal desenvolvimento da prestação de cuidados e respeitar a disponibilidade das puérperas, tendo a preocupação de interferir o menos possível nas suas actividades de vida, respeitando a hora das mamadas e das visitas aguardando o tempo que fosse necessário.

Fomos apresentadas às puérperas pelas enfermeiras de modo formal, onde era apresentada e, explicado sucintamente o propósito da entrevista. Antes de iniciarmos as entrevistas obtivemos sempre o consentimento informado, (APENDICE B) de seguida fazíamos uma apresentação pessoal, esclarecendo melhor a identificação, e o nosso exercício profissional apresentando-nos como enfermeira e professora. Apresentamos sempre os objetivos do estudo, a garantia de confidencialidade e a possibilidade de desistir de participar se assim o entendesse.

Inicialmente não foi feito o pedido aos hospitais para integrar as enfermeiras ESMO apenas as enfermeiras chefes e as puérperas pelo que, não foi pedido consentimento informado aos hospitais para entrevistar estas profissionais, sendo as entrevistas efectuadas em locais exteriores ao hospital, tendo sido dado o consentimento por parte destas participantes e respeitados os princípios éticos. Em todas as situações, foi garantida a confidencialidade e assegurada a garantia de que os dados teriam apenas como fim o estudo em causa.

4.5 Análise geral dos dados

4.5.1. Análise dos dados à luz da *Grounded Theory*

A colheita de dados deve conter dados relevantes, detalhados e completos, atendendo aos contextos situacionais e sociais relevantes (Charmaz, 2009). O processo de análise iniciou-se então com a interação com os dados, aspeto que já tinha ocorrido durante a fase de recolha dos dados, facilitando um trabalho de interrogações constantes dos dados e codificação/ recodificação.

À colheita dos dados seguiu-se a codificação e análise. Inicialmente, transcrevemos as entrevistas gravadas em áudio, formatamos e identificamos sendo importadas para o software NVivo10®. Tal como preconiza o método, é durante a transcrição que se inicia a análise dos dados, através da imersão no conteúdo desses mesmos dados. Ao ouvir várias vezes as entrevistas de forma atenta, foi possível refletir, interpretar e compreender a informação que ia dando sentido aos dados. A partir da primeira entrevista, surgiram as categorias iniciais e com a análise das entrevistas seguintes surgiam novas categorias sendo que muitos dos incidentes identificados podiam ser remetidos para categorias já existentes. Inicialmente, os dados foram apresentando diferentes perspectivas, o que levou a um exercício de recodificação baseada em critérios de análise e interpretação rigorosos e morosos. Na *grounded theory*, a análise dos dados é um processo criativo que exige método e disciplina, é necessário saber ouvir e deixar falar os dados, adotar uma abordagem menos planeada e mais flexível (Strauss & Corbin, 1998).

Para a codificação dos dados, passo de extrema importância, o processo é dividido em três fases como anteriormente referimos, codificação aberta, axial e selectiva. Procedeu-se inicialmente à codificação aberta com análise linha a linha, e comparação constantes, seguindo o que é proposto pelo método. Procedemos à microanálise, que permite o aparecimento dos conceitos que são os “blocos da construção da teoria” (Strauss & Corbin, 2008). Com a microanálise, cada incidente foi sujeito a comparação com outros ao nível das suas propriedades de modo a que fossem encontradas diferenças e semelhanças. Às partes selecionadas das

entrevistas era atribuído um código ao qual dávamos um nome, que não era mais do que o significado para aquele excerto. Incidentes com o mesmo significado mantinham o nome. Nesta fase de microanálise, foram criados 900 incidentes que foram agrupados em 350 códigos.

A codificação aberta é o “processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e as suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados” (Strauss & Corbin, 2008, p. 103). Durante este procedimento, procuramos ter uma postura flexível e analítica nos dados, deixando que fossem “eles próprios a falar”, limitando-nos a “escutá-los” e a “dar-lhes forma”. A partir da codificação inicial, formaram-se conceitos que continham significados, sendo que posteriormente elaboramos as categorias com base nesses conceitos. Com os conceitos construídos, criaram-se 11 categorias, 1) Génese do desejo; 2) Atitude pragmática face ao parto; 3) Fatores contextuais; 4) Procura de satisfação; 5) Experiência de trabalho de parto; 6) Experiência de cesariana; 7) Reorganização pós-parto; 8) Influência do provedor de apoio; 9) Conforto no parto; 10) Mediadores da decisão médica; e 11) Pressupostos da decisão; As várias subcategorias criadas permitiram uma melhor especificação de cada uma das categorias, tendo sido criadas 33 subcategorias, que no entendimento de Strauss e Corbin (2008, p. 119), “basicamente, subcategorias especificam melhor uma categoria ao denotar informações do tipo quando, onde, porquê e como o fenómeno tende a ocorrer. Subcategorias, assim como categorias, também têm propriedades e dimensões”.

Os incidentes foram agrupados em categorias, através do registo em memos ou memorandos que inicialmente contêm impressões, considerações e direções para a pessoa (Strauss & Corbin, 2008). Os memorandos projetam, registam e detalham a fase principal da investigação (Charmaz, 2009). Refere ainda a autora que há determinados códigos que se destacam e assumem a forma de categorias teóricas à medida que vão sendo escritos os sucessivos memorandos. Para Strauss e Corbin (2008), os memorandos podem variar em tipo e formato, em que o analista desenvolve o seu próprio estilo e técnicas, devendo ser analíticos e conceptuais, e não descritivos. Os memorandos elaborados ao longo da fase de análise, ajudam ao envolvimento do pesquisador com os dados e a aumentar o nível de abstracção (Charmaz, 2006).

Ao longo de toda a análise redigimos 40 memorandos sendo que uns se tornaram mais extensos e mais ricos em informação do que outros, a sua redacção foi feita no *software* tendo-se revelado também uma mais-valia para a elaboração do estudo (Apendice D).

Este trabalho, que levou à codificação, base da análise, foi moroso e exigente do ponto de vista mental. A conceptualização dos dados é fundamental para o desenvolvimento da teoria, sendo que a codificação dá ao pesquisador, uma visão abstrata dos fenómenos (Holton, 2011).

Ao longo da conceptualização, no *software*, constatamos que alguns conceitos levavam à identificação ou aprofundamento de outros que iam surgindo, o que levou ao aparecimento de um número considerável de conceitos, sendo que uns se foram consolidando e outros foram sendo retirados por não serem encontrados neles quaisquer interligações.

Seguindo os princípios em que se baseia a *grounded theory*, iniciamos com um exercício de questionamento e comparação constantes. Franco et al (2013), no seu estudo consideraram o seguinte:

- 1- Decompor os dados em unidades de análise e questionamento dessas unidades;
- 2- Nomear ou codificar, considerando este processo mais próximo da conceptualização do que da descrição;
- 3- Agrupar em categorias, tendo em conta a similitude, e atribuir-lhes um nome abstracto;
- 4- Comparação constante, identificando as relações entre categorias e o contributo das unidades para a categoria abstrata.

Com codificação aberta, o exercício de comparação constante foi garantindo o rigor e especificidade aos conceitos que foram sendo agrupados de acordo com o que se relacionavam, ou seja, por ações, acontecimentos ou sentimentos, que atendendo à sua semelhança conceptual foram agrupados e nomeados o que deu origem às categorias iniciais. A análise dos códigos permitiu a descrição de propriedades e dimensões dentro de cada categoria.

Passamos depois a fazer codificação axial, em que para cada uma das grandes categorias emergiam diversas subcategorias, ou seja, a codificação axial analisou a relação entre as categorias e as subcategorias. É importante referir que na codificação aberta se começa a perceber a relação entre as categorias (Strauss & Corbin, 2008). Para Charmaz (2009), a codificação axial especifica as propriedades e dimensões de uma categoria.

Neste trabalho de relação entre categorias num nível dimensional, procuramos seguir os princípios propostos por Strauss que descreveu como tarefas básicas para a codificação axial do seguinte modo:

- Organizar as propriedades de uma categoria e as suas dimensões, uma tarefa que começa durante a codificação aberta.
- Identificar a variedade de condições, ações/interacções e consequências associadas a um fenómeno.
- Relacionar uma categoria à sua subcategoria por meio de declarações que denotem como elas se relacionam umas às outras.
- Procurar nos dados pistas que denotem como é que as principais categorias podem estar relacionadas. “ (Strauss, 1987 *apud* Strauss & Corbin, 2008, p. 126).

A identificação dos códigos que posteriormente foram agrupados em categorias permitiu uma representação das experiências vividas no parto por cesariana tenha ele ocorrido de forma programada ou não programada. As categorias, resultaram da combinação dos significados de cada conceito a partir das semelhanças que fomos encontrando. A organização dos dados permitiu a ligação das categorias às subcategorias e a emergência da categoria central que estabelecia a ligação entre as diversas categorias, criando um modelo teórico representativo do fenómeno em estudo. Estávamos assim a proceder à codificação selectiva em que foi refinado todo o processo que levou à identificação da categoria central, que se relaciona com as restantes categorias. Strauss e Corbin (2008), referem que “A categoria central pode surgir a partir da lista de categorias existentes.” (p.146). Strauss (1987) cit por Strauss e Corbin 1998) organizou uma lista de critérios de escolha da categoria central:

1. Ela deve ser central, ou seja, todas as outras categorias importantes podem ser relacionadas a ela.
2. Deve aparecer frequentemente nos dados. Isso significa que em todos os casos, ou quase todos, há indicadores apontando para este conceito.
3. A explicação que resulta da relação das categorias é lógica e consistente. Os dados não são forçados.
4. O nome ou frase usada para descrever a categoria central deve ser suficientemente abstrata, de forma que possa ser usada para fazer pesquisa em outras áreas substanciais, levando ao desenvolvimento de uma teoria mais geral.
5. À medida que o conceito é refinado, analiticamente por meio de integração de outros conceitos, a teoria ganha mais profundidade e mais poder explanatório.
6. O conceito consegue explicar variações e também o ponto principal dos dados; ou seja, quando as condições variam a explicação ainda é válida, embora a forma na qual um fenómeno seja expresso possa parecer um pouco diferente. Devemos explicar casos contraditórios ou alternativos em termos dessa ideia central.

Através deste tipo de análise foi possível compreender como é que as mulheres agem e interagem para construírem significados sobre o parto por cesariana. Através da derivação empírica dos conceitos, e do estabelecimento das suas relações, fomos de forma progressiva criando entendimento sobre os significados atribuídos a este acontecimento. Para melhor sistematização, na figura 8 representamos o processo de análise dos dados de acordo com a *grounded theory*, onde são demonstrados os passos essenciais.

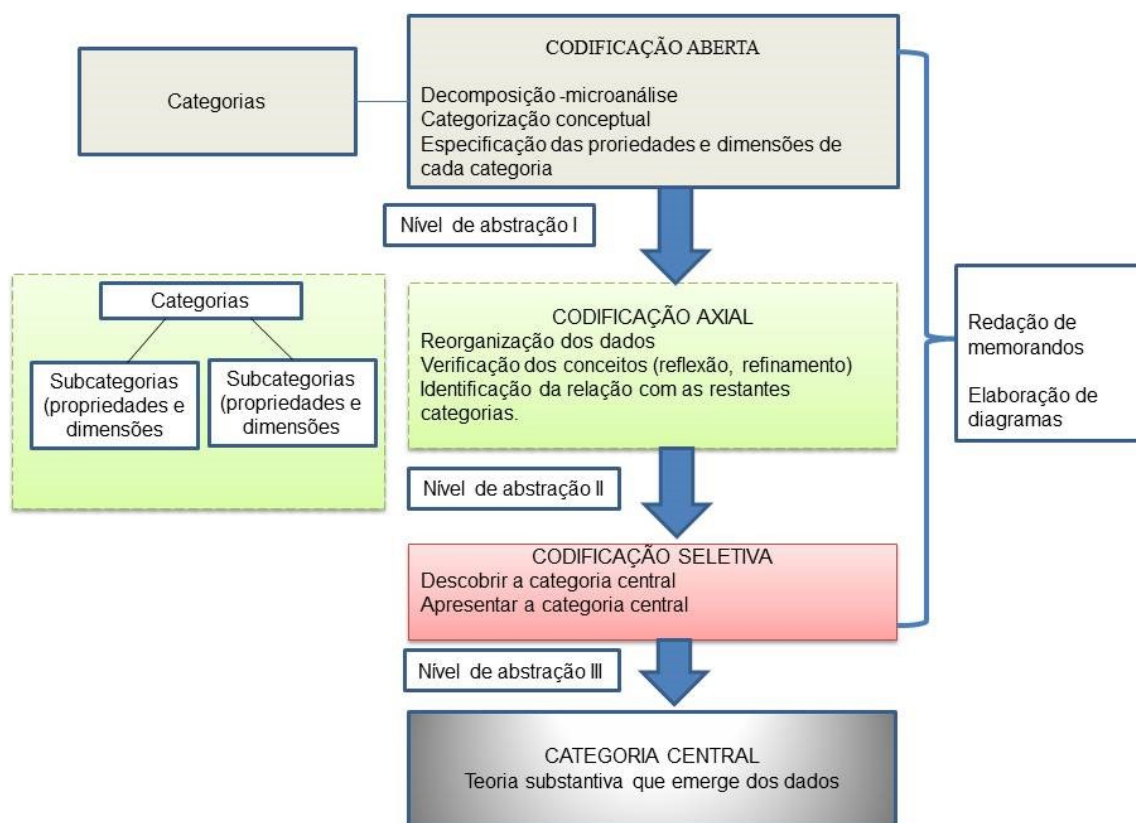


Figura 8 Representação do processo de análise baseado em Strauss e Corbin (2008).

De referir ainda que na elaboração das categorias, atendemos ao princípio da mútua exclusividade conceptual que considera a ideia defendida por Dodebei (2002, 83), baseada em que “Para cada derivação conceitual deve-se usar apenas uma característica do conceito” (p.83). Refere ainda a autora que devem ser respeitados os princípios lógicos, e dá como exemplo o conceito livros, e as espécies, filosofia ou direito e 50 centímetros. O princípio lógico é não considerar as duas características ao mesmo tempo. Primeiro deve ser considerada a característica tipo de livro e em separado a característica tamanho do livro. Pires (2001, p. 74), refere que “cada novo conceito vai fazer parte de uma (e só uma) categoria de conceitos, em que cada categoria remete para a caracterização de um novo fenómeno”.

Salientamos também a importância da elaboração de memorandos já referidos e que ao longo da análise foram uma mais-valia na medida em que

ajudaram a organizar os conceitos mais abstractos. Os memorandos continham respostas às questões sobre os dados, a partir do questionamento, Como? Quando? Porquê? Onde? Em que circunstâncias? Esta análise, facilitou o levantamento de dados subsequentes e justificou a razão de ser de cada código. A competência analítica, do pesquisador deve levá-lo a ser capaz de desenvolver conhecimentos teóricos e abstractos, ideias conceptuais de várias fontes e tipos de dados (Glaser, 2005).

O trabalho de nomeação das diversas categorias foi um trabalho que consideramos exigente e difícil de executar, levando-nos a pensar intensamente sobre elas, sob uma capacidade de abstracção e criação de ideias credíveis. Sentimos várias vezes a necessidade de modificar a nomeação atribuída a algumas categorias após verificação e reorganização dos dados. Para a nomeação de categorias e subcategorias, partimos dos conceitos criados e procuramos neles significado analítico a partir da identificação da sua amplitude e grau de abstracção. De acordo com Strauss e Corbin (2008), quando o analista analisa os conceitos, tem de haver um deles que se destaca como o mais amplo e mais abstracto do que os outros. Algumas categorias foram-se modificando após uma interacção e análise mais aprofundada dos dados.

Procuramos fazer um percurso merecedor de confiança e credibilidade para apresentar resultados fiáveis e devidamente fundamentados para construir teoria. Tivemos um envolvimento prolongado com o campo, o que nos permitiu dar maior consistência aos dados.

Das várias reuniões feitas no grupo de trabalho sobre *grounded theory*, demos a conhecer a análise feita e discutimos as categorias encontradas, o que levou à reflexão e reformulação de alguns aspectos. Para Cooney (2011) e Cutcliffe (2005), não há oscilações nos resultados se a credibilidade for reconhecida por um painel de especialistas. Procuramos manter o rigor, que na perspectiva de Cooney (2011), está incrustado num método que permite gerar teoria.

A construção de diagramas explicativos também preconizados pelo método, foi apresentada ao grupo e ao orientador e sujeitos a discussão. Ao longo da análise dos dados, fomos fazendo leituras para melhor compreensão dos dados e conferir

maior robustez aos conceitos e categorias emergentes. Neste trabalho de procura e descoberta, encontramos uma dimensão mais do tipo existencial e ética, o que nos levou à necessidade de assistir a conferências, proceder a leituras e a partilhar ideias com colegas. Neste âmbito, elegemos o filósofo contemporâneo francês, Paul Ricouer onde encontramos uma vastidão de significados, tendo alicerçado alguns dos nossos resultados à sua reflexão, em concreto no que respeita à obra “ Os três Juízos Éticos do médico.” Foi também pertinente ler a obra de Michel Odent, “ O parto na era do plástico” a propósito da medicalização do parto.

Consideramos que se atingiu a saturação teórica quando a informação já se repetia e não trazia novos dados. A partir de uma amostragem teórica, mostraram-se eventos que indicaram categorias e as suas propriedades que se interrelacionaram dando forma à teoria. Os dados recolhidos não revelavam nenhuma propriedade nova nem permitia novos *insights* teóricos. Para Strauss e Corbin, (1998), numa amostragem teórica os dados devem ser colhidos até que a categoria esteja saturada, ou seja, que mais nenhum dado relevante emerja, que a categoria esteja bem desenvolvida em termos das suas propriedades e dimensões e que configure o relacionamento entre as categorias.

Apenas nesta fase, procedemos à revisão de literatura. Para Strauss e Corbin (2008), não há necessidade de antecipadamente fazer-se uma revisão da literatura, porque não é possível saber antes da investigação quais os conceitos emergentes. O adiamento da revisão da literatura é de evitar a influência de ideias preconcebidas que comprometam a pesquisa (Charmaz, 2009). Ainda para a autora, a revisão de literatura tem como objectivos:

- Demonstrar a compreensão de trabalhos relevantes;
- Mostrar a habilidade do investigador em identificar e discutir ideias e descobertas relevantes;
- Incentivar a fazer conexões explícitas e contundentes entre o seu estudo e os estudos anteriores:
- Permitir fazer afirmações a partir da teoria fundamentada.

Atendendo a estes princípios, a revisão da literatura reporta conteúdos que foram emergindo e que constam do modelo teórico, explicando as expectativas, decisão e vivências no parto por cesariana na região Alentejo.

4.5.2. Recurso ao *software* NVivo®

Desde 1980 que têm sido utilizados no meio académico *softwares* de apoio a análise qualitativa, sobretudo nas pesquisas sociais e em especial nos Estados Unidos e na Europa (Lage, 2011). O NVivo® trabalha com o conceito de projeto e, entre as suas principais estruturas estão os *Nodes* ou nós, que podem ser do tipo *Free Node* (um nó isolado) ou *Tree Node* (uma árvore de nós). No nó faz-se o armazenamento de informações codificadas que podem assumir significados diferentes, dependendo da abordagem metodológica utilizada na pesquisa

Depois de importadas as entrevistas transcritas, e importadas para as “fontes”, posteriormente, criamos os “nós” ponto onde se armazenaram as ideias resultantes da codificação aberta e axial, sendo que o *software* permite também registar atributos como por exemplo dados demográficos. É possível criar novos “nós” e codificar os mais recentes, criar memos e anotações sobre os códigos criados podendo facilmente ser alterados. Permite também criar modelos e diagramas que na perspectiva de Strauss e Corbin são fundamentais desde o início da análise.

Com o recurso ao NVivo® conseguimos orientar melhor todo o trabalho de análise, que permitiu uma exploração aprofundada dos dados, bem como a sua organização.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, iremos apresentar os resultados obtidos sobre as expectativas decisão e vivências no parto e as causas subjacentes à ocorrência de cesariana nos hospitais da região Alentejo com base nos dados analisados.

A partir da codificação efetuada, e da análise dos códigos, emergiram categorias que foram analisadas de forma indutiva. Da interação com os dados e da interpretação do seu significado chegamos aos resultados que iremos apresentar neste capítulo, os quais advêm das entrevistas feitas às mulheres que foram submetidas a cesariana, tanto de forma programada como não programada e também às enfermeiras ESMO que passaremos a designar por enfermeiras, incluindo as enfermeiras chefes dos serviços de obstetria. Para melhor entendimento da apresentação dos resultados, sempre que oportuno, serão expostos excertos das entrevistas. Assim, os resultados que iremos apresentar neste capítulo emergiram exclusivamente dos dados e os seus constituintes irão ser a base da formação de uma teoria substantiva que nos leve à compreensão dos significados atribuídos ao parto por cesariana na região Alentejo. Será descrita a forma como são construídas as expectativas para o parto considerando a sua importância na vivência individual quando ocorre uma cesariana de forma programada ou não programada. De salientar que a organização deste capítulo não tem relação com a ordem com que foram emergindo os dados.

Da relação entre as categorias, tornaram-se perceptíveis construtos fruto dos pensamentos formados e que se conceptualizavam. Emergiram três construtos essenciais que explicam a essência das expectativas e a vivência no contexto do parto por cesariana. O primeiro, “Edificação e relevância das expectativas para o parto”, refere a forma como as mulheres criam as expectativas e qual a sua importância, o segundo, “Vivências na experiência de parto por cesariana”, refere os pontos relativos ao modo como é vivida a experiência de parto por cesariana quer de forma programada quer de forma não programada, o terceiro e último, “Fundamentos para o parto cirúrgico”, refere o conjunto de condições determinantes na condução do parto por cesariana na região Alentejo. Na descrição serão considerados aspectos fisiológicos, éticos, emocionais e psicossociais do parto.

Ao longo do capítulo, serão caracterizadas cada uma das categorias e subcategorias de forma separada. Iremos dar a conhecer as categorias emergentes que se destacaram das entrevistas de acordo com os construtos e conceitos que integram.

5.1. “Edificação e relevância das expectativas para o parto”

Dos construtos fundamentais que definem e explicam as expectativas para o parto, consideramos a “Edificação e relevância das expectativas” para o parto, como sendo o primeiro dando assim uma perspectiva cronológica dos acontecimentos descritos. Edificação e relevância devem ser entendidas no âmbito deste estudo como algo que tem um começo e que reflecte implicações em situações vividas cujo significado traduz uma experiência indelével, como é o caso da gravidez e do parto.

Este construto emergiu sobretudo das entrevistas efectuadas às puérperas. O termo, “Edificação” pretende representar a sua construção, a forma como se ergueram ao nível da racionalidade, em que são feitas projeções para o futuro. “Relevância” pretende representar a importância das expectativas na experiência do parto. É um construto que se revela importante na medida em que explica a natureza da construção das expectativas para o parto e a sua importância. Assim, a “Edificação e relevância das expectativas para o parto” deu origem a categorizações que pretendem caracterizar os aspectos que influenciam a construção das expectativas e revelar a sua importância. Dão a conhecer as circunstâncias que envolvem os aspetos individuais e interpessoais, concedendo um carácter dinâmico a este processo de construção das expectativas para o parto. Constatou-se que se por um lado, a mulher considera os seus desejos pessoais, por outro, recebe a influência de outras mulheres, do seu médico e das enfermeiras. Interferem também as circunstâncias em que ocorre a gravidez e ao aparecimento de possíveis riscos que podem acontecer também durante o trabalho de parto. Assim as expectativas iniciais podem sofrer alteração e a mulher passar por fases de construção e desconstrução das expectativas até ao momento do parto.

A partir da categorização da “Edificação e Relevância das Expectativas para o parto” percebeu-se que estão envolvidos aspetos circunstanciais, pragmáticos e

emocionais. Contempla as categorias “Génese do desejo”, “Atitude pragmática face ao parto”, “Fatores contextuais” e “Procura de satisfação”. Na figura 9, expõe-se as categorias referentes à “Edificação e relevância das expectativas”.

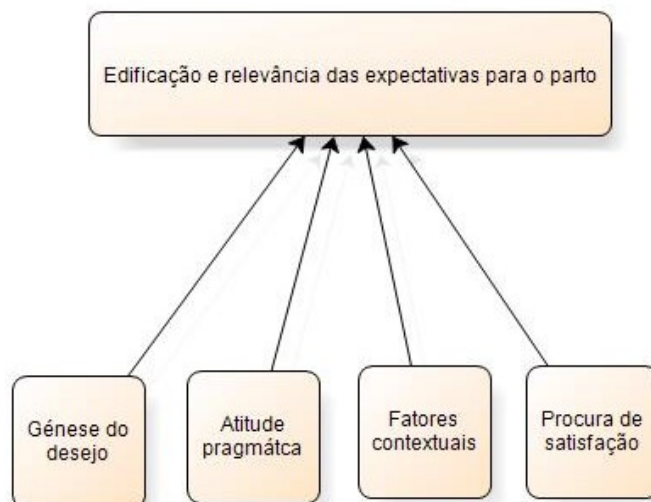


Figura 9 Categorias referentes à “Edificação e relevância das expectativas para o parto”

Ressalta das entrevistas efectuadas às mulheres que o percurso para a construção das expectativas para o parto é complexo. Perspetivando a probabilidade de satisfação de desejos para este evento, há diversas condicionantes que interferem na forma como elas se constroem.

5.1.1. “Génese do desejo”

A categoria “Génese do desejo” ao emergir dos dados como um conceito levou ao entendimento da forma como se constroem as expectativas para o parto. A partir da primeira questão colocada, “Como desejou que fosse o seu parto?” Procuraram-se incidentes nos dados que indicassem os aspectos que estão subjacentes ao que se deseja para o parto. A figura 10 representa a árvore de categorias referente à categoria “Génese do desejo”.

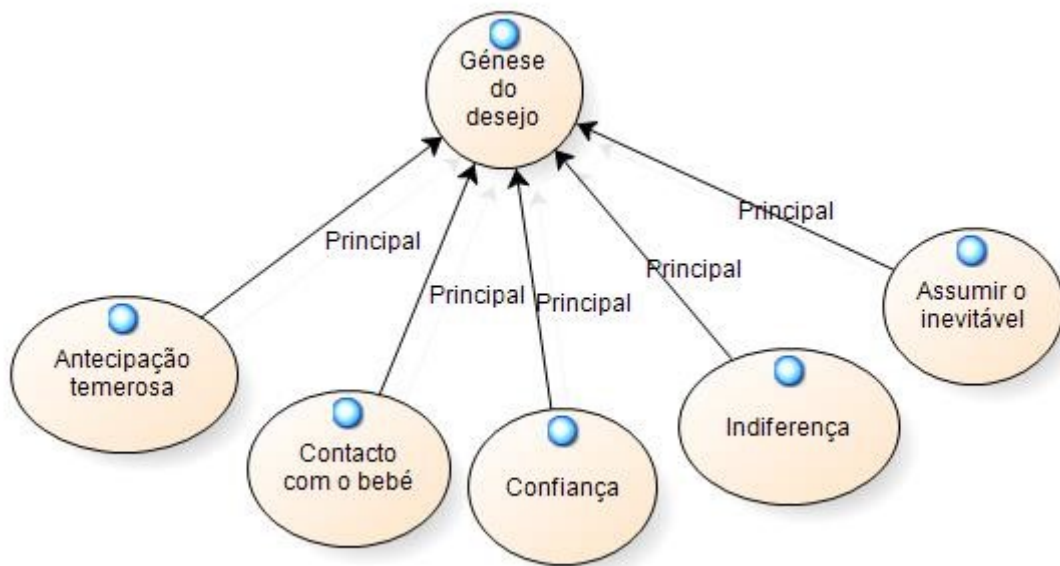


Figura 10 Árvore da categoria “Gênese do desejo”

Esta categoria, contempla cinco subcategorias que no seu conjunto, deram significado aos aspetos envolvidos e que serviram de base para uma explicação sobre a construção das expectativas para o parto a partir de uma abordagem mais emocional onde se identificam sensibilidades desencadeados na gravidez face ao parto. De salientar que contribuíram para esta categoria sobretudo, dados provenientes dos depoimentos das mulheres. Estes dados explicitam a forma como vão antecipando o parto construindo ideias e desejos sobre esse evento que é desejado e esperado mas também temido. Para a “Gênese do desejo” contribuem fatores que se apresentam de forma prioritária para estas mulheres. Destacaram-se o encontro com o bebé real, projeção de medos, confiança, presença de ideias realistas sobre o parto e inseguranças que podem levar à ausência de expectativas. A edificação centra-se em aspetos relacionados com experiências anteriores, medos, inseguranças e o assumir do parto.

Para melhor especificação, foram criadas cinco subcategorias que apresentamos de seguida:

A) “ **Antecipação temerosa**”,

Na construção das expectativas, estão patentes ideias que envolvem aspetos mais temidos pela conotação de imprevisibilidade que é reconhecida ao parto. Esteve evidente a preocupação sentida pela mulher em relação à possibilidade da ocorrência de acontecimentos desagradáveis, que podem surgir de forma imprevista fruto da perceção que tem sobre a complexidade que este evento envolve, e pensar em aspetos mais complicados e menos benéficos quer para ela quer para o bebé. Dos temores relativos ao momento do parto, salientou-se a necessidade de instrumentalização que induz a uma preferência pelo parto por cesariana para evitar passar por essa situação. Pensar na possibilidade de recurso a instrumentos aumenta o medo e a angústia da mulher. A possibilidade de ser sujeita a intervenções que podem lesar o corpo, gerar dor e complicações no seu corpo ou no do bebé, causa angústia e medo ainda na fase da gravidez.

“...quer dizer assustava-me não era o parto eutócico, mas era depois os distócicos, ou seja a aplicação de ventosa ou de fórceps(...) também me assustava um bocadinho...” (Ent. 1 p).

“...essa parte do bebé sair pela vagina isso também me...”(Ent. 13 np).

A mulher necessita confirmar a sua capacidade reprodutora, conseguir levar a gravidez a termo e ter um bebé saudável. Tal foi notório no caso em que houve uma história anterior de perdas gestacionais, fazendo com que a mulher se centre apenas em conseguir levar a gravidez a termo e ter o filho. Neste caso, a situação mais temida estava relacionada com a perda da gravidez. Centrar-se na gravidez, fez com que não pensasse no parto, preocupando-se com o desejo de ter o filho.

“... porque tive 4 abortos antes desta gravidez e foram muito complicados e o meu maior medo era eu conseguir levar a gravidez avante, e não a chegada do parto”
(Ent.5 np)

Outro dos temores evidenciados prende-se com o facto de recear ter um trabalho de parto arrastado no tempo e depois ter que fazer cesariana. Parece haver consciência de que a necessidade desta intervenção cirúrgica pode ocorrer em qualquer fase do trabalho de parto fruto de comentários de outras mulheres. Esta

informação faz com que pense que a situação se repete e que será contemplada com os mesmos procedimentos.

“Os últimos casos que eu conhecia de pessoas da minha terra era assim passavam pela dilatação toda e depois cesariana! Até que eu dizia, bem vai-me acontecer o mesmo vou estar lá um dia inteiro e depois no fim do dia toma lá uma cesariana”
(Ent. 10 np).

“...passar por tudo isso e acabar numa cesariana. Nós às vezes apanhamos tantas senhoras que também acontece isso.” (Ent.1 p).

Durante a gravidez, a mulher receia não ter a presença do médico que vigiou a gravidez, parecendo sentir com a sua presença a garantia de que tudo correrá bem, transmitindo-lhe segurança. Parece haver também o efeito positivo da relação de confiança e proximidade que se foi estabelecendo com o obstetra. Este tipo de relacionamento transmite serenidade e perder esse apoio, é o seu maior medo.

“O meu único medo digo-lhe mesmo era se eu viesse ter ao hospital e não ser a Dr^a T. a assistir-me, isso confesso que andava com um certo receio ”Ent. 8 p)

Aspeto reforçado por uma das enfermeiras, ao referir que a decisão de cesariana programada faz com que a mulher perspetive o seu parto unicamente por essa via. Receia ter necessidade de recorrer ao hospital antes da data combinada com o seu médico para a realização da cesariana, podendo acontecer que o obstetra de serviço não sendo conhecedor da sua situação não lhe faça cesariana.

“...porque tem medo de vir no dia em que esteja outra equipa e que não lhe faça a cesariana” (Ent. 5 enf).

O conhecimento prévio sobre a natureza dos riscos que se correm no parto leva a que a mulher reconheça no seu obstetra o garante da segurança nos procedimentos que serão utilizados para o parto.

B) “Contacto com o bebé”

Encontramos de forma generalizada, uma forte vontade, em tocar de imediato no bebé, criando expectativas em relação ao contacto precoce logo após o nascimento. Para além dos receios, e das ansiedades, percebeu-se que as mulheres sobrepõem a tudo isso um desejo muito forte do toque imediato no bebé e da possibilidade de o ver. Em alguns casos, foi feita referência à importância do contacto visual e noutros ao toque. Tocar no bebé após o nascimento é um comportamento muito desejado pela maioria das participantes, parecendo confirmar a presença do bebé real após a convivência que ocorreu durante a gravidez. É um desejo prioritário de concretização, ver o bebé, é um momento muito desejado. Quando tal não acontece há um sentimento de tristeza e decepção em relação ao que foi idealizado.

“... não o vi logo assim que ele nasceu e era o que eu mais sonhava, de resto...”
(Ent. 7 np)”

Mais do que olhar, identificou-se que se deseja também ter o bebé junto de si logo após o nascimento e para essa concretização concorrem as ações das enfermeiras que se preocupam em proporcionar o contato precoce mesmo no parto cirúrgico, acrescentando a isso a possibilidade que é dada fruto da mulher poder ser submetida a analgesia epidural, evitando a anestesia geral. Desta forma, permite-se a possibilidade da mãe ver o bebé logo após o nascimento, o que facilita o vínculo, as funções adaptativas entre a mãe e o bebé e a satisfação com o parto.

“...dava para ver a enfermeira (...) depois foi logo dar-ma ...” (Ent. 3 p).

Há, no entanto, referência ao receio de não poderem ver o bebé imediatamente após a expulsão devido à necessidade de fazer anestesia geral. Constatou-se que pode haver mulheres com um conhecimento prévio sobre o tipo de anestésicos existentes e do seu efeito no estado de consciência, podendo interferir neste desejo tornando-o não concretizável. Ao longo da gravidez convive com essa incerteza, mas quando é dada a possibilidade de concretização as expectativas são superadas.

“Como me fizeram aqui, consegui vê-la logo que era uma das coisas que eu tinha pena (...),isso superou as minhas expectativas...” (Ent. 4 p).

A necessidade de recurso a anestesia geral chega mesmo a frustrar essa expectativa devido também à necessidade de vigilância pós anestésica em que a mulher não tem condição para ter o filho junto de si e a separação temporária logo após o nascimento, causa frustração devido ao tempo que tem de esperar para poder ver e estar com o seu bebé.

“Por exemplo, quando a bebé nasceu, a bebé veio para cima com o pai e eu fiquei lá uma hora e tal à espera...” (Ent. 2 np).

Há um sentimento de expectativa frustrada por não ter conseguido um privilégio que entendia ser exclusivamente seu, ser a primeira a contactar com o bebé, porque é isso que ela espera e deseja.

“..., quer dizer, a expectativa de uma mãe ter um bebé, é estar logo com o bebé não é estar logo uma hora e tal para o ver, não é? (Ent. 2 np).

A demora em ver e contactar com o bebé causa frustração, parecendo terem sido asfixiados sentimentos maternos que tinham sido despertados dentro de si própria ao longo da gravidez. Além disso, o facto de não ter conseguido concretizar um desejo para o qual criou grande expectativa, levou a frustração. Sente que foi relegada para segundo plano e o privilégio do contacto precoce foi de outros familiares.

“Já toda a gente tinha estado mais tempo com ela do que eu. Estava o pai estava a avó estava o avô, estava toda a gente e eu não. Então por isso é que preferia antes que fosse um parto normal, sinceramente.” (Ent. 2 np).

Se já houve uma experiência prévia de cesariana em que se utilizou anestesia geral e posteriormente uma anestesia epidural, a mulher refere maior satisfação com esta última, porque esteve consciente, viu o bebé imediatamente após o nascimento e pôde aperceber o ambiente que a rodeava interagindo com a equipa. Atendendo a que a mulher está sempre consciente há uma maior dinâmica emocional em relação ao bebé.

“...na primeira foi anestesia geral , não dei por nada e esta não, outras emoções outra sensação, vim acordada, da outra não, demorei a acordar e esta não, vim acordada, vi logo o meu filho... ” (Ent 8 p).

Ver nascer o filho proporciona o desencadeamento imediato de emoções que de forma consistente fazem com que a mãe tenha sentimentos fortes em relação ao bebé. A relação de afeto estabelecida logo após o nascimento consolida o compromisso emocional com o bebé.

“...a partir do momento que o vi nascer,
eu pronto, gostei logo muito dele...” (Ent. 1 p).

Destaca-se assim como expectativa alta, ver o bebé imediatamente após o nascimento, sendo esta uma necessidade incontornável para a tranquilidade e bem-estar emocional da recente mãe. Querer estar com o bebé real faz superar os medos inerentes ao parto.

“...querer tê-la nos meus braços era tão mais forte
do que o medo do parto...” (Ent. 5 np).

A concretização deste desejo chegou a ser adjetivado como um acontecimento sublime, que faz superar toda a angústia sentida durante o trabalho de parto. Este aspeto ajuda a compreender a forma como a primeira visualização o bebé pode ir além do imaginado e é uma surpresa agradável e muito difícil de definir mas que supera tudo o que foi esperado e vivenciado.

“E depois surpresa foi mesmo vê-la isso é que foi assim transcendente. Foi assim acho que superou aquelas coisas que as pessoas dizem as dores e isso passa tudo depois quando eles nascem, acho que é um bocadinho assim” (Ent. 9 np)

Ao se aperceber que o bebé nasceu, procura vê-lo de imediato e é uma imagem que fica marcada na memória, salientando-se também a importância de o tocar e beijar.

“..., eu vi-a logo, virei-me um bocado de lado e dava para ver a enfermeira a prepará-la,(...) estive a dar-lhe um beijinho, e fazer-lhe uma festinha (Ent. 3 p).

As manifestações de carinho iniciam-se logo que vê o bebé e interrompe um período de angústia causada pela espera que só termina com o parto. É a partir deste acontecimento que terminam as imprevisibilidades a ele associadas ao

mesmo tempo que a mulher deixa de ser ensombrada por dúvidas ou dilemas acerca do bem-estar do seu bebé.

C) “Confiança”

Esta subcategoria encerra aspetos referentes à confiança depositada em si própria e nos técnicos. A confiança nos técnicos, sobretudo nos é um sentimento comum a todas as participantes sendo extensiva aos maridos, e é referido quer pelas puérperas quer pelas enfermeiras. A confiança no médico vai-se desenvolvendo ao longo da vigilância da gravidez atual ou de outras gravidezes anteriores caso seja o mesmo médico. O apoio por ele assegurado e também pelas enfermeiras com quem fizeram a preparação para o parto, representou um auxílio efetivo. Estes técnicos são considerados transmissores de confiança, o que contribui para a edificação de expectativas positivas. Para a confiança sentida pelo médico assistente acrescenta-se a disponibilidade por ele demonstrada, o que transmite segurança e equilíbrio emocional prevendo a garantia de um melhor resultado com a experiência do parto. Assim, para a confiança no médico contribui fortemente a forma como se mostra disponível para com a grávida, o que inclui esclarecimentos de dúvidas e dos procedimentos relativos ao parto, ajudando a enfrentá-los com determinação e motivação.

“..., porque é assim, nos outros médicos não tenho confiança(...), para os clientes dela o tempo não conta...”(Ent. 8 p).

A combinação prévia entre o médico e a grávida sobre a data de internamento, provoca na mulher tranquilidade e a certeza de que terá a presença do seu médico assistente até ao nascimento do bebé. Desta forma, vê aumentado o sentimento de segurança no parto.

“Depois conhecíamos o médico porque era o médico que me tinha seguido desde o início a confiança nele era muito grande” (Ent.5 np).

Percebe-se que se for o seu médico a marcar a data do parto, a mulher confia que vai ter a sua presença constante, orientando o seu pensamento de forma otimista e antecipa uma experiência positiva e breve. Esta garantia antecipada de acompanhamento próximo, reduz a ansiedade ainda no período da gravidez e

alimenta a esperança de poder ser acompanhada e apoiada por alguém que conhece e em quem confia.

D) “Indiferença”

Não é bem claro o tempo em que as mulheres começam a evidenciar as expectativas para o parto, havendo quem referisse nunca ter pensado nele. Não pensar muito no parto, foi um comportamento adotado por algumas mulheres, um pensamento adiado manifestando-se apenas perto do termo da gravidez. Há mulheres que não criam qualquer tipo de expectativa para o seu parto, expressando esse facto com convicção, preferindo esperar pelo momento.

“...não tinha uma expectativa, quero assim quero assado, não tinha mesmo, foi uma coisa que nunca tinha pensado previamente, foi sempre, quando chegar o dia, a gente depois vê” (Ent.9 np).

A inexistência de expectativas para o parto foi expressa de forma aberta, e franca, dando a entender que tal não é de todo necessário podendo também correr o risco de criar expectativas que não se concretizem, situação que pretendem evitar. Há preferência em esperar pelos acontecimentos para que não sofram deceções. Ao criar expectativas para o parto há um receio em estar a enganar-se a si própria. Há um embargo de esperanças e anseios sobre o parto levando a mulher a crer que com esta atitude consegue proteger-se de enganar-se.

“Eu vou ser sincera eu nunca pensei muito nisso (...). Cada pessoa tem uma maneira diferente de falar sobre o parto e eu achei que se começasse a desejar alguma coisa que depois poderia ser prejudicial para mim podia-me estar a enganar” (Ent. 10 np.)

“É assim eu... é complicado, eu nunca pensei muito no parto...” (Ent. 5 np).

Identifica-se assim nestas mulheres a consciência de que no parto há imprevisibilidades e que por isso, tudo o que se pense e deseje para ele pode ser ilusório. A ausência de expectativas surge como uma forma de defesa face aos resultados de uma experiência rodeada de incertezas. Não criar expectativas para o parto é assim uma forma de assegurar tranquilidade não sentindo necessidade de alimentar desejos.

E) “Assumir o inevitável”

Esta subcategoria, traduz a capacidade da mulher em aceitar com naturalidade aspetos relacionados com o parto. Foi reconhecida a inevitabilidade da dor e do sofrimento que são extensivos ao bebé. Apesar da forma dolorosa e sofrida como vêm o parto, ele é considerado uma realidade pela qual têm que passar, e que implica algum grau de sofrimento o que ajuda a aceitar com menos receios. Parece haver uma compreensão das dinâmicas envolvidas no parto preparando-se para o viverem de forma segura e confiante. Manifestou-se assim, a consciência de que o trabalho de parto exige, tanto à mãe como ao bebé, um ajuste dos seus corpos para que se dê o nascimento.

“...sempre pensando que o parto não é uma coisa fácil , uma pessoa tem que sofrer um bocadinho, sofre nós e sofre o bebé que também tem que passar por um canal mais estreito, mas nunca foi assim uma coisa que me assustasse...”.(Ent. 5 np)

Conscientes de que a gravidez culmina com o parto, o facto de terem de passar pelo processo de dor, que lhe é inerente leva a considerar este sofrimento como necessário e implícito no parto e, ainda que seja pela primeira vez, é esperado que assim aconteça. No entanto, há consciência de que não é possível exprimi-la antecipadamente, não constituindo de todo uma novidade. Se, por um lado, sabem que vão passar por um processo doloroso, por outro, desconhecem a sua real intensidade, ficando assim expectantes no que respeita à sua capacidade para lidar com ela.

“...porque eu quando vim para aqui eu sabia para o que vinha, obviamente que nunca ninguém pode dizer que tem a noção da dor, obviamente que não, ninguém tem noção da dor...”.(Ent. 7 np).

As mulheres que são submetidas a cesariana programada de repetição, já não vão para o desconhecido e aceitam a situação como algo inevitável sentindo que a experiência anterior as preparou.

“É assim, como já tinha passado por uma, cesariana, já sabia para o que ia, portanto sabia o que ia acontecer (...) já esperava por aquilo que ia passar” (Ent.1 p).

Acrescenta-se também, a consciência dos riscos que pode correr com o parto vaginal e que ajuda a mulher a sentir-se preparada psicologicamente para cesariana.

“...já vinha mesmo preparada para cesariana, como eu já sabia que ia ter problemas, então não fiquei desiludida de ser cesariana” (Ent. 8 p).

Há mulheres que se adaptam às circunstâncias e prevêm uma situação semelhante à que já foi vivida e que serviu de aprendizagem. O seu comportamento é orientado no sentido de fazer um ajustamento a uma situação que podendo ser considerada arriscada, maioritariamente é bem-sucedida.

Assim, a categoria “Génese do desejo, contempla cinco orientações que explicam a construção das expectativas e que se completam entre si. As expectativas assim criadas são mobilizadoras para a vivência do parto e da gravidez, predispondo a mulher para o acontecimento, ao mesmo tempo, ajuda a criar tendências para os seus objetivos.

5.1.2. “Atitude pragmática”

Algumas das participantes, reconhecem a utilidade de procedimentos obstétricos, e a importância do sentido prático do evento, identificando mais as soluções do que os contratempos. Foi notória na maioria das entrevistas a constatação de que as mulheres ainda na gravidez, esperam para o seu parto, concretização, alívio e eficácia, o que revela o desejo por uma solução imediata e concreta dos seus problemas.

Esta categoria, “Atitude pragmática”, compreende os aspectos mais objetivos e simplificados do parto sentidos pelas mulheres em busca de eficácia e utilidade. Neste estudo, o pragmatismo é entendido a partir da avaliação feita pelas mulheres sobre os aspectos práticos, mostrando de forma sensata querer evitar complicações desnecessárias numa experiência significativa. Consideraram-se como subcategorias, “Anseio pelo melhor”, “Fuga à dor” e “Brevidade.” Querer o melhor no parto, leva a que se sinta otimista e esperar que tudo ocorra de forma positiva, fugir à dor do parto é uma atitude que leva a não querer sofrer, sustentada na ideia que existem recursos para a evitar durante o parto, já no quer respeita à brevidade

do trabalho de parto, revela um desejo de rápida concretização do nascimento abreviando o sofrimento físico e a espera que é inerente ao trabalho de parto. Na figura 11 apresentamos a categoria “Atitude pragmática”.

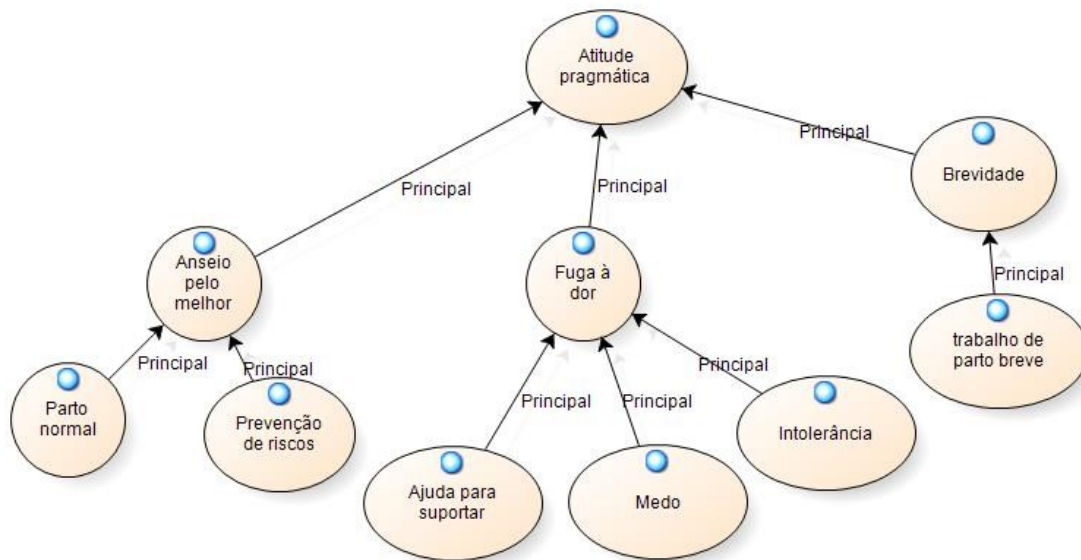


Figura 11 Árvore da categoria “Atitude pragmática”

A) “Anseio pelo melhor”

Nesta subcategoria, estão integrados os aspetos que traduzem a ideia de que o parto normal é o mais desejado, porque é o melhor para a mãe e para o bebé, trazendo mais satisfação. Além disso, é mais tolerável, e acarreta menos riscos e complicações. É entendido como universalmente aceite porque se pensa nele como um processo natural que responde às respostas fisiológicas do organismo. Este aspeto parece estar bem patente no extracto seguinte:

“Bem, como todas as pessoas estava a pensar sempre que fosse um parto normal”
(Ent. 3 p).

A preferência por este tipo de parto, ganha mais expressão quando já há experiência anterior semelhante. A limitação no tempo do processo doloroso, que acontece no parto normal, faz preferir o parto normal.

“...é que prefiro o parto normal, porque a experiência foi melhor...” (Ent. 2 np).

Considerando o tipo de parto, o desejo inicial aponta para o parto normal, aquele que decorre sem complicações e com menos riscos, permitindo uma experiência profunda que gera emoções positivas.

“Sempre pensei que fosse parto normal ...” (Ent. 4 p)

“Porque sempre foi um sonho ter um parto natural ...” (Ent.7np).

“Porque era para ser assim, em princípio era para ser parto normal, mesmo com os efeitos da epidural...” (Ent. 11 np).

Desejam que o processo de trabalho de parto ao qual reconhecem características específicas, culmine com o nascimento, sem complicações, de forma natural e espontânea. Sendo conhecedoras de alguns desconfortos associados ao parto normal, ainda assim, mostram preferência por este esperando que seja vivido de forma prazerosa. Neste sentido, a vontade inicial aponta para o parto que elas designam como sendo o parto normal que causa alguns desconfortos mas que são ultrapassáveis, sem danos de maior.

“Apesar de levar pontos, mas prontos, os pontos é mais quando a pessoa se senta, mas é uma fase que passa mais rápido...” (Ent. 2 np)

Passando por uma experiência anterior de cesariana, há um desejo em experimentar o parto normal, parecendo estar relacionado com a ideia de que se aproxima mais do que é natural, com menos riscos e complicações.

“...este segundo pensei então ser um parto normal...(Ent. 1 p)

A experiência de cesariana não programada devido a complicações no trabalho de parto, após uma experiência de parto normal, leva a que a mulher ainda assim mantenha a preferência pelo parto normal.

“Se tiver outro gostaria que fosse de parto normal, parto normal!” (Ent. 2 np).

Está claro para estas mulheres que têm que passar pelo processo de parto o qual desejam que seja uma experiência positiva tanto para elas como para o bebé, considerando o parto normal como sendo o melhor para a saúde da mãe.

“Principalmente porque fui ouvindo falar acerca dos benefícios que tinha a nível de saúde reprodutiva, nomeadamente do cancro do colo do útero, porque é a única altura em que o colo do útero dilata...” (Ent. 3 p).

O parto normal, de uma maneira geral, é considerado o melhor e o mais fácil, promotor do contacto precoce com o bebé em que a interacção mãe-bebé não é prejudicada nem pela fragilidade da mãe nem pela vitalidade do bebé.

“Por isso é que o parto normal é melhor (...) a mulher está logo com o bebé ” (Ent. 2 np).

“...poder viver aquilo eu acho que de facto o parto é uma coisa natural, não é uma doença “ (Ent 12 p).

Quem não passou pela experiência de parto normal, associa-lhe sensações pelas quais gostaria de passar. Há uma curiosidade e um desejo em experimentar associando a esta de nascimento sensações únicas características deste evento, aspectos que não podem ser vividos e sentidos nos partos por cesariana.

“Pronto de parto normal, pronto deve de ser outra sensação ...” (Ent. 8 p).

Dentro daquilo que é entendido como o melhor, não está apenas o tipo de parto mas as implicações no bem-estar do bebé. Constata-se a presença de sentimentos ambivalentes no que respeita ao que é melhor prevalecendo a prevenção de riscos. Por um lado desejam o parto de forma espontânea e natural, por outro ponderam a existência de riscos. Quando há programação da cesariana devido a causas fetais, a mulher coloca em primeiro lugar o seu bem-estar e segurança do bebé, e ainda que anseie pelo parto normal, pensa sobre a situação e aceita o facto de ter que fazer cesariana vendo como a melhor forma de nascer.

“... acho que temos que ponderar bem as coisas, acho que não podemos pensar só em nós, não é?” (Ent. 4 np).

O entendimento acerca do que é melhor, pode sofrer a influência do obstetra que ao levantar a hipótese de cesariana, coloca a questão do risco que o parto por via vaginal pode trazer para os bebés.

“O médico disse-me que era cesariana logo desde o princípio (...), para não correr o risco de os perder.” (Ent 6 p).

Sabendo antecipadamente dos riscos que podem correr no parto por via vaginal, consideram a cesariana benéfica, atendendo ao bem-estar da díade.

“...apesar de sempre ter pensado num parto normal, acho que o facto de ser cesariana foi uma opção que me deixou tranquila...”(Ent. 4 p).

“ Se existem estas possibilidades, se é seguro para a mãe se é seguro para o bebé, não vale a pena estar a arriscar. “ (Ent. 3 p).

Não há uma opinião explícita de que a cesariana é a melhor forma de nascimento, embora reconheçam vantagens e concordem com a decisão do médico por essa via do parto, uma vez que previne riscos para a saúde da mãe e do bebé.

“..., o que deve ser posto em primeiro lugar é a saúde das mães e dos bebés, e não as estatísticas, eu acho que as estatísticas às vezes não contam para a realidade da vida”. (Ent. 8 p).

Para quem não tinha expectativas criadas, o melhor parto é aquele que garante a segurança do bebé independentemente dos procedimentos utilizados. Há situações em que a mulher tem indicação para cesariana programada por causas obstétricas, nomeadamente por apresentação pélvica, sendo que se prende à noção do risco e vê na cesariana um procedimento útil na medida em que evita riscos para a sua saúde e a do seu filho.

“...ao mesmo tempo eu tinha um certo receio do parto normal, de algumas coisas que ouvimos, às vezes quando o bebé está mal posicionado (...) portanto aí, fiquei mais tranquila, porque à partida esses problemas com o bebé não se poriam. (Ent. 3 p).

Uma das participantes considerou a cesariana uma solução para não passar pelo parto vaginal ao qual associa vários receios.

“Mas não sei explicar, fazia-me impressão a parte do parto normal, não sei aqueles mitos que se calhar temos na cabeça, não sei explicar bem, era receios com o bebé de alguma coisa não correr bem, não sei o sofrimento do bebé, haver alguma coisa ali na hora do parto...” (Ent.13 np).

Ainda assim, há quem privilegie o parto espontâneo. A cesariana pode ser entendida como um meio brusco de ter filhos mas para o qual não há outra alternativa.

“...a cesariana não tem nada de bonito, só a parte de nós os vermos...” (Ent. 6 p.).

“... quer dizer, o corpo da mulher é para parir naturalmente e não para fazer cortes...” (Ent. 1 p.)

A mulher pode desejar ter parto normal ciente de que não existem impedimentos fisiológicos para que o nascimento aconteça espontaneamente, o que faz com que ao longo da gravidez nem chegue a ponderar ter o filho por cesariana.

“...ela pronto deu a volta encaixou bem, pronto estava tudo previsto para que fosse parto normal, nunca ponderei que fosse cesariana por acaso.”(Ent. 4 p.).

B) “Fuga à dor”

Confrontar-se com o processo doloroso do parto foi um aspeto que se mostrou também relevante tendo-se constatado que há mulheres que contam com a possibilidade do recurso a analgesia epidural. Parece haver uma certeza mais ou menos garantida de que não irão passar pelo processo doloroso do trabalho de parto. Raramente se referem ao medo de passar por este processo referindo a possibilidade de recorrer a analgesia epidural como método de alívio da dor.

“...ali no parto podia levar epidural , sabia que certas dores não as ia passar porque com epidural não se tem essas dores”...(Ent. 5 np)

“...achava que não seria muito fácil,(...) pensei sempre de levar epidural...”(Ent. 13 np).

“...embora eu tenha pensado em fazer epidural, porque era mais fácil e para conseguir que as coisas corressem bem, com o mínimo de sofrimento...” (Ent 12 p).

Com a proximidade do parto pode haver uma conversa prévia com o obstetra no sentido de avaliar as possibilidades de fazer analgesia epidural no trabalho de parto. Embora sinta alguma incerteza acerca deste método analgésico, pode ser iniciativa do obstetra acautelar uma medida que diminua o desconforto.

“Tinha falado a semana passada com a obstetra e eu disse que não tinha a certeza com respeito à epidural e ela disse-me, pelo sim pelo não vais fazer as análises...”
(Ent. 11 np).

Assim, parece haver a possibilidade de uma conversa prévia entre a grávida e o obstetra durante a vigilância da gravidez em que a mulher esclarece as suas incertezas em relação a este método. No ponto de vista das enfermeiras, nos dias atuais, as mulheres não se sentem preparadas para passar pelo processo da dor do trabalho de parto, parecendo haver necessidade de outro tipo de preparação para saberem lidar com ela, predispondo muitas vezes a um comportamento descontrolado.

“As pessoas agora não estão muito preparadas para sentir a dor, descontrolam facilmente ao mínimo sinal de dor” (Ent. 7 enf.)

Ainda que tenham planeado não se submeter a analgesia epidural e assumir a dor, quando a experienciam podem esgotar os seus recursos pessoais, sejam eles afectivos, físicos e emocionais. Ainda na perspectiva da enfermagem, quando vivenciada, a sensação dolorosa é interpretada de outra forma e a sua intensidade que vai aumentando ao longo do trabalho de parto o que faz com que se criem pensamentos negativos sobre ela.

“...chega ali uma altura que elas já não toleram a dor e acabam no fundo de abdicar daquele projeto que elas tinham, de levar aquela decisão de não vou levar epidural até ao final” (Ent. 7 enf)

Um outro aspeto que não foi referido pelas mulheres mas sinalizado pelas enfermeiras, relaciona-se com a preferência pelo parto por cesariana mais evidente em tempos passados, podendo estar relacionada com a ideia de que com a cesariana não passava pelo processo doloroso do trabalho de parto. Para estas profissionais, no tempo em que não havia a hipótese de se fazer analgesia epidural

no trabalho de parto, era mais notória a preferência pela cesariana que garantia uma forma de não passar pelo processo doloroso que sempre esteve associado ao parto vaginal. Atualmente, graças ao recurso a analgesia epidural a situação modificou-se.

“E depois, a nível da cesariana tem muito a ver com isso o não querer passar pela dor, o não querer ter dor” (Ent. 7 enf)

“...normalmente a mulher tinha muito medo da dor e actualmente esse medo já não existe” (Ent. 6 enf).

O reconhecimento de que há possibilidade de fazer epidural e assim não sentir dor desmistifica esta vertente dolorosa associada ao parto.

C) “Brevidade”

Verificou-se que quer tenham já passado por uma experiência de parto quer sejam primíparas, há um desejo de que o trabalho de parto não se arraste no tempo, sendo um dos pensamentos e receios presentes durante a gravidez, verificando-se que muitas das vezes fazem a este respeito termo de comparação com vivências pessoais ou de outras mulheres. Há no entanto a consciência de que este tempo é variável de mulher para mulher.

“Mas eu pensava assim, será que leva muito tempo, será que leva pouco, porque há mulheres que dura imensas horas” (Ent. 5 np).

Identifica-se, assim, uma expectativa em relação à duração do trabalho de parto, aspeto que não se verifica quando as cesarianas são programadas, em que a mulher sabe antecipadamente que não vai passar pelo trabalho de parto cujo tempo é imprevisível. Esta imprevisibilidade causa alguma angústia e preocupação porque podem estar associados a esse atraso, sofrimento da mãe ou do bebé ou até de ambos. Por outro lado, desejam ter junto de si o bebé o mais breve possível.

“...e das dores de estar muitas horas em trabalho de parto isso assustava-me um bocado” (Ent. 13 np).

No caso das cesarianas, se a espera não for prolongada, contribui para o nível de satisfação com a experiência e pode significar um bom desempenho dos profissionais.

“..., como não tive muitas horas, foi tudo bem orientado” (Ent. 4 p).

Na perspetiva de enfermagem, as mulheres embora estejam informadas de que não há um tempo previsível para a duração do trabalho de parto e que em particular nos casos de indução do parto esse período de tempo pode mesmo ser mais prolongado, há sempre um desejo e uma esperança de que o processo será rápido.

“...elas agora já estão informadas de que a indução leva muito tempo, mas elas têm sempre a ideia de que isto é tudo muito rápido” (Ent. 8 enf).

Um dos aspectos que é salientado nas aulas de preparação para o nascimento relaciona-se com o facto de alertar para a possibilidade do trabalho de parto se poder prolongar no tempo. Este aviso prévio pode promover a diminuição da ansiedade quando estiver na condição de parturiente.

“Nós tínhamos falado já vagamente nas aulas de preparação para o parto, sobre a indução, o que é que isso significava que era muitas vezes longo” (Ent. 9 np).

Há um desejo de concretização rápida e a consciência de que ao trabalho de parto prolongado pode estar subjacente algum grau de ineficácia orgânica que leve ao surgimento de complicações.

5.1.3. Factores contextuais

A categoria “Factores Contextuais”, ao emergir dos dados como um conceito, refere as circunstâncias subjacentes à experiência de gravidez e que constam dos pensamentos sobre o parto. A experiência, a família, a preparação para o nascimento, a relação com o médico e as variáveis obstétricas sendo que estas variáveis podem determinar eventuais riscos, que levem à necessidade de cesariana.

O contexto influencia a forma como a mulher pensa e perspectiva o parto. Acompanha um conjunto de fatores que influenciam a forma como vive a gravidez e pensa sobre o parto e que podem ser de natureza pessoal, familiar, social ou obstétrica. Todos têm uma importância de destaque na medida em que contribuem para a edificação das expectativas. A importância atribuída a estes fatores consiste essencialmente por transmitirem informações, opiniões, vivências e conhecimentos que poderão ter relevância nas expectativas para o parto. De referir que os dados que deram origem a esta categoria, resultam da análise das entrevistas efetuadas sobretudo às mulheres. Foram identificados como principais factores contextuais: a) o processo de preparação para o nascimento; b) a história de partos na família; c) as variáveis obstétricas; d) a relação com o médico obstetra; e) a experiência pessoal ou de outras mulheres. Globalmente, estes fatores ajudam a explicar o contexto em que se vive a gravidez, permitindo identificar um conjunto de circunstâncias que levam à compreensão da forma como é pensado e desejado o parto.

Consideraram-se então, cinco subcategorias relativamente à categoria “Factores contextuais” e que concorrem para a criação das expectativas pela influência que têm na mulher ainda na gravidez. A identificação destes fatores confirma a complexidade do modo como se pensa o parto, que além dos aspectos orgânicos envolve a dimensão psíquica, familiar, social e cultural de cada mulher. Esta individualização acarreta alguma subjectividade na forma como é feita a representação do parto que sofre influência daquilo que vê, ouve, pensa ou sente. A figura 12 representa a árvore da categoria “Factores contextuais”.

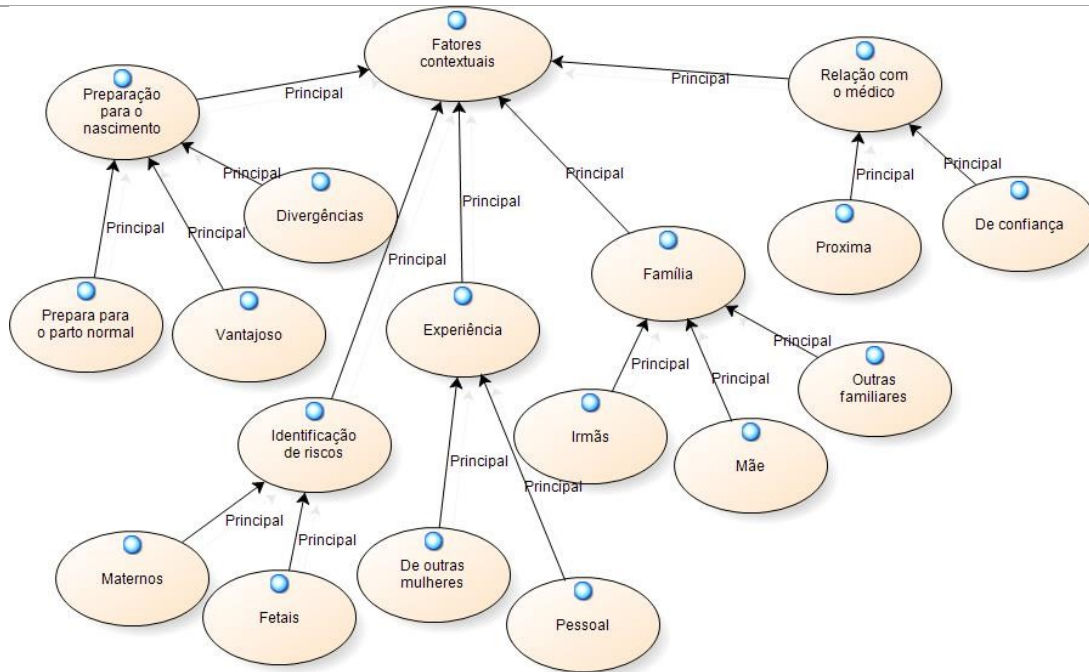


Figura 12 Árvore da categoria “Fatores contextuais”.

A) “Preparação para o nascimento”

A frequência das aulas de preparação para o nascimento, embora seja limitada no tempo, é considerada por algumas mulheres como uma mais-valia na medida em que lhes fornece informação, e alivia as preocupações acerca do parto e nascimento, assegura competências para lidar com o trabalho de parto. Permitem também à futura mãe a possibilidade de entender aspectos relacionados com as possíveis intervenções que podem ser feitas para desencadear o nascimento, o que permite alertá-las e encorajá-las para a colaboração no processo de nascimento.

A abordagem aos aspectos vantajosos do parto normal pode ter impacto positivo na mulher na medida em que a ajuda a criar expectativas positivas para o parto. Foi referido como vantajosos os benefícios para o organismo feminino quando o parto é natural.

“...mesmo na preparação para o parto ia sendo dito que tinha essas vantagens”
(Ent. 3 p).

Algumas mulheres reconhecem que foi vantajoso ter frequentado estas aulas na medida em que ajudou a lidar com as dificuldades do trabalho de parto.

“Depois também andei nas aulas de preparação, que também ajuda bastante” (Ent 5 np).

A preparação para o nascimento constitui-se assim como uma fonte de educação pré-natal onde são privilegiados aspetos relacionados com a gravidez e com o parto e que podem diminuir a ansiedade da grávida/casal perspectivando o parto com satisfação baseada em expectativas positivas.

Das entrevistas às enfermeiras, percebeu-se que há nestas aulas a promoção do parto normal, respeitando sempre a vontade da grávida.

“...motivava, mas a decisão é da grávida, mas motivava-as a não deixar, sei lá, a deixar que tudo corresse normalmente porque não há nada a forçar, se a mulher não entra em trabalho de parto normal...” (Ent10 enf)

Nós trabalhamos com a mulher no sentido de promover o parto normal (Ent. 9 enf).

“Eu fiz a preparação para o parto, aqueles exercícios a ginástica as respirações, e pronto tudo apontava para... Apontava poucos dias antes do bebé nascer que poderia ser um parto normal” (Ent 12 p).

Pode acontecer no entanto que nem todas as enfermeiras tenham a mesma conduta, sendo identificada por uma delas a necessidade de uniformização nesse sentido.

“...para lhes fazer ver os riscos que correm, ..., tudo para dizer que o parto é fisiológico...” (Ent.10 enf)

A frequência destas aulas pode levar a mulher a lidar com opiniões divergentes e sentirem alguma ambivalência. Por um lado ouve os pareceres das enfermeiras e por outro, os pareceres dos médicos. As avaliações feitas às grávidas por médicos podem divergir das que são feitas pelas enfermeiras levando a mulher a conviver com o contraditório. Enquanto o médico apresenta à mulher a hipótese de fazer cesariana, a enfermeira na preparação para o nascimento pode elucidá-la também para outras possibilidades.

“...a enfermeira com quem eu estava a fazer preparação também disse que se por acaso se começasse a desencadear o parto, se rebentasse a bolsa e começasse a ter dilatação, para não ficar com pena...”(Ent. 3 p).

O desejo pode ser condicionado ao abranger dois ângulos distintos, o que deseja para si própria, e o que ouve dos profissionais podendo sentir-se ambivalente em relação ao tipo de parto.

B) “ Família”

O ambiente e a convivência familiar influenciam as experiências de vida e são um modelo que se deseja seguir. Quando inseridos numa família, os elementos que a compõem podem expressar comportamentos e atitudes que podem perdurar nas gerações seguintes. Nas respostas obtidas percebeu-se que há um desejo em ter um parto por via baixa e assim seguir o exemplo da mãe e das irmãs, preservando a tradição na forma de ter os filhos. A família ainda é um ponto de referência e expressa valores sobre a gravidez e também sobre o tipo de parto, reconhecendo as diferenças que há na experiência de parto.

“A minha mãe teve cinco filhos tudo de parto normal e tenho uma irmã mais nova do que eu, também teve três mas tudo parto normal” (Ent. 8 p).

Parece estar implícito neste trecho que o parto normal permite à mulher ter um maior número de filhos e por isso não compromete a capacidade reprodutora. Tanto a mãe como a irmã foram capazes de ter os seus filhos de forma natural com experiências positivas de nascimento. Afigura-se uma vontade de repetir um comportamento que é esperado para as mulheres no parto, seguindo os exemplos das mulheres da família onde estão inseridas. Podem mesmo reconhecer-se como a exceção que quebrou a tradição familiar de parto normal.

“...na minha família acho que ninguém fez, é tudo de partos normais, acho que sou a primeira” (Ent. 13 np) .

Estas expressões reforçam a ideia de que o parto e o nascimento estão ainda muito associados à tradição familiar, sendo que as mulheres aprendem os procedimentos sobre o parto junto dos profissionais mas é também junto das mulheres pertencentes à família principalmente da mãe e das irmãs, onde encontram os modelos que pretendem seguir.

“Na minha família acho que ninguém fez cesariana, acho que fui eu agora” (Ent. 11 np)

Projetam o tipo de parto de acordo com a experiência de outras mulheres da família.

C) “Identificação de risco”

As condicionantes consideradas pela avaliação obstétrica, revelam ser determinantes para decidir a via do parto ainda durante a gravidez sendo variável o tempo em que o obstetra toma a decisão. Pode coexistir uma patologia prévia à gravidez ou induzida por ela, o que faz o médico ponderar os riscos para parto vaginal ou entender não ser conveniente arrastar a gravidez no tempo, programando cesariana. Os quadros hipertensivos na gravidez revelaram-se como uma das causas de cesariana programada, prevenindo complicações e consequências adversas materno fetais.

“Tinha hipertensão arterial... isso da cesariana começou a ser uma hipótese se calhar para o final” (Ent.4 p).

Outra das causas que foi referenciada para cesariana programada foi os antecedentes de cesariana anterior e o tamanho de feto, podendo estar associada mais do que uma causa quando se decide por cesariana programada.

“... tinha pouco liquido, ele não começou a crescer como devia e então como também já tinha uma cesariana anterior a Dr^a achou, se calhar por bem , fazer-se a cesariana e não estar mais tempo á espera” (Ent. 1 p).

Os erros da posição fetal identificados no último trimestre, podem levar a uma previsão de cesariana. A apresentação pélvica foi a mais referida levando a que se programe um parto por cesariana.

“A partir mais ou menos das 34 semanas foi quando se começou a apontar para cesariana, porque a bebé continuava sentada, continuava pélvica” (Ent. 3 p).

No estado de saúde da mulher são consideradas algumas doenças que podem levar a que os seus partos ocorram apenas por esta via.

“Porque a minha placenta sofria trombose, tenho trombofilia e para não arriscar...” (Ent. 6 p).

As avaliações efetuadas pelos médicos pretendem equacionar riscos potenciais para a saúde e bem-estar da mulher e/ou do feto antes que se desencadeie o trabalho de parto influenciando as expectativas.

D) “Relação com médico”

Durante a vigilância da gravidez, o desempenho do médico cria na grávida uma relação muito estreita coexistindo um compromisso assumido pelo médico em oferecer os melhores cuidados. Verificou-se que nos casos de cesariana programada, a presença do seu médico lhes dá a garantia de que a cesariana será efectuada por ele e não por outro no qual não confia.

“... quando a senhora meteu baixa duas semanas fiquei assim preocupada, mas graças a Deus, resolveu-se porque é assim, nos outros médicos não tenho confiança ...” (Ent8p)

A relação estreita que a grávida estabelece com o médico que vigia a gravidez, e o desejo da sua presença no momento do parto destaca-se assim como sendo uma presença que dá segurança e retira preocupações. Por vezes a confiança estabelecida permite à mulher ter à vontade para pedir determinados procedimentos relativos ao parto no sentido de ver concretizados os seus desejos, mas também pode não o fazer deliberadamente.

“Nem falei com o médico a pedir-lhe para me fazer isto ou aquilo” (Ent. 10 np)

Em alguns casos, é o médico assistente que procura estar presente assumindo a sua responsabilidade por aquele parto independentemente da via pela qual ocorra, constatando-se mais marcadamente essa evidência nas gravidezes vigiadas nas clínicas privadas. Este aspeto é referido explicitamente pelas enfermeiras:

“...elas querem que nasça com o médico que as acompanha na clinica, no privado...” (Ent. 7 enf).

Para a programação do parto por cesariana, pode haver um compromisso entre o obstetra e a grávida no sentido de promover um nascimento por cesariana cujos motivos estão ainda obscurecidos.

“As programadas, têm muito a ver com a relação que se estabelece entre médico e grávida durante a vigilância” (Ent. 5 enf).

Parece estar aqui evidente a diferença entre o atendimento em serviços públicos e em serviços privados, sendo que nos serviços privados a relação que se estabelece com o obstetra é mais próxima, havendo maior possibilidade de programação de cesarianas

E) “Experiência”

Evidencia-se a experiência pessoal positiva e a vontade da repetição de uma situação prazerosa num acontecimento marcante na vida das mulheres. A reflexão sobre uma experiência positiva já vivida vai interferir na forma como elabora as suas expectativas para o parto.

“...para mim eu queria que fosse um parto normal, sem ser cesariana, porque a outra filha ... experiência foi boa, portanto eu queria muito que esta fosse também parto normal” (Ent. 2.np).

Se o parto anterior ocorreu por cesariana, isso pode condicionar a expectativa de parto em futuras gestações centrado-se na ideia de que terá que fazer sempre cesariana, ou manter-se na incerteza até ao nascimento. Isto pode acontecer principalmente quando a causa da cesariana se relaciona a motivos fetais e não ao funcionamento do seu organismo levando a mulher a pensar que é capaz de ter um parto normal e que a experiência anterior de parto cirúrgico pode não se repetir.

“Eu já tenho um 2º filho, a primeira experiência também foi cesariana porque ela estava pélvica e teve mesmo que ser cesariana, este segundo pensei então ser um parto normal...” (Ent. 1 p)

Dos extratos anteriores volta a perceber-se que há um desejo em passar pela experiência de parto normal, mesmo que já tenha ocorrido cesariana, levando a entender que nem sempre a mulher deseja intervenção no seu parto.

Durante a gravidez, as mulheres, entre si procuram partilhar experiências e dúvidas, como forma de se prepararem para o desconhecido e para o imprevisto.

Comparar pode ser visto aqui como uma forma de satisfazer curiosidades e gerir ansiedades. À semelhança da influência sentida pelo tipo de experiência nos membros da família direta, também a opinião obtida mais a nível social acerca dos aspetos envolvidos no parto identifica significados contextuais que influenciam as expectativas para o parto.

“...mas pode-se falar com muitas mulheres , algumas experiencias de outras mulheres, obviamente!”(Ent. 7 np).

“É normal nós compararmos e falarmos...”(Ent. 10 np).

À medida que vão ouvindo os relatos de experiências fazem comparações sendo um modo de antever a sua experiência.

“Os últimos casos que eu conhecia ...passavam pela dilatação toda e depois cesariana ..., até que eu dizia bem vai-me acontecer o mesmo...” (Ent. 10 np).

A previsão que faz tem sobretudo relação com o facto da mulher se prender a experiências anteriores pessoais ou de outras mulheres. No caso das cesarianas programadas em que já há uma experiência prévia de cesariana, as mulheres já têm uma ideia antecipada do que vai acontecer consigo, com o bebé e com os profissionais, podendo contribuir para a perecção que têm do parto.

“...já esperava por aquilo que ia passar” (Ent. 1 p).

5.1.4. “Procura de satisfação”

A categoria “Procura de satisfação” emergiu dos dados como um conceito que pretende dar o entendimento das reações de algumas mulheres fazendo com que se prendam fortemente ao que realmente acreditam ajudando a lidar antecipadamente com o parto. Percebeu-se nos dados que para a construção das expectativas contribui o desejo de uma experiência satisfatória. A categoria “Procura de satisfação”, encerra três subcategorias que variam de acordo com as circunstâncias. A primeira, “Motivação”, constitui-se como uma ajuda para perspetivar o parto e serve de força impulsionadora, a segunda, “Desejos ocultos”, refere-se aos desejos mais profundos que escondem estratégias para se sentirem seguras e que emergem em situações críticas, a terceira “Flexibilidade das expectativas”, relaciona-se com a

capacidade de maleabilidade dos seus desejos para o parto, evitando *stress*. Esta capacidade permite viver a gravidez e o parto de forma mais tranquila e confiante. O reconhecimento das limitações para a concretização do que esperou devido ao aparecimento de situações imprevisíveis ajuda a adaptar-se à mudança. A figura 13 representa a cateterização da categoria “Procura de satisfação”

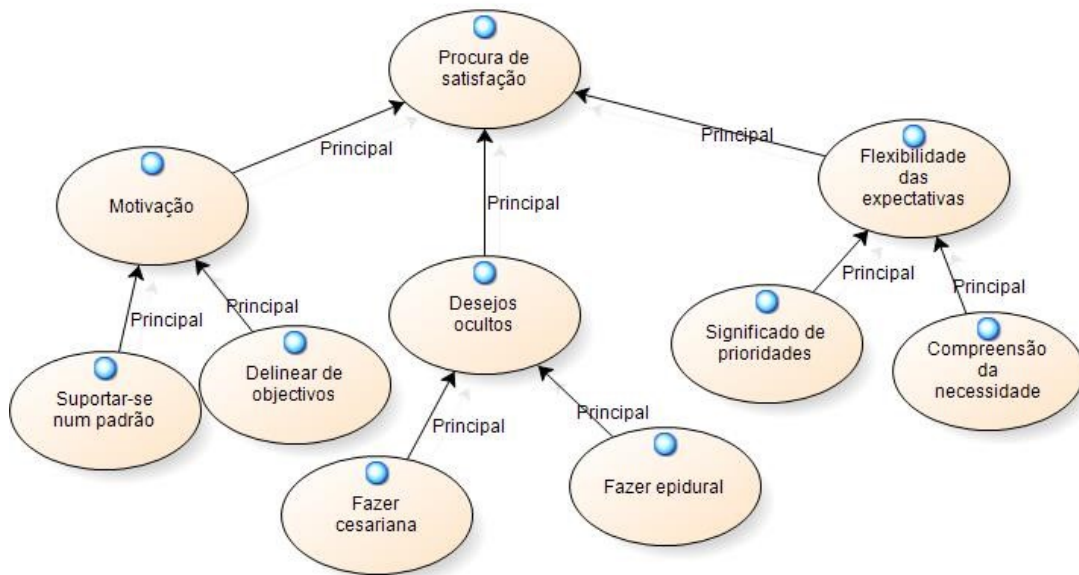


Figura 13 Árvore da categoria “Procura de satisfação”

A) “Motivação”

A motivação traduz o desejo de bem-estar na gravidez e no parto e tem um sentido simbólico de vinculação ao tipo de parto, a partir de objetivos que estabelece. Ajuda a mulher a encontrar um foco particular de atenção para uma experiência marcante. Ao motivar-se, a mulher pretende centrar a atenção na probabilidade do parto acontecer segundo a forma, como o percebe e deseja. No entanto, sabe que podem surgir várias possibilidades, parto vaginal, cesariana e indução do parto. Perante este leque de possibilidades, a vinculação a um tipo de parto pode interferir na forma como o pensa ao longo da gravidez.

Pensar no parto tal como está preconizado para si, motiva-a diminuindo o grau de ansiedade durante a gravidez. Este tipo de pensamento funciona como um incentivo que ajuda a regular a vivência de gravidez projetando o parto como um

evento associado a fragilidades, incertezas mas também de felicidade. O facto de se prenderem a desejos individuais para o parto, tem efeito impulsor na forma como reagem evitando que tenham uma atitude passiva face ao acontecimento. Ao estar motivada, a grávida age para seu próprio interesse, auto realização, e satisfação dos objetivos pessoais.

“Eu depois meti na minha cabeça e fui-me preparando para o parto normal, toda a gente diz que é melhor...”(Ent. 13 np)

“Bem, durante esta gravidez, eu sempre pensei que ia ser um parto normal...” (Ent 2 np).

“Ora bem, durante a gravidez.... Bem eu pensei sempre que era um parto normal” (Ent 12 p).

A motivação sentida ao longo da gravidez permite preparar-se para um determinado tipo de parto e ajuda a criar estabilidade emocional.. Contribui para isso o ambiente social que revelou ser uma força motivadora na medida em que é um veículo de influências vindas do grupo de mulheres com quem se relacionam de forma próxima, e também a opinião do médico. Por outro lado, atendendo aos antecedentes pessoais, o médico pode alertar para a necessidade de ter que fazer sempre cesariana.

“... então a senhora decidiu logo na altura, a senhora disse-me logo se eu fosse ...se tivesse mais filhos e se fosse paciente dela,... seria muito difícil ter parto natural” (Ent 8 p).

“O médico disse-me que era cesariana logo desde o princípio porque eu tenho que fazer um tratamento, uma injeção a heparina, todos os dias...” (Ent 6 p).

A notícia antecipada de que o atual parto terá que ocorrer por cesariana porque já teve cesariana anterior, prepara e motiva considerando os riscos que corre. Considera as suas limitações físicas para o parto normal ainda que seja essa a sua preferência. A informação médica de que algum aspeto no seu organismo não permite o parto por via baixa, funciona como um estímulo recebido que é simbólico e leva a considerar o parto cirúrgico seguro.

“... mesmo eu própria não tenho estrutura óssea para ter filhos de parto normal...”(Ent. 8 p).

As palavras do médico levam a este reconhecimento e fazem acreditar que o seu corpo não permite um nascimento por via baixa. Passa a ter essa crença para seu próprio benefício e do bebé.

“...ela até disse assim você não tem estrutura óssea para parir sozinha, até nos rimos na altura.”(Ent. 8 p).

As enfermeiras defendem que quando uma cesariana é programada, a mulher encara a situação de forma tranquila, preparando-se antecipadamente e acreditando nas razões médicas para a cesariana. Esta preparação, permite um nível mais elevado de motivação, o que possibilita superar mais facilmente medos e inseguranças, centrando-se quase sempre apenas na possibilidade de ter um parto por cesariana.

“Quando está programada ela parece que já está preparada para aquilo” (Ent. 4 enf).

Se a experiência anterior de cesariana foi positiva, se trouxe satisfação e bem-estar, apesar dos riscos, reconhece a inevitabilidade de passar por outra intervenção cirúrgica. Desejar ter o filho em segurança, faz com que procure determinação para superar receios e correr riscos acreditando que o risco é permanente e está presente em todas as circunstâncias da vida. Procura fazer comparações que são uma forma de encontrar segurança e ultrapassar receios.

“Eu acho que é assim, há sempre um receio, a pessoa tem sempre receio, mas é assim, a gente se cair e partir uma perna também tem receio de ser operada...”(Ent. 8 p).

A motivação funciona como um estímulo que cria interesse para o parto tal como o idealiza e pelo significado que lhe atribui. Pensar no parto como um acontecimento desejado e privilegiado foi também uma forma de motivação encontrada.

“...também porque acho que é uma experiência que só a mulher é que passa por essa situação e sem a gente vivenciar tudo a que nós temos direito enquanto cá estamos, pronto, não fazia sentido ir para uma cesariana (Ent. 14 np).

Começa a despertar o interesse na mulher por outras alternativas do parto, seja parto no domicílio ou parto na água como formas naturais e seguras, com menos intervenção capazes de responder aos desejos das mulheres/casais. Este aspeto foi referido por uma das puérperas que embora sentisse motivação para esse tipo de parto, a distância geográfica dos hospitais que oferecem esses serviços e a inexistência de apoio familiar nessa zona do país foram as condicionantes para a não concretização desta experiência de parto.

“..., os obstáculos foram sobretudo devido à distância que o hospital de Setúbal está daqui, dificuldades em organizar a minha vida é que me levaram a desistir”
(Ent. 12 p).

A motivação pelo parto normal pode resultar de um desejo em passar por essa experiência, sentir que a preenche mais enquanto mulher numa experiência de reprodução humana, e por isso trazer mais satisfação. A par do desejo há também curiosidade em passar pela experiência, um desafio que gostariam de enfrentar.

“Para passar pela experiência...” (Ent.1 p).

“Eu gostava, primeiro, para ter essa experiência que ainda não tinha tido, porque a outra cesariana também foi programada...” (Ent 12 p).

Por constatarmos que havia maior motivação para o parto normal, nas entrevistas seguintes introduzimos a questão, “que é para si ter um parto normal?” Percebemos que em relação aos entendimentos sobre este tipo de parto, há dificuldade em explicitarem como o entendem mas no essencial sobressai o reconhecimento da sua característica espontânea, tornando atraente a ausência de intervenção.

“... do pouco que me informei,... a minha conceção de parto natural é o menos intrusivo, por terceiros mais da responsabilidade da mãe ...é a pessoa responsável e terceiros são os que intervêm menos ” (Ent. 9 np).

De referir que esta participante tem formação superior e frequentou aulas de preparação para o parto, podendo justificar-se assim um conteúdo mais elaborado na sua resposta. Sobressai também a importância dada à facilidade e ao fator natureza, atribuída ao parto normal notando-se uma certa dificuldade em explicar de forma mais clara.

“Porque é tudo ...é mais fácil é ...é mais fácil o nascimento em si. Eu não sei explicar é tudo muito natural...”(Ent. 6 p).

Parece predominar a ideia de que o natural, e espontâneo são aspectos que levam a que seja o método mais desejado para o nascimento.

“Não, acho que é natural só por isso!” (Ent. 4 p)

As convicções representam aquilo em que se acredita, e se a crença for de que não há impedimentos para um parto normal sente que é capaz voltar a ter uma experiência positiva.

“... então como correu tudo bem eu queria que esta fosse também um parto normal,...e pronto criei essa expectativa.” (Ent. 2 np).

Percebe-se dos dados que a mulher durante a gravidez tende a usar proteções que são sobretudo símbolos na medida em que traduzem desejos para uma experiência significativa, influenciando também a forma como se criam expectativas para o parto. Surgem assim estas seguranças internas que representam estímulos que motivam e procuram levar à satisfação com o parto.

B) “Desejos ocultos”

As mulheres autocovencem-se de que podem passar por riscos e desconfortos, fruto não só do que pensam mas também de comentários que ouvem mas que não os verbalizam guardando para si. Há ideias que estão latentes na

mente durante a gravidez e que podem não se manifestar no imediato, mas que podem emergir ao longo da gravidez ou do trabalho de parto. Os comportamentos resultantes respondem aos vários estímulos externos e podem ser desorganizadores gerando ansiedade e assim influenciar a experiência de gravidez e de parto.

“Para já meti na cabeça que a menina havia de nascer antes, meti na cabeça, ninguém me disse, tal coisa era o habitual, vem duas semanas antes, com a barriga que tu tens vem antes! Entretanto, começa a ansiedade ...”(Ent. 10 np)

Este autoconvencimento, surgiu de um pré julgamento advindo de opiniões e de palavras pronunciadas por terceiros e que pode levar a um desejo mais ou menos consciente de que o nascimento ocorrerá antes da data prevista. Embora não passe de uma fantasia, persegue o quotidiano desta grávida, ansiando ter o parto antecipadamente valorizando o aumento do volume abdominal. O que é dito à grávida acerca da sua gravidez é elaborado por ela e dependendo do significado que atribui a essas palavras, pode trazer alguma inquietude e ser geradora de ansiedade.

Por outro lado, a mulher ao ter conhecimento das várias práticas e possibilidades para o nascimento e em algum momento considerar fazer cesariana ou fazer epidural, para evitar sofrimento no bebé ou ter dor. Surge por vezes esta vontade de forma não assumida perante uma situação que causa angústia ou preocupação. A insegurança e as incertezas que envolvem o parto, levam a que a ela própria deseje de forma inconsciente a via cirúrgica do parto, vendo nela uma forma de evitar sofrimento e espera. No entendimento das enfermeiras, durante as consultas de vigilância da gravidez a sugestão feita pelo obstetra de que há uma possibilidade remota de fazer cesariana, faz com que no imediato só perspectivem o seu parto por esta via.

“ Quando nós passamos para a aula prática, elas dizem logo, eu não sei se o meu bebé vai nascer por via baixa porque é muito grande e a médica já me disse que provavelmente vai ser uma cesariana” (Ent. 5 enf).

Subentende de palavras do médico que alguma coisa pode estar fora do que é habitual e a partir desse momento desperta a atenção para a probabilidade de fazer cesariana. A mulher pode ter como ponto de referência as palavras do obstetra

sobre a necessidade de fazer cesariana e criar a partir daí uma expectativa cujos resultados se centrem nesta intervenção cirúrgica. Embora não seja este tipo de parto o seu desejo inicial, ter o filho em segurança, e pensar não só no seu bem-estar mas também no bebé são fatores prioritários. Prende-se à ideia que o parto só pode ocorrer por via alta, e ainda que o obstetra fale em termos de hipótese a ideia de que fará cesariana sobrepõe-se a tudo.

A enfermeira tenta compreender as causas deste comportamento, na medida em que constata que a grávida a partir desta informação passa a perspectivar o seu parto apenas por via cirúrgica. O fenómeno ocorre não só na vigilância da gravidez mas também durante o trabalho de parto, em que a mulher tende a interiorizar esse aspeto, parecendo ver na cesariana uma forma de tornar o nascimento mais rápido e evitar o sofrimento, sem que haja complicações.

“O que posso acrescentar é que se há uma mulher que tem trabalho de parto, e que comecem muito cedo, às vezes os médicos de serviço começam a falar que provavelmente irá para cesariana, (...) começam a estar mais concentradas e mais preocupadas é com o facto de quando é que é a cesariana” (Ent. 2 enf).

Podem estar associados na sua mente, de forma latente, medos e uma crença não assumida de que a cesariana será o meio de ter um parto sem sofrimento e riscos. O que ainda não tinha expressado verbalmente, torna-se evidente através do seu comportamento quando confrontada com a realidade.

Também a possibilidade de ser submetida a analgesia epidural no trabalho de parto para alívio da dor foi identificada como uma garantia assegurar o conforto. Quando experiencia o trabalho de parto, ainda que tivesse pensado suportar a dor, quando atinge o seu limite de tolerância, deseja ser aliviada porque sabe que existem meios para o fazer.

“...eu cheguei aos 6 dedos de dilatação e disse, mas eu não posso mesmo levar epidural ?” (Ent. 7 np).

As enfermeiras fazem salientar este desejo de se submeter a analgesia epidural é manifestado mesmo numa fase muito adiantada do trabalho de parto em que tal procedimento já não se justifique. Essa não concretização pode ter impacto

na experiência do parto, sentir que nada foi feito para aliviar a dor ou que não cumpriu um ritual moderno no parto.

“...a maior parte das senhoras que vêm com a ideia de ... se por acaso não fizer epidural às vezes mesmo que esteja já em período expulsivo (...) continuam, eu queria fazer epidural e porquê que não faço epidural?”(Ent. 7 enf) .

Se for criada interiormente uma ideia em relação à cesariana ou à epidural, mesmo que não tenha havido ainda uma experiência prévia, se a mulher acredita nela de forma convicta a ação de um estímulo externo provocado pelo trabalho de parto pode dar lugar a um comportamento inquietante. Este aspeto faz salientar a riqueza de um significado que esteve submerso até ao momento em que viveu a experiência de trabalho de parto e que funcionou como um estímulo que desencadeou esse comportamento. As convicções interiorizadas, sob a forma de símbolos que estão na mente da mulher, traduzem um forte significado simbólico podendo ser exteriorizados em situações extremas. Ao surgir um estímulo, cria-se a necessidade de concretização de desejos que estavam escondidos. Este comportamento representa uma fixação a desejos que estão ocultos mas que revelam necessidades e expectativas da mulher.

C) “ Flexibilidade das expectativas”

Esta subcategoria considera aspetos que ajudam a compreender a presença de mobilidade das expectativas fruto dos desenvolvimentos ocorridos durante a gravidez ou trabalho de parto e que comprometem a sua concretização. Na gravidez e no trabalho de parto, as expectativas sofrem transformações constantes. A flexibilidade entendida como a capacidade de adaptação ajuda a enfrentar desafios mais fortes pelo que a vantagem das expectativas serem flexíveis é sobretudo o facto de não causarem danos e evitar uma percepção negativa do parto. Ter capacidade de modificar as convicções e as crenças no decorrer dos acontecimentos, pode ser vantajoso na medida em que diminui a probabilidade de surgirem sentimentos de incapacidade e de frustração face ao que pretende para o bom desenvolvimento da experiência de parto. Antes de passar pela experiência de parto a mulher, pode ter crenças e convicções que se mantêm inalteráveis e que dão

forma ao seu conceito pessoal de parto. No entanto, noutras situações, em qualquer fase da gravidez ou do trabalho de parto, podem surgir alterações como, não entrar em trabalho de parto espontâneo ou serem identificadas alterações obstétricas que determinem a cesariana. Desta forma, as expectativas iniciais são modificadas. Ao confrontar-se com uma nova realidade fazem um exercício de reflexão passando a sentir que há situações que se vão modificar. Atendendo às intercorrências da gravidez, pode haver uma aceitação das circunstâncias e a mulher mudar a forma de pensar, de acreditar e de desejar adaptando-se.

“Este segundo pensei então ser um parto normal, mas depois entretanto ocorreram umas...”(Ent. 1p).

Pode no entanto ocorrer dificuldade em se adaptar às mudanças. A partir dos dados das enfermeiras percebeu-se que no entender destas profissionais, as mulheres absorvem ideias que interiorizam de forma mais ou menos consciente levando-as a raciocinar num único sentido. Há um apropriar de ideias que podem levar a convicções profundas sobre determinadas práticas obstétricas e que sejam difíceis de flexibilizar uma vez que estas crenças trazem consigo um sentimento de certeza na concretização.

“No fundo é aquilo que elas meteram na cabeça...” (Ent. 7enf).

“Incutir a cesariana durante a vigilância da gravidez, vai trabalhar aquela mulher no sentido de ter que fazer uma cesariana” (Ent. 5 enf)

Identificou-se contudo, facilidade por parte da mulher em modificar as expectativas às quais se ligou e a sua capacidade de reflexão e consideração pelas questões do parto. As questões da segurança no parto tanto para a mãe como para o bebé são referidas como aspectos essenciais a considerar.

“...havia risco de macrossomia fetal” (Ent. 4 p).

A abertura para aceitação da mudança de expectativas em trelação ao tipo de parto foi reconhecida como benéfica.

“ainda bem que fui um bocadinho com essa mente aberta porque,

a experiência de ontem... começou por ser um parto induzido e acabou numa cesariana ...” (Ent. 9 np)

Para as enfermeiras, se a mulher se convenceu que terá um parto normal e faz cesariana por não haver outra hipótese, pode desencadear sentimentos de culpabilização e tristeza rendendo-se porém às evidências que apontavam risco para a sua saúde e do seu filho. Ao acreditar que podia ter um parto normal, pode referir sentimentos de culpabilização e de tristeza.

“...fica a pensar um bocadinho que poderia ter sido de outra maneira, sim e porquê que foi uma cesariana , algumas até ficam culpabilizadas(...) Não é a mesma coisa ficam um bocadinho mais tristes” (Ent. 4 enf).

“Mas temos senhoras que quando fazem cesariana até ficam muito tristes, mas depois o que prevalece é sempre a outra parte, o que for melhor para o bebé. É sempre assim” (Ent. 8 enf).

Parece no entanto, haver capacidade de se adaptar à mudança e aceitar as intercorrências que levaram a decidir cesariana. Embora tenha criado a expectativas para parto normal, após os esclarecimentos do médico, é feita uma reflexão que leva à aceitação. Este comportamento permite encontrar um ponto de equilíbrio. Percebe-se assim que a flexibilidade das expectativas ajuda a tornar a experiência de parto menos exigente, desgastante e satisfatória.

“... antes preferia mas por mim, por mim era o que fosse”(Ent. 5 np)

Salienta-se também o facto de a exaustão sentida pelo trabalho de parto poder levar a que a mudança no tipo de parto seja bem aceite.

“Então, a expectativa que eu tinha primeiro de que fosse um parto normal, não queria que fosse cesariana, ontem quando me disseram que era cesariana, eu fiquei aliviada porque eu só queria ver a bebé cá fora” (Ent. 2 np)

Quando há o desejo por um parto normal, mas o sofrimento que causa supera o desejo, a flexibilidade facilita uma capacidade imediata de se adaptar a uma contrariedade, porque deseja um fim e conseguir ter o bebê.

“Nessa altura eu queria mesmo que fosse cesariana porque eu já estava farta entre aspas de nada acontecer...” (Ent. 2 np).

Nesta fase não há lugar para contestar a decisão e no momento há uma flexibilidade total. Embora as expectativas fossem para parto normal, há uma capacidade em reavaliar as situações, e o sofrimento sentido facilita a sua flexibilização. Também pode haver aceitação para um parto vaginal, se já houve antecedentes de cesariana, não levando a mulher a pensar que uma vez cesariana sempre cesariana.

“Mas às vezes também temos casos, ainda esta semana tivemos uma senhora que tinha uma cesariana anterior e acabou por ser um parto eutócico em que lhe foi dito que iam fazer uma prova de trabalho de parto para ver o que é que dava, e ela disse que sim senhora e aceitou e teve um parto eutócico” (Ent. 8 enf)

A mentalização que é feita ainda durante a gravidez ajuda a superar inseguranças, relativas aos imprevistos no parto. Com a ideia de que vários cenários podem ser possíveis, a mulher torna-se mais capaz de promover um estado emocional equilibrado.

“Eu já estava mentalizada para o parto normal, aliás eu estava preparada para as duas porque dependendo de como é que ia correr a minha dilatação e isso tudo, assim seria o desfecho...” (Ent. 13 np).

Pode haver uma mentalização prévia de que há hipóteses de o parto ocorrer por via baixa ou via alta, o que vai favorecer a redução da ansiedade, e o estabelecimento da confiança. As ideias sobre o parto criadas antecipadamente podem ajudar na aceitação de imprevistos e a adquirir habilidades físicas e psicológicas para encarar o parto por via cirúrgica

A caracterização da “Edificação e Relevância das Expectativas para o Parto”, a partir dos dados provenientes das duas fontes, isto é das mulheres e das

enfermeiras deram origem a categorizações que indiciam a existência de um conjunto de intenções às quais estão subjacentes conteúdos de natureza psíquica, sociocultural e circunstancial. Este constructo permitiu compreender a forma como são construídas as expectativas para o parto e qual a sua importância. Foram identificados elementos que assentam em aspetos emocionais e contextuais que concorrem entre si para a edificação e relevância das expectativas para o parto. A identificação dos desejos mais relevantes, a influência do contexto em que vivem, a adoção de uma postura pragmática face ao parto e a procura de satisfação, constituíram aspetos que influenciaram a construção das expectativas para o parto. Dados semelhantes foram encontrados também em estudos menos atuais como o de Green, Coupland, & Kitzinger (1988), tendo concluído que as mulheres elaboram expectativas para o parto, quer a partir de experiências anteriores, quer de várias fontes de informação como a televisão, conversas com outras mulheres e de seu *background* cultural. As expectativas identificadas permitem compreender a perceção que estas mulheres têm sobre o parto e da satisfação que pretendem sentir com a experiência.

A antecipação do parto envolve planeamento e preocupação da mulher relativamente ao seu bem-estar e ao do bebé. As expectativas que constrói perspetivam o parto, uma vez que a mulher pensa nele como um evento temido, desejado e inevitável. Estas expectativas têm um manifesto interesse na medida em que influenciam a motivação e condicionam o comportamento e a perceção desta experiência com relevância no funcionamento psicológico, num acontecimento relevante da sua vida. A par das preocupações e da ansiedade está também a satisfação do desejo de ter um filho, constituindo uma expectativa agradável. É um período de adaptações em que relembra relacionamentos anteriores que lhe dão a possibilidade de resolver conflitos de separação. Para Brazelton e Cramer (2002), com a gravidez, a mulher vê reflectida toda a sua vida anterior à concepção, as experiências com os próprios pais e a sua separação deles.

Autores como Lopes et al., (2005), referem que do ponto de vista psicológico, o parto constitui-se como um momento em que as expectativas e ansiedades que acompanham a grávida ao longo dos meses, tomam uma dimensão real, confirmadora ou não das esperanças e medos. Existem resultados do nosso estudo que corroboram com os do estudo elaborado por estes autores, tendo-se verificado

que as expectativas estavam relacionadas tanto consigo próprias como com o bebé ou com ambos. Foi igualmente apontada a confiança no médico, como expectativa positiva e como expectativas negativas, salientou-se também a apreensão com a dor.

Embora os primeiros contactos com o bebé se iniciem logo na gravidez, há uma continuidade após o nascimento, constituindo a base de desenvolvimento afetivo da díade, uma vivência mais intensa e real. O desejo de contacto imediato com o bebé foi verbalizado pela maioria das participantes. Esta aproximação precoce beneficia o desenvolvimento do apego. Quando o parto ocorre por cesariana, o contacto pele-a-pele, pode não se dar, devendo ser incentivado logo que possível (Abade, Machado, Portela & Carvalho, 2010). Verificamos que há um forte desejo de contacto imediato com o bebé logo após o nascimento. Este desejo é sentido por todas as mães, no entanto, há autores que consideram ser mais evidente nas primíparas. Uma mulher que dá à luz pela primeira vez o seu encontro com o bebé é uma experiência que lembrará por muitos anos Simkin (1992). A literatura vai apresentando explicação para tal, desejo. De acordo com Lopes et al., (2005), o parto constitui o momento em que a mãe se depara com um resultado seu, permitindo demonstrar a sua capacidade de gerar um ser. É um momento desejado e de grande viragem. Espera-se que no parto, a mulher já se sinta preparada para o choque da separação anatómica com o bebé e capaz de avançar para um novo relacionamento atendendo às suas expectativas e fantasias perante o bebé real Brazelton e Cramer (1992). Esse primeiro relacionamento da mãe com o bebé será o garante da proteção e dos afetos que terão um papel fundamental na sobrevivência, no desenvolvimento e na saúde mental do bebé.

A partir dos resultados do nosso estudo, percebemos que as mulheres em primeiro lugar desejam que o bebé nasça bem e que seja possível vê-lo e tocar-lhe de imediato no entanto, elas criam também expectativas centradas em si próprias e não só nos bebés, aspeto também ressaltado nos estudos de Peterson (1996) e de Lopes et al., (2005). Percebemos que para estas mulheres, o parto é considerado um acontecimento imprevisível mas seguro, confiando que será assegurado conforto durante o trabalho de parto. Também Bussel et al., (2010), referem que o parto é considerado um acontecimento seguro quer para a mãe quer para o bebé. Para o autor, nos países desenvolvidos tem havido um empenho em centrar os cuidados

nas parturientes e aumentar o conforto materno durante o trabalho de parto, assegurando o recurso a analgésicos, a permissão da presença e envolvimento dos parceiros.

As mulheres reconhecem antecipadamente a dor como inerente ao parto sendo difícil de a definir. Para Hidaka & Callister (2012), a antecipação da dor do parto é muitas vezes uma grande preocupação para mulheres grávidas. Já para Nakano, Silva, Beleza, Stefanello e Silva (2007), a mulher tem uma percepção de dor que é esperada para esse momento e está repleta de significados que se desenvolvem e partilham socialmente. Constatamos que ao parto por via vaginal podem estar associadas fantasias que causam alguns receios relativamente ao compromisso do seu bem-estar e do bebé. Para Martin, Bulmer, & Pettker (2013), um parto normal pode ser percecionado como traumatizante para a mulher que não tem ideias realistas sobre o que irá acontecer. Destacou-se neste âmbito a questão da dor do parto. No que respeita às expectativas sobre a dor do parto, no nosso estudo, percebeu-se que há uma consciência da inevitabilidade de passar pelo processo doloroso mas que tal, pode ser minorado graças à analgesia epidural. Sabemos que nos dias atuais esta é uma prática eficaz no controlo da dor com poucas complicações graves, trazendo satisfação para as parturientes e profissionais (Pugliese et al., 2013; Yoshioka, Yeo & Fetters, 2012).

Verificou-se, também, a necessidade de se sentirem seguras face ao parto. A frequência de aulas de preparação para o nascimento, foi considerada por algumas mulheres e enfermeiras um meio de preparação que transmite segurança e satisfação. Para Brazelton (1989), os grupos de preparação para o parto podem ser uma fonte importante de apoio aos casais, ao informarem sobre o desenvolvimento fetal, das alterações fisiológicas do parto, e proporcionarem apoio. Na mesma linha de pensamento, Simpson, Newman & Chirino, (2010), referem que a participação em aulas de preparação para o parto pode ajudar a informar sobre a indução do parto e influencia as decisões das mulheres sobre esta intervenção, as mulheres consideram que as aulas de preparação para o parto são uma fonte valiosa de informação. Constatamos que, embora se respeitem as condições obstétricas e os desejos das grávidas, nestas aulas, a enfermeira tende a preparar a mulher sobretudo para o parto normal. O que corrobora com os dados do estudo Hall, Stoll,

Hutton, & Brown (2012), em que se verificou que a frequência das aulas de preparação para o nascimento estava associada a taxas mais elevadas de partos vaginais entre as mulheres da amostra estudada. Um estudo que pretendeu avaliar os efeitos da preparação para o nascimento, na gravidez, no parto e nos cuidados com o recém-nascido, concluiu que a educação pré-natal reduz o número de intervenções rotineiras e desnecessárias durante estas fases. Concluiu também que levava à redução das taxas de cesariana, de partos instrumentalizados, menos recurso a analgesia, a ocitocina, a episiotomia e facilidade no estabelecimento do apego (Soto, et al., 2006).

Foi também construída a expectativa para um parto breve, sem que se alongasse no tempo. Aspeto comum e desejado que foi encontrado noutros estudos (Gibbins & Thomson, 2001; Lopes et. al. 2005).

Foi interessante perceber que as mulheres vêm no médico que vigia a gravidez o profissional de saúde em quem mais confiam e que tem um papel significativo nesta experiência. A sua presença é desejada durante o trabalho de parto como forma de assegurar a qualidade dos cuidados que recebem. Para Frello & Carraro (2010), o estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde promove sentimentos positivos, tranquilizando a parturiente. Por outro lado, podem sentir a garantia de que serão bem atendidos, o que corrobora com o estudo de Eriksson, Westman, e Hamberg (2006), onde se concluiu que tanto as mulheres como os homens tinham medos relacionados com a possibilidade de não serem tratados com respeito e não receberem cuidados médicos suficientes. Está patente nos nossos resultados que há uma preferência da mulher ainda durante a gravidez em ter presente o seu obstetra no momento do parto. Sentem-se com isso mais seguras não tendo que se sujeitar a opiniões de outros médicos e a intervenções inesperadas. Estes resultados corroboram com os de um estudo australiano que demonstrou haver vantagens no acompanhamento de apenas um obstetra, tendo os autores concluído que as mulheres que receberam cuidados de um único obstetra estavam menos predispostas a fazer cesariana de forma eletiva, tendo por isso maior probabilidade de ter um parto espontâneo, concluiu também que estas mulheres necessitavam de menos terapêutica

analgésica, têm menos perdas sanguíneas e menor tempo de internamento hospitalar (Tracy et al.,2013).

Foi notória por parte de algumas participantes a necessidade de ouvir as experiências de outras mulheres. A comparação estabelecida tem influência na sua perceção sobre o parto tanto positiva como negativamente. Para Silva e Siqueira (2007), a insegurança e os temores fruto das incertezas sobre o que vai acontecer no parto estão presentes podendo ser exacerbados pela influência de relatos de outras mulheres que tiveram experiências negativas. Jordá, Bernal, & Álamo (2013), consideram que as mulheres partilham experiências e vivências relativas ao parto, como forma de comparar não só as experiências entre elas mas também em relação aos seus partos anteriores.

A maioria demonstra preferir o parto por via baixa que referem como parto normal, o que vai de encontro aos resultados de outros estudos em que as mulheres referiam preferência pelo parto vaginal. (Dunn & O’Herlihy, 2005; Penna & Arulkumaran, 2003). Houve também quem expressasse indiferença pelo tipo de parto, sendo prioritária a garantia do seu bem-estar e do bebé.

Ao longo da gravidez a mulher está sujeita a adaptações e mudanças associadas ao desenvolvimento de situações que podem ocorrer e modificar as suas expectativas. De salientar que, as expectativas construídas para este acontecimento estão sujeitas a alteração dado o seu carácter de incerteza. Estão presentes receios e preocupações características desta fase e que são condicionadas pela experiência anterior, pela opinião de outras mulheres e pelo parecer do médico e da enfermeira que faz a preparação para o nascimento. A forma como antecipam o parto permite preparar-se para uma vivência que influenciará o desempenho físico e emocional que culmina com a concretização da maternidade.

Estes aspetos, permitem-nos compreender que as expectativas para o parto procuram segurança e satisfação, dando a conhecer aos prestadores de cuidados os aspectos que nelas estão envolvidos. A partir deste entendimento as enfermeiras poderão assegurar os cuidados considerando o que é esperado pelas grávidas. Para Abushaikha & Oweis (2005), as enfermeiras precisam de reconhecer os sentimentos

das grávidas de forma a ajudá-las a adaptarem-se a situações desagradáveis do trabalho de parto adaptações a aspectos desagradáveis de trabalho, tais como dor.

5. 2. “VIVÊNCIAS NA EXPERIÊNCIA DE PARTO POR CESARIANA”

A reacção vivencial é expressa neste estudo, como as respostas individuais das mulheres num mesmo acontecimento mas que é vivido de forma diferente. Atendendo a que na experiência de parto se vivem emoções e sensações corporais que determinam uma vivência, este construto, “Vivências na experiência de parto por cesariana”, mostrou-se fundamental para a compreensão da forma como se vive o parto por cesariana, tenha ele ocorrido de forma programada ou não programada. Considerando a importância da enfermeira ESMO, este construto emergiu também dos dados oriundos destas profissionais, e contempla as categorias, “Experiência de trabalho de parto”, “Experiência de cesariana”, “Reorganização do corpo” e “Influência do provedor de apoio”. Especifica as questões que interferem com a experiência da mulher perante o parto por cesariana que quando é feita de forma não programada a leva a enfrentar desafios que exigem uma resposta física e emocional. Estes estímulos podem perturbar a homeostasia da mulher devido à sua intensidade quer no trabalho de parto quer no pós parto precoce. Serão apresentados os aspetos relativos ao impacto da experiência na vida destas mulheres e da forma como a vivem face à expectativa que tinham quando ocorre de forma não programada.

Na figura 14 apresentam-se as categorias relativas a “Vivências no parto por cesariana”



Figura 14 Categorias relativas às “Vivências no parto por cesariana”

5.2.1. “Experiência de trabalho de parto”

Esta categoria ao emergir dos dados, como um conceito permite dar entendimento sobre a forma como foi percebido o trabalho de parto e o que foi sentido nessa experiência. Considerando que nas cesarianas não programadas as participantes passaram pelo processo de trabalho de parto até fases avançadas, nesta experiência, a singularidade da pessoa expressa um sentido específico para a situação vivida. Reconhece os seus limites de tolerância física, um desafio pelo qual tem que passar, esforçando-se por ir além das suas capacidades.

Integram esta categoria três subcategorias que estão intimamente relacionadas, a primeira, “Percepção”, em que se salienta a forma como entenderam a experiência de trabalho de parto e a segunda, “Acontecimentos marcantes”, referente aos aspetos mais relevantes no desenvolvimento do trabalho de parto.

A figura 15 representa a árvore da categoria “Experiência de trabalho de parto”.

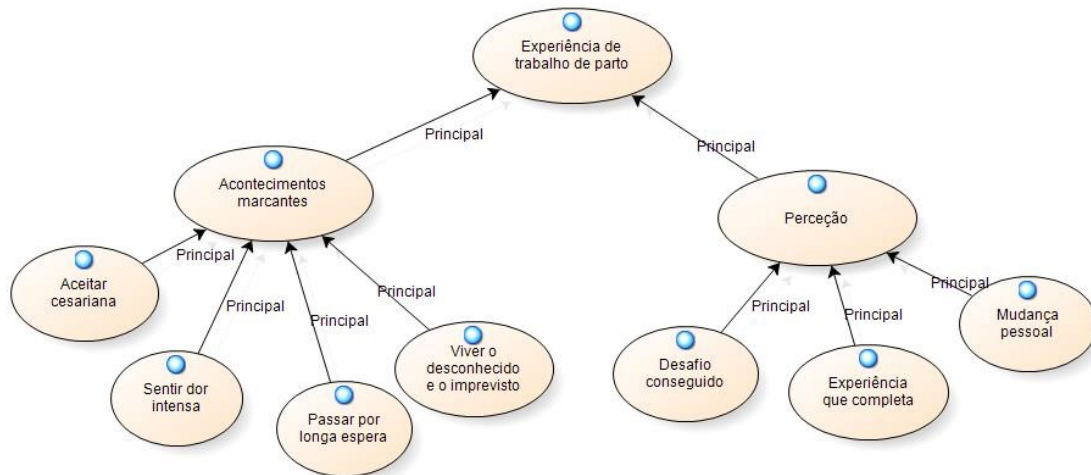


Figura 15 Árvore da categoria “Experiência de trabalho de parto”

A) “Percepção”

A subcategoria “Percepção”, contém os aspetos relacionados com o impacto desta experiência na mulher. Foi reconhecida por algumas participantes a assimilação de novas aprendizagens e do auto conhecimento, fruto de novas experiências resultantes do trabalho de parto e que constituiram um forte desafio. Estas mulheres colocam-se num patamar de desenvolvimento, em que novos aspetos contribuíram para a aquisição de conhecimentos a respeito do mundo e de si próprias. Necessitou enfrentar adversidades, sendo que cada uma individualmente, as trabalhou de forma muito pessoal. Houve uma capacidade de adaptação mas também *stress* e conturbação.

Após a experiência sentem-se mais capazes do que julgavam ser, há um auto conhecimento e crescimento pessoal. Desenvolvem-se pessoalmente a partir de uma experiência que influenciou todo o seu organismo tanto do ponto de vista físico como emocional. Assim, o processo de trabalho de parto pode ser entendido como necessário para testar o significado da maternidade e levá-la a consciencializar-se como mulher e como mãe.

“E passamos pelos processos todos também o que nos dá uma perspectiva mais madura se calhar sobre as coisas embora toda a gente diga que cada caso é um caso” (Ent. 9 np).

Ultrapassar as dificuldades do trabalho de parto e chegar ao extremo de atingir o esgotamento dos recursos internos e o limite das capacidades individuais aumenta a auto estima a partir de uma prova exigente que se tornará inesquecível. O trabalho de parto permite também passar por uma experiência desafiadora que se enfrenta e vence, atingindo a meta através de um percurso diferente daquela que foi proposto inicialmente. Esta passagem para a maternidade possibilita o fortalecimento da personalidade da recente mãe.

“E a experiência de ontem foi valente, é mesmo um dia assim a não esquecer, acho que foi uma verdadeira prova de fogo” (Ent. 9 np).

Ao sentir que foi capaz de suportar a dor e de se controlar, reconhece que foi capaz de ultrapassar um desafio difícil. Para as enfermeiras, a mulher valoriza o facto de ter conseguido controlar-se perante a dor e de responder a esse estímulo que mobiliza todos os seus recursos físicos e emocionais.

“No fundo há aquele período que é realmente custoso mas que a pessoa acaba por dar valor se se souber controlar se souber resistir “ (Ent. 7 enf).

Há também um sentimento de que o desconhecimento sobre o tipo de dor causou surpresa desagradável mas, há uma aceitação e a consciência de que conseguiu chegar aos extremos dos seus limites antes que se rendesse.

“...agora, nem todos somos iguais, a dor, a dor era a única coisa que eu não sabia mas que aceitei até ao limite, ao meu limite...”(Ent. 7 np).

Ajuda a reconhecer os seus limites em relação à capacidade de resistir à dor. As exigências a que foram sujeitas para superar o trabalho de parto levam a mulher a adquirir habilidades e a descobrir os níveis da sua força interior e capacidade de superação das adversidades.

“...eu achava que ia tolerar melhor porque eu considero que tolero bem a dor mas no fim...”(Ent. 10 np).

Foi notória a ênfase dada ao facto de o seu corpo ter conseguido fazer dilatação, e ao comportamento adotado para a superação da dor através de um

comportamento controlado e calmo. O facto de ter conseguido fazer alguma dilatação é visto como um aspeto positivo, um sinal de que o seu organismo funciona bem e que permitiria ter um parto por via baixa se não tivessem surgido imprevistos, que o impedissem.

“...eu ainda tive seis dedos de dilatação e com a respiração consegui estar muito mais calma” (Ent. 5 np).

“...mas penso ter noutros partos, parto normal à mesma porque dilatei ...”(Ent. 7 np).

Fazem salientar a sua capacidade de resistência, ainda que o parto tenha ocorrido por cesariana, o facto de terem passado pelo trabalho de parto é referido como uma capacidade inequívoca de se controlar e de superar o sofrimento desencadeado pela dor do parto. Possuir força de vontade faz sentir na mulher enquanto parturiente a sua capacidade para vencer as dificuldades, permitindo que consiga alcançar os seus objectivos a partir de um grande esforço pessoal.

“... é uma grande força de vontade, e outras mulheres não estão propriamente a ver a dor e a ver o que realmente era...”(Ent. 7np).

A componente natural atribuída ao parto inclui a dor que na perspectiva das enfermeiras, passa rpor essa experiência é gratificante. No entanto, o recurso a analgesia epidural retirou essa possibilidade. Sentir dor no trabalho de parto tem um significado simbólico que completa a experiência.

“Até há pouco tempo não havia epidural, e havia senhoras que achavam a experiência do parto gratificante...” (Ent7 enf)

B) “Acontecimentos marcantes”

Durante o trabalho de parto, a mulher sente que foi sujeita a experiências significativas. Salientaram-se o desconforto causado pela dor das contrações uterinas e a exaustão, fruto da longa duração do trabalho de parto. O tempo arrastado do trabalho de parto levou ao desgaste físico e emocional, vivências relatadas por algumas participantes. Muitas vezes o comportamento altera-se ao

longo do trabalho de parto devido à sua longa duração. Deixam um estado de idealização vivido na gravidez e passam a viver um desafio real tendo a consciência da necessidade de suportar o trabalho de parto e colaborar.

Durante o trabalho de parto a mulher vive um período de tempo com extrema sensibilidade física e emocional, fruto da convivência com desconfortos, antes que se dê o nascimento. É sujeita a vários procedimentos que auxiliam na monitorização do trabalho de parto, mas que podem trazer desconforto e desagrado.

“...o exame do toque, penso que são coisas muito dolorosas a gente não está bem (...) mas é muito maçador...”(Ent. 9 np).

A dificuldade mais referida foi a de lidar com a dor. De salientar que a maioria das participantes foi submetida a analgesia epidural, o que tornaria improvável a recordação de incidentes dolorosos, ainda assim, há más lembranças de dor e referência à ineficácia do tratamento analgésico defraudando as expectativas relativamente aos benefícios da epidural com compromisso da satisfação no parto.

“...eu continuei a sentir dor e as minhas pernas não adormeceram (...) eu vinha a achar que seria mais fácil ” (Ent. 10 np).

Sentir os efeitos anestésicos como o adormecimento das pernas é visto aqui como uma prova da ineficácia de um tratamento a que foi sujeita e embora muito desejado pela divulgação feita, na sua experiência, a concretização da analgesia falhou. Na verdade, fica a percepção de que passou por uma experiência dolorosa tendo que superar esse sofrimento.

Em consequência do desgaste do corpo, principalmente quando o trabalho de parto se arrasta no tempo, surgem pensamentos negativos e sensação de incapacidade.

“...nunca tive medo nenhum ,mas chegou uma certa altura que depois da ansiedade depois da exaustão(...) (Ent. 7 np).

Nos recursos afectivos, salientam-se o ambiente e o estado emocional aos quais se vai acrescentando a ansiedade e o medo da dor intensa que se instala progressivamente e que pode causar preocupação e procura de uma solução. Nos recursos físicos, incluiu-se a capacidade de suportar a dor e nos recursos cognitivos,

parecem estar mais implícitos os significados desta dor e as crenças de que é transitória. Se a dor persiste além do tempo de tolerância individual, não há adaptação e ajustamento à situação gerando um *stress* intenso que causa vontade de desistir.

“Por volta das 5h da manhã começa-me a dar outra vez as dores, já não aguentava mais estava cansada! (Ent 11 np).

Passar por todas as fases do trabalho de parto é considerada uma experiência difícil quando se prolonga no tempo, levando a um desejo de final rápido. A saída encontrada passa por pedir que lhe seja feita cesariana. É uma situação limite na medida em que sente de forma muito intensa que não consegue dar resposta física e emocional. Surge então uma procura de solução através da negociação com o obstetra, sentindo ter atingido o seu limite de tolerância à dor.

“Fui eu que pedi à Dr.^a, já não aguentava mais” (Ent.7 np).

Podem também surgir medos de complicações com o bebé. Uma das mulheres salientou a ideia de que o sofrimento materno podia causar deficiência no bebé. Este medo surge em consequência de uma experiência familiar.

“Tenho uma situação na família, (...) de há quarenta e muitos anos e nós temos sempre aquela ideia, ele é assim porque foi um parto sofrido (...) se houver sofrimento pode haver ali uma coisa que está bem e que deixa de estar ...” (Ent. 10 np).

A parturiente apercebe-se da forma como está a evoluir o trabalho de parto e quando é demorado leva à exaustão. A este desgaste físico pode também estar associado um longo período de espera que torna a experiência marcante pelo desagrado dos desconfortos sentidos.

“Pelo menos comigo, cheguei ao final do dia muito desgastada ...à espera...” (Ent. 9 np)

Na primeira experiência de trabalho de parto pode deparar-se com a incapacidade em superar a dor e de colaborar no trabalho de parto. A percepção de

que pode estar comprometida a capacidade de colaborar no período expulsivo e ajudar o bebé a nascer pode causar preocupação. Foi patente o esgotamento e o sentimento de fraqueza física relacionados com o arrastar do trabalho de parto e com a dor sentida. Nesta fase, a mulher reconhece a sua vulnerabilidade e a ameaça dos mecanismos de auto protecção a adversidade.

“...já estava muito cansada já a querer fazer força e não conseguia...”(Ent. 10 np).

“...mas foi muita exaustão ao mesmo tempo e pronto chegou a um ponto que por muito mais força de vontade que quisesse ter pelo parto natural eu não podia, estava sem forças...”(Ent7np).

Este conflito interior pode levar a mulher a sentir-se desolada, sofrer e expressar a sua angústia e sentimento de impotência para suportar a dor e o sofrimento, lutar pelo parto normal até ter forças mas ter que se render assumindo a sua incapacidade.

Podem ser feitas intervenções na tentativa de obter um parto vaginal, no entanto essa multiplicidade de tentativas e o adiar da decisão comprometem a concretização do parto normal podendo causar na mulher uma perceção negativa do trabalho de parto.

“...acho que foi um bocado exagerado porque se não conseguiam tirar com as ventosas uma, duas e três vezes ainda foram com o fórceps não sei para quê acho que deviam ter feito logo” (Ent. 13 np).

“Quer dizer se foi para ser cesariana que fosse logo, ainda tive que passar por isso (Ent. 11 np).

Vivem sentimentos intensos atendendo sobretudo ao desconhecido e ao carácter intimidatório e imprevisível atribuído ao parto. Durante o trabalho de parto, perante as situações de sofrimento extremo, tiveram a presença dos maridos/companheiros que também viveram os impasses e as incertezas, num período de

grande vulnerabilidade e conflito interno. Perante estas experiências a mulher pode questionar sobre a necessidade do sofrimento. O sofrimento físico é um dos significados atribuídos pelas mulheres que passaram pelo processo de trabalho de parto mas que tiveram necessidade de ser submetidas a cesariana de forma não programada.

“...ao mesmo tempo pensei, bolas tanto sofrimento para quê? Para quê no sentido de será que era necessário ter sofrido tanto?” (Ent. 10 np)

As parturientes e seus companheiros estão atentos à insinuação dos técnicos, de que alguma coisa esteja a correr fora do esperado. Ao serem informados da necessidade de cesariana questionam a demora temendo o pior sobretudo para o bebé.

“Disseram que é cesariana e porque não vêm já?” (Ent. 10 np)

“..., queria já que me tirassem o bebé porque eu estava-me já a aperceber que estava ali muito sofrimento envolvido e a parte do bebé sobretudo...”(Ent. 13 np)

5.2.2. “Experiência de cesariana”

Esta categoria emergiu dos dados como um conceito para entendimento da forma como as mulheres vivem o parto quando ocorre por cesariana. Nesta categoria destacam-se duas subcategorias, que incluem as duas situações possíveis “cesariana programada e “cesariana não programada. Embora o estudo não pretenda ser comparativo, foi imperativo introduzir estas variáveis para uma melhor compreensão do fenómeno. A figura 16 representa a árvore da categoria “Experiência de cesariana”

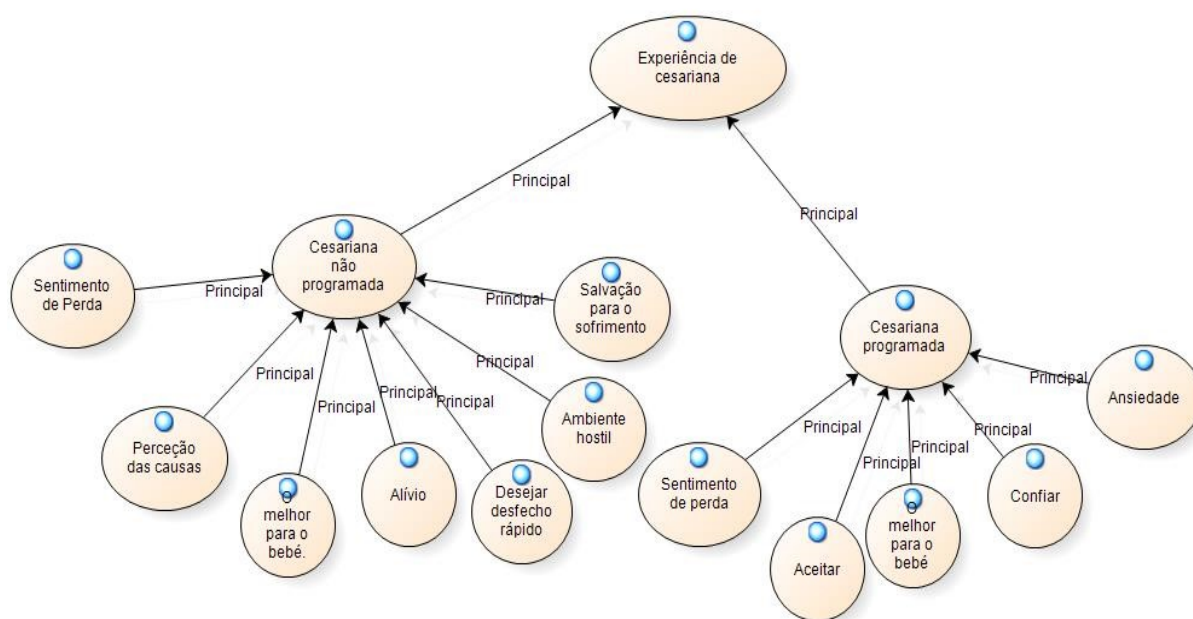


Figura 16 Árvore da categoria “ Experiência de cesariana

A) Cesariana programada

O parto por cesariana se programado, torna-se num evento previsível, marca-se o dia e a hora, não se espera nem se passa pelo processo de trabalho de parto.

“...a Dr^a achou, se calhar por bem , fazer-se a cesariana e não estar mais tempo à espera...”(Ent.1 p).

O momento em que é decidida a programação da cesariana, é variável mas, a reação das mulheres é de confiança.

“Foi na véspera de fazer cesariana, às 40 semanas,
e reagi bem por acaso”(Ent 4. p)

“...como eu já sabia que ia ter problemas, então não fiquei desiludida...”(Ent. 8 p)

A programação pode ser encarada como uma forma de evitar passar por momentos de *stress* e de lidar com a imprevisibilidade do parto.

“... e assim também não há o *stress* de estarmos à espera das dores e daquela agitação do imprevisto, e assim como foi tudo programado...”(Ent. 4 p)

Embora desejassem o parto vaginal pensar no risco, faz com que aceitem a cesariana. Além disso, podem sentir-se divididas entre desejar um parto espontâneo ou uma cesariana programada.

“Mas pronto, por acaso atéagora eu gostava que fosse diferente, mas....” (Ent 1 p).

“...este podia ser um parto, finalmente e eu poder ter um parto normal...” (Ent 12 p).

Não sendo a primeira cesariana, pode ser percebida como tal. Considerando que cada experiência de parto e nascimento têm características diferentes, a ansiedade e as preocupações estão sempre presentes. Assim, a cesariana quando programada pode causar ansiedade na mulher. Tratando-se de uma intervenção cirúrgica, embora seja teoricamente bem-sucedida o desfecho é sempre imprevisível. Há uma consciencialização do risco o que faz com que se sinta vulnerável, temendo a eficácia dos procedimentos e os efeitos pós operatórios.

“...eu vinha como se fosse a primeira, uma pessoa está sempre a imaginar como é que vai ser, como é que não vai ser ,e acaba sempre por ser diferente” (Ent. 6 p).

Pode surgir ansiedade quando são informadas sobre as causas da programação da cesariana temendo que surjam situações que compliquem, foi por exemplo o caso da programação da cesariana por macrosomia fetal.

“... nós já estávamos naquela expectativa, quando é que ela nasce e nunca mais nasce, e está grande... (Ent4p)

Na sequência das informações dadas pelos médicos acerca da evolução da gravidez e de riscos eventuais, a cesariana quando programada, leva a que a mulher se mentalize para esse tipo de parto.

“...a partir daí comecei a mentalizar-me mais que seria cesariana, muito provavelmente”(Ent. 3 p.)

Para as enfermeiras, a experiência anterior de cesariana ajuda na mentalização, não trazendo consequências de maior para esta vivência.

“Sim, acho que... é assim as que já fizeram uma vez e fizeram a segunda acho que estão já mentalizadas “(Ent. 4 enf).

Ainda na perspectiva das enfermeiras, actualmente as mulheres aceitam melhor o facto de fazerem cesariana se for programada.

“Eu acho que elas já não vêm a cesariana com tanto desagrado como antigamente, porque já se fala muito isso no consultório com certeza, então as pessoas já estão preparadas e já não olham isso com muito desagrado. “(Ent. 10 enf).

O facto de não ter passado pela experiência de parto por via vaginal e pelo trabalho de parto provoca um sentimento de perda de experiência completa.

“...É também aquilo que eu disse tive pena de não passar por essas etapas...” (Ent 3 p).

B) Cesariana não programada

Também na cesariana não programada a mulher pensa no melhor para o bebé. Além das mudanças bruscas e intensas que foram ocorrendo no corpo, quando é informada da necessidade de fazer cesariana de urgência confronta-se com a imprevisibilidade dos acontecimentos que levaram à necessidade do parto cirúrgico. No bloco operatório encontra um ambiente hostil, vive uma mudança brusca e inesperada no meio envolvente, deparando-se com o desconhecido e intimidatório. Esta experiência rápida e transitória, faz exaltar simbolizações acerca dos efeitos anestésicos.

“ ... fiquei um bocado aflita´, quando começo a sentir o corpo todo dormente (...)havia uma dormência por baixo do peito e de certa maneira nas mãos eu pensei caramba, isto está a subir por mim a cima, eu fiquei assim um bocado, muito aflita ...”(Ent9np).

Podem também emergir pensamentos sobre situações vividas por outras mulheres e que causam medo e ansiedade. Foi referenciado por uma das participantes o medo da ineficácia da anestesia.

“Bem, eu estava anestesiada mas estava com medo, se a anestesia funcionava bem ou não, se começavam a cortar quando já estava completamente anestesiada ou não porque também já conheci pessoas que começavam a sentir um bocadinho”

(Ent.3 p)

No bloco operatório, enfrentem sensações, que podem viver de forma solitária questionando o desejo que muitas mulheres têm para este tipo de parto.

“E na cesariana então eu só pensei, bolas como é que há pessoas que desejam tanto isto!” (Ent 10 np).

Por outro lado, como é uma forma de solucionar o nascimento, é encarada positivamente, e a rapidez com que se dá é surpreendente e vista como um fator favorável numa experiência inesperada.

“...correu bem(...) alguns puxões e encontrões mas foi tudo tão rápido que sinceramente, entre a administração da epidural e ficar dormente foi assim um sopro...”(Ent9np).

“...depois durante a própria cesariana, apesar de ser uma coisa rápida, toda aquela pressão e tal, não é uma coisa confortável!” (Ent. 3 p).

A notícia de que o parto ocorrerá por cesariana ainda que não o esperasse ou desejasse é recebida com alívio, permitindo um desfecho rápido e sem complicações. No imediato provoca alívio porque é uma forma da mulher se libertar de uma grande tensão emocional, e desconforto físico. Procura alívio para o esgotamento físico que lhe retirou as forças para poder colaborar no trabalho de parto.

“Eu fiquei muito satisfeita porque eu estava esgotada e eu achava que a cesariana era assim um alívio...” (Ent 10 np).

“Na altura pensei que quanto mais rápido melhor” (Ent 13 np)

“Então, a expectativa que eu tinha primeiro de que fosse um parto normal, não queria que fosse cesariana, ontem quando me disseram que era cesariana, eu fiquei aliviada porque eu só queria ver a bebé cá fora..” (Ent 2 np).

A forma como se decide cesariana de forma não programada pode ser um motivo de desagrado, para as mulheres não compreendendo porque se deixa avançar um trabalho de parto e não evitar o sofrimento e o desconforto.

“...foi mesmo até ao fim e depois foi para cesariana quer dizer tive dois sofrimentos diferentes (...) Ent.10 np)

“Acabaram por fazer, acho que foi só estar a adiar” (ent 13 np).

Também na experiência de cesariana não programada se constata a sensação de perda da idealização de um parto vaginal. Passar pelo processo difícil do trabalho de parto mas não ter oportunidade de ter essa experiência por completo.

“Bem também não cheguei ao fim do parto normal também não sei o que é a conclusão de um parto normal, a extracção do bebé e tudo isso não cheguei a essa parte “ (Ent. 10 np)

Algumas mulheres passaram por uma experiência difícil e de grande ansiedade, cansaço físico e incerteza sobre o desfecho do parto. A hipótese de nova indução do parto provoca no imediato desagrado.

“Não me estava a apetecer muito sinceramente no dia seguinte passar por outra provação daquelas, a incerteza vai ser às 11h vai ser às 3 vai ser às 11 da noite... “(Ent9np)

Quando o trabalho de parto se arrasta em consequência da indução do parto. e o nascimento não segue o seu próprio rumo, é um processo lento, expectante e imprevisível, que acarreta desgaste físico e emocional procurando um desfecho rápido.

“...estive cá 2 dias ... foi muita exaustão ao mesmo tempo ...”(Ent. 7 np).

Nas consultas de vigilância pré natal as mulheres/casais são alertados para a possibilidade do trabalho de parto ser longo, levando a que estejam conscientes dessa possibilidade. Deste modo, foi possível consciencializar os casais das eventualidades e contratempos que podem ocorrer nas induções do parto.

“... nós estávamos preparados para essa possibilidade porque tinham-nos avisado que uma indução sem colo favorável sem essas coisas todas era uma cesariana certa...”. (Ent. 9 np).

Saliente-se também o sentimento de perda da concretização de um parto normal que pode ser verbalizada pelas mulheres às enfermeiras.

Elas próprias manifestam, tanto que eu estava à espera de um parto natural e agora acontece-me isto! (Ent.7 enf).

Essa frustração pode ter raízes na avaliação que fazem da reação do seu corpo e da incapacidade fisiológica revelada para responder às exigências do trabalho de parto.

“Portanto se ela vem com a ideia de que vai ter um parto o mais natural possível a cesariana para ela no fundo é um choque é uma frustração, porque não conseguiu realizar o seu plano” (Enf7).

Além da frustração, surge também no imediato tristeza, aspeto salientado por uma das mulheres e por enfermeiras.

“...só que fiquei um pouco entristecida porque a gente idealiza uma coisa e é outra...” (Ent 7 np)

“Mas é só no momento do trabalho de parto” (Ent. 9 enf).

De um modo geral todas as mulheres que vivenciaram o parto por cesariana não programada, foram capazes de referir as causas.

“... o que eu percebi é que fazia a dilatação só que não conseguia fazer com que ela saísse...”(Ent11np).

“Não não tinha dilatação.”(Ent2np).

Nos casos em que a cesariana não é programada, a reação é de surpresa e difícil de descrever. Esta reacção é pessoal e difícil de explicar.

“A gente fica assim um bocadinho... quando falamos dela com distância é uma coisa e quando falamos dela assim muito próximo e connosco é diferente!” (Ent9np)

Foi também referida por uma das participantes a convicção de que a cesariana era uma salvação para evitar passar pela dor do parto e resolver as angústias do trabalho de parto. A mulher ao experienciar a dor do parto pode pensar de imediato que a solução imediata para o nascimento. A cesariana é entendida como o método que permite terminar o sofrimento e concretizar a chegada do bebé.

“...daí eu achar que a cesariana era o parto de salvação do parto normal para quem tinha medo da dor...” (Ent 10 np).

O trabalho de parto prolongado e as várias intervenções podem ter implicações físicas visíveis no bebé. Embora seja informada que são temporárias, a mãe pode assustar-se e questionar-se sobre o bem-estar do bebé.

“...eu fiquei um bocado assustada com a forma da cabeça por causa da ventosa e do fórceps, fiquei um bocado assustada quando o vi, podia ter algum problema qualquer...”(Ent.13 np).

Num período tão precoce do puerpério pode em algumas circunstâncias parecer inoportuno pensar noutra gravidez. No entanto, de forma espontânea houve mulheres que deixaram alguma mensagem de projeção sobre o seu futuro do ponto de vista da reprodução. Fruto do sentimento de perda do que foi desejado ou esperado pode haver uma certa ambivalência em relação ao desejo de uma gravidez. Este aspeto foi evidenciado sobretudo por primíparas. Ao pensar no desconforto e sofrimento vividos durante o trabalho de parto e após o parto podem sentir-se capazes de novo desafio e criar logo no puerpério precoce novas expectativas sobre o tipo de parto numa experiência futura.

“Se me perguntasse se voltava a passar pelo mesmo, se tivesse que voltar voltava mas que me custou muito custou !” (Ent10np).

Por outro lado, a experiência pode ser tão negativamente marcante que a mulher no imediato tende a decidir não ter mais filhos, fruto da má experiência. Passar pelo

primeiro estágio do trabalho de parto e terminar numa cesariana pode trazer desagrado e más recordações, causar medo de sofrimento e de complicações.

“Também não sei se quero mais algum, só tinha pensado ter um filho com isto acho que vai ser” (Ent. 11 np).

“Eu só pensava ter um filho e agora se calhar com esta experiência, não sei, logo se vê” (Ent 13 np).

Pode também não necessitar de muito tempo para se adaptar à situação que viveu e o facto de saber que o seu corpo foi capaz de levar a um processo de trabalho de parto, faz manter a expectativa de um parto normal em gestações futuras. Salienta-se um sentimento de perda mas que pode ser ultrapassado.

“...o contra aqui que houve foi só os edemas, a tensão alta, outras coisas que complicaram o não parto normal” (Ent7np)

Nas múltiparas com experiência anterior de parto vaginal, o facto de terem experienciado cesariana não programada, leva a que naturalmente façam comparações e mantenham a sua preferência de forma enfática ao parto normal. O significado que atribui á experiência de parto pode condicionar a forma como a recorda e determinar a escolha da via do parto em gravidezes futuras.

“Se tiver outro gostaria que fosse de parto normal, parto normal!” (Ent2 p)

O facto de se programar um nascimento por indução do parto, pode ter efeitos menos gratificantes para as mulheres. Se por um lado antecipa o nascimento e é visto como positivo, por outro retira a ansiedade típica e inerente à espera do trabalho de parto espontâneo com a identificação dos sinais que são indicativos desse acontecimento. Para uma das participantes, são essenciais na experiência do parto e não experimentar essas sensações retira o carácter real. Marcar-se a data do parto dá carácter irrealista não permite viver essa surpresa que anuncia o nascimento. Tal pode ser constatado no trecho seguinte:

“... no dia 16 era uma coisa já marcada, já com esse carácter mais realista sem fator surpresa mesmo!” (Ent. 9 np).

A indução do parto impede a mulher de experimentar o fator surpresa que parece enriquecer a experiência de parto, anuncia um momento muito esperado sendo essencial passarem por estas fases.

“... aquela coisa da antecipação do fator surpresa, rebentaram as águas, essas coisas não se passou por nada disso.” (Ent9np).

À semelhança do que foi identificado na cesariana não programada, passar passa pelo processo de trabalho de parto e não experienciar o período expulsivo, pode ser entendido como a privação de uma oportunidade de viver sensações únicas típicas da experiência de parto.

“Nós perdemos se calhar aquela emoção não sei se é mítica mas aquela emoção daquela dor e depois daquele alívio que eu acho que deve dar uma carga muito grande às pessoas mas não sei” (Ent.9 np).

“... pronto é sempre frustrante uma pessoa não ter passado por uma experiência dessas como mulher acho que é uma experiência,...enfim é importante é diferente...” (Ent 12 p).

5.2.3. “ Reorganização pós-parto”

Esta categoria ao emergir como um conceito, permite dar a conhecer de forma específica as vulnerabilidades mais evidenciadas no pós-parto por cesariana e os aspetos que mais se salientaram a nível da recuperação. Neste período pós parto, evidenciou-se o compromisso da capacidade da mulher para lidar consigo própria e com o bebé. Para melhor especificação desta categoria, surgiram duas sub categorias, “ Disponibilidade para o bebé” e “Lidar com o corpo”. A figura 17 representa a árvore da categoria “Reorganização do corpo”

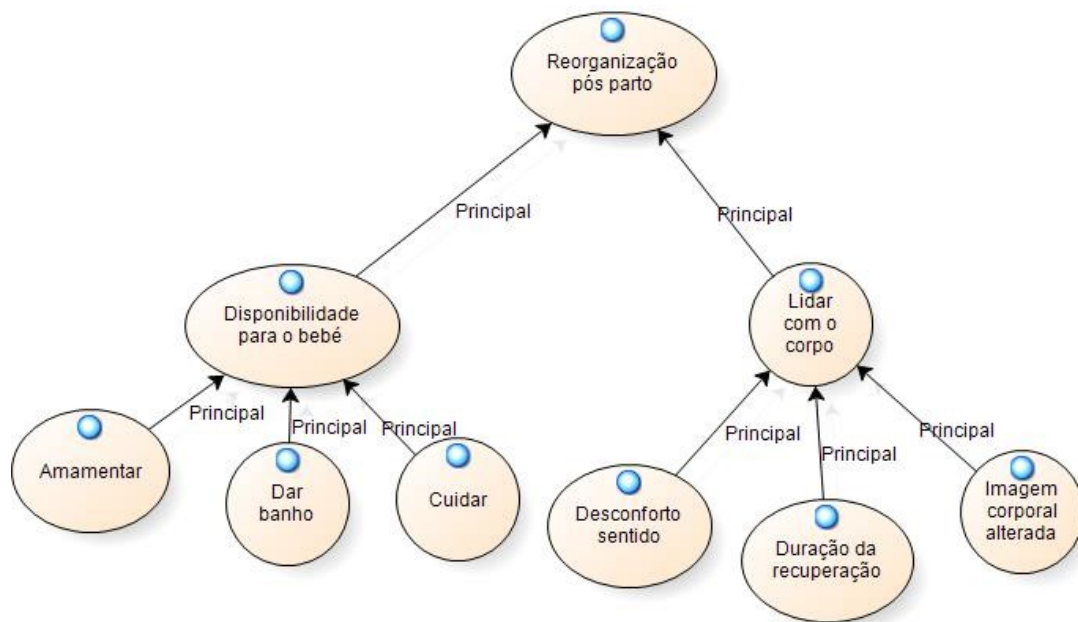


Figura 17 Árvore da categoria “Reorganização pós parto”

A) “ Lidar com o corpo”

Tanto as mulheres que fizeram cesariana com experiência anterior de parto vaginal como as que tiveram apenas experiência de cesariana, reconhecem que a recuperação é mais difícil e mais lenta neste tipo de parto. Para as mulheres, a dor pode ser considerada tolerável e não exclusiva deste tipo de parto. Embora seja uma intervenção cirúrgica, pode sentir que é capaz de ultrapassar e considerá-la tolerável.

“... também sabemos que há partos normais que há pessoas que também ficam com algumas dores... não é nada que não tolere” (Ent. 4 p.)

“A experiência é que é tudo muito bom eu só posso aconselhar as mulheres a serem todas mães(...) e pronto desmistificar um bocadinho a ideia da cesariana porque eu tinha um bocadinho se calhar uma ideia mais errada do que deveria ser” (Ent 14 np).

A forma como reagem à dor, e o compromisso da mobilidade é variável de mulher para mulher. Para as enfermeiras, a recuperação física pós operatória está

dependente da aceitação e tolerância individual humana uma vez que em situações semelhantes as reações são diferentes. São assim evidenciadas as características subjectivas da dor que este tipo de intervenção cirúrgica acarreta.

“Tem a ver com o limiar da dor” (Ent. 8. Enf.).

“...tem a ver também com a personalidade da mulher, não é?” (Ent. 3. Enf.).

Para algumas enfermeiras, a condição que levou à necessidade de cesariana pode ter implicações no comportamento das mulheres durante a fase de recuperação, não sendo contudo unânimes nas opiniões. Com base na sua prática de cuidados, algumas destas profissionais consideram que a forma como as mulheres reagem ao pós-operatório está relacionada com a não concretização dos desejos pelo parto normal que pode ter gerado alguma tristeza ou frustração podendo ter efeitos no seu comportamento.

“Mas o que às vezes noto é quando uma mulher quer muito um parto normal e que evolui para uma cesariana é sempre mais renitente ao primeiro levante...”(Ent. 2 enf).

O grau de dependência física que se instala no período pós-operatório pode afetar o comportamento da puérpera, estando subjacente um sentimento de missão não cumprida na sua totalidade uma vez que não foi concretizada a sua expectativa de ter um parto normal. Esta falha de concretização pode levar a que a mulher tenha uma reação de maior dependência física porque não estava preparada para um pós-operatório.

“ ...não é a mesma coisa ficam um bocadinho mais tristes porque têm menos disponibilidade...”(Ent. 4. Enf.)

Mas as opiniões são divergentes. A maioria das enfermeiras considera que não há diferenças de comportamentos no período pós-operatório entre as mulheres que fizeram cesariana programada e não programada.

“...Não tem a ver com a programação” (Ent. 8. Enf.).

“Não vejo assim grande diferença, ou porque não estou desperta para essa situação, mas não noto diferença, não noto” (Ent 1 enf).

No entender de uma das enfermeiras, querer ter o bebé em segurança e a predisposição individual fazem com que aceite ter passado por uma experiência de cesariana, sem que isso interfira no seu comportamento numa fase precoce do pós-parto.

“Não sei, depende da preparação delas e se o bebé corre riscos” (Ent. 10. Enf.)

A mulher ao comparar a experiência de parto normal pode salientar a hora a que ocorre a intervenção. Se for de noite o desconforto pós cirúrgico compromete o descanso e aumenta a preocupação por não ter assegurada uma vigilância contínua do bebé.

“... porque eu da outra vez também tive a outra bebé ao final da tarde e a noite foi muito diferente desta” (Ent. 2 np).

Globalmente, a recuperação pós parto foi o aspeto considerado mais negativo nesta experiência. É entendida como lenta e difícil, podendo comprometer a imagem corporal e levar a mais tempo de internamento, ideia partilhada quer pelas mulheres quer pelas enfermeiras.

“Bom, é tudo mais lento, acabei por ficar muito mais inchada com a cesariana...”(Ent. 5 np).

“Estou um bocadinho mais lenta, mais inchada mas...” (Ent 11 np).

“...já encontrei duas ou três senhoras, que encontrei por acaso e que elas verbalizaram- isto, realmente se as pessoas soubessem o que é uma cesariana nunca, mas nunca desejariam ter uma cesariana”(Ent7enf).

No entender de uma das enfermeiras chefes, os internamentos mais prolongados podem contudo ser bem aceites por algumas mulheres que se sintam mais debilitadas, reconhecendo que no internamento têm outro tipo de apoio.

“Acabam por aceitar porque também se sentem um pouco mais impossibilitadas de ir para casa, mas há mulheres que se tornam mais independentes manifestam uma certa contrariedade digamos assim por não ir mais cedo para casa (Ent. 9 enf).

Instala-se um grau de dependência que embora seja transitório pode causar alguma ansiedade e desagrado, que é atenuada com a presença de um familiar que a apoie.

“...precisava de alguém que ao meu lado, por exemplo, durante a noite, para não andar sempre a chamar as enfermeiras ou assim precisava de ter ali alguém que me apoiasse...”(Ent. 2 np).

Para uma das mulheres, a desmotivação e a falta de vontade própria podem interferir com a recuperação pós parto, de algumas mulheres.

“Depende se calhar de pessoa para pessoa porque às vezes há pessoas que perdem se calhar um pouco as forças e um pouco a falta de vontade acho que isso em mim nunca foi...” (Ent. 7 np)

No imediato, a limitação física pode ser considerável e comprometer a mobilidade. Esta modificação sentida no seu corpo pode fazer com que se reconheça como um ser frágil e dependente de terceiras pessoas.

“De facto, sinto-me um bocadinho frustrada, sinto, sobretudo pelas limitações sinto-me um bocadinho frágil vou hoje para casa, tenho algum suporte familiar mas acho que é diferente não me sinto tão capaz digamos assim de fazer as coisas” (Ent12 p).

“...nós ficamos muito limitadas muito dependentes imobilizadas muitas horas. O bebé chora tem que chamar alguém para nos ajudarera sobretudo isto que me levava a ter um parto normal!” (Ent 12 p).

Há para algumas mulheres um conhecimento prévio de que a recuperação pós parto leva mais tempo, ainda que não haja nenhuma experiência de parto.

“...sabendo que a recuperação é mais lenta, na cesariana ”(Ent.5 np)

“...mas eu já sabia que ia ser mais difícil a cesariana do que o parto normal, .(Ent. 2 np)

Para outras as limitações que provoca ao nível da recuperação trás surpresa.

“...não sabia muito bem como ia ser a recuperação.” Ent. 9 np).

Tendo já vivenciado uma cesariana, pode acontecer, que na experiência actual se sinta mais debilitada. Há a consciência de que o corpo não reage de igual forma mesmo em situações idênticas.

“Nunca é igual, cada parto é diferente. Não era nada disto que esperava (...) estou um bocadinho mais, abalada (Ent. 6 p).

A possibilidade de comparar a experiência de cesariana com o parto normal, dá a entender que tendo de passar por ambas as situações em que está patente o processo doloroso, a dor do parto normal é vivida de forma mais aceitável o que faz esquecer essa experiência dolorosa.

“...só que vivendo as duas situações, só posso dizer é que prefiro parto normal, porque a experiência foi melhor... acho que esqueci muito mais rápido as dores...”(Ent. 2 np).

Foi referido por uma das enfermeiras como condicionante da recuperação o tipo de anestesia utilizado. Considera que as mulheres que foram submetidas a uma anestesia geral devido a uma situação de urgência têm uma recuperação mais difícil. No entanto, não ficou bem claro se essa dificuldade está associada aos motivos que levaram á urgência da situação ou se de facto se relaciona exclusivamente com o tipo de anestesia.

“Mas penso que tem a ver, é com o tipo de anestesia, uma mãe numa situação de cesariana urgente tenha que fazer

geral ... a recuperação é muito mais difícil ...”(Ent. 5 enf).

“...Algumas ao fim de 9 ou 10 meses ainda estão queixosas ...” (Ent7enf).

Reorganizar o corpo no período puerperal imediato após uma cesariana, é uma vivência que difere do puerpério em mulheres que tiveram parto vaginal não

complicado, na medida em que acarreta mais limitação física fruto da cirurgia e dos efeitos anestésicos, o que faz com que haja um sentimento de dependência física.

C) Disponibilidade para o bebé

A partir da análise dos dados verificou-se que embora o pós-operatório provoque limitação física, há disponibilidade da mãe para com o bebé. Não se verificou que houvesse comprometimento do estabelecimento da relação precoce devido ao facto do parto ter ocorrido por cesariana. A limitação é temporária e não interfere na relação com o bebé. Verificou-se que as recentes mães tinham motivação para estar com o bebé e criarem um ambiente de interacção afetiva. Progressivamente, a mãe sente que vai sendo capaz de cuidar e amamentar o bebé, vontades manifestadas pelas mães e que representam as primeiras preocupações com o bebé real.

“Não me consigo mexer muito bem, não consigo aceder a ele tantas vezes como gostaria, mas pronto logo talvez ao final do dia já esteja melhor” (Ent 9 np).

Instala-se temporariamente um grau de dependência com o qual algumas mulheres não lidam bem sentindo-se desconfortáveis por necessitarem depender das enfermeiras. Tal situação seria ultrapassada, se pudessem ter a presença contante de uma pessoa significativa que assegurasse apoio.

“...assim precisava de ter ali alguém que me apoiasse, algum familiar por exemplo, ...”(Ent 2 np).

Pode acontecer que a componente dolorosa do pós-operatório, seja ultrapassada e consiga garantir os cuidados ao bebé. Percebe-se assim que há desde muito cedo uma adaptação da mãe às necessidades do bebé e o facto de se sentirem independentes nas actividades de vida trás satisfação com a experiência.

“...não é nada que não tolere porque consigo cuidar bem dela e isso para mim era o fundamental, conseguir prestar todos os cuidados a ela e eu também sou independente portanto não acho que tenha tido assim grande interferência” (Ent. 4 p)

Logo que se sinta mais independente e capaz de gerir o desconforto pós-operatório, procura ser a mãe a cuidar do bebé.

“...na noite anterior eu não conseguia mesmo...depois eu consegui dar banho ao bebé, correu tudo bem” (Ent. 7 np.).

Ainda assim, os efeitos cirúrgicos e pós anestésicos foram referidos como condicionantes para o estabelecimento do contacto precoce entre a mãe e o bebé. À medida que se sente com maior capacidade de mobilização, procura compensar o carinho ao bebé.

“...quando vim para cima também não conseguia por causa dos pontos, depois quando a anestesia passou eu tinha muitas dores ... então de ontem para hoje e a cesariana já foi há 2 dias, é que tive mais tempo com ele a dar os mimos todos...” (Ent 13 np)

Constata-se assim que o facto de o parto ocorrer por cesariana não condiciona a relação da mãe com o bebé. O tipo de parto não interfere com a disponibilidade emocional para com o bebé-

“...tornamo-nos logo mães e então acho que nessa parte é indiferente, em relação ao vínculo acho que não teve qualquer diferença.” (Ent 1 p)

“Não claro que não, não teve interferência. Sinto a mesma coisa como se fosse o parto natural...” (Ent 7np).

O forte desejo de ter um filho faz ultrapassar as dificuldades sentidas, não interferindo com o modo como se estabelecem os laços afetivos com o bebé real no parto por cesariana.

“Não, não, eu acho que é assim quando nós queremos muito um filho, na minha maneira de ver não faz diferença ser de parto normal ou ser cesariana...” (Ent 8 p).

“... não faz diferença ser de parto normal ou ser cesariana, mas quando o filho é desejado a gente tanto gosta dele tendo as dores e vê-lo nascer ali naturalmente como a gente vê-lo nascer a fazer uma cesariana...” “(Ent 7p).

5.2.4. “Influência do provedor de apoio”

Esta categoria emergiu dos dados como um conceito para entendimento do comportamento daquele que se deseja ser a fonte mais próxima de apoio à mulher quando se decide por cesariana tanto de forma programada como não programada. De referir que para a emergência desta categoria contribuíram também dados oriundos das entrevistas às enfermeiras por lidarem quotidianamente com essa situação. Com base na pergunta feita às mulheres, “Como reagiu o seu marido à notícia de cesariana?” e na pergunta feita às enfermeiras, “Como reagem os maridos à notícia de cesariana não programada?” Os códigos emergentes integrados nesta categorização destacam as subcategorias “cesariana programada” e “Cesariana não programada”, em que nas propriedades e dimensões se pode encontrar uma certa complementaridade entre elas, sendo umas mais dominantes do que outras. Lembramos que embora não se trate de um estudo comparativo, ser programada ou não programada são duas variáveis que se revelaram pertinentes e que consideramos. A figura 18 representa a árvore da categoria “Influência do provedor de apoio”

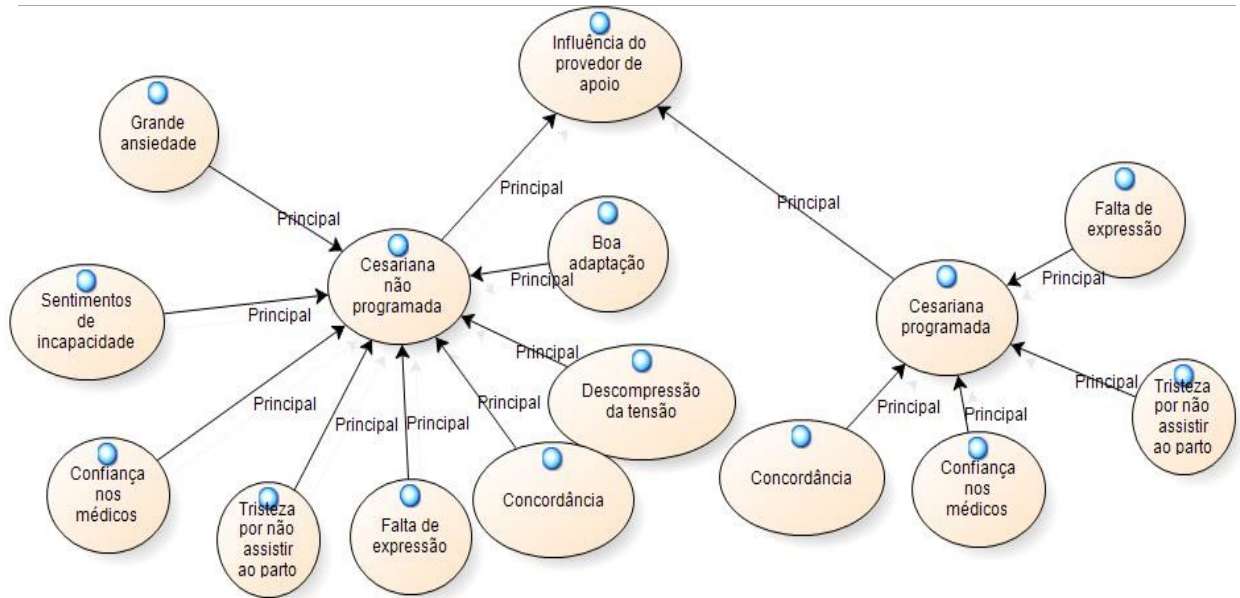


Figura 18 Árvore da categoria Influência do provedor de apoio

A) “Cesariana não programada”

De todas as participantes apenas uma não teve oportunidade de ter o marido por perto de forma continuada, sentindo tristeza por não poder partilhar o momento em que foi decidida a cesariana.

“Tive pena que ele não estivesse cá ao pé de mim” (Ent 11 np).

Dos vários depoimentos das entrevistas, ressalta que na situação de cesariana não programada a figura do provedor de apoio reage de diversas formas. Uma das enfermeiras aponta para o papel pouco ativo da figura masculina no parto, sentido neles alguma indiferença e adaptando-se à notícia com indiferença.

“Como não é com eles não vejo assim muita reacção!” (Ent 4 enf).

Foi também identificada por estas profissionais a falta de expressão em alguns casos.

“Não tenho percebido que eles tenham manifestado algo significativo...” (Ent 10 enf).

“...acabam por não verbalizar muito” (Ent 3 enf).

Colocam-se numa posição de espera e apesar da ansiedade e preocupação, a confiança e o conhecimento prévio de que podem surgir complicações que levem a cesariana, dão lugar à concordância com uma conduta pacífica.

“Portanto, a reacção foi uma reacção acho que natural (...) era uma coisa que podia ser possível (...) isso foi pacífico” (Ent. 9 np).

Podem também partilhar a ansiedade com as mulheres, mostrando-se ansiosos. Manifestam um desejo de nascimento rápido sem complicações, à semelhança das mães.

“Também estava a viver a mesma situação que eu, queria-a era cá fora...”(Ent 5 np).

O *stress* e o nervosismo estão presentes mas o tempo que medeia a decisão e a ocorrência da cesariana não programada é curto levando a que esta vivência seja rápida. Alguns acompanhantes assustam-se e vivem momentos de ansiedade. Esta ansiedade surge perante o sofrimento da mulher e pela espera de uma resolução.

“ Ele só dizia mas se é para ir para cesariana, é já!
porquê que não te vêm buscar?” (Ent. 10 np).

Há um sentimento de ameaça eminente que tarda em ser resolvida. A ideia que tanto a mulher como o bebé estão a passar por riscos reais prende-os a uma situação de ansiedade que pode ser excessiva no momento mas que conseguem controlar. As enfermeiras consideram que estes momentos que levam à cesariana de forma não programada podem causar nos maridos/companheiros um elevado nível de *stress* nomeadamente quando se suspeita de sofrimento do bebé.

“...para eles também é muito stressante” (Ent 2 enf)

““...alguns ficam aflitos, perguntam se está tudo bem e se a gente os tranquiliza
...ficam mais calmos” (Ent 6 enf)

“...o que os aflige, é a notícia de que vai para cesariana por uma suspeita de sofrimento fetal” (Ent 5 enf).

No entendimento de uma das enfermeiras, há o sentimento de que a

presença continua na sala de partos dos maridos/companheiros permite uma proximidade e controlo dos acontecimentos. Ainda assim dadas as imprevisibilidades que ocorrem nas salas de parto, a ansiedade está sempre presente. Para minorar a ansiedade, quando ocorre cesariana não programada é permitido aos companheiros permanecer no serviço e ficarem junto do bebé, o que faz diminuir a ansiedade.

“Ficam um pouquinho mais ansiosos mas pronto, permanecem no serviço, ficam à espera do bebé, entretanto o bebé vem primeiro, eles ficam ao pé do bebé enquanto a mãe não chega do bloco” (Ent 9 enf).

Há uma necessidade de adaptação a uma mudança de ambiente e rotina que embora seja temporário ocorre no âmbito de um acontecimento marcante que é imprevisível, do qual desejam bons resultados. Perante um tempo de espera prolongado e por vezes de sofrimento das mulheres, começam por descomprimir e sentir alívio quando sabem que a mulher vai fazer cesariana. À semelhança do que é sentido pelas mulheres, esta intervenção é considerado por eles como meio de solucionar o nascimento, aliviando a ansiedade, a preocupação e os temores associados à espera e à incerteza.

“Não sei, acho que para ele também ficou aliviado, não sei” (Ent 2 np)

“...é um alívio, para elas e para eles, é um alívio a cesariana!” (Ent 1 enf)

“..reagem com alívio porque acabam

por estar muito tempo ...terminou aqui!” (Ent 8 enf)

Podem gerar-se também sentimentos de incapacidade em momentos de grande aflição. Na perspetiva das enfermeiras que estão presentes, quando da notícia de que o parto vai ocorrer por cesariana, os maridos/companheiros sentem-se impotentes, com sensação de nada poder fazer. Há um conflito entre o que sente e o que pode fazer.

“Eu acho que... no fundo eles são um bocadinho impotentes e se calhar, sentem isso, um bocadinho de impotência” (Ent 7 enf)

Este sentimento de incapacidade pode resultar do papel passivo que a presença do futuro pai ainda tem no acompanhamento da parturiente. Evidencia-se sobretudo a atuação dos profissionais. Faz-se transparecer a sua incapacidade perante os acontecimentos sentindo que nada pode fazer confiando nas ações dos técnicos. Sentir confiança nos médicos que vigiam a gravidez faz com que se sintam mais seguros e nas situações de não programação a confiança e disponibilidade dos técnicos contribuem para que se sintam calmos.

“Depois conhecíamos o médico porque era o médico que me tinha seguido desde o início a confiança nele era muito grande ...” (Ent. 5 np)

No entendimento de uma das enfermeiras, a única saída é confiar nos técnicos e em que tudo correrá pelo melhor.

“Resta-lhes no fundo (...) confiar...” (Ent 7 enf).

No casal pode existir uma atitude de concordância perante a decisão, fruto das conversas em casal em que se privilegia a saúde e o bem estar da mulher e do filho.

“É assim, o que nós falamos é que se não chegasse à parte mais controlável era o que fosse melhor para o bebé e melhor para mim...” (Ent. 7 np.)

Estar a acompanhar o trabalho de parto permite conviver com o desconforto que a mulher sente, e vê na cesariana uma solução para parar o sofrimento e prevenção de complicações.

“...só que eu acho que ele aceitou um bocadinho também a cesariana pelo sofrimento em que ele me estava a ver, das dores...” (Ent 10 np.).

“...disse, se é melhor para ti é a decisão que fica.” (Ent. 7 np.)

À semelhança do que ocorre nas cesarianas programadas quando há necessidade de cesariana não programada, os maridos/companheiros podem também sentir tristeza por não poder assistir ao parto. Uma das enfermeiras evidencia além da ansiedade devido a ser uma intervenção cirúrgica, a importância não só de assistir ao parto mas da sua presença em todo o processo de nascimento comparativamente ao que acontece com o parto vaginal.

“Ficam um pouquinho ansiosos, vá! Sempre é uma intervenção, ...sentem que é aquele período em que... não estão ao corrente da situação de forma permanente” (Ent 9 enf).

Trata-se de uma situação de forte significado, que ocorre num ambiente desconhecido, com sensações novas, não sabe o que a mulher sente, teme pelo bem-estar do bebé. O forte desafio ocorre à volta de um evento memorável com significativa relevância nas suas vidas. Têm que gerir o *stress* em horas que são intermináveis sentindo-se por vezes impotentes. Vivem também o carácter imprevisível atribuído ao parto, os impasses e as incertezas.

B)“ Cesariana Programada”

A capacidade de adaptação a uma situação considerada fora do habitual, e que requer solução adequada varia entre as pessoas. Na situação que aqui expomos, quando se decide por cesariana, o elemento masculino do casal pode também manifestar as suas emoções, sem que no entanto interfira no que é decidido. Consta-se que no imediato, ambos se adaptam bem à ideia de que o parto vai ocorrer por cesariana.

Nos caos em que se programa a cesariana, embora possam sentir alguma preocupação, reconhecem a necessidade e as vantagens para a saúde da mulher e do filho.

“Ele ficou mais preocupado do que eu (...) mas reagiu bem, ele começou a ver que eu também comecei a ter problemas, a saúde...” (Ent 8 p.).

“Ele até disse, se calhar assim é melhor, se calhar assim não há tanto risco para vocês as duas, e como ela está grande... (Ent 4 p.)

Se há já antecedentes de cesariana e se não ocorreram complicações, há uma certa confiança de que tudo irá ser igual, não se prendendo à ideia de que a cesariana possa ser uma forma arriscada de ter o filho.

“...já tinha vivido essa situação uma primeira vez, não lhe causou grande confusão...”(Ent.1 p.)

O tempo em que ocorre a decisão, durante a gravidez pode influenciar a reacção sendo que na fase final parece levar a uma reacção mais tranquila.

“Também reagiu bem como foi na fase final...”(Ent. 4 p)

Podem também não se manifestar quando é dada a informação de que o parto vai ocorrer por cesariana.

“Não sei, não se manifestou” (Ent 3 p).

Podem também sentir tristeza por não assistirem ao parto.

“O marido (...) não ia poder assistir ao parto. Ao que eles dão mais ênfase é ao não poderem estar presente no momento do nascimento”(Ent 6enf).

“Alguma tristeza talvez, porque na cesariana ele não pode assistir e num parto natural podia (Ent1p).

Da partilha que há entre o casal sobre o tipo de parto, ressalta assim que também o homem possa mostrar preferência pelo nascimento natural, trazendo-lhe a possibilidade de assistir ao nascimento do filho.

“Tinha a mesma opinião que eu, preferia parto normal... assistir ao parto ...”(Ent.6p)

Também aqui a ponderação sobre o estado de saúde da mulher leva a que em conjunto concorde com a cesariana.

“...mas como a saúde também não é muita, tivemos que concordar com a cesariana”
(Ent. 6 p).

Na caracterização das, “Vivências na experiência de parto por cesariana”, salienta-se os aspectos aos quais tanto as puérperas como as enfermeiras são sensíveis. Embora seja uma experiência vivida pela mulher, dar voz às prestadoras de cuidados diretos permitiu enriquecer a compreensão sobre a forma como as mulheres vivenciam o parto por cesariana. Apenas lembrar que neste estudo, a vivência está restrita ao período pós parto precoce que se inicia ainda nos serviços de obstetrícia. É através da forma como vivenciou o parto que a mulher atribui significado à experiência vivida. A vivência que aqui referimos reflete o que foi sentido, o conhecimento que tinha, os recursos utilizados e as principais preocupações. Desta vivência resulta o nível de satisfação com a experiência de cesariana face às expectativas construídas. Como mencionam Bussel et al., (2010),

a satisfação das utentes revela-se um tema importante na saúde sendo alvo de pesquisa e em obstetrícia, esta tendência tem-se centrado nas experiências de parto.

Dos dados, emergiram sobretudo os aspetos que contemplam a experiência de parto cirúrgico e a recuperação no período do puerpério precoce, o que permitiu compreender este percurso na vida da mulher. Para Redshaw, e Hockley (2010), a experiência de parto por cesariana, e a recuperação pós parto, constituem uma trajetória que varia de mulher para mulher.

A análise dos resultados permitiu identificar duas circunstâncias em que vive o parto por cesariana, uma de forma programada e outra de forma não programada. As participantes que tiveram uma vivência de cesariana não programada, passaram também pela experiência de trabalho de parto necessitando no entanto de fazer cesariana de forma inesperada, o que lhes proporcionou outro tipo de experiências. Globalmente, estas mulheres sentiram que a experiência de trabalho de parto foi considerada dolorosa, exaustiva e difícil. Os procedimentos obstétricos e a experiências anteriores foram referidos como memórias marcantes. Dados idênticos foram encontrados por Salmon e Drew (1992), em que se identificaram como fatores que influenciam a experiência de parto os procedimentos obstétricos, e os antecedentes obstétricos onde se incluíam experiências anteriores de gravidez e parto. Foi evidenciada a dificuldade em lidar com a dor do trabalho de parto e com o desconforto pós-operatório nomeadamente quando acontecia uma cesariana de forma não programada. Aspeto que vai ao encontro dos resultados de Saisto et al., (2001), onde ficou demonstrado que os preditores mais fortes de decepção com o parto estavam relacionados com a dor do parto e com o facto da cesariana ter ocorrido de forma urgente.

A satisfação com o parto é um conceito complexo e multidimensional (Christiaens & Bracke, 2007; Redshaw, 2008), Um dos aspetos resultantes da avaliação que as mulheres fazem sobre a experiência do parto por cesariana não programada e que foi considerada positiva foi a importância dada ao seu desempenho durante o trabalho de parto. Ao passarem pelo processo de trabalho de parto, sentiram que foram capazes de suportar até ao limite das suas forças. Os aspetos menos positivos referem-se ao tardar da decisão do médico para cesariana

deixando que o trabalho de parto se arrastasse, não poder ser submetida a analgesia epidural e dificuldade na mobilização após o parto. O que supera todas estas dificuldades é o facto de terem junto delas um bebé saudável. Os contratempos ocorridos e que levaram a uma experiência de parto diferente daquela que esperavam sendo manifestado o desejo pelo parto normal, fazem com que evidenciem os aspetos mais negativos. Também Mackey (1998), no seu estudo sobre a avaliação da experiência de parto, concluiu que as mulheres que tiveram uma má experiência de parto, tendem a referir com mais ênfase os aspectos negativos, apresentando alguma dificuldade em apontar aspetos positivos, salientando nestes, o facto de ter o bebé e como aspeto negativo a dor sentida. A experiência de um trabalho de parto difícil contribuiu também para a menor satisfação com o parto. Para (Nysted, Hogberg, & Lundman, 2008), um trabalho de parto difícil e prolongado diminui a satisfação da mãe com a experiência de parto, mais do que um parto cirúrgico. No entendimento de algumas enfermeiras a não concretização do parto normal pode trazer sentimentos de culpabilização e frustração, o que corrobora com os resultados do estudo de Soet et al., (2003) ao concluir que a não concretização das expectativas para um parto normal pode levar à insatisfação com a experiência de parto tendo efeitos negativos como sentimentos de culpa, raiva, depressão, perda podendo também apresentar sintomas de *stress* pós traumático.

Ainda assim, foram salientados aspetos que identificam a perceção positiva do parto. A maioria tinha conhecimento sobre o trabalho de parto, tendo recebido durante a gravidez informação que consideraram vantajosa para o decurso do trabalho de parto. Salientou-se o conhecimento prévio de situações que podem ocorrer, nomeadamente a longa duração do trabalho de parto e a possibilidade de cesariana não programada. Estes resultados corroboram com alguns encontrados em vários estudos que se têm centrado na perceção positiva do parto para a qual contribuem componentes contextuais tais como, ter recebido informação adequada e precisa, as dificuldades sentidas, tipo de parto, dor sentida, duração do trabalho de parto, capacidade de controlo e o apoio do companheiro (Christiaens & Bracke, 2007; Cipolletta & Balasso, 2011;). Este conhecimento quando adquirido previamente ajuda a mulher a perceber o parto de forma mais positiva. Waldenström (1999), mostra-se convicto de que existem três fatores que estão mais

directamente relacionados com a percepção positiva do parto. Destaca, o controlo percebido, entendido como o tipo de informação que a mulher recebeu sobre os procedimentos aos quais foi sujeita, o apoio social que reporta ao atendimento dos profissionais de saúde e do acompanhamento de provedor de apoio a doula e/ou companheiro.

Qualquer que seja a intervenção cirúrgica, há sempre necessidade de uso de terapêutica anestésica. Encontramos referência ao medo dos efeitos anestésicos que surgiu como fator de ansiedade tanto em mulheres que fizeram cesariana programada como as que fizeram cesariana não programada. Tal também se verificou no estudo de (Porter et al., 2007) em que se identificou o medo relativo à anestesia como agente stressor. Salientando a influência do género, o estudo de Mavridou, Dimitriou, Manataki, Arnaoutoglou & Papadopoulos (2013), concluiu que um número considerável de utentes, em especial mulheres, expressou medos e preocupações sobre a anestesia aumentando a ansiedade pré-operatória.

Todas as mulheres se mostraram capazes de referir as causas que levaram à necessidade de cesariana não programada, o que corrobora com o estudo de Ryding, Wijma & Wijma, (1998), ao concluir que quase todas as mulheres tinham um conhecimento adequado das razões para cesariana de emergência. No imediato, algumas mulheres mostraram-se frustradas por não terem conseguido um parto vaginal. No entanto, sendo informadas das circunstâncias em que ocorre e considerando o compromisso com o seu bem-estar e do bebé acabam por compreender a necessidade de intervir cirurgicamente o que ajuda a ultrapassar essa frustração.

Considerando a intensidade da dor, constatou-se que as mulheres elegem ainda durante a gravidez a analgesia epidural como um meio eficaz para alívio da dor. Este aspeto fez-nos pensar sobre a percepção que estas mulheres têm sobre a dor do parto. Para Lally, Thomson, MacPhail & Exley (2014), as preferências das mulheres durante a gravidez sobre o alívio da dor no trabalho de baseia-se nas expectativas que tem para ela. Não foi feita referência ao recurso a técnicas não farmacológicas de alívio da dor, exercitadas por algumas das participantes nas aulas de preparação para o nascimento. Nenhuma das salas de parto destes hospitais tem instituído o recurso a meios não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de

parto, embora se iniciem atualmente alguns esforços nesse sentido, nomeadamente e deambulação e o duche. Autores como Madden, Turnbull, Cyna, Adelson e Wilkinson (2013), consideram importante que os métodos de alívio da dor disponíveis em ambientes de cuidados obstétricos ponderem as preferências informadas das grávidas.

Os significados atribuídos à dor do parto apresentaram perspetivas diferentes. Enquanto para umas foi sofrimento para outras, passar pelo trabalho de parto fortaleceu a maternidade, e confirmou a capacidade do seu organismo em responder às exigências do trabalho de parto ao conseguirem fazer a dilatação. Passar pelo trabalho de parto e período expulsivo foi considerada uma experiência mítica à qual a mulher tem direito. A este respeito, Salgado, Progiante e Santos (2010), referem que a dimensão mítico-simbólica no parto, ajuda as mulheres a encontrarem sentido na experiência de parto. Esta experiência revelou-se importante para algumas mulheres trazendo crescimento pessoal e revelando a necessidade de força de vontade para a superar. A força pessoal e a autoestima ficaram aumentadas ao sentirem que foram capazes de passar pela experiência de parto. Estes resultados corroboram com os de Callister (2004), em que as mulheres descreveram ter ganho habilidade, força pessoal e competência para enfrentar os desafios do parto e do nascimento, muitas descreveram uma sensação de euforia e realização. Verificamos ser importante para as mulheres o reconhecimento pessoal da capacidade de lidar com o trabalho de parto, suportar a longa duração e a dor sentida. Este desafio autovaloriza, e para algumas mulheres, passar por todas as fases do trabalho de parto que inclui a dor torna a experiência de nascimento mais completa. Para Ruano et al., (2007), no imaginário de algumas mulheres, boa mãe é a que sofreu para cumprir o seu papel na função de dar à luz. Já para Stern et al., (1999), a natureza extrema do parto transforma o nascimento numa transição psicológica e num ritual de transição que modificam de forma profunda a vida da mulher.

Num curto período de tempo, a mulher vive sentimentos que podem ser insegurança, medo, infelicidade e alívio terminando com felicidade, que surge com o nascimento do bebé. Ao esperar por um parto vaginal, depois de ter iniciado o trabalho de parto, que culminou numa cesariana que não estava prevista, gera-se uma vivência de conquistas e derrotas que marca a qualidade desta experiência

significativa. A experiência de parto por cesariana de forma não programada apesar de compreenderem a sua necessidade, constituiu uma experiência pouco satisfatória sobretudo porque a mulher criou expectativa para um parto vaginal, passou pelo trabalho de parto mas o nascimento terminou numa intervenção cirúrgica dando um carácter de esforço inglório. Resultados que corroboram com os de (Wiklund et al., (2007) ao se concluir que no que respeita às expectativas e à experiência vivida, mulheres que tinham expectativa de um parto vaginal, mas experienciaram uma cesariana de emergência ou um parto vaginal instrumental, consideram que tiveram experiências de parto mais negativas.

Ressalta assim, que o processamento emocional na vivência do parto por cesariana salienta aspectos que compreendem afetos, angústias, experiências e também projeções futuras. Ao passar pela experiência de parto cirúrgico não programado algumas mulheres pensaram em futuros partos. Esta forma precoce de pensar sobre outros partos evidencia formas distintas de pensar em futuros partos. Nesta ambivalência, pode ser colocada a hipótese de ter não ter mais filhos ou manter o desejo pelo parto vaginal evitando assim passar pelo desconforto da recuperação cirúrgica. Apenas uma participante identificou riscos com a limitação de gestações em consequência das cesarianas. No entanto pode haver um desejo de não ter muitos filhos, o que faz com que não evidenciem esse aspeto. A este respeito, o estudo de Kjerulff et al., (2012), concluiu que as mulheres que têm o parto por cesariana o número reduzido de filhos deve-se à intensão prévia de não ter uma família numerosa, apenas um ou dois filhos.

A recuperação pós parto constituiu a maior fonte de insatisfação com a vivência da cesariana neste período do puerpério. Foi salientada a limitação física e a dor sentida por um período de tempo prolongado, comprometendo a disponibilidade para o bebé e a amamentação. Estes resultados corroboram com os encontrados numa meta-análise que analisou resultados psicossociais do parto. Concluiu que as mulheres que tiveram parto por cesariana, ficaram significativamente menos satisfeitas com a experiência de parto, quer no imediato quer a longo prazo, apresentando menos predisposição para amamentar, maior tempo para estabelecer a interacção com o filho após uma cesariana (DiMatteo et al., 1996).

Dentro dos vários aspectos que envolvem o parto, evidencia-se a preferência pelo desenvolvimento natural evitando a limitação física e desconforto doloroso sentido na cesariana. Resultados semelhantes foram encontrados num estudo australiano, ao concluir que algumas mulheres entenderam que o parto vaginal evitou o comprometimento das atividades de vida, tal como acontece de forma inevitável em consequência da cirurgia. Esta limitação física ainda que temporária, foi vista como um incómodo, porque tornava a mulher mais dependente de terceiros. e necessitava de apoio domiciliário (Fenwick, Gamble & Hauck, 2007).

Ao fazer uma cesariana não programada as mulheres passaram por um processo doloroso antes e após o parto. Destacou-se a experiência dolorosa vivida durante o trabalho de parto sendo referida com bastante ênfase. O estudo de Frello e Carraro (2010), embora não tenha sido direccionado para mulheres submetidas a cesariana, obteve resultados semelhantes ao demonstrar que a experiência de dor é uma das primeiras lembranças que advêm para a mulher no puerpério imediato. Na recuperação puerperal, a dor pós operatória foi referida como mais incapacitante e duradoura quando comparada com a dor do parto vaginal. Também as enfermeiras reconhecem que compromete o bem-estar materno nesta fase inicial do pós- parto. Para Ismail, Shahzad e Shafiq (2012), a gestão da dor pós-operatória destas pacientes tornou-se um grande desafio médico e de enfermagem.

Se a cesariana é programada, a mulher não passa pelo processo doloroso do trabalho de parto. No entanto tem que passar por uma recuperação pós cirúrgica que é desconfortável e comprometedora da destreza física, aspeto considerado negativo. Também o estudo de Bryanton et al., (2008), revelou que mulheres que tiveram parto por cesariana consideram a experiência menos difícil mas em contrapartida, menos gratificante quando comparado com mulheres que tiveram parto espontâneo.

No que respeita à satisfação com o parto, um estudo salienta que em média, as mulheres que tiveram os filhos por cesariana tinham menos satisfação com a sua experiência (Waldenstrom, 1999). Esta insatisfação está associada à dor sentida no pós-operatório, sendo que esta sensação dolorosa pode estender-se no tempo. Autores como Liu, Raju, Boesel, Cyna, & Tan (2013), concluíram que tanto médicos

como utentes devem considerar que o parto por cesariana pode levar a longo prazo a quadros de dor persistente de carácter grave.

O parto por cesariana não programada foi percebido como de maior domínio da intervenção no parto provocando menos satisfação. O que corrobora com os resultados de Chalmers (2010), ao concluírem que mulheres que têm partos por cesariana urgente experimentam mais intervenções durante o trabalho de parto e têm menos satisfação com o parto. Nem sempre se concretizou a expectativa de ter um parto normal, o que corrobora com os resultados de Malacrida (2014) que concluiu através do relato das mulheres numa fase precoce do puerpério, que havia uma separação entre as expectativas de desejar e conseguir ter um parto o mais natural possível. Mulheres com cesarianas anteriores encaram de forma positiva o facto de fazerem uma cesariana de repetição. Consideraram que é uma forma de evitar riscos no parto sustentando-se nas experiências anteriores positivas. Estes resultados corroboram com os de um estudo que se debruçou sobre a experiência de cesariana e concluiu que mulheres com antecedentes de cesariana podem estar mais predispostas a escolher esse método, em gravidezes posteriores (Meddings et al., 2005). Verificou-se uma aceitação e reacção positiva à cesariana quando programada, o que vai ao encontro dos resultados de Blüml et al, (2012), em que se concluiu que havia uma satisfação global e tolerabilidade psicológica em mulheres que tiveram parto por cesariana programada.

Na experiência de cesariana, a satisfação com o parto passa também pela possibilidade que a mãe tem de interagir e cuidar do bebé logo após o nascimento. No que respeita ao parto cirúrgico, a literatura tende a centralizar em quatro aspectos fulcrais a experiência de cesariana: desencadeamento de depressão materna pós parto, nível de satisfação com o nascimento, relacionamento mãe-bebé e amamentação (Clement, 2001). Percebemos que dos aspetos encontrados na recuperação pós parto, evidencia-se a preocupação com a disponibilidade para o bebé, traduzindo uma preocupação com o estabelecimento da maternidade e o empenho no seu papel de cuidadora principal. Para Pan (2006), as mulheres querem estar despertas e com energia suficiente para cuidar, interagir e amamentar o recém-nascido. Autores como Dieterich, Müller-Jordan, Stubert, Kund, Wagner & Gerber, (2012), referem que as mulheres após a cesariana querem partilhar a

alegria que sentem com o seu recém-nascido. O primeiro choro, o contacto pele a pele, o olhar e a amamentação que acontecem logo após o nascimento são fundamentais para desenvolver o sentimento de maternidade (Stern, Bruschiweiller-Stern & Freeland, 2000). Nesta linha de pensamento, autores como Klaus & Kennell (1993), referem que a mulher vê obrigada abandonar o papel de filha e assumir o de mãe.

Embora tenha sido dada ênfase à dificuldade sentida no pós operatório, não foi referido que a cesariana tivesse comprometido o vínculo inicial com o bebé devido à limitação física transitória. No entanto, autores como Bystrova et al., (2009), referem que devido à dor pós operatória, as mulheres sentem que está comprometida a sua mobilidade receando que haja interferência no vínculo mãe-bebé e com a amamentação, aspetos a que a mulher atribui importância. Verificou-se que havia uma preocupação por parte das enfermeiras em promover o aleitamento materno após o nascimento por cesariana, considerando que pode ficar comprometido devido às limitações iniciais sobre a mobilidade fruto da intervenção cirúrgica. Estudos como os de Zanardo et al., (2010), concluíram que aos partos por cesariana electiva ou de urgência está associada uma taxa de diminuição do aleitamento materno exclusivo quando comparada com o parto vaginal. O alojamento conjunto favorece a relação precoce e faz sentir a mulher como a principal cuidadora do seu filho logo após o nascimento, período que nominaram “período sensível materno”, durante o qual desponta o apego dos pais ao bebé. Relativamente ao compromisso com a amamentação, não foram apontados condicionantes provocadas pelo facto de parto ter ocorrido por cesariana, embora haja autores que salientam os efeitos negativos da cesariana no sucesso da amamentação. A incapacidade temporária que surge com o pós-operatório, impede que as mulheres amamentem confortavelmente na sala de parto e no período pós-parto imediato parecendo ser esta a explicação mais provável (Zanardo et. al., 2010).

A disponibilidade para o bebé não parece ser de todo condicionada pelo facto de o nascimento ter ocorrido por cesariana, e embora haja um desgaste físico e emocional, as mães mostram-se disponíveis para estar com os bebés e prestar-lhes cuidados e partilhar carinho. No entanto, foi reconhecido por algumas participantes

que a disponibilidade pós parto, esteve mais comprometida do que nos partos vaginais, o que corrobora com os resultados encontrados por Cipolletta e Sperotto (2012), ao constatarem que as mulheres que tiveram partos vaginais estavam mais disponíveis, enquanto que as outras se sentiam mais cansadas e fracas devido à cirurgia e aos efeitos anestésicos. Globalmente, referem ter nesta fase lembranças menos positivas da experiência de dor no trabalho de parto e de lidar com as dificuldades na recuperação pós parto. Para Simkin (1992), anos depois, as memórias das mulheres são geralmente bem claras, e muitas ficam bastante vivas, principalmente o início do trabalho de parto, a ruptura das membranas; chegada ao hospital; atitudes de médicos, enfermeiros e seus companheiros; intervenções específicas, e o nascimento. Também no estudo de Cipolletta e Sperotto (2012), as mulheres que tiveram uma cesariana de urgência estavam menos satisfeitas do que as mulheres que tiveram um parto vaginal.

Embora no parto sejam a mulher e o bebé os protagonistas, começa a verifica-se que há um maior envolvimento da figura paterna na gravidez e no parto. Para Colman e Colman (1994), actualmente estão a acontecer coisas maravilhosas, os homens, começam a ser encorajados e a ser envolvidos na gravidez e a comparecer no parto. Considerando que a gravidez e o parto são acontecimentos sentidos pelos dois membros do casal, fez-nos sentido considerar a forma de estar dos maridos/companheiros num ambiente de sintonia e proximidade do casal no que respeita à forma como reagem à decisão de cesariana e compreender se são fator de influência na decisão tomada. A gravidez e o parto passaram a ser vividas em casal. Tal como refere Leal (2005), o período gravídico afeta consideravelmente o casal, é um momento de espera, com expectativa e simbolismo que se manterão para toda a vida. Foi interessante percebermos que nenhuma das participantes fez referência à expectativa de ter a presença do marido/companheiro durante o trabalho de parto. No entanto quando tal não acontece pode causar desagrado. Questão referida pela única participante que não teve a presença da pessoa significativa. Esta ausência foi considerada por ela como pouco gratificante sobretudo pela impossibilidade de partilhar a notícia da necessidade de fazer cesariana. A sua presença permite partilhar um evento de grande importância para ambos, assegurando que o nascimento fortaleça a relação pais/bebé de forma precoce. Para Kainz, Eliasson & von Post (2010), os novos pais têm um evento

comum para compartilhar, um evento que faz com que o pai e a mãe da criança se aproximem através de dar juntos à luz um filho. No entanto, a sua permanência na sala de partos acarreta vivências muito intensas e ambivalentes.

O perfil dos provedores de apoio que neste estudo são os maridos/companheiros, não sai do domínio do apoio emocional e do conforto físico da parturiente. O período de espera, assistir ao sofrimento da mulher e a necessidade de uma cesariana que não estava prevista condicionam substancialmente esta experiência que pode ser stressante tal como acontece com as parturientes. Para Nakano et al., (2007), os acompanhantes evocam atributos maternos (resignação, sofrimento e recompensa), podendo ter ainda uma postura fiscalizadora do serviço prestado.

Se a decisão ocorre durante a gravidez os maridos/companheiros confiam no parecer médico. Quando não é programada e está presente no momento da decisão, a par da preocupação vivencia também sensações de incapacidade. Estes dados são semelhantes ao do estudo de Kaye, Nakimuli, Osinde & Mbalinda (2014), onde se verificou que o sistema de saúde limita a participação dos homens no parto, uma vez que não têm papéis bem definidos no ambiente hospitalar.

Percebeu-se nos dados que as expectativas construídas para o parto influenciam a forma como ele é vivido e se ocorre cesariana de forma não programada, a mulher pode por um lado considerar que foi uma solução mas por outro dá uma percepção mais negativa e de maior desagrado com a experiência de parto. Conde, Figueiredo, Costa, Pacheco e Pais (2007), referem a este respeito que os resultados de investigações que tiveram como objectivo comparar a experiência de diferentes tipos de parto são unânimes no que respeita a uma percepção mais negativa do parto em mulheres que foram sujeitas a cesariana quando comparada com mulheres que tiveram um parto eutócico. De um modo geral, constatamos que esta vivência incluiu aspectos positivos e negativos, sendo que nem sempre as expectativas foram concretizadas esta não concretização assenta sobretudo na não realização do parto normal. Salientou-se como como aspeto positivo o contacto precoce com o bebé e como negativo, a longa duração do trabalho de parto, que culminou nima cesariana, a dor sentida no trabalho de parto e no pós parto. Estes

resultados são semelhantes aos que foram encontrados recentemente por Jordá et al., (2013), em que a vivência do parto se mostrou dicotômica constatando-se a existência de aspectos positivos, o de conhecer o bebé e negativos, o pouco conhecimento e as intervenções médicas.

Nesta vivência, a mulher teve como recursos a sua capacidade cognitiva e emocional, o acompanhamento do marido/ , a analgesia epidural para alívio da dor e a possibilidade de fazer cesariana para evitar complicações no seu bem estar e do bebé. Algumas sentiram perda do que foi esperado sendo que as expectativas construídas influenciou a forma como sentiram o parto. Nas mulheres que fizeram cesariana programada, e que já tinham uma cesariana anterior apesar dos receios a cesariana foi considerada uma forma de evitar riscos e por isso bem aceite. Nas que fizeram cesariana de forma não programada, lidaram com o inesperado causando tristeza e frustração. Viveram momentos de dor e exaustão, tendo que passar por um período de espera e sujeitarem-se posteriormente a uma cesariana, causando uma ambivalência, entre o desagrado e o alívio. A principal preocupação centrou-se no bem estar do bebé, mostrando-se disponíveis para cuidar e amamentar. De um modo geral todas tinham conhecimento das causas da cesariana. No que diz respeito à recuperação pós parto algumas sabiam que podia ser mais difícil que no parto normal.

5. 3. “FUNDAMENTOS PARA O PARTO CIRÚRGICO”

Este terceiro e último construto, relaciona-se com as bases em que assentam a prevenção e a resolução de complicações identificadas e que impedem o parto por via vaginal. Emergiram as categorias “Tranquilidade no parto”, “Mediadores da decisão médica” e “Pressupostos da decisão”. Os dados emergem sobretudo das entrevistas às enfermeiras embora também haja aspetos relevantes identificados nas entrevistas às puérperas. Os aspetos que salientados estão relacionados com os motivos que levam ao parto por cesariana, evidenciando-se que existem múltiplos fatores. Para isso contribuem a proteção pessoal quer na perspectiva dos médicos quer na das mulheres, os aspetos maternos e fetais que levam à suposição de existência de risco, a formação e a prática dos médicos das enfermeiras. Destaca-se

a racionalidade e subjectividade das tomadas de decisão neste tipo de parto no qual a mulher ainda não é totalmente envolvida. A figura 19 representa a categorização dos fundamentos para o parto cirúrgico.

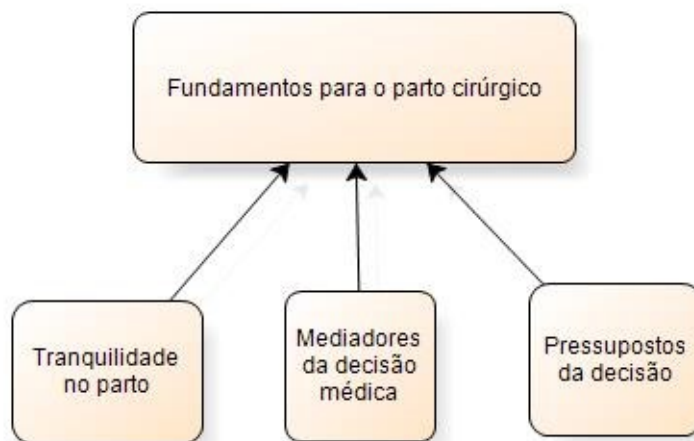


Figura 19 Categorização dos “Fundamentos para o parto cirúrgico”

5.3.1. “Tranquilidade no parto”

Esta categoria, salienta os aspetos que levam a considerar a cesariana como via do parto tanto na perspectiva das mulheres como dos médicos. Traduz o significado de segurança que é atribuído a esta intervenção e, embora seja um procedimento cirúrgico, é visto como uma forma segura de fazer nascer quer pelos médicos quer pelas mulheres. Surgiram duas subcategorias, “Bem estar do médico” que evidencia a prespetiva médica e “ Bem estar da mulher” que evidencia a prespetiva da mulher. A figura 20 representa a árvore da categoria “Tranquilidade no parto”.

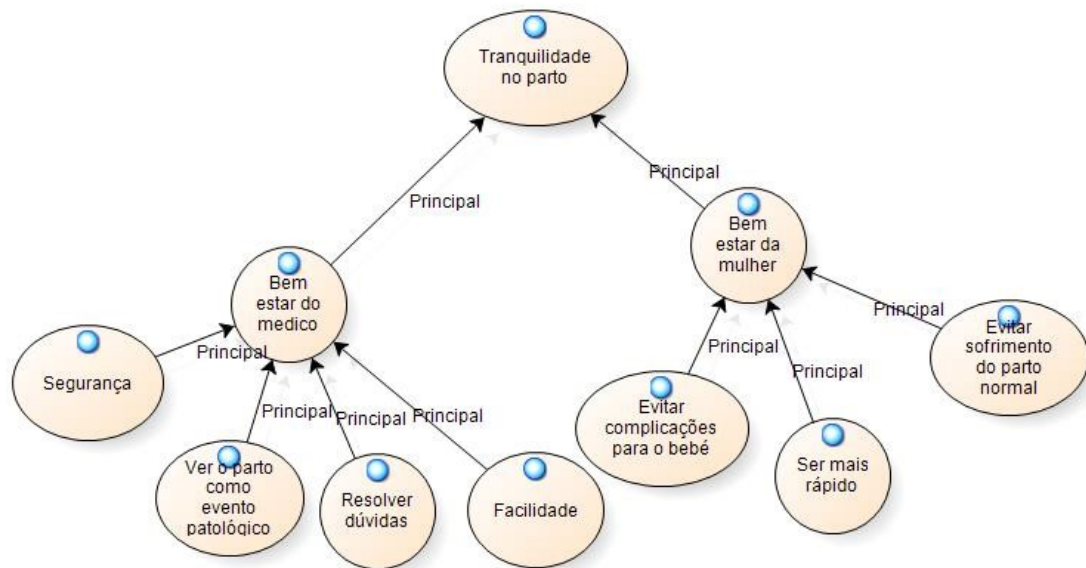


Figura 20 Árvore da categoria “Tranquilidade no parto

A) “Bem-estar do médico”

Pela análise da figura, percebe-se que para o médico a cesariana é uma forma segura de parto evitando correr riscos tanto para si como para a grávida. Foram tecidas considerações por parte de algumas participantes acerca da perspectiva médica, que acautela situações duvidosas e que levam a ponderar a hipótese de cesariana durante o trabalho de parto de forma a garantir um nascimento em segurança.

“...ele nunca tinha falado em cesariana porque como ela estava de cabeça para baixo, ele nunca falou em cesariana só falou depois já aqui...”(Ent. 5 np).

Quando não têm certezas alguns optam por não arriscar.

“então decidiram não arriscar uma vez que tinha uma estimativa de peso era realmente para mais de 4 quilos,(Ent 4 p)

“...mas chegar até ao fim para alguns médicos já não é muito seguro, porque tem uma cesareana anterior...”(Ent10 enf)

Ainda assim, há enfermeiras que consideram que a opção por cesariana está a diminuir por parte de alguns médicos.

“...penso que a maior parte dos obstetras também não são muito a favor das cesarianas...” (Ent 7 enf).

B) “Bem-estar da mulher”

Na perspectiva de algumas mulheres, a cesariana é um método seguro para o bebé, na medida em que previne situações que a própria identifica como riscos. Estes riscos são mais susceptíveis de correr no parto vaginal mas a cesariana evita. Os medos surgem fruto da atenção que presta às opiniões e julgamentos de outras pessoas, e que fazem a mulher recear o parto vaginal vendo na cesariana uma forma de evitar esses riscos. As opiniões negativas sobre o parto podem superar as positivas e levar a mulher a pensar que o melhor é fazer cesariana porque supostamente não trás riscos. O reconhecimento dos sucessos causados pelos avanços científicos e tecnológicos, tranquiliza as mulheres ao saber que a cesariana pode evitar algumas complicações advindas do parto vaginal.

“...ao mesmo tempo eu tinha um certo receio do parto normal, de algumas coisas que ouvimos...
porque à partida esses problemas com o bebé não se poriam” (Ent 3 p).

“...a gente sabe que há sempre risco por exemplo dos ombros não poderem passar no canal de parto, às vezes até há fratura de clavícula, pronto, certo tipo de coisas, além da mãe que pode ter outro tipo de complicações” (Ent 4 p)
É também considerado um meio que permite o nascimento mais rápido.

“Não estar a passar pelo processo de indução e ser demorado...”(Ent 3p).

Reconhecendo o número exagerado de cesarianas, a percepção expressa por uma das mulheres sobre a cesariana, é de que garante em primeiro lugar a saúde da mãe e do bebé, valorizando por isso esta intervenção cirúrgica que passou a ser reconhecida como segura trazendo tranquilidade para as mães.

“... desmistificar um bocadinho a ideia da cesariana porque eu tinha um bocadinho se calhar uma ideia mais errada do que deveria ser (Ent 14 np).

Percebe-se assim, que a cesariana pode também ser considerada pelas mulheres um recurso que evita complicações passíveis de ocorrerem no parto vaginal. Além disso, evita que se passe pelo trabalho de parto, é mais rápido, garante segurança e evita riscos para o bebé. Permite ao obstetra agir em segurança quando são identificadas alterações que possam de complicar o parto.

No entanto, os critérios para decidir cesariana não são uniformes, opinião revelada por uma participante reconhecendo que alguns obstetras ponderam mais do que outros antes de decidir cesariana. Esta atitude de protelar a decisão leva a que a mulher veja o seu sofrimento prolongar-se.

“... tenho ouvido dizer muitas vezes que o procedimentos de uns médicos é de uma maneira e o procedimento de outros é... à mínima não arriscam fazem logo uma cesariana ”(Ent. 10 np).

Este conhecimento antecipado, por um lado parece tranquilizar as mulheres e levá-las a pensar que caso haja eminência de risco, a intervenção será rápida mas por outro, como não é uma prática comum, trás alguma preocupação, pensando que podem correr riscos desnecessários.

5.3.2. “Mediadores da decisão médica”

A categoria “Mediadores da decisão médica”, ao emergir como um conceito pretende dar especificação à controversa decisão médica para cesariana. A mediação surge como uma forma de discutir a controvérsia existente na decisão. Estas profissionais consideram haver meios alternativos à clássica posição médica que entendem levar a cesarianas evitáveis. De forma mútua, enfermeiras e mulheres podem desenvolver estratégias no sentido de mediar essa decisão. Por um lado, as enfermeiras promovem o natural desenvolvimento do parto enfatizando menos os riscos, por outro, auxiliam a mulher numa melhor compreensão sobre o parto promovendo o seu envolvimento numa decisão informada. Para melhor especificação desta categoria criaram-se duas subcategorias, “ Empoderamento da mulher” e “Enfermeiras ESMO” A árvore da categorização desta categoria está representada na figura 21.

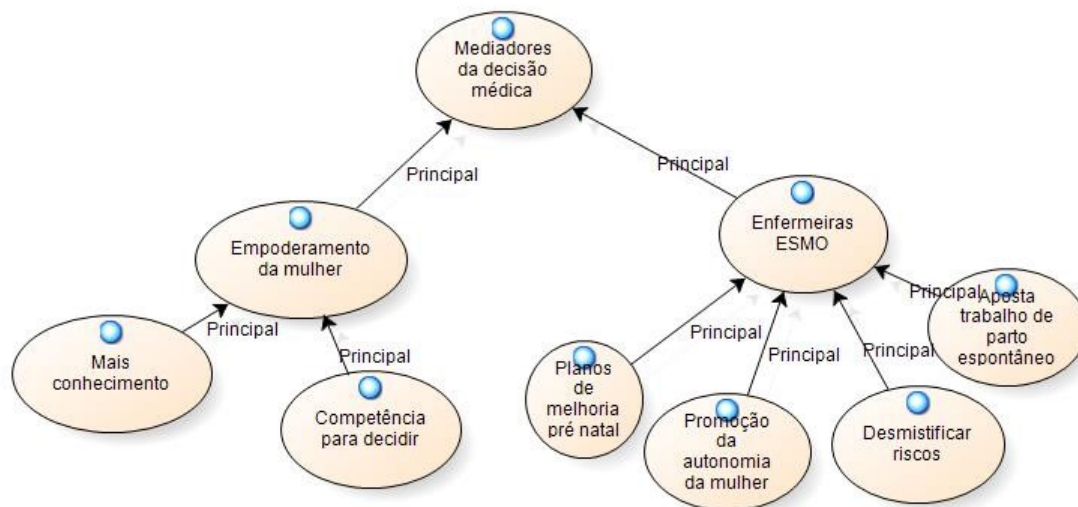


Figura 21 Árvore da categoria “ Mediadores da decisão médica”.

A) “Empoderamento da mulher”

Esta subcategoria especifica os significados que as enfermeiras atribuem à importância do conhecimento das mulheres no ciclo gravídico puerperal. Desta forma, foram encontrados incidentes que indicaram o que as enfermeiras entendem como conhecimentos mais relevantes para o envolvimento nas tomadas de decisão. Quando das tomadas de decisão por parte do obstetra, embora saibam as causas, poucas são capazes de identificar riscos fisiológicos e psicológicos a longo prazo, centrando-se sobretudo nos benefícios imediatos e no bem-estar do bebé. Foi considerada a importância do conhecimento do tipo formal que é obtido nas instituições de saúde por técnicos competentes, os obstetras e as enfermeiras ESMO.

As enfermeiras consideram que para uma ajuda eficaz à parturiente é necessário capacitá-la para superar dificuldades, devendo ser fornecidas explicações de forma individualizada e atender aos receios pessoais para evitar que a experiência do parto se torne traumatizante ou que a viva de forma desinformada. Há da parte destas profissionais um interesse em compreender o que está subjacente às inseguranças destas mulheres.

“...conseguir perceber os motivos dos receios delas...” (Ent1enf)

Esta subcategoria relaciona a forma como as enfermeiras reconhecem a falta de empoderamento das mulheres no que respeita à tomada de decisão para o tipo de parto e a necessidade do seu envolvimento nas decisões. Salieta-se assim a necessidade de ser dada possibilidade à mulher em obter informações sobre os riscos e os benefícios de uma cesariana para que possa exercer uma participação ativa no processo de parto e nascimento. Desta forma, deixa de ter um papel de aceitação e de associar ao parto a ideia de um processo patológico. Ainda na perspectiva das enfermeiras, no imaginário coletivo aceita-se a opinião e a decisão do médico, porque são detentores de um conhecimento que é válido e seguro sendo que em momentos de maior fragilidade tal decisão não se contesta.

“O que os médicos dizem naquela altura é que é válido” (Ent. 8 enf).

Quando questionadas sobre as causas da programação da cesariana algumas mulheres não são capazes de as identificar referindo que foi uma decisão do médico o parecer médico.

“Mas não sabe mesmo? Não, mas o Dr. disse que era melhor fazer cesariana! Ainda há muito aquela de aceitar sem questionar o Sr Dr .Conformam-se” (Ent 3 enf)

Os aspectos referentes ao conhecimento teórico e prático em obstetrícia estão em constante atualização. No entendimento das enfermeiras, muitas das cesarianas ocorrem por falta de conhecimento das grávidas relativamente às indicações absolutas e complicações mais frequentes deste tipo de parto sendo necessário um maior investimento neste âmbito de forma a capacitar as mulheres para escolhas informadas. Nos cuidados maternos, é necessário fazer-se ainda um trabalho que vá em favor das escolhas das grávidas baseadas em conhecimento transmitido pelos técnicos de saúde durante a vigilância pré-natal.

“...penso que passaria por uma boa preparação durante a gravidez, durante a fase pré-natal, era capaz de ajudar bastante penso eu.” (Ent. 1 enf).

Surge também a necessidade de desmistificar a dor do parto que leva algumas mulheres a aceitar a cesariana. O sentimento de segurança na opção ou

desejo pelo tipo de parto está assim dependente do conhecimento adquirido sobre as várias alternativas de parto disponíveis.

“Penso que às vezes é um bocadinho falta de informação das pessoas e medo da dor” (Ent. 7 enf).

A propósito do projecto que está a ser desenvolvido no Hospital de Portalegre, as enfermeiras consideram que a sua população está esclarecida, conseguindo uma vivência satisfatória da gravidez e do parto, permitindo também um grau de esclarecimento que as leva a compreender de forma informada os procedimentos e decisões.

“... percebi que havia qualquer coisa com o colo que não estava favorável para a descida do bebé” (Ent 9 np).

Para estas profissionais, a mulher necessita começar a ter um maior controlo sobre os recursos de que dispõe para o parto e nascimento, devendo ser dada capacidade de se auto afirmar e oportunidade de expressar as suas escolhas informadas. Levanta-se assim a questão do direito da grávida à informação para que possa expressar sobre o que é benéfico para a saúde e bem-estar dela própria e do bebé. A mulher deve ser empoderada no sentido de a tornar protagonista nos eventos ocorridos no ciclo gravídico puerperal dando-lhe liberdade de escolha e envolvimento nos processos de decisão.

Empoderar a mulher é considerada uma forma de levar à mudança e contribuir para a redução do número de nascimento por cesariana. Parece haver um certo desconhecimento sobre os riscos associados a esta intervenção cirúrgica baseando-se apenas nos bons resultados imediatos. Embora se defenda a capacidade de opção pela via do parto, serem mais informadas iria permitir maior envolvimento nas tomadas de decisão.

“...as pessoas se por vezes pudessem ter o poder de decisão se calhar não desejariam tanto, e mesmo se estivessem mais informadas, eu penso que sim, penso que as pessoas nunca optariam nem nunca pensariam que a cesariana é ... não encarariam a cesariana assim de uma forma tão inócua” (Ent. 7 enf.)

Para as enfermeiras, a transmissão de informação de forma adequada pode promover a autonomia da mulher no parto salvaguardando sempre as situações de risco. Este aspeto está relacionado com o significado que as enfermeiras atribuem à falta de informação que as grávidas ainda têm sobre gravidez e parto. Esta falta de informação leva à falta de envolvimento, com implicação nas elevadas taxas de cesariana.

“...nós temos uma taxa de cesarianas ainda alta e isto também acontece porque as mulheres também não estão informadas...” (Ent 9 enf)

B) “Enfermeiras ESMO”

Pela análise da figura, constata-se que as alternativas encontradas pelas enfermeiras no sentido de mediar a decisão médica passam pelos planos de melhoria pré natal ao preparar a mulher sobre os tipos de parto ainda durante a gravidez. A este respeito, o Hospital Doutor José Maria Grande em Portalegre tem em curso o projecto, “ A maternidade mais próxima da comunidade”, que tem como objetivo garantir de forma imparcial a qualidade na vigilância da grávida e do recém-nascido, em toda a área geográfica abrangida pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. Uma das atividades desenvolvidas está relacionada com a preparação para o nascimento, espaço onde se pode elucidar a grávida sem que nada lhe seja imposto.

De acordo com o depoimento da enfermeira chefe, é necessário informar as grávidas para que possam ser envolvidas nas tomadas de decisão sobre o parto.

“Este ano em termos formativos um dos nossos objectivos é falar muito no parto normal, informar as mulheres, nomeadamente sobre o parto induzido também, informar o que é o parto induzido, o que é o parto por cesariana, para dar-lhes a hipótese delas também terem a sua opinião formada e de poderem optar a forma como querem vir a ter os seus filhos” (Ent 9 enf).

Este grupo de enfermeiras pretende atuar junto das grávidas para que decidam de forma informada, segura e satisfatória. Apostando por isso no envolvimento da mulher para que seja capaz de responder pelas decisões que toma.

Também no hospital de Beja, as enfermeiras ao sentirem ser necessária melhor educação/informação nas grávidas, têm vindo a promover um trabalho de esclarecimento das grávidas. Este trabalho tem em vista capacitá-las para a responsabilização e controlo sobre a sua gravidez e parto decidindo de forma informada.

“Nós temos um programa de acompanhamento das grávidas a funcionar em protocolo em conjunto com o centro de saúde, ... São feitos ensinamentos, são feitos registos medições adequadas, são iniciadas as sessões de preparação para o parto, ... onde estes assuntos são abordados para a mãe tomar uma decisão consciente...” (Ent 10 enf).

Entendem também as enfermeiras que é necessário desmistificar os riscos. Além disso, ter disponibilidade é a explicação primeira para o sucesso do parto de forma espontânea e natural, tendo-se percebido a este respeito que as enfermeiras consideram ser o grupo profissional a quem são reconhecidas competências para a promoção do natural desenvolvimento do parto. Uma característica que faz a diferença é a capacidade para esperar, agir em favor do natural e evitar precipitações.

“Considero também que isto tem a ver um bocadinho também com a paciência que dizem que nós parteiras devemos ter (...), ir a favor da natureza ...” (Ent7enf)

Salienta-se assim a ideia de que a intervenção competente das enfermeiras pode diminuir atos precipitados, e evitar a ocorrência de uma cesariana.

“Então acho que com um bocadinho de *savoir faire*, a nossa presença e orientação levam a que o médico acabe por confiar em nós” (Ent.10 enf).

Apesar da controvérsia, o recurso à medicalização no parto trouxe benefícios para a saúde materno infantil. Porém, na perspetiva das enfermeiras, que maioritariamente defendem o decorrer natural do parto, atuando nesse sentido, contrariam a ideia de processo patológico que tem vindo a ser associado ao parto. Ao cuidarem da parturiente, enfatizam o normal desenvolvimento do trabalho de parto e a redução de intervenções, considerando os casos individualmente tal como referiu uma das enfermeiras chefes.

“As enfermeiras tentam evitar a cesariana, mas se algo corre de forma mais suspeita avisam também o médico, mas a decisão é sempre deles” (Ent. 3 enf)

“A não programada eu já penso que tenha a ver muito com o não deixar desenrolar o parto o mais naturalmente possível...” (Ent7enf).

O desempenho das enfermeiras, a par do conflito e das contradições daquilo que vão sendo os cuidados obstétricos, têm contribuído para modificar alguns comportamentos que apostam na medicalização, na intervenção no parto e nos riscos materno-fetais. Esta postura parece não comprometer a segurança, e demonstra a adoção de boas práticas no parto e no nascimento.

“Vejo que tem vindo a diminuir um bocadinho a média da percentagem das cesarianas, um pouco também pela nossa investida e pelo nosso comportamento...”
(Ent10 enf).

5.3.3. “Pressupostos da decisão”

A categoria “pressupostas da decisão” ao emergir como um conceito, permite identificar o processo de resolução de situações com diferentes graus de complexidade no parto, e que envolvem aspetos racionais, emocionais e circunstanciais, sobretudo centrados nos obstetras. Essa decisão como anteriormente referimos, pode ser tomada durante a gravidez ou durante o trabalho de parto e depende sobretudo do parecer médico. Neste âmbito, a partir dos dados das entrevistas às enfermeiras e às mulheres, identificaram-se incidentes que indicaram os fatores que estão envolvidos nas tomadas de decisão no parto por cesariana.

Da comparação dos dados provenientes das duas fontes, percebeu-se que a decisão é sobretudo do médico considerando-se duas perspectivas, uma relacionada com os dados obstétricos e outra mais subjetiva, relacionada com o entendimento do médico. Esta categoria, através das suas propriedades e dimensões, responde às questões, Quem decide? Como decide? Em que circunstância decide? A figura 22 representa a árvore da categoria “Pressupostos da decisão

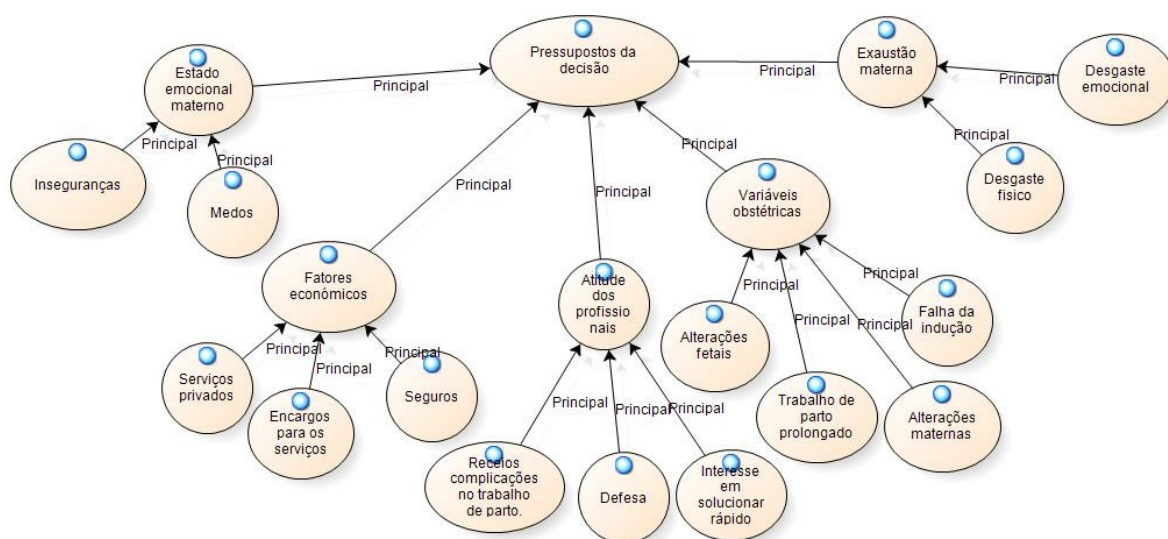


Figura 22 Árvore da categoria “Pressupostos da decisão”

A) “Estado emocional materno”

A relação que se desenvolve ao longo da vigilância da gravidez entre o obstetra e a grávida pode levar o obstetra a considerar aspetos que vão além do fisiológico valorizando os distúrbios emocionais existentes. Embora a decisão seja estritamente médica, os aspetos emocionais como o medo do parto podem ser considerados acautelando-se situações que podem trazer consequências para a saúde mental destas mulheres.

“Depois também temos aqui a relação que se estabelece entre o médico e a grávida, e o fazerem um ajuste entre os dois, às vezes por medo (...), para não sentir nada...”
(Ent 5 enf).

Algumas situações identificadas consideram assim não só os riscos para o feto mas também os aspectos emocionais da grávida aos quais o médico atende tendo-os em consideração após ponderar caso a caso. Pode acontecer, a mulher não se sentir segura para todo o processo de parto e durante a vigilância da gravidez verbalizar essas suas inseguranças com o obstetra que pondera os seus pontos de vista e pode decidir fazer cesariana considerando os aspetos emocionais da mulher que podem incluir o medo do parto vaginal.

“... por causa da cabeça da mulher, que não quer mesmo ou não está preparada para ter um parto ou tentar ter um parto por via baixa...”(Ent. 1 enf.).

Também foram referidos por uma das enfermeiras os aspetos emocionais relacionados com experiências de parto traumáticas das quais o obstetra tem conhecimento.

“...um parto difícil anterior, que a mulher por algum motivo tenha ficado ou traumatizada ou que não gostou da sua experiência(...)o médico também já a conhece da situação anterior e acha que realmente consoante o que ela já vivenciou acha que é melhor ser um parto por cesariana” (Ent 2 enf).

“Aqui há mães, que portanto querem fazer cesariana porque por exemplo porque o parto, quando é segundo parto, porque o parto correu mal ou foi uma ventosa ou fórceps e elas ficaram traumatizadas” (Ent 4 enf.).

Foi também identificada uma situação de perdas gestacionais anteriores em que foram equacionados os riscos emocionais.

“...ele não quis arriscar, como já tinha perdido quatro não queria que eu voltasse a ter um desgosto, e então acabamos por...o médico acabou por decidir que era cesariana” (Ent 5 np).

A estas perdas gestacionais, podem também influenciar a decisão médica.

B) “Fatores económicos”

Na assistência ao parto cirúrgico foi evidenciada as diferenças entre o sistema de saúde público e privado. O facto de a gravidez ter sido vigiada no sistema privado pode permitir maior abertura e disponibilidade do médico que quer acompanhar de forma muito próxima o trabalho de parto nos serviços públicos.

“E hoje em dia vê-se outra coisa, o médico começou a canalizar as senhoras do consultório para o dia em que está de serviço, não faz privada mas orienta ele a situação no dia em que está de serviço” (Ent. 10 enf).

Foi abordada também por uma das enfermeiras, a questão da equidade nos serviços de saúde referindo que num serviço privado, o número de cesarianas comparativamente aos partos vaginais é superior.

“Ainda acrescento mais, lá em baixo no Algarve numa privada, é só cesarianas, eu estou lá há um ano, e assisti para aí a 2 partos eutócicos, num ano! Tudo cesarianas programadas e eu às vezes pergunto, mas a cesariana é porquê?” (Ent. 4 enf).

Verifica-se também a forma recorrente com que ocorrem cesarianas programadas verificando-se que acontecem ainda em fases precoces do termo da gravidez. No entanto apesar do dispêndio económico, esta forma de estar agrada as mulheres.

“Ah, porque a médica mandou vir às 37 semanas porque depois é muito grande... a gente até fica... mas eu acho que é facturação., até fico... E as senhoras não querem outra coisa...” (Ent 4 enf).

Independentemente dos custos económicos, há mulheres que optam por ter os seus filhos nestas circunstâncias.

“Acho que as pessoas não se importam, de ser 5 mil euros. Obviamente que o seguro paga, mas acho que as pessoas não se importam...” (Ent 4 enf).

Evidencia-se assim, a possibilidade da mulher poder escolher a via do parto nos serviços de saúde privados, disponibilizando determinada quantia económica. Esta opção permite o nascimento por via cirúrgica, ainda que tenham condição física para ter o parto por via vaginal.

“... e a maior parte podia ter a experiência de um parto normal, tem tudo para ter um parto normal, e depois à última da hora...” (Ent 4 enf.).

Por outro lado, nos hospitais públicos começam a ser notórias as mudanças de comportamentos de alguns médicos que levam a menos gastos em saúde. Uma das enfermeiras chefes referiu que há já um maior interesse por parte dos médicos em evitar fazer induções do parto antes das 40 semanas de gestação, reflectindo-se numa diminuição dos consumos de medicação com uma conseqüente redução nos custos económicos para o serviço de obstetrícia.

“Eles agora já deixam mais a gravidez chegar até às 40- 41 semanas, tanto que eu vejo isso pelo consumo de prostaglandinas, é muito mais baixo, não tem nada a ver...” (Ent 3 enf).

De entre os custos económicos, outra das enfermeiras chefes fez referência aos montantes resultantes do número de dias de internamento e do tipo de parto.

“E há os custos económicos, esta estadia e o parto por cesariana são mais dispendiosos sem dúvida nenhuma, do que um parto normal (Ent 9 enf).

A visão económica do parto por cesariana ao ser abordada por algumas das participantes salienta a preocupação sobre a gestão nos serviços.

C) “ATITUDE DOS PROFISSIONAIS”

Por parte de alguns médicos, há um interesse em não querer correr riscos sendo que por vezes, pode estabelecer previamente uma cesariana, ou evitá-la. Apesar dos receios de possíveis complicações, nem sempre os obstetras aceitam o pedido da mulher para fazer cesariana.

“...ela disse sempre que não me aconselhava e que achava que estar a fazer isso previamente que não (...) Não era uma coisa que se marcasse ou que eu tivesse algum problema de saúde que justificasse” (Ent 13 np)

Este aspeto é confirmado por uma das enfermeiras que reconhece haver por parte de algumas mulheres um pedido para fazer cesariana, no entanto nem sempre ocorre.

“... há uma ou outra que pede , mas isso pode ser aceite ou pode não ser aceite” (Ent 8 enf).

Durante o trabalho de parto, podem surgir situações preocupantes mas de carácter transitório levando a que possa ser assumida uma atitude expectante ou pelo contrário decidir no imediato por uma cesariana.

“Depende da equipa, depende da equipa. Há médicos que conseguem protelar um bocadinho mais, e acabamos por vigiar e pronto, ver-se a situação, e há outros que não que vão logo imediatamente para cesariana” (Ent 3 enf).

Na perspectiva das enfermeiras, os médicos procuram agir em segurança mas também se defendem de complicações, o que contribui para a decisão por cesariana tanto programada como não programada.

“E também para se defenderem também tem muito a ver as cesarianas com a parte defensiva, as pessoas não querem que aconteça qualquer mal aquela mãe ou aquele bebé...”(Ent 7 enf).

“Mas eu acho que isto das cesarianas vai continuar alto, há um medo muito grande dos tribunais.....mas isto é o que eu acho!” (Ent3 enf).

“... ao mais pequenino sinal avançam para cesariana. É a parte defensiva...”
(Ent7enf).

Na sequência daquilo que tem sido referido acerca do modo como agem os médicos, evidenciaram-se também aspetos mais de natureza relacional dentro da equipa. Para uma das enfermeiras, estes profissionais procuram prevenir complicações do trabalho de parto durante os turnos da noite procurando solucioná-las antes.

“...por exemplo, chegamos a ter aqui três mulheres, o que vem render o outro quer deixar se possível tudo despachado que é para não ter que ouvir do médico que vem, porque deixou cá três.... Depois à noite começam a programar” (Ent 4 enf).

“... aquela senhora, foi uma indução que também foi falhada e então teve que ir para cesariana às 23 horas...” (En. t8 enf.).

A questão expressa desta forma faz perceber a subjetividade nos critérios estabelecidos na decisão pelo parto por cesariana. Acrescenta-se assim a questão do cansaço físico do médico que o leva a decisão controversa.

“...para além do cansaço, penso que o cansaço também interfere muito com as cesarianas” (Ent7enf).

D) Variáveis obstétricas

A decisão da cesariana tem caráter individual sendo no entanto consideradas várias causas obstétricas. Foi possível perceber-se a preocupação dos médicos com o risco infeccioso. Sempre que há rutura de membranas prolongada no tempo, pondera-se antes que se decida o nascimento sem que haja riscos para a mãe e para o bebé.

“...como já tinham rebentado as águas há 24 horas decidiram então fazer cesariana....” (Ent11np).

Os riscos fetais podem constituir a maior causa de cesariana nomeadamente durante o trabalho de parto devido a sofrimento fetal agudo e também o tamanho exagerado do feto.

“Acho que a percentagem maior é de causa fetal. Por exemplo,.... Taquicardia fetal, bradicardia fetal,pronto tem a ver com o sofrimento fetal no trabalho de parto.” (Ent 10 enf).

“...passa pela incompatibilidade feto pélvica, por macrossomia, a maioria dos casos aqui ou por não progressão do trabalho de parto. Penso que é mais por aí” (Ent1enf).

As circunstâncias em que ocorre a decisão resultam das alterações identificadas durante a gravidez trabalho de parto. Perante grandes dúvidas e intercorrências, o obstetra pode manifestar preocupação e optar por uma via do parto que seja segura para a mãe e para o feto, foram considerados a este respeito, o peso e o nível da apresentação fetal.

“Foi um menino muito grande desde o início, pesou 3,930gr (..)e depois o bebé também não estava bem encaixado, para virar tinha que levar algumas horas.” (Ent. 7 np).

“Fiz uma eco que avaliou o peso, a estimativa do peso, e a estimativa do peso era de mais de 4 quilos, e então dada a situação acharam que era o melhor” (Ent. 4 p).

Pode também decidir-se pela cesariana quando há suspeita de incompatibilidade feto pélvica durante a gravidez ou quando há não progressão da apresentação.

“... ela já batia com a cabeça no osso e não ia passar na largura de osso que eu tinha , também era uma bebé grande” (Ent 10 np)

À decisão por cesariana pode estar também associada a oportunidade de realização de outras intervenções concomitantes com o acordo da mulher. Identificou-se a laqueação tubar como método contraceptivo evitando que passe por outra cirurgia noutra período de tempo.

“... já tinha feito na primeira gravidez, e porque queria fazer também laqueação de trompas, para fazer tudo ao mesmo tempo e não voltar ao bloco operatório” (Ent 8 p).

Para a programação de uma cesariana, foram referidas várias causas que acarretam tanto riscos maternos como fetais. As patologias maternas, erros da apresentação fetal e identificados ecograficamente foram também referidos.

“...tem a ver com as patologias maternas ou com alterações da apresentação fetal ou assim, acho que neste momento são os grandes motivos para programar uma cesariana” (Ent. 2 enf).

“... a programada tem muito a ver com apresentação pélvica...”(Ent 5 enf).

Uma das mulheres refere também a presença de pouco líquido amniótico, associada ao peso e ao facto de ter cesariana anterior.

“...tinha pouco liquido, ele não começou a crescer como devia e então como também já tinha uma cesariana anterior ...”(Ent 1 p).

A respeito da decisão médica por cesariana numa mulher com antecedentes de cesariana, a ideia partilhada pelas enfermeiras é de que na maioria dos casos,, er cesariana anterior leva a que o médico opte por cesariana em partos subsequentes.

“Eu penso que as cesarianas são mais programadas porque quem tem uma cesariana anterior (...) (Ent. 6 enf)

“...incompatibilidade materno fetal e outras, porque teve uma cesariana anterior...., porque de resto....”(Ent. 4 enf).

“Quando há já cesarianas anteriores...”(Ent. 2 enf)

No entanto, no hospital de Beja verifica-se um abandono dessa prática por a classe médica começar a entender que nem sempre se justifica a cesariana quando há antecedentes de cesariana anterior. Transparece aqui a ideia de que se tinha da necessidade imperiosa de fazer cesariana em partos subsequentes.

“... neste momento está a diminuir a adesão à ideia preconcebida de que tem que ser uma cesariana porque tem uma cesariana anterior...”(Ent 5 enf).

É a propósito da medicalização do parto, que os relatos das enfermeiras vão apontando como forma mais comum de intervenção que impede o desenvolvimento espontâneo do parto. Entendem que a indução do parto deve ser um procedimento rigoroso, para a qual é necessário atender à dosagem mas também à idade gestacional, reconhecendo que se esse rigor não for considerado, podem desencadear-se efeitos indesejados e levar à necessidade de recorrer a uma cesariana de forma não programada por compromisso do bem-estar fetal ou por distócia dinâmica do trabalho de parto.

“...se não houvesse tantas induções, se calhar não haveriam essas...cesarianas”
(Ent1enf).

Constatou-se que algumas das induções do parto são mal sucedidas e levam à necessidade de fazer cesariana, seja por ter falhado a sua ação ou por complicações fetais como o aparecimento de bradicárdias.

“Dantes, há cerca de 6 anos atrás, as bradicardias surgiam muito em consequência das induções...”(Ent 3 enf).

“...a não programada, eu penso que tem muito a ver com as induções falhadas.”
(Ent. 5 enf).

“...porque o médico depois disse que não podia induzir outra vez, e que se não evoluísse teria que ser cesariana...” (Ent. 2 np)

Estas induções têm maior probabilidade de falhar quando são efectuadas em fases precoces. Embora possam estar no termo da gravidez, se for antes das 40 semanas, o risco de insucesso é maior.

“...nunca foi esta pressa em desencadear partos antes do tempo, antes das 40 semanas nunca vi isto em tempo algum” (Ent 10 enf).

O facto de não deixar desencadear o trabalho de parto de forma espontânea a medicação utilizada pode desencadear intercorrências com compromisso do bem-estar materno ou fetal que levam à necessidade de cesariana de forma não programada.

“Algumas das induções realmente resultam, e a pessoa entra em trabalho de parto, mas como é forçada ... pode provocar alterações a nível do bem-estar materno fetal”(Ent. 7 enf).

A mulher pode ter duas experiências de parto induzido, mas o procedimento nem sempre é bem-sucedido podendo acontecer que no segundo parto a indução provoque complicações que levem à necessidade de fazer cesariana.

“Embora tivesse sido induzido também da outra vez...” (Ent. 2 np).

A preocupação e a inquietação das enfermeiras a respeito da intervenção medicamentosa que potencializa a ocorrência de parto por cesariana são extensivas também ao recurso a analgesia epidural. Quando não aplicada de forma adequada, parece interferir com o natural desenvolvimento do trabalho de parto. Não passando apenas de uma suspeita, o facto de se administrar analgesia epidural antes da fase ativa do trabalho de parto pode em algumas circunstâncias levar também à necessidade de intervir cirurgicamente.

“...tem a ver com as induções e às vezes também com a epidural ainda não percebi bem(...)antes daquilo que está preconizado entre os 3-4 cm.” (Ent.7 enf)

E) “Exaustão materna”

Os trabalhos de parto longos podem levar à exaustão da parturiente. O cansaço físico é visto como um fator que sofrimento e incapacitante. Perante a exaustão, a mulher pode não conseguir colaborar no trabalho de parto. Este aspeto

foi referido sobretudo pelas mulheres que entenderam ser um dos motivos que levou a cesariana.

“...portanto fui para cesariana porque acabaria por não ter força suficiente para chegar à sala de partos para fazer força na hora exata.” (Ent 7 np)

“Depois de ter feito a dilatação toda para o parto e então já estava esgotada ...” (Ent 10 np).,

Este esgotamento leva à sensação de perda de energia que poderá comprometer o bem-estar do bebé.

Foi também considerado o sofrimento sentido por um desconforto físico intenso que surgiu durante a gravidez e que foi considerado incapacitante. Esta sensação de sofrimento intenso levou a que a mulher solicitasse ao médico a antecipação do parto.

“...porque eu estou a sofrer imenso e achei que não é bom para mim estar a viver assim o final da gravidez” (Ent.12 p).

A decisão para cesariana por parte do obstetra assenta num intervalo de tempo que pode ir da gravidez ao trabalho de parto. É sustentada por diversos factores como sejam as variáveis obstétricas, o receio, os aspetos emocionais e a exaustão da mulher. Salientaram-se também os fatores de ordem económica.

Para a caracterização dos “Fundamentos para o parto cirúrgico”, a partir, sobretudo, dos dados provenientes das entrevistas às enfermeiras, surgiram categorizações que indiciam as bases de sustentação para a decisão pelo parto cirúrgico. Esta decisão é sempre do médico e pode condicionar as expectativas iniciais. Está dependente das intercorrências que vão surgindo nas várias fases do período gestacional e do trabalho de parto em que se suspeite de situações que comprometam o bem-estar materno e/ou fetal. Percebeu-se no estudo que a cesariana pode ser considerada um modo de garantir segurança e tranquilidade no parto. Esta perceção é comum às mulheres e aos médicos. A intenção de proteger a saúde da mãe e do bebé, leva a que os médicos decidam fazer cesariana. Como

refere Oppenheimer (2007), o principal objetivo das intervenções durante o parto como o parto cirúrgico, é de garantir melhor saúde para a mãe e para o bebê. Algumas das participantes pensam na cesariana como um recurso para evitar passar pelo parto vaginal e assim evitar experienciar processos dos quais tem medo. Estes dados corroboram com os de Handelzalts, Fisher, Lurie, Shalev, Golan e Sadan (2011), ao concluírem que a única variável psicológica associada com a escolha de uma cesariana a pedido materno era o medo do parto. Também Saisto e Halmesmäki (2003), entendem que para o medo do parto, contribuem o medo da dor, experiência negativa e medo de não ser capaz de conseguir ter o bebê. Vários autores defendem que a percepção de que o parto vaginal é assustador e perigoso e que a cesariana é segura e controlável são aspetos comuns que levam à motivação por este tipo de parto (Fenwick, Staff, Gamble, Creedy, & Bayes, 2010; Weaver & Statham, 2005; Wiklund, Edman, & Andolf, 2008)

Esta coincidência de interesses é manifestada pelo facto de a cesariana além de ser um ato executado pelo médico, poder ser também desejado pela mulher que no entanto, necessita ser esclarecida sendo para isso fundamental a intervenção dos técnicos. Percebeu-se que muitas vezes o médico pondera a relação risco/benefício e as preferências individuais da mulher, posicionando-se perante eles. A decisão de fazer cesariana também pode ser tomada em conjunto com a grávida porém, estes aspetos são mais da esfera privada e por isso, não foram verbalizados pelas mulheres. No entanto, foi dado a entender pelas enfermeiras e, a falta de clareza, não permite encontrar uma explicação objetiva sobre a decisão nestes casos.

Com o objetivo de analisar o contexto em que estes pedidos são feitos, Weaver et al (2007), fizeram um estudo onde concluíram que nenhuma mulher pedia cesariana na ausência de indicações clínicas. Sendo o medo de complicações para si ou para o bebê, os principais fatores, associado à crença de que a cesariana era o método mais seguro para o bebê.

Algumas das circunstâncias que levam os médicos a tomar a decisão por uma cesariana têm sido alvo de reflexão por parte das enfermeiras. A atribuição do risco obstétrico que leva à cesariana, em algumas situações, mostrou-se polémica sendo referido o excesso de recurso à intervenção no parto. Para (Monari, DiMario,

Facchinetti, & Basevi, 2008), os obstetras subestimam riscos de cesariana e superestimam os benefícios deste procedimento. Na perspectiva das enfermeiras, a sua real necessidade é controversa, o que corrobora com o estudo de Maaløe, Bygbjerg, Onesmo, Secher & Sorensen (2012), em que se concluiu que 26% dos casos pareceu ser decidido com base em indicações inadequadas, e em 38%, as indicações não eram bem claras. Concluíram os autores, que um número considerável de cesarianas de emergência é realizado com indicações duvidosas.

Percebeu-se no estudo que a tecnologia e a ciência têm sido uma base de sustentação para este comportamento o que vai de encontro ao referido por Nakano et al., (2007), ao referir que o domínio médico expressa a noção do risco encontrando resposta na tecnologia. Contudo, o comportamento dos médicos no que respeita a este comportamento é variável, sendo que uns revelam ser mais seguros em relação aos riscos que outros.

Foram identificadas como principais causas de cesariana, a cesariana anterior, os erros da apresentação fetal, macrossomia, incompatibilidade feto pélvica, patologias maternas como a hipertensão arterial, trabalho de parto prolongado e falha na indução do trabalho de parto. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Puia (2013), onde se constatou que a maioria das cesarianas tinha sido feita em primíparas que referiram como principal razão da recomendação do médico a garantia de segurança para o bebé. A prática de cesariana de repetição é comum e tem vindo a aumentar em todo o mundo. A título de exemplo, o estudo de Laws, Li & Sullivan (2010), concluiu que estas taxas alcançaram 83 % na Austrália. Andrews & Humphries (2010), referem que o tema do parto vaginal após cesariana é um desafio cada vez maior, e que a evidência aponta para a promoção do parto vaginal após cesariana.

No que respeita à distócia dinâmica e mecânica, vários fatores podem contribuir e complicar o trabalho de parto levando à necessidade de cesariana para evitar riscos graves que podem afetar a saúde da mãe e/ou do bebé. Geralmente, um trabalho de parto prolongado tende a aumentar os riscos de complicações obstétricas estando associado a um aumento de partos cirúrgicos (Adams, Eberhard-Gran & Eskild, 2012). Identificaram-se outras causas de cesariana que vão de encontro às encontradas no estudo de Maaløe, et al., (2012), em que se verificou

que o trabalho de parto prolongado foi a causa mais frequente, a cesariana anterior correspondeu a 26% dos casos. O sofrimento fetal agudo foi uma indicação em 14%. A respeito da apresentação pélvica, também referida como causa de programação de uma cesariana, a decisão é controversa. Autores como Toivonen, Palomäki, Huhtala & Uotila (2012), concluíram que considerando os bons resultados neo natais, o parto vaginal em fetos com apresentação pélvica é aceitável. Salientam também que no entanto, é necessária uma avaliação prévia para que se despistem sinais de asfixia ou de falta de progressão do trabalho de parto, uma vez que um nascimento em apresentação pélvica parece predispor a asfixia e traumas de nascimento tornando este tipo de parto um tema de debate há décadas. No que respeita à macrosomia, um estudo concluiu que esteve associada com quase duas vezes mais risco de cesariana de emergência (Ju, Chadha, Donovan & O'Rourke, 2009).

Do ponto de vista dos riscos maternos, as mulheres referiram a hipertensão arterial a trombofilia e a incompatibilidade da bacia materna. Schub & March (2014), referem que dependendo do nível de risco, as grávidas com trombofilia confirmada devem ser submetidas a um acompanhamento mais rigoroso. Estas alterações assinaladas, quando identificadas pelos médicos podem levar a cesariana fazendo com que a mulher perspetive o seu parto apenas por essa via e compreendendo que é uma forma de não comprometer a sua saúde e a do bebé.

O receio dos processos judiciais foram referidos como uma das causas que leva os médicos a decidir fazer cesariana. No entendimento de algumas enfermeiras, há por parte destes profissionais uma atitude de defesa em relação a possíveis complicações no parto vaginal que a cesariana evita por ser um método que se tem mostrado seguro e eficaz na maioria dos casos. Estes resultados corroboram com os de Domingues, Cordeiro, Moura e Vieira (2009), em que se constatou que 45% dos obstetras inquiridos se considerava influenciado pelo receio de instauração de processos de responsabilidade médica, em especial no bloco de partos. Para Cury e Paula (2013), estabeleceu-se uma linha muito ténue entre o inevitável e a negligência, refletindo-se na via do parto. Ainda a este respeito, os autores referem que o número de processos judiciais contra os médicos em especial dos obstetras tem vindo a aumentar.

Foi também entendida pelas enfermeiras que a cesariana pode ser uma forma de abreviar o nascimento por conveniência, ou por vontade de querer reduzir o trabalho noturno, referindo que há médicos que evitam o trabalho neste período. Estudos revelam que há associação entre eventos adversos e o compromisso da capacidade de vigilância nos turnos da noite (Gold et al., 1992; Berger & Hobbs, 2006). O cansaço sentido pode comprometer o desempenho com prejuízo do bem-estar do bebê. Existe evidência de que há aumento de acontecimentos adversos em recém-nascidos cujo nascimento ocorreu no período noturno em comparação com os nascidos durante o dia (Heller, Schnell, Misselwitz & Schmidt, 2003). No nosso estudo, constata-se que as cesarianas ocorreram durante o dia ou até às 24h. No entanto, estudos apontam para maiores complicações depois deste horário, em que as taxas de cesariana emergente e a hospitalização foram significativamente superiores na primeira metade do período noturno, isto é, entre as 23:00 horas e as 3 horas (Kalogiannidis, Margioulas-Siarkou, Petousis, Goutzioulis, Prapas & Agorastos, 2010).

Constatou-se também um reconhecimento por parte das enfermeiras da necessidade de transmitir às grávidas mais e melhor informação no sentido de lhes proporcionar escolhas informadas. Em todos os hospitais encontramos a opinião, de que este é um fator que contribui para o elevado número de nascimentos por cesariana nesta região. Na perspetiva destas profissionais, as mulheres na sua maioria não possuem ainda habilidades que lhes permitam mobilizar os seus próprios recursos sobre o tipo de parto. Há ainda uma carência de conhecimento que as torna incapazes de decidir sobre o parto em função do que desejam de modo informado. Entendem as enfermeiras que para uma tomada de decisão em obstetrícia, é necessário o envolvimento de técnicos e mulheres, sendo que estas nem sempre são implicadas numa decisão sobre o seu parto. Decidir por parto vaginal ou cesariana, pressupõe uma conduta exigente, e este tipo de escolha possui alguma complexidade e está dependente do parecer médico. Não sendo isenta de riscos, as suas contra-indicações devem ser seriamente ponderadas, o que exige do médico racionalidade na capacidade de ponderar riscos e benefícios, sempre apoiado nas evidências (Snowden et al., 2011).

As mulheres que participaram no estudo, fizeram entender que as decisões são sobretudo da responsabilidade do obstetra não sendo assumidas por elas. Verificou-se que há por parte das enfermeiras a defesa de maior proatividade da mulher no parto, sendo que está ainda muito insipiente. Atualmente, e em todos os hospitais da região, a decisão centra-se no médico, principal decisor. Evidencia-se uma assimetria médico-grávida que em obstetrícia provoca um sentimento de vulnerabilidade temendo pelo bem-estar do bebé.

As mulheres tendem a aceitar a decisão da cesariana. Quando programada, ponderam o seu bem-estar e o do bebé, quando não é programada além destes aspetos devido a complicações do trabalho de parto podem sentir-se aliviadas por perceberem que o sofrimento e a espera vão terminar. Em qualquer das circunstâncias, há uma aceitação desta intervenção, sem que se conteste o parecer do médico. Para Nakano et al., (2007), no espaço institucionalizado as mulheres cedem com simplicidade e confiança às normas e rotinas dos serviços sujeitando-se ao saber científico e tecnológico. Esta aceitação de intervenção no nascimento é sem dúvida o maior desafio que os promotores do parto normal encontram nos Estados Unidos e em todo o mundo dito desenvolvido (Darra, 2009).

O conceito de participação do utente está ainda mal definido, existindo vários termos para a referir, como por exemplo, colaboração do utente, envolvimento do utente, parceria, *empowerment*, ou cuidado centrado no utente (Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson, & Pittet, 2010). Ressalta no nosso estudo, a ideia de que o aumento do número de cesarianas resulta fortemente da falta de empoderamento da mulher na experiência de gravidez e parto. O empoderamento é entendido aqui como a capacidade da mulher em controlar e dominar o parto de forma informada. Quando dotada de informação será mais fácil ser orientada, lidar com a equipa de saúde e envolver-se nas tomadas de decisão. Este empoderamento visa a autonomia e o poder de decisão e negociação com os profissionais de saúde. Desta forma, acautela-se o bom relacionamento entre as partes porque, como referiu Foucault (1977), o poder traz resistência. Para que haja escolhas de forma autónoma, devem existir objetivos realistas e informação adequada sobre gestão dos cuidados e dos possíveis resultados (Symon, Winter, Donnan, & Kirkham, 2010).

As enfermeiras defendem que as grávidas necessitam de autonomia para fazerem escolhas informadas, e para isso têm que receber informação sobre riscos e indicações da cesariana. O apoio exclusivo a estas mulheres ainda durante a gravidez pode desempenhar um papel fundamental e permitir o seu envolvimento na tomada de decisão no parto (Tschudin et al., 2009).

Quando já passou por uma cesariana, a mulher necessita de informações baseadas em evidências que a habilite a fazer escolhas sobre o parto numa gravidez seguinte (Meddings et al., 2005). Contudo, parece que atualmente, o número de nascimentos segundo a escolha materna é mais baixo do que seria de esperar, atendendo ao nível de divulgação de informação e da abertura dos obstetras (Klein, 2012).

Para promover a autonomia, a responsabilização em saúde e a capacidade de decisão, contrariando a liderança dos médicos obstetras na decisão, emergiu dos dados a mediação. Verificamos que têm vindo a ser tomadas medidas por parte dos serviços de enfermagem com vista à promoção da informação às grávidas/casais. Para autores como Hankins et al., (2006), durante a gravidez, a mulher necessita ser informada sobre a cesariana devendo ser aconselhada e esclarecida sobre os riscos potenciais na gravidez atual e em gestações posteriores. Consideram também, que para isso, o papel do médico deve prestar o melhor aconselhamento possível baseada em evidências para a grávida, ao mesmo tempo que respeita a sua autonomia e a capacita para uma decisão quanto à via de parto. Do ponto de vista clínico, para facilitar a escolha informada, cabe aos profissionais de saúde compreender de forma holística o que mais é considerado pelas mulheres e as estratégias utilizadas para transmitir conhecimento e informação, promovendo o conforto da grávida (Meddings et al., 2005). Autores como Ramvi e Tangerud (2011), defendem a importância dos profissionais de saúde se tornarem conscientes do direito das mulheres em participar no processo de tomada de decisão relacionada a uma cesariana.

A questão da tomada de decisão para cesariana revela-se neste estudo complexa, ressaltando a envolvimento primordial do médico e a subjetividade. Estas forças que determinam a decisão, estão dependentes da forma como cada médico

perceciona o risco sendo que nem todos decidem por uma cesariana perante as mesmas situações.

Salientou-se também no estudo a questão da medicalização e do excesso de intervenção no parto que leva ao aumento de nascimentos por via cirúrgica. O recurso a esta via de forma não programada, muitas vezes ocorre em consequência de medicalização desvirtuando um evento natural. Como referem Malacrida et al., (2013), nas últimas décadas tem-se assistido a um aumento drástico na medicalização do parto, evidenciando um aumento das taxas de cesariana em muitos países ocidentais. Também Jordá et al., (2013) referem que desde há já alguns anos que se considera haver abuso da tecnologia e da medicalização em processos naturais como a gravidez e o parto, determinando a saúde das mulheres.

Odent (2011), reconhecido obstetra francês, tem vindo a questionar a necessidade de intervenções obstétricas tal como muitas vezes são feitas. Na sua obra “ O parto na era do plástico”, refere que desde meados do século XX, a medicina tem sido influenciada pelo desenvolvimento do plástico. Em obstetrícia, o anestesista deixou de administrar a medicação por via inalatória passando a recorrer a cateteres de plástico para administração endovenosa e peridural, a parturiente passou a ter um cateter de plástico no braço ligado a um balão também ele de plástico onde se coloca ocitocina sintética, e no espaço peridural é introduzido outro cateter também de plástico fruto da atuação também do anestesista no parto. Tudo isto fez com que surgissem novos conceitos médicos e novas intervenções na obstetrícia moderna. Considera também este obstetra que, há mais facilidade na elaboração de testes e exames que podem ser efetuados muitas vezes de acordo com a conveniência individual elevando os custos em saúde. Entende ainda, que o excessivo recurso que se faz à tecnologia compromete a eficácia do parto não respeitando os recursos inatos da mulher, facto que o leva a defender a necessidade de redescobrir o nascimento, e proceder à libertação de crenças e rituais.

A indução do parto antes das 40 semanas de gestação foi uma prática obstétrica salientada no estudo, constatando-se que o seu insucesso aumenta as probabilidades de parto por cesariana. Esta opinião corrobora com os do estudo de

Caughey et al., 2009) que ao comparar os benefícios e os riscos de uma indução eletiva do trabalho de parto com uma conduta expectante do nascimento, a partir de estudos randomizados e controlados e de estudos observacionais, concluíram que a indução eletiva do trabalho de parto a partir das 41 semanas de gestação está associada a uma diminuição da probabilidade de ter que fazer cesariana. Entendem as enfermeiras que se deve aguardar pelo desencadeamento espontâneo do trabalho de parto, o que corrobora com os resultados de uma revisão Chochrane que pretendeu avaliar os benefícios e os riscos de uma indução do parto em gravidez a termo ou pós termo em comparação com uma conduta expectante de trabalho de parto espontâneo. A partir de ensaios clínicos randomizados, concluíram que uma política de indução do parto comparada com uma conduta expectante está associada a menos mortes perinatais e a menos cesarianas (Gülmezoglu, Crowther, Middleton & Heatley, 2012). Autores como Zhang et al., (2010), referem que as mulheres que são submetidas a indução do parto estão mais predispostas a necessitar fazer cesariana.

Ainda a respeito das induções, as enfermeiras chefes associaram também a questão dos custos económicos suportados por esta intervenção. Num dos hospitais constata-se atualmente uma diminuição do número de induções que se traduz também na redução do consumo de medicação com prostaglandinas. As despesas em saúde constituem assim uma preocupação para quem gere os serviços de obstetrícia. De acordo com Berns & Kott (2010), nos Estados Unidos, os preços da assistência à maternidade devido a indução do parto, aumentaram de 9,5% em 1990 para 23,1% em 2008. Percebeu-se também que em, clínicas privadas ocorrem mais partos por cesariana, cujos custos são suportados por seguros, o que corrobora com um estudo recente que concluiu que os nascimentos em hospitais norte-americanos cobertos por seguros privados estavam associados a uma maior taxa de intervenção obstétrica (Kozhimannil, Shipee, Adegoka, & Virnig, 2013).

Evocaram-se neste estudo, os princípios associados às práticas relacionadas às intervenções cujas decisões clínicas têm relevância ética entre cuidador e indivíduo alvo de cuidados. Atendendo a que à ética está também associada a filosofia ao procurar diferenciar o bem e o mal, entendemos pertinente fazer aqui alusão às reflexões que Paul Ricoeur faz a este respeito. O autor entra

na problemática da ética a partir da noção de “vida boa”, que no seu entender deve ser nomeada em primeiro porque é o objeto exclusivo da perspectiva ética (Ricoeur, 1990). Ao debruçar-se sobre o juízo do médico, salienta o pacto de cuidados que leva à negociação para que haja algo assumido pelas duas partes, e também à promessa, que constitui um compromisso para ser responsável e credível. Este pacto de cuidados assenta em três níveis de juízo médico, o primeiro chamado prudencial salienta a relação interpessoal com o médico, o segundo, chamado deontológico, faz apelo às normas que visam a singularidade da relação e o terceiro nível relaciona-se aos juízos do tipo reflexivo, que procuram legitimar os juízos prudenciais e deontológicos (Ricoeur, 1996).

A relevância da ética em obstetrícia ao ser evidenciada neste estudo permite compreender que as ações desencadeadas pretendem assegurar com eficácia os procedimentos técnicos e a promoção da saúde considerando a mulher/feto/recém-nascido procurando uma avaliação integral. Preservar a imparcialidade do médico e a autonomia do paciente é fundamental para a prática ética da obstetrícia (Sharma, Chervenak, McCullough & Minkoff, 2004). De salientar que a organização dos sistemas de saúde influenciam o comportamento dos médicos nas tomadas de decisão. Os obstetras são confrontados com diversas questões éticas e sociais que refletem as singularidades do sistema de saúde em que estão inseridos e por fatores socioculturais (Ogwuegbu & Eze, 2009).

Defende-se em saúde a promoção da visão holística do ser humano. No entanto, predomina o modelo biomédico apoiado na ciência e na tecnologia que de forma mais sofisticada responde às necessidades dos utentes. Este modelo permite um maior controlo centrado na doença. Por outro lado, a mulher durante o ciclo gravídico puerperal ao ser também alvo dos cuidados de enfermagem, está sujeita a um outro modelo, este, mais centrado no cuidar. No exercício da enfermagem, os cuidados centram-se em função do utente. Segundo Collière (1999), a prática dos cuidados é a mais velha prática da história do mundo. Refere ainda que cuidar é um ato de vida que tem como fim permitir à vida continuar a desenvolver-se. Já para Watson (2002), cuidar é o ideal moral da enfermagem e tem como objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, envolvendo valores, vontade, compromisso, conhecimentos, ações carinhosas e competências. A propósito do

recurso aos meios tecnológicos e da burocracia com que se lida na saúde, a autora considera que a função do cuidar está ameaçada pela tecnologia, máquinas e tarefas administrativas, respondendo sobretudo às necessidades dos sistemas.

Em contraste com a abordagem biomédica, as enfermeiras entendem ser oportuno envolver a mulher no parto. Respeitando a individualidade, a sua prática leva-as a refletir e a reconhecerem como necessário promover a característica natural do parto e diminuir a prática de técnicas invasivas. Para Collière (1999), cuidar leva as enfermeiras a querer refletir sobre as emoções e as atitudes que acompanham os cuidados. Ao refletirem sobre a prática dos cuidados, privilegiam os métodos não invasivos e o empoderamento da mulher. Ao mesmo tempo, estabelecem com ela uma relação estreita que vai além do tratamento e da recuperação, ajudando-a a orientar-se nas suas experiências ao longo do ciclo gravídico puerperal. O estudo de Bryanton, Gagnon, Johnston & Hatem (2007), concluiu que, dos preditores para a qualidade da experiência do nascimento, a maioria resultavam das intervenções de enfermagem como, o aumento da conscientização da utente ajuda no relaxamento e controlo; promoção do apoio dos companheiros, e as oportunidades imediatas para as mulheres para ficarem junto dos bebés.

5.4. MODELO TEÓRICO EXPLICATIVO DAS EXPECTATIVAS, DECISÃO E VIVÊNCIA NO PARTO POR CESARIANA NA REGIÃO ALENTEJO.

Neste capítulo apresenta-se a sistematização e a articulação dos diversos elementos anteriormente descritos que, de forma integrada e aprofundada permitem compreender o processo das expectativas, decisão e vivências no parto por cesariana na região Alentejo.

A seleção da categoria central iniciou-se durante a codificação aberta, quando começaram a surgir incidentes que logo nos pareceram direcionar-se para ela. Com a codificação axial foi possível estabelecer a relação entre categorias, mas só no final da análise a categoria central foi mais aprimorada. Através do último nível de abstração que levou à emergência da categoria central, foi feita a integração e o refinamento da teoria. Seguimos os princípios Strauss e Corbin (2008), em que os autores defendem que para a escolha da categoria central há critérios que devem ser considerados:

1) Deve ser central, isto é, todas as outras categorias relevantes podem ser relacionadas a ela;

2) Deve aparecer frequentemente nos dados - em todos os casos ou quase todos, há indicadores que apontam para esse conceito;

3) A explicação feita à relação entre as categorias é lógica e consistente, sem que os dados sejam forçados;

4) O nome ou a frase que a denominam devem ser suficientemente abstratas, de forma que possa ser usada em pesquisas que levem ao desenvolvimento de uma teoria mais geral;

5) À medida que o conceito é refinado de forma analítica por meio da integração com outros conceitos, a teoria ganha mais profundidade e mais poder explanatório;

6) O conceito consegue explicar variações e também o ponto principal dos dados.

Com a codificação seletiva passamos a um nível mais elevado de abstração, o que permitiu formar uma base teórica a partir da emergência dessa categoria central. Trata-se de uma interpretação teórica de um problema específico de uma determinada área (Charmaz, 2006). A teoria substantiva emerge dos dados e,

segundo Strauss e Corbin (2008), é uma teoria que deriva dos dados que foram sistematicamente reunidos e analisados. De salientar que a teoria não se ajusta a todos os aspetos de todos os casos. Tal como Strauss e Corbin (2008), pretendemos que se entenda a teoria como uma explicação razoável do fenómeno ainda que nem todos os detalhes se ajustem a cada caso. “A teoria é uma redução dos dados, mas em sentido mais amplo, os participantes devem ser capazes de reconhecer a si mesmos na história que está sendo contada” Strauss e Corbin (2008, 157-158).

O exercício de abstração foi um meio de conceptualmente apresentar a forma como se constroem as expectativas para o parto, a decisão e a vivência no parto por cesariana. Percebemos, ao longo da análise, que entre as expectativas e a vivência está a decisão, fator que determina a sua ocorrência.

A análise comparativa constante e as relações estabelecidas entre as diferentes categorias e as suas propriedades fizeram com que se assumisse como categoria central “Soberania e legitimidade na decisão”, encontrando-se relacionada a ela as categorias, “Génese do desejo”, “Atitude pragmática face ao parto”, “Fatores contextuais”, “Procura de satisfação”, “Experiência de trabalho de parto”, “Experiência de cesariana”, “Reorganização pós parto”, “Tranquilidade no parto”, “Mediadores da decisão médica” e “Pressupostos da decisão”. Através de um trabalho de integração e avaliação da complementaridade entre as categorias conceptuais e as suas propriedades, foi possível, de forma progressiva, tornar mais claras as relações entre elas e construir um modelo teórico que explica as expectativas, a decisão e a vivência no parto por cesariana nos hospitais da região Alentejo.

Procuramos que a categoria central traduzisse o fenómeno que os dados retratam respondendo ao que está expresso na questão de partida: Qual a influência das expectativas sobre o parto na vivência do parto por cesariana? Percebeu-se que as expectativas não são estáveis. Modificam-se de acordo com o desenvolvimento da gravidez, sendo também influenciadas pelo sistema de saúde. Através do exercício de integração das categorias percebemos que o significado atribuído às expectativas e à vivência do parto por cesariana estão regulados pela soberania e

legitimidade do médico nas tomadas de decisão, revelando uma forte influência destes profissionais na gravidez e no parto.

Depois da emergência da “Soberania e legitimidade na decisão”, e de encontradas as categorias a ela relacionadas, foi elaborado um modelo teórico explicativo da teoria que é apresentado na figura 23.

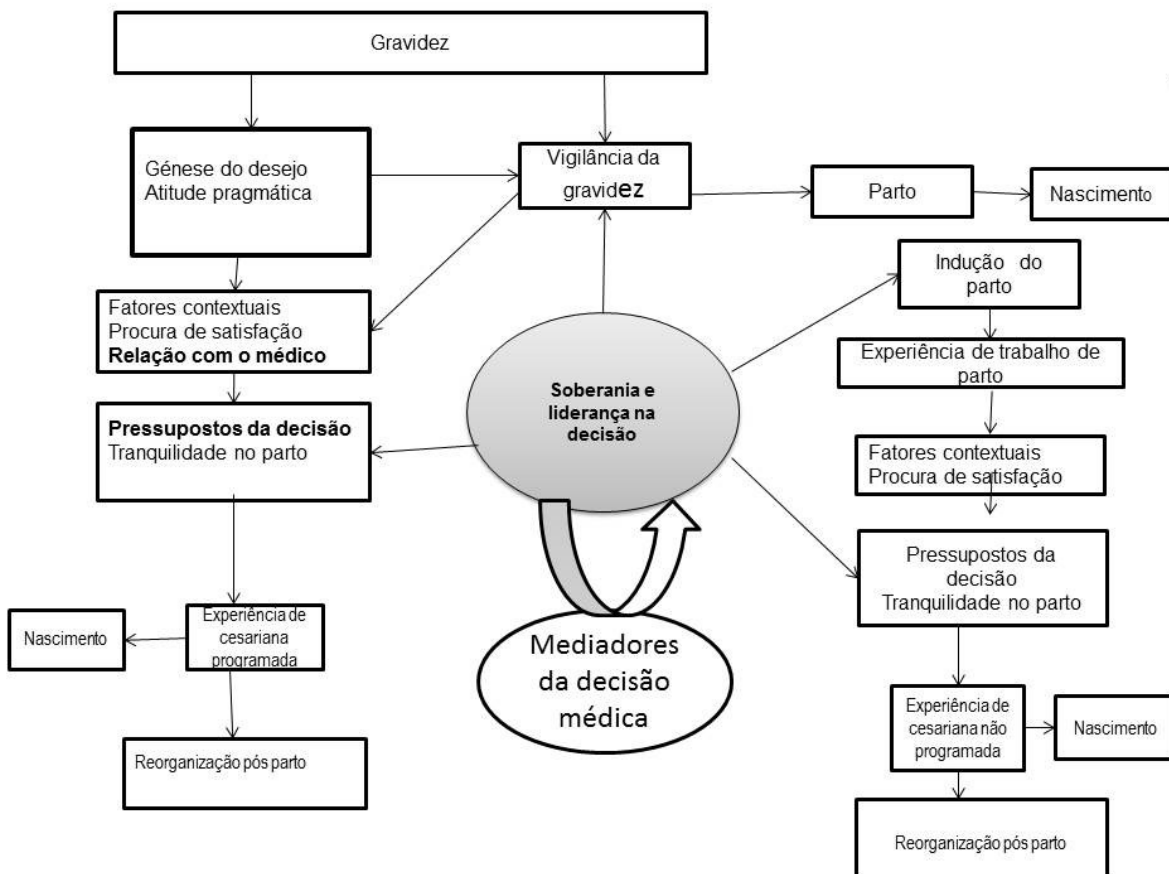


Figura 23 - Modelo teórico representativo das Expectativas, decisão e vivências no parto por cesariana.

Após a elaboração do modelo a teoria foi refinada. Para Strauss e Corbin (2008) refinar a teoria é rever o esquema, procurar a consistência interna e falhas na lógica, completar as categorias mal desenvolvidas e validar o esquema.

Atendendo a estes critérios, percebeu-se que, ao longo de toda a análise, o parecer do obstetra perante as situações e a possibilidade de recurso à medicalização tinham relevância constante. “Soberania e liderança na decisão”, ao

emergir como categoria central, traduz o que está subjacente à decisão para o parto por cesariana, condicionando as expectativas e as vivências neste tipo de parto.

Durante a gravidez a mulher constrói expectativas. A construção das expectativas para o parto assenta em quatro aspectos, que se destacaram, possuindo, cada um deles, características específicas podendo relacionar-se entre si. Na “génese do desejo” estão os temores, a confiança, a insegurança, a capacidade de assumir o inevitável e um forte desejo em contactar com o bebé logo após o nascimento. Para a construção das expectativas contribuem também a “atitude pragmática” que a mulher tem face ao parto, em que há um anseio pelo melhor parto, uma expectativa de fuga à dor e de brevidade no trabalho de parto. Surgem também “fatores contextuais” como a preparação para o nascimento, a identificação dos riscos, a experiência pessoal e de outras mulheres, o desejo de manter a tradição do parto normal, à semelhança do que aconteceu com outras mulheres da família, e a relação que tem com o médico que vigia a gravidez. A “procura de satisfação” salienta a motivação que a mulher sente para um determinado tipo de parto, a presença de desejos ocultos que escondem o sentimento de segurança sabendo da existência de meios para diminuir o risco e o sofrimento. Demonstra capacidade de flexibilidade das expectativas o que permite adaptar-se às mudanças ocorridas. Foram aspectos identificados e que contribuem para a construção das expectativas para o parto.

No entanto, estes aspetos estão presentes mais numas situações do que noutras, variando com a ocorrência dos acontecimentos ao longo da gravidez. Ao longo da gestação, durante a vigilância da gravidez, a mulher recebe contributos para a maturação dessas expectativas até que se dê o parto de forma espontânea e o nascimento. Por outro lado, ela pode de antecipadamente saber que vai fazer cesariana devido à sua condição fisiológica detetada noutra gravidez e que determina que os seus partos ocorrerão sempre por cesariana. Também, devido à imprevisibilidade dos acontecimentos, podem ser detetadas, durante a vigilância da gravidez ou no trabalho de parto, alterações que impeçam a ocorrência do parto por via baixa.

De um modo geral, durante a gravidez as mulheres pensam sobretudo no primeiro contacto com o bebé após o nascimento, desejando ver e tocar. Foi dada

importância ao toque nesta fase inicial, sendo que as enfermeiras procuram proporcionar este primeiro encontro. As mães referem esta como a principal expectativa e a sua concretização está dependente do tipo de anestesia, sendo que quando há necessidade de fazer anestesia geral, a mulher sente tristeza por não ter assistido a um momento que tanto desejou. No entanto, se a mulher é submetida a analgesia loco regional, consegue interagir com o meio ambiente e assim ver concretizada esta sua expectativa que proporciona emoções positivas. Tudo aquilo que a mulher pensa sobre o parto, de forma gradual, vai-se transformando em desejos e esperanças, que são um meio de lidar com a incerteza. Evidenciaram-se alguns medos. Esta antecipação temerosa assentava, sobretudo, na necessidade de instrumentalização do parto vaginal, conseguir manter a gravidez até uma data que garantisse a viabilidade fetal, passar pelo trabalho de parto e necessitar fazer cesariana. As mulheres, com cesariana programada, podem temer ter necessidade de ser admitidas na maternidade sem que esteja de serviço o seu médico assistente, receando que não seja feita cesariana. A confiança instalada entre obstetra e grávida, durante a vigilância da gravidez, proporciona maior segurança se estiver presente durante o trabalho de parto. Foi também identificada a capacidade que a mulher tem de pensar no parto assumindo o inevitável ao admitir que o parto não é um evento simples. Podem, no entanto, assumir que não criaram qualquer expectativa para o parto, mostrando a este respeito alguma indiferença pelo tipo de parto.

A atitude pragmática, também presente, permite que reconheçam os aspetos relativos ao parto e mais facilmente identifiquem a necessidade de alguns procedimentos obstétricos. Esta atitude pragmática face ao parto concorre também para a construção das expectativas, na medida em que traduz o desejo de uma resolução ágil, reconhecendo-o como inevitável e atribuindo-lhe um sentido prático. Evidenciou-se que há um anseio pelo melhor parto, em que foi manifestada a preferência pelo parto normal dando a entender que garante maior satisfação. Pretendem não ter dor, notando-se, no entanto, que pouco se fala do medo de a enfrentar porque têm o conhecimento prévio de que podem ser submetidas a analgesia epidural que lhes garantirá não passar por esse processo difícil que caracteriza o parto. Assim, a fuga à dor parece ter contornos de escape a uma situação considerada difícil esperando fazer analgesia epidural. Desejam que o

nascimento se dê com brevidade e quando a cesariana ocorre de forma programada, este é um aspeto vantajoso, uma vez que se escolhe o dia e a hora sem que haja muita preocupação com o tempo de espera. Além disso, os fatores contextuais condicionam a compreensão dos aspetos relacionados com o parto, identificando-se um conjunto de fatores que induzem a mulher a desejar e a esperar o parto de determinada forma. Contribuem, para isso, a experiência pessoal, a experiência da família e de outras mulheres, a preparação para o parto, a relação com o médico assistente e as variáveis obstétricas. Os fatores contextuais determinam o comportamento de acordo com as relações sociofamiliares que caracterizam a comunidade onde a mulher está inserida. Estão envolvidos os aspetos biopsicossociais, cujo recurso permite diminuir a ação das adversidades e comparar-se com o que é normalmente aceite. Parece haver um desejo em manter a tradição do parto normal na família. E se a mãe e a irmã tiveram os filhos por parto normal, a mulher deseja que tal seja possível acontecer com ela. Nos casos em que a experiência anterior foi positiva, a mulher quer que se repita, mantendo a preferência pelo parto normal. A preparação para o parto é considerada uma fonte de segurança e de informações que ajudam a lidar com o parto e com o desconhecido. No entanto, levam a mulher a lidar com divergências de opiniões entre médicos e enfermeiras no que respeita à via do parto. A relação com o médico assistente surge como uma fonte de cumplicidade e, por isso, torna a mulher mais segura porque sente abertura por parte do médico para expressar os seus medos e anseios.

No período em que ocorre a construção das expectativas, a mulher procura meios que levem à procura de satisfação no parto que a ajudem a viver um estado desejado. Vincula-se, de forma simbólica, a um determinado tipo de parto o que contribui para a motivação para o parto, tal como ela o idealiza. Existem desejos ocultos que parecem estar relacionados com o medo da dor e do parto, e que emergem em situações mais desafiantes. Estas situações funcionam como um estímulo que desencadeia nelas um comportamento inesperado: ou desejam fazer epidural ou pensam na cesariana como meio seguro de ter o bebé, quando se apercebem das palavras do médico em que há uma grande probabilidade de isso acontecer. Dependendo da evolução da gravidez ou do trabalho de parto, a variação dos acontecimentos pode levar a mulher situar-se entre o que desejou e esperou e o

que pode acontecer. Mostra, perante isto, capacidade de flexibilidade das expectativas e aceita as mudanças ocorridas, pensando que podem comprometer o seu bem-estar ou o do bebé. Esta flexibilidade é necessária para enfrentar o fenómeno de construção e desconstrução das expectativas para parto.

O decurso da gravidez leva, assim, à mudança das expectativas, fruto dos fatores extrínsecos que modificam os seus desejos iniciais. Estas mudanças podem ocorrer em tempos e fases diferentes da gestação, sendo que a decisão para parto por cesariana pode ser tomada durante as consultas de vigilância da gravidez, em que são considerados, pelo obstetra, os pressupostos da decisão, como o estado emocional materno, valorizando-se o medo do parto, as variáveis obstétricas e o receio dos profissionais em arriscar a parto por via baixa. Ponderados estes aspetos, o obstetra que tem o poder da decisão, pretende obter tranquilidade no parto e decide fazer cesariana de forma programada. Estas mulheres sabem, antecipadamente, que irão fazer cesariana e, a partir desse momento, constroem expectativas apenas para o parto cirúrgico. Não é bem claro o tempo em que se inicia a construção das expectativas, havendo casos em que já está predefinido que cesariana anterior quer dizer cesariana em gravidezes subsequentes. Constatou-se que, as cesarianas programadas têm várias causas e que a comunicação da decisão varia no tempo, podendo ocorrer em fases mais avançadas da gravidez. Esta decisão leva a que a mulher tenha uma experiência de cesariana programada, que culmina com o nascimento, passando a um período de reorganização pós parto. A Soberania e liderança na decisão leva a que a mulher necessite fazer uma gestão das expectativas e, se perspetivou um parto normal, passa a centrar-se no parto cirúrgico.

Pode, no entanto, decidir-se pelo parto por cesariana de forma não programada, sendo que nesta situação estão, sobretudo, em causa o aparecimento de situações de risco. Em primeiro lugar, destacou-se a indução do parto, voltando a surgir a soberania e liderança na decisão ao decidir induzir o parto. É uma prática que atualmente tende a ser realizada mais próxima das 40 semanas de gestação o que proporciona maior sucesso. Ainda assim, ocorre com relativa frequência, falha da indução levando a mulher a passar por uma experiência de trabalho de parto onde vivencia acontecimentos marcantes, como sentir dor intensa, passar por uma longa

espera, viver o desconhecido e o imprevisto em aceitar fazer cesariana. A experiência de cesariana não programada é marcada pelo processo de trabalho de parto considerado moroso, difícil e desgastante. Passar pela dor e pela exaustão é uma vivência exigente, na medida em que as mulheres se sentem incapazes de viabilizar o nascimento, necessitando depois de uma intervenção cirúrgica. Esta experiência provoca, na mulher, a percepção que passar pelo trabalho de parto foi um desafio conseguido, uma experiência que a completa como mulher e como mãe, provocando mudança pessoal.

Foi também entendida como uma experiência em vão, porque tiveram necessidade de se submeter a dois processos de parto distintos, com sentimento de incompletude. Por um lado, não se completou uma ação que tinha para si grande significado e o insucesso retirou a magia inerente ao parto. Nesta experiência submete-se a várias intervenções que envolvem anestesia, passar pelo ambiente de um bloco operatório e por uma recuperação diferente da do parto normal. Depois de se ter sujeitado ao trabalho de parto, considera os fatores contextuais como a identificação dos riscos e procura de satisfação através do desejo ou da aceitação para cesariana e faz um exercício de flexibilidade das expectativas vendo, na cesariana, a única saída possível.

Perante o insucesso, os pressupostos da decisão levam a que o obstetra decida fazer cesariana, atendendo ao estado emocional da parturiente, à exaustão provocada pelo trabalho de parto arrastado, às variáveis obstétricas, sendo, também, evidentes, o receio dos profissionais, optando por uma atitude de defesa e os fatores económicos. Identificaram-se, como principais causas, a incompatibilidade feto pélvica, a febre, a exaustão materna e a falha da indução. A cesariana é uma solução permitindo obter tranquilidade no parto e assegurar o bem-estar quer na perspetiva médica, quer na perspetiva da mulher.

O período pós parto leva a uma reorganização do parto, marcada pela necessidade de lidar com o corpo mais debilitado, fruto da intervenção cirúrgica e pelo esforço em ter disponibilidade para o bebé, querendo ser a principal cuidadora. Tanto nas cesarianas programadas como nas não programadas, o mais importante para as mulheres é ter o bebé em segurança, independentemente da via do parto, e se o médico tem o parecer de fazer a cesariana, não há lugar a contestação

Sujeitar-se ao trabalho de parto e ter que fazer cesariana é considerada uma experiência inesquecível, que pode levar a ponderar não ter mais filhos ou, voltando a acontecer, deseja o parto normal.

Enquanto na cesariana programada a mulher teve tempo para se mentalizar para este tipo de parto, embora pudesse existir ansiedade pré operatória, na cesariana não programada a mulher necessitou ter capacidade para superar o trabalho de parto, o que exige capacidade de resistência física e emocional, preocupando-se com o seu bem-estar e com o do bebé.

A decisão pelo parto por cesariana é um dos principais aspetos a considerar na vivência do parto por cesariana destacando-se a relação de assimetria entre o obstetra e a mulher, sendo patente que o médico é o principal decisor. Surgem, assim, os “Mediadores da decisão médica”, representados pelo empoderamento da mulher no parto e pelas ações das enfermeiras ESMO para conter a “Soberania e liderança na decisão”. A carência de empoderamento da mulher no parto foi apontada, pelas enfermeiras, como causa que promove o parto cirúrgico sem que a mulher se envolva na tomada da decisão. As enfermeiras, através do desenvolvimento de planos de melhoria pré natal, da promoção da autonomia da mulher, na aposta do trabalho de parto espontâneo e numa postura de desmistificar riscos, pretendem combater a intervenção no parto. Percebeu-se que, ao longo da gravidez e trabalho de parto, a mulher é alvo de cuidados médicos cuja atenção se centra na ótica biomédica e confronta-se, também, com o cuidar assegurado pelas enfermeiras.

O processo das expectativas e da vivência do parto por cesariana expressa, assim, a presença de uma condicionante que se relaciona com a decisão médica que determina a sua realização, havendo expectativas que se constroem e desconstroem.

6. CONCLUSÃO

A vivência de uma experiência positiva de parto
permitirá uma melhor relação mãe/filho o que
certamente contribuirá para um mundo melhor
Odent (2003)

Consideramos ter abordado nesta investigação um tema atual e pertinente em saúde. Numa época em que se assiste a um elevado número de nascimentos por cesariana a nível global, importa compreender que significados são atribuídos pela mulher a este modo de ter um filho. As reflexões sobre esta problemática no que respeita às implicações a nível da saúde, não se esgotam, pelo que, o conhecimento acerca das expectativas da mulher para o parto pode contribuir para a melhoria dos cuidados em saúde materna. Conhecer os significados atribuídos ao parto por cesariana fez-nos sentido, na medida em que permite enriquecer a qualidade dos cuidados à grávida e à parturiente, permitindo compreender o que é importante para ela numa experiência significativa. Durante a elaboração deste estudo foi possível compreender os aspetos envolvidos e que dão carácter de complexidade a esta experiência que é exclusiva da mulher manifestando a presença de fatores emocionais e socio culturais.

A opção por uma abordagem qualitativa permitiu a explicação de especificidades típicas de um fenómeno que consideramos preocupante. A partir dos objetivos já descritos, optamos pelo recurso a uma metodologia construtivista para nortear a nossa investigação utilizando a *grounded theory*. A emergência de categorias conceptualizadas permitiu obter várias conclusões e a elaboração de um modelo teórico explicativo destas vivências e levar à compreensão da realidade local.

Tivemos como primeiro objetivo, compreender a forma como se constroem as expectativas para o parto e conhecer a sua importância. Estas expectativas vão-se

modificando ao longo da gravidez estando condicionadas pela experiência de cesariana anterior, pelas alterações decorrentes ao longo da gravidez e do trabalho de parto, e pelo que a grávida ouve ou percebe. Constatamos que as expectativas construídas têm em vista sobretudo a brevidade no parto, o contacto imediato com o bebé, receio da dor e temores relativamente à impossibilidade da presença do médico que assistiu a gravidez. Curiosamente, não foram referidas expectativas relativas à presença do marido/companheiro, da capacidade de controlo e qualidade do atendimento. Aspectos que foram referidos noutros estudos (Baker, Choi, Henshaw, & Tree, 2005; Beaton & Gupton, 1990; Gibbins & Thomson, 2001; Green, Kitzinger, & Coupland, 1990).

As mulheres construíram expectativas altas em relação ao parto normal entendido como o mais natural e favorável para a díade. Tal desejo pode ser benéfico para a construção do processo de maternidade. Para Odent (2005), os processos fisiológicos que estão envolvidos durante e após o parto normal são favoráveis e facilitadores para a realização deste processo.

O segundo objetivo pretendia compreender a vivência do parto por cesariana programada e não programada. Atendendo a que a corrente construtivista em que se baseia a metodologia desta investigação, postula que o conhecimento nasce da relação entre o indivíduo e o meio, e que por isso recebe o seu significado a partir das ações e interações com o contexto social onde está inserido, salientaram-se também aspectos relacionados com as questões vivenciais. Compreendeu-se que as vivências face às expectativas criadas permitem identificar o grau de concretização e a satisfação sentida com a experiência de parto por cesariana. A expectativa que se salientou como não concretizada foi a não ocorrência de parto normal. Esta contradição é no imediato manifestado por frustração, tristeza e culpabilização reconhecendo no entanto, a necessidade de fazer cesariana sendo que por vezes essa decisão pecou por ser tardia, atendendo ao sofrimento sentido. Ainda assim, passar pela experiência de trabalho de parto completa e promove amadurecimento pessoal.

No encontro entre o desejado durante a gravidez, e o vivenciado durante o trabalho de parto e puerpério precoce, a experiência de dor nestes dois períodos foi para algumas puérperas considerado incapacitante e desagradável por se arrastar

no tempo. A limitação física e o mal-estar sentidos não comprometem a disponibilidade para o bebê, e embora sintam dificuldade em lidar com o corpo nesta fase de recuperação pós parto, a maioria esforça-se para cuidar do seu filho, não sendo comprometida a relação precoce.

A analgesia epidural foi reconhecida como um meio eficaz de alívio da dor, e a cesariana um meio para prevenir complicações. Sabem que a recuperação é difícil, experiência que desagrada e faz preferir o parto normal. A dor sentida durante o trabalho de parto e no período pós-operatório é referida como a experiência mais desagradável. De um modo geral, as puérperas demonstraram, ter a consciência de que nem sempre tudo ocorre da forma como foi desejado ou esperado. Ainda assim, estão conscientes de que o parto é um evento complexo que envolve várias vulnerabilidades e interrogações mas também tem algo de previsível e positivo. Ao serem cuidadas por médicos obstetras e enfermeiras ESMO, podem sentir divergência nas opiniões uma vez que as enfermeiras tendem mais a promover o desenvolvimento natural do trabalho de parto.

O modo como a mulher se adapta à mudança das expectativas e à experiência de cesariana é um aspeto pouco documentado na literatura científica mas que se mostrou relevante nesta investigação. As estratégias para aceitar o parto por cesariana foram pensar no seu bem-estar e no do bebê e terminar o sofrimento quando passa pela experiência do trabalho de parto. Estão também subjacentes as experiências vividas. São subterfúgios que ajudam a ultrapassar a não concretização, embora sintam no imediato tristeza e frustração. Compreendeu-se que nesta vivência, a mulher utiliza recursos de tipo emocional manifestados pelas expectativas e automotivação que ajudam a uma gestão mais equilibrada dos acontecimentos. Contribuem também recursos do tipo cognitivo através da percepção que tem do parto, da memória de experiência pessoais, ou do que é manifestado por outras mulheres, que levam a diferentes reações.

O terceiro objetivo pretendia conhecer as principais razões que levam ao parto por cesariana na região Alentejo. A identificação das causas mais frequentes de cesariana permite perceber a possibilidade de envolvimento da mulher na escolha do tipo de parto. No entanto, atendendo à subjetividade não é de todo possível fazer essa avaliação de forma clara. Contudo, contrariando estudos de Joseph et al.,

(2003); Meikle, Steiner, Zhang, & Lawrence, (2005), e Alnaife & Beydoun (2012), não parece neste estudo, haver um elevado número de mulheres a solicitar o parto por cesariana. Percebemos que muitas mulheres fazem indução do parto. Quando não executada de forma adequada, respeitando o termo da gestação, é fator que contribui para a cesariana devido aos insucessos que se vão registando e ao comportamento de alguns médicos. As causas maternas e fetais são algumas delas controversas como é o caso da apresentação pélvica e da cesariana anterior.

No entendimento das enfermeiras, a mulher não está ainda preparada para ser envolvida na tomada de decisão para o tipo de parto necessitando de ser empoderada. Há um conhecimento generalizado sobre as diferentes vias do parto, sendo que as preferências se centram no parto normal, que é entendido como um parto determinado pela espontaneidade e pelo mínimo de intervenção. A partir deste reconhecimento, as enfermeiras defendem que vem sendo necessário o maior envolvimento da mulher nas tomadas de decisão no parto.

As expectativas revelaram ser importantes na medida em que perspetivam o parto, procuram segurança e satisfação de acordo com os desejos individuais. Com base no conhecimento dos aspetos envolvidos, os cuidadores poderão empenhar-se em fazer um ajustamento dessas expectativas e promover a qualidade dos cuidados em saúde materna. Autores como Green, Coupland e Kitzinger (1990), referem que o bem-estar psicológico da mulher beneficiará se as expectativas que elaborou para o parto se confirmarem.

A análise das expectativas e da vivência no parto por cesariana foi além da descrição e permitiu uma explicação teórica das expectativas, decisão e vivências no parto por cesariana na região Alentejo. Os conteúdos conceptualizados e expressos na teoria explicam que o parto por cesariana sobretudo se não é programada é uma experiência desafiadora, onde atuam aspetos de natureza multifactorial assentes em circunstâncias psicológicas, sociais, culturais, ambientais e éticas, condicionada pelas intervenções médica e de enfermagem. Resulta, desta teoria, que a forma como se decide uma cesariana determina as expectativas e a vivência no parto por cesariana. Consideramos que a teoria desenvolvida é relevante e coerente podendo ser ponto de partida para outros estudos sobre os

significados do parto. Estamos convictas que os resultados apresentados têm implicações teóricas e práticas levando a que o tema mereça mais investigação.

Salientamos que o método *grounded theory*, não pretende testar teorias mas levou à descoberta de pressupostos que foram conceptualmente fundamentados nos dados podendo ser testados noutras pesquisas. A investigação foi desenvolvida com participantes cujas características serão diferentes noutras regiões do país. Uma possibilidade de estudos futuros é da sua realização noutro contexto regional de forma a perceber as semelhanças ou diferenças existentes bem como as implicações na experiência de parto. Seria também pertinente a elaboração de um estudo quantitativo ou de carácter longitudinal para avaliar os efeitos desta experiência a longo prazo.

As transformações que têm ocorrido ao nível da saúde têm exaltado não só ao direito à proteção mas também ao dever de cada um individualmente ser capaz de a defender. A evolução tecnológica e científica veio atribuir outro significado ao parto. Institucionalizou-se o parto e apostou-se no recurso à medicalização, tendo-se verificado um decréscimo nas taxas de mortalidade de morbilidade materno infantil. Em contrapartida, desafia-se a sua característica natural.

A elaboração desta investigação foi um desafio que exigiu tempo e dedicação. As leituras que sentimos necessidade de fazer, a análise reflexiva dos dados através das constantes leituras e reinterpretações, a elaboração e análise dos memorandos exigiram muito tempo. Para assegurar a relevância da teoria, tivemos oportunidade de partilhar a análise feita com alguns dos elementos do grupo que utiliza esta metodologia, como atrás referenciamos contribuindo também os pareceres do orientador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABADE, L. (2010). Contacto Pele-a-pele: Que Contributos para a Termorregulação. [Em linha]. Mealhada: Congresso Vulnerabilidade na Gravidez e no Pós-parto, Corrente Dinâmica, 2010. [Consult. 10 Dez. 2012]. Disponível na Internet: «URL:<http://www.correntedinamica.com>». ISBN 978-989-966-17-0-7.
- Abushaikha L, Oweis A. (2005). Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. *Int J Nurs Pract*, 11(1), 33-8.
- ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Nº 107. *Obstet. Gynecol*, 114(2), 386-397.
- Adams, E., D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 106–115. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x.
- Aduloju, P. (2013). Pain perception among parturients at a university teaching hospital south- western Nigeria. *Nigerian Medical Journal*, (54), 211- 216.
- Ahmad-Nia, S., Delavar, B., Eini-Zinab, H., .Kazemipour, S., Mehryar, A. & Naghavi, M. (2009). Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates. *East Mediterr Health J*, 15 (6), 1389-1398.
- Alhusen, J. (2008). A Literature Update on Maternal-Fetal Attachment. *JOGN*, 37, 315-328. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x
- Allen, V., O'Connell, C., Farrell, S. & Baskett, T.(2005). Economic implications of method of delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 193:192-7.
- Alnaif, B. & Beydoun, H. (2012). Practice of Primary Elective Cesarean Upon Maternal Request in the Commonwealth of Virginia. *JOGNN*, 41, 738-746; 2012. doi: 10.1111/j.15526909.2012.01387.x
- Alto Comissariado para a Saúde. Indicadores actuais do PNS. Outubro 2008. <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/10/mcm-curia-out2008.pdf> acedido em 30 de março de 2010.

-
- Aliyu, M., Salihu, H., Wilson, R., & Kirby, R. (2007). Prenatal smoking and risk of intrapartum stillbirth. *Arch Environ Occ Health*. 62(2), 87-92.
- Andrews, D. & Humphries, G. (2010). After a cesarean...What's a birth professional to do? *J Perinat Educ*. 2010 Spring; 19(2), 11–15. doi: 10.1624/105812410X495505
- Avila, C., Bhangoo, R., Figuerosa, R., Santorelli, J., Ogbum, P., & Desan, P. (2012). Association of smoking with wound complications after cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2589, 1250-1253.
- Ayers, S. (2007). Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study, *Birth*, 34(3), 253-263.
- Ayers, S. (2007). Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study. *Birth*, 34 (3), 253-263.
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2005). Women's expectations and , experience of birth. *Psychology and Health*, 20(1), 79-92
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84:191-215.
- Baud, D., Rouiller, S., Hohlfeld, P., Tolsa, J-F. & Vial, Y. (2013). Adverse obstetrical and neonatal outcomes in elective and medically indicated inductions of labor at term. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(16), 1595-1601. doi:10.3109/14767058.2013.795533.
- Baschat, A., Chmait, R., Deprest, J., Gratacós, E., Hecher, K., Kontopoulos, E., Quintero, R., Skupski, D., Valsky, D., & Ville, Y. (2011). Twin-to-twin transfusion syndrome (TTTS). *J. Perinat. Med*. 39, 107–112 doi: 10.1515/JPM.2010.147
- Basto, M. (2012). Qual o objeto de estudo das teses de doutoramento em enfermagem das universidades portuguesas? Uma análise dos resumos. *Pensar Enfermagem*, 16 (1), 2-25.
- Baker, S., Choi, P., Henshaw, C., & Tree, J. (2005). 'I felt as though I'd been in jail': Women's experiences of maternity care during labour, delivery, and the immediate postpartum. *Feminism & Psychology*, 15(3), 315-342.
- Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Beaton, J., & Gupton, A. (1990). Childbirth expectations: A qualitative analysis. *Midwifery*, 6(3), 133-139.
- Beck, C. T. (2011). A metaetnography of traumatic childbirth and its aftermath: Amplifying causal looping. *Qualitative Health Research*, 21(3), 301-311. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732310390698>
- Beebe, K. R., & Humphreys, J. (2006). Expectations, perceptions, and management of labor in nulliparas prior to hospitalization. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(5), 347-353.
- Berger, A., & Hobbs, B. (2006). Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(4), 465-71.
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG*, 116(9), 1167-1176.
- Berns, S., D. Kott A, eds. (2010). *Toward Improving the Outcome of Pregnancy III: Enhancing Perinatal Health through Quality, Safety and Performance Initiatives*. White Plains, NY: March of Dimes National Foundation.
- Bianchi, E., & Ikeda, A. (2008). Uso e aplicações da Grounded Theory em administração. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, 6(2), 231-248.
- Bloom, K. (1995). The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nursing Research*, 44(5), 284-289.
- Blüm, V., Stammler-Safar, M., Reitingger, A., Resch, I., Naderer, A., & Leithner, K. (2012). A Qualitative Approach to Examine Women's Experience of Planned Cesarean. *JOGNN*, 41, E82-E90. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01398.x
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Jensen, M. (1999) *Enfermagem na maternidade* 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em educação. Uma Introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

- Bowen, G. (2006). Grounded Theory and Sensitizing Concepts. *Grounded theory and sensitizing concepts. International Journal of Qualitative Methods*, 5 (3),
- Bowlby J. (1969). *Attachment. Attachment and Loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowser, D. & Hill, K. (2011). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility based childbirth. USAID-TRAction Project. Harvard school of Public Health.
- Branch, D. & Silver, R. (2012). Managing the primary cesarean delivery rate. *Clinical Obstet. Gynecol*, 55(4), 386-397.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes
- Brazelton, T., & Cramer, B. (2002). *As primeiras relações*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Beaton, J., & Gupton, A. (1990). Childbirth expectations: A qualitative analysis. *Midwifery*, 6(3), 133-139.
- Breen, D. (1975). *The birth of a first child: Towards an understanding of femininity*. London: Tavistock.
- Brennan, D., Robson, M., Murphy, M., & O’Herlihy, C. (2009). Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol*, 201(3), 308. e1-8. doi:10.1016/j.ajog.2009.06.021.
- Brockington, I., Macdonald, E., & Wainscott, G. (2006). Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Arch Womens Ment Health*, 9: 253–263. doi: 10.1007/s00737-006-0134-z.
- Bryanton, J., Gagnon, A., Johnston, C., & Hatem, M. (2007). Predictors of Women’s Perceptions of the Childbirth Experience. *JOGNN*, 37, 24-34; 2008. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2007.00203.x

Bryanton, Gagnon, Hatem & Johnston. (2009). Does Perception of the Childbirth Experience Predict Women's Early Parenting Behaviors? *Nursing & Health*, 32, 191–203.

Bunting, L., Tsibulsky, I., & Boivin, J. (2012). Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: findings from the international fertility decision-making study. *Human Reprod*, 25, 1.13. doi: 10.1093/humrep/des402.

Bussel,V-J., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010). Childbirth expectations and experiences and associations with mothers' attitudes to pregnancy, the child and motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(2), 143–160.

Bryanton, J., Gagnon, A., Johnston, C., & Hatem, M. (2007). Predictors of Women ' s Perceptions of the Childbirth Experience. *JOGNN*, 37 , 24-34; 2008. doi: 10.1111/J.1552-6909.2007.00203.x

Bystrova ,K., Widström, A., Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., Vorontsov, I. & Uvnäs-Moberg. K.(2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr*, 92(3), 320-6.

Campos, D., Furtado, J., Crisóstomo, M., Carrapato, R., Cunha, E., & Conceição, M. (s/d). Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região norte de Portugal. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte, l:P: Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf. Acedido em em 12 abril de 2012.

Campos, D., & Ramalho, C. (2005). Classificação de Gravidez de Risco in *Protocolos de Medicina fetal*, Lisboa: Lidel.

Cantilino,A., Zambaldi, C., Sougey, E., & Rennó, J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós parto. *Revista de psiquiatria Clínica*, 6 (37), 278-284.

Cassiani, S., Carli,M., & Plá, N. (1996). “ A teoria fundamentada em dados co. mo abordagem de pesquisa interpretativa”. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 4(3), 75-88.

- Caughey, A., Sundaram, V., Kaimal, A., Gienger, A., Cheng, Y., McDonald, K., Shaffer, B., Owens, D., & Bravata, D. (2009). Systematic review: elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. *Ann Intern Med.* 18; 151 (4), 252-63, W53-63.
- Chaillet, N., Dube, E., Dugas, M., Francoeur, D., Dube, Z., Gagnon, S., Poitras, L. & Dumon, A. (2007). Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec. *Bull World Health Organ*, 85: 791-797.
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D., O'Brien, B., & Lee, L. (2010). Cesarean and Vaginal Birth in Canadian Women: A Comparison of Experiences. *Birth.* 37. 44-49.
- Chamberlin, J., & Schene, A. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatr Rehabil J*, 20, 43–46.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Chervenak, F. & McCullough, L. (2011). Na ethical justified framework for clinical investigation to benefit pregnant and fetal patients. *Am J Bioeth*, 11(5). 39-49. doi: 10.1080/15265161.2011.562595.
- Christiaens, W., & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 7, 26. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-7-26>
- Cicuto, A., Belisário, C., & Tavares, B. (2012). Puerperal women's satisfaction with their delivery. *Invest Educ Enferm*, 30(2), 208-214.
- Cipolletta, S., & Balasso, S. (2011). When everything seems right the first birth experience of women in an Italian hospital. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 374–381.
- Cipolletta, S. & Sperotto (2012). From the hospital organisation to the childbirth practice: Italian women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(3), 326–336.

- Clement, S. (2001). Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 15 (1), 109-126. doi: 10.1053/beog.2000.0152
- Cohen, L., J. & Slade, A. (2000). The psychology and the psychopathology of pregnancy: reorganization and transformation. In C. H. Jr. Zeanah et al (Ed). *Handbook of Infant Mental Health*, New York: The Guilford Press.
- Collard T., Diallo, H., Habinsky, A., Hentschell, C., & Vezeau ,T. (2008). Elective cesarean section: What's driving this trend? *Nurs Womens Health*, 12(6), 480–488.
- Collière, M. (1999). Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa. 4ª Tiragem. Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Colman, L., Colman, D.(1994). Gravidez: a experiência psicológica. Lisboa: Edições Colibri
- Conde, A., Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco , A., e Pais, A. (2007). Perceção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do tempo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 49-66.
- Condon, T., (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Costa, M. & López, E. (1996). Educación para la salud. Madrid: Pirámide.
- Craig, E., Stewart, A., & Mitchell, E. (2004). Causes of late fetal death in New Zealand 1980–1999. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 44: 441–448.
- Cranley, M. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res*. 30(5): 281-284.
- Cristina, A., & Vincenzo, D. (2008) Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* , 199, 224-231.
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse ,D., & Spong, C. (2010). *Williams obstetrics*. 23ª ed. United States of America: McGraw- Hill.
- Cury, L. & Paula, F. (2013). Análise do perfil dos processos judiciais em obstetria e o impacto do laudo pericial nas decisões do magistrado. *Saúde, Ética & Justiça*. 18 (1). 110-115.

- Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'goodenough' birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297-305.
- Daniluk, J., Koert, E., & Cheung, A. (2012). Childless women's knowledge of fertility and assisted human reproduction: identifying the gaps. *Fertil Steril*, 97(2), 420-426. doi. 10.1016/j.fertnstert.2011.11.046
- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., & Applebaum, S. (2006). Listening to Mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York, NY: Childbirth Connection. Retirado em http://www.childbirthconnection.org/pdfs/LTMII_report.pdf acessado em 16 de Janeiro de 2014.
- Delcros, J., & Widlocher, D. (1978). As alterações psicológicas no decurso da gravidez. *Jornal do Médico*, 281-283.
- de Groot, A., Slort, W. & Van Roosmalen, J. (1993). Assessment of the risk approach to maternity care in a district hospital in rural Tanzania. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 40 (1), 33-37.
- Dias, M. & Deslandes, S. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política de humanização. *Cad. Saúde Pública*, 22(12), 267-2655.
- Diário da República (2013). Despacho nº 3482/2013, 2ª série, 45.
- Dickason, E., Siverman, J., Kaplan, B., & Judith, A. (1999). *Enfermeria materno infantil*. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace
- Dieterich, M., Müller-Jordan, K., Stubert, J., Kund, G., Wagne, K., & Gerber, B. (2012). Pain management after cesarean: a randomized controlled trial of oxycodone versus intravenous piritramide. *Arch Gynecol Obstet* .286:859–865. doi: 10.1007/s00404-012-2384-5
- Direção Geral da Saúde (2011). Exames Ecográficos na Gravidez de Baixo Risco. Nº 023/2011.
- Dodebei, V. (2002). Tesouro: linguagem de representação da memória documentária. Niterói: Intexto: Rio de Janeiro: Interciência.

Domingues,A., Cordeiro, C., Moura, P., & Vieira, D. (2009). Responsabilidade médica em Ginecologia/Obstetrícia- perspectiva portuguesa. *Acta Obstet Ginecol Port.* 3 (1). 24-34.

Dryden, M., Goddard, C., Madadi, A., Heard, M., Saeed, K., & Cooke, J. (2014). Using antimicrobial Surgihoney to prevent caesarean wound infection. *British Journal of Midwifery*, 22(2), 111-115.

Dunn, E., & O'Herlihy, C. (2005). Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after caesarean section and caesarean section after previous vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1;121(1),56-60

Dweik, D., Edmond, G., Annamária, T., Gyula, M., & Attila,P. (2014). Women's antenatal preferences for delivery route in a setting with high cesarean section rates and a medically dominated maternity system. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 93(4), 408-415.

Easterbrook, J.,Singer, M-A., Storey, & Damian, D. (2008). Selecting empirical methods for software engineering research. In F. Shull, J. Singer, and D. Sjøberg, (ed.), *Guide to Advanced Empirical Software Emgeneering*. Springer- Verlag, London.

Ecker, J. & Frigoletto, F. (2007). Cesarean delivery and risk-benefit calculus.The New England Journal of Medicine, 356(9) 885-888.

Ehrenthal, D., Jiang, X., & Strobino, D. (2010). Labor induction and the risk of a cesarean delivery of nulliparous women at term. *Obstetrics and Gynecology*, 116, 35-42.

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153. <http://dx.doi.org/10.1111/J.1365-2648.2010.05391.X>

Enkin, M., Kierse, M., Nielson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyer, J. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3ªed. Oxford University Press.

Enkin, M., Kierse, M., Renfrew, M., Nielson, J. (1995). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford, Oxford Medical Publications.

Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2006). Content of childbirth-related fear in Swedish women and men--analysis of an open-ended question. *J Midwifery womwes Health*, 51(2):112-8.

Faúndes A, Cecatti J. (1991). A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública*;7: 150-173.

Feldman,R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a Neuroendocrinological Foundation of Human Affiliation Plasma Oxytocin Levels Across Pregnancy and the Postpartum Period Predict Mother-Infant Bonding. *Psychol Sci* 18: 965-970. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x

Fenwick, J, Gamble,J., & Hauck (2007) Believing in birth-choosing VBAC: the childbirth expectations of a self-selected cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1561-1570.

Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26, 394–400. doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011

Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Grounded theory. In Fernandes, E.M.; Almeida Leandro 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, ISBN 972-8098-98-7, 49-76.

Ferrari, J. (2009). A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Revista Bioética* 17(3): 473-495.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial da vinculação da mãe ao bebé. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 3(003) Asociación Española de Psicología Conductual, Granada, España, 521-539.

Figueiredo, B., Costa, R., & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas, análise Psicológica, 2 (XX), 203-217.

Finer, L. & Zolna, M. (2014). Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001-2008. *American Journal of Public Health*. 14(1), s45-s48.

Fisher, J., Astbury, J., & Smith, A. (1997). Adverse Psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 728-738.

Fleming, S., Smart, D., & Eide, P. (2011). Grand Multiparous Women's Perceptions of Birthing, Nursing Care, and Childbirth Technology. *The Journal of Perinatal Education*, 20(2), 108-117.

Foucault, M. (1977). *Der Wille zum Wissen*. Frankfurt: Suhrkamp.

Floyd, D.R. (2009). *Perspetivas antropológicas del parto y el nacimiento*. Buenos Aires: Fund. Creavida.

Fortes, P. (2004). Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização na atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 30-35.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures. Lusodidacta.

Franco, V., Bertão, A., Apolónio, A., Pires, H., Melo, M., Santos, G., Albuquerque, C., Ferreira, F., Cunha, M., & Carmona, C. (2013). Percursos inclusivos das crianças e famílias portadoras de X frágil. In Franco, V. (org). *Síndrome de x Frágil pessoas, contextos & percursos*. Aloendro: Évora.

Frello, A., & Carraro, T. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 out/dez;12(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056>.

Fretts, R. (2005). Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol*, 193, 1923-1935.

Frello, A., & Carraro, T. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. out/dez;12(4):660-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056>.

- Frias, A. & Franco, V. (2010). A dor do trabalho de parto...um desafio a ultrapassar. *International Journal of Development and Educational psychology*, 1(2), 53-60.
- Fu, J-C, Xirasagar, S., Liu, J. & Probst, J. (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. doi: 10.1186/1471-2458-10-548
- FuZhou W, XiaoFeng S, XiRong G, YuZhu P, XiaoQi G. (2009). Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery. *Anesth*, 111, 871-880
- Galbally, M., Lewis, A., Ijzendoorn, M., & Permezel, M. (2011). The role of oxytocin in mother-infant relations: a systematic review of human studies. *Harv Rev Psychiatry*, 19: 1–14 doi:10.3109/10673229.2011.549771
- Garcia, E. (2002). Transgressão e violência nos destinos do “desejos de ter filho” na atualidade. *Estilos da clínica*. 13, 108-115.
- Gibbins, J., & Thomson, A. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313.
- Gilliam, M., Rosenberg, D., & Davis, F. (2002). The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol*. 99(6), 976-80.
- Glantz, J. (2012) in Roundtable Discussion: The Language of Birth. *Birth* 39 (2), 159-160.
- Glaser, B. (2005). *The grounded theory perspective III: Theoretical coding*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Gold, D., Rogacz, S., Bock, N., Tosteson, T., Baum, T., Spizer, F., & Czeiler. (1992). Rotating shift work, sleep and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *American Journal Public Health*, 82(7), 1011-1014.
- Goulding, C. (2002). *Grounded Theory: a practical guide for management, business and market researchers*. Londres: Sage Publications.

Green, J. Coupland, V., & Kitzinger (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 17(1), 15-24.

Green, J., Kitzinger, J., & Coupland, V. (1990). Stereotypes of childbearing women: A look at some evidence. *Midwifery*, 6(3), 125-132.

Grace, J. (1989). Development of maternal fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 38 (4), 2228-232.

Gruber, J. & Owings, M. (1996). Physician financial incentives and cesarean section delivery. *The RAND Journal of Economics*, 27(1), 99-123.

Gülmezoglu, A. M., Crowther, C. Middleton, P.A. & Heatley, E. (2012). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Databases Systematic Review*, 6: CD004945. doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub3.

Hadar, E., Melamed, N., Tzadikévitch-Geffen, K., & Yogev, Y. (2011). Timing and risk factors of maternal complications of cesarean section. *Arch Gynecol Obstet*, 283(4), 735-741. doi: 10.1007/s00404-010-1450-0

Hall, W., Stoll, K., Hutton, E., & Brown, H. (2012). A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 3;12:78.

Handelzalts, J. Fisher, S., Lurie, S., Shalev, A., Golan, A., & Sadan, O. (2011). Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 91:16–21. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01287.x

Hannah, M. (2004). Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women? *Canadian Medical Association Journal*, 170 (5), 813–814.

Harer, W. (2000). Patient choice cesarean. *ACOG Clin Rev*; 5 (2): 1, 13, 15-6

Heller, G., Schnell, R., Misselwitz, B., & Schmidt, S. (2003). Risk of neonatal death on weekends vs weekdays. *JAMA*, 290(16), 2125-2126.

Helman, G. (2009). *Cultura, Saúde e Doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Hernández- Díaz, S. Van Marter, L. Werler, M., Louik, C. & Mitchell, A. (2007). Risk factors for persistent pulmonary hypertension of newborn. *Pediatrics*, 120(2), 272-282.
- Hidaka, R. & Callister, L. (2012). Giving Birth With Epidural Analgesia: The Experience of First-Time Mothers. *The Journal of Perinatal Education*. 21(1), 24-35. <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.24>.
- Higgins, J., A., Popkin, R., & Santelli, J. (2012). Pregnancy ambivalence and contraceptive use among young adults in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(4), 236-243. doi: 10.1363/4423612
- Hildingsson, I., Thomas, J., Karlström, A., Olofsson, R., & Nystedt, A. (2010). Childbirth thoughts in mid-pregnancy: prevalence and associated factors in prospective parents. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal Of The Swedish Association Of Midwives [Sex Reprod Healthc]*, 1(2), 45-53.
- Hjelmstedt A, Widstrom, A., & Collins A. (2006). Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*, 33(4), 303–310.
- Holton, J. (2010). The coding process and its challenges. *The Grounded Theory Review*, 9(1), 21-40.
- Holzmer, W. (2010). Responsible conduct of research. In W. Holzemer (Ed.) *Improving health through nursing research* (. 167-179). International Council of Nurses: Wilwy-Blackwell.
- Humbert, L., Saywell, R., Zollinger, T., Priest, C., Reger, M., & Kochhar, K. (2011). The effect of pregnancy intention on important maternal behaviors and satisfaction with care in a socially and economically at-risk population. *Matern Child Health*. 15, 1055-1066. doi: 10.1007/s10995-0646-z
- Inhorn, M. C. (2006). Defining women's health: A dozen messages from more than 150 ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(3), 345–378.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2009). Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology. Retirado em: <http://www.figo.org/about/guidelines>. Acedido em 22 de setembro de 2011.

Ip, W., Chien, W., & Chan, C. (2003). Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. *J Adv Nurs*, 42(2), 151-158.

Ismail, S. Shahzad, K., & Shafiq, F. (2012). Observational study to assess the effectiveness of postoperative pain management of patients undergoing elective cesarean section. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 28, 36-40.

Jackson, N. & Irvine, L.M. (1998). The influence of maternal request on the elective caesarean section rate. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 18, 115-120.

Jacquemyn, Y., Ahankour, F., & Martens, G. (2003). Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. *Eur J Obstet gynecol Reprod Biol*, 10, 111(2), 164-166.

Jaddoe, V., Troe, E., Hofman, A., Mackenbach, J., Moll, H., Steegers, E., & Witteman, J. (2008). Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the generation R study. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 22(2), 162-171.

Jaekel, J., Wolke, J., & Chernova, J. (2012). Mother and child behaviour in very preterm and term dyads at 6 and 8 years. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54, 716-723.

Jones, P. Meleis, A. (1993). Health is empowerment. *ANS Adv Nurs Sci*. 15(3), 1-14.

Jordá, D., Bernal, C., Álamo, M. (2013). El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 718-732.

Joseph, K., Young, D., Dodds, L., O'Connell, C., Allen, V., Chandra, S., & Allen, A. (2003). Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 102(4), 791-800.

Ju H, Chadha Y, Donovan T, O'Rourke P. (2009). Fetal macrosomia and pregnancy outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 49(5):504-9. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.01052.x.

Justo, J. (1994). *Evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. Tese de doutoramento. Lisboa: Faculdade de Psicologia e ciências da Educação.

Justo, J.M. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica* 4, (VIII),p. 371-376

Kainz, G., Eliasson, M., & von Post, I. (2010). The Child's Father, an Important Person for the Mother's Well-Being During the Childbirth: A Hermeneutic Study. *Health Care for Women International*, 31:621–635. doi: 10.1080/07399331003725499

Kalish, R., McCullough, L., & Chervenak, F. (2008). Patient choice cesarean delivery: ethical issues. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 20(2), 116-119. doi: 10 1097/GCO.0b013e3282155df7

Kalogiannidis, Margioulas-Siarkou, Petousis, Goutzioulis, Prapas & Agorastos, 2010). Infant births during the internal night are at increased risk for operative delivery and NICU admission. *Arch Gynecol Obstet*, 284(1), 65-71. doi: 10.1007/s00404-010-1602-2.

Kao, B-C.,Gau, M-L.,WU,S., Kuo, B-J., & Lee, T. (2004). A Comparative Study of Expectant Parents' Childbirth Expectations. *Journal of Nursing Research*. 2 (3).

Kasai, K., Nomura, R., Benute, G., de Lucia, M.,& Zugaib, M. (2010). Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery* . 26 : 319-326.

Kavanaugh, M., & Schwarz, E. (2009). Prospective Assessment of Pregnancy Intentions Using a Single- Versus a Multi-Item Measure. *Perspect Sex Reprod Health*. Author manuscript; available in PMC 2010 September 15. Published in final edited form as: *Perspect Sex Reprod Health*, 41(4): 238–243. doi:10.1363/4123809

Kaye,D., Nakimuli, A., Osinde, M., & Mbalinda, S. (2014). Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14:54 doi:10.1186/1471-2393-14-54

- Kelly, A., Alfirevic, Z., & Gosh, A. (2013). Outpatient versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. *Cochrane Databases of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. Nº. CD007372. DOI:10.1002/14651858.CD007372.pu3
- Kjerulff, K. H., Velott, D. L., Zhu, J., Chuang, C. H., Hillemeier, M. M., Paul, I. M., & Repke, J. T. (2012). Mode of First Delivery and Women's Intentions for Subsequent Childbearing: Findings from the First Baby Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 27, 62–71. doi: 10.1111/ppe.12014-
- Klaus, M., & Kennell, J. (1993). *Pais-bebé: A formação do apego*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Klauss, M., Kennel, J., & Klauss, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um Apego Seguro e para a Independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kennedy, H. (2010). The Problem of Normal Birth – *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(3), 199-201.
- Keogh, E., Highes, S., Ellery, D., Daniel, C., & Holdcroft, A. (2006). Psychosocial influences on women's experience of planned elective cesarean section. *Psychosom Med*, 68(1), 1767-164.
- Kitzinger, S. (1987). *A experiência de dar à luz*. São Paulo: Martins Fontes
- Kitzinger, S. (1995). *A experiência de parto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães. Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Ed. Presença
- Klein, M. (2012). Cesarean Section on Maternal Request: A Societal and Professional Failure and Symptom of a Much Larger Problem. *Birth* 39:4, 305-310.
- Koehn, M. (2008). Contemporary women's perceptions of childbirth education. *The Journal of Perinatal Education*, 17(1), 11-18.
- Kozhimannil, K., Shippee, T., Adegoka, O., & Virnig, B. (2013). Trends in *Hospital-Based Childbirth care: The Role of Health Insure*. *The American Journal of Managed Care*, 19(4), e125-e132.

- Kumbani, L., Bjune, G., Chirwa, E., Malata, A., & Odland, J. (2013). Why some women fail to give birth at health facilities: a qualitative study of women's perceptions of perinatal care from rural Southern Malawi. *Reproductive Health*, 10(9), 2-12.
- Kushnir, L., Friedman, A., Ehrenfeld, M., & Kushnir, T. (2012). Cesarean Section: Physiological, Cognitive, and Emotional Effects of Listening to Favorite Music. *Birth*, 39:2 121-127.
- La Cuesta, C. (2003). El Investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Research*, 2 (4), 1-27.
- Lage, M. (2011). Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *Educação Temática digital*. Campinas, 12, 198-226.
- Lally, J., Thomson, R., MacPhail, S., & Exley, C. (2014). Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 14(6). doi:10.1186/1471-2393-14-6
- Langer, A., Campero, L., Garcia, C., & Reynoso, S. (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mother's wellbeing in a Mexican public hospital: a randomized clinical trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 1056-1063.
- Lanius, M. & Souza, E. (2010). Reprodução assistida: os impasses do desejo. *Rev Latinoam. Psicopat. Fund*, 13(1), 53-70.
- Latham, S. & Norwitz, E. (2009). Ethics and "cesarean delivery on maternal demand". *Seminars in Perinatology*, 33(6), 405-409.
- Lavender, T., Hofmeyr, G., Neilson, J., Kingdon, C., & Gyte, G. (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Law, L., W., Pang, M., 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*, 23(10): 1106-1113.

Laws, P., & Sullivan, E. (2010). Australia's mothers and babies 2008. Perinatal statistics series no. 24. Cat. no. PER 50. Canberra: AIHW. Viewed 9 April 2014 <<http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442472399>>.

Laxton-Kane, M. & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20 (4), 253-266.

Leal, I. (2005). Da psicologia da gravidez à psicologia da parentalidade. Psicologia da gravidez e da parentalidade, Lisboa: Fim de século.

Laws, P., & Sullivan, E. (2010). Australia's mothers and babies 2008. Perinatal statistics series no. 24. Cat. no. PER 50. Canberra: AIHW. Viewed 9 April 2014 <<http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442472399>>.

Lebovici, S. (2004). Diálogo Letícia Solis-Ponton e Serge Lebovici. In M. C. P. Silva & L. Solis-Ponton (eds.), *Ser pai e mãe. Parentalidade: Um desafio para o terceiro milénio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Leichtentritt, R., D., Blumenthal, N., Elyassi, A., & Rotmensch, S. (2005). High-Risk Pregnancy and Hospitalization: The Women's Voices. *Health & Social Work*, 30(1), 39-47.

Liston, R., Sawchuck, D., & Young, D. (2007). Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. British Columbia Perinatal Health Program Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can*, 29 (9 Suppl 4):S3–56. Erratum in: *J Obstet Gynaecol Can* 29(11), 909.

Liu, T.T, Raju, A, Boesel, T, Cyna, AM, Tan, SG (2013). Chronic pain after caesarean delivery: an Australian cohort. *Anaesthesia and Intensive Care* 41(4) p.496-500.

Lobel, M. & DeLuca. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 64, 2272–2284.

Longtin, Y., Sax, H. Leape, L., Sheridan, S., Donaldson, L. e Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clin Proc*. 85 (1), 53-62. doi: 10.4065/mcp.2009.0248

- Lopes, M. (2003). A metodologia da grounded theory: Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 63-74.
- Lopes, M. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Formasau.
- Lopes, R., Donelli, T., Lima, C. & Piccinini, C. (2005). O antes e o depois: Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 247-254.
- López, X. & Roura, L. (2003). Inicio del parto. In: Roura, L. (coord.). Tratado de Ginecologia,Obstericia Y Medicina de la Reproducción. Tomo I. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Loures. Lusodidacta.
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21, 346–354.
- Maaløe,N., Bygbjerg,C., Onesmo,R., Secher, N., & Sorensen, B. (2012). Disclosing doubtful indications for emergency cesarean sections in rural hospitals in Tanzania: a retrospective criterion-based audit. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91:1069–1076. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2012.01474.x
- Ma, K, Norton, E., & Lee, S. (2010). Declining fertility and the use of cesarean delivery:evidence from a population-based study in Taiwan. *Health Serv Res*. 45 (5 Pt 1), 1360-1375. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010-01125
- MacDorman, M., Declerq, E, Menacker,F., & Malloy (2006). Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to womwn with “no indicated risk”, United States, 1998-2001 bith cohorts. *Birth*, 33(3), 175-182.
- Mackey, M. (1998). Women's evaluation of the labor and delivery experience. *Nursing Connections*,11(3):p.19-32.
- Maçola, L., Vale, L., & Carmona. E. (2010). Avaliação da auto-estima da gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista da Escola de Enfermagem*, 44 (3), 570-577.
- Malacrida, C. (2014). The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*. 18, 41-59.

- Malvino, E. (2009). Historia del forceps y la cesarean. *Obstetricia critica*.www.obstetriciacritica.com.ar Retirado em http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/1Historia_Forceps_Cesarea.pdf acedido em 23 de agosto de 2013.
- Mansfield, B. (2008). *The social nature of natural childbirth*. *Social Science and medicine*, 66(5), 1084-1094
- Manzini, E. (2004). *Entrevista na pesquisa social*. Didática: São Paulo
- Martin, D., Bulmer, S., & Pettker, C. (2013). Childbirth Expectations and Sources of Information Among Low-and Moderate-Income Nulliparous Pregnant Women. *Journal of Perinatal Education*, 22 (2), 103-112. doi: 10.1891/1058-1243-22-2-103
- McCourt, C., Weaver, J., Statham, H., Beake, S., Gamble, J., & Creedy, D. (2007). Elective cesarean section and decision making: A critical review of the literature. *Birth*, 234, 65-79.
- Meddings, F., Phipps, F, Haith-Cooper, M. & Haigh, J. (2007). Vaginal birth after caesarean section (VBAC): exploring women's perceptions. *Journal of clinical Nursing*, 16, 160-167. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01496.x
- Meikle, S., Steiner, C., Zhang, J., & Lawrence, W. (2005). A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Obstetrics & Gynecology*, 105(4), 751–756.
- Meharunnisa, K. & Shahla, B. (2010). Subjective Pain Perceptions during labour and its management. *J Pak Med Assoc*, 60, 473-6.
- Menacker, F. & Hamilton, B. (2010). Recent trends in cesarean delivery in the United States. *NCHS Data Brief*, 35, 1-8.
- Mendes, M. (1993). *Curso de obstetricia*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Miesnik, S. & Reale, B. (2007). A review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 36(6), 605-615.
- Mofenson L. Successes and challenges in the perinatal HIV-1 epidemic in the United States as illustrated by the HIV-1 Serosurvey of childbearing women. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004;158(5):422-5.
- Monari, F., Di Mario, S, Facchinetti, F., & Basevi, V. (2008). Obstetricians' and Midwives' Attitudes toward Cesarean Section. *Birth*. 35(2) 129-135.

- Montgomery, K., Green, T., Maher, B., Tpton, K., O'Bannon, C., Murphy, T., McCurry, T., Shaffer, L., Best, S., Hatmaker, Flanigan, E. (2010). Women's desire for pregnancy. *J Perinat Educ*, 19(3), 53-61.
- Morera, M. (2013). Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de la Costa Rica. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 78(2), 119-125.
- Morikawa, M., Yamada, T., Yamada, T., Sato, S. & Minakami, H. (2012). Prospective Risk of Intrauterine Fetal Death in Monoamniotic Twin Pregnancies. *Twin Research and Human Genetics*, 15(4), 522-526. doi:10.1017/thg.2012.30
- Mosso, F., Volpi, F., Scalise, D., Molina, M., & Ramos, E. (2008). Prevalência de depressão pós-parto em puérperas de Maringá. *Revista de Saúde e Pesquisa*, 3(1), 251-257.
- Mould, T., Chong, S., Spencer, J., & Gallivan, S. (1996) Women's involvement with the decision preceding their caesarean section and their degree of satisfaction. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 103, 1074–1077.
- Muinelo, L., Rossi, M. & Triunfo, P. (2005). Comportamiento médico: Una aplicativo a las cesáreas emn el Uruguay. Departamento de Economia, Facultad de Ciências Sociales, Universidad de la República.
- Nakano, A., Silva, L., Beleza, C., Stefanello, J., & Gomes, F. (2007). O suporte durante o processo de parturição:a visão do acompanhante. *Acta Paul Enferm*, 20(2), 131-137.
- Neiva, J. (1981).Índice de cesariana. *Femina*, 9:516-518.
- Nomura, R., Miyadahira, S., & Zugaib, M. (2009). Avaliação da vitalidade fetal anteparto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*; 31 (10): 513- 526.
- Nystedt A, Högberg U, Lundman B. (2008). Women's experiences of becoming a mother after prolonged labour. *J Adv Nurs*,63(3):250-8. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04636.x. Epub 2008 Jun 2.
- OCDE(2011). Panorama de la santé 2011, les indicateurs de l'OCDE. Retirado em <http://www.oecd-ilibrary.org/fr>. Acedido em 16 de novembro de 2012.
- Odent, M. (2003). *O Camponês e a Parteira*. Edições Ground: São Paulo.
- Odent, M. (2005). *A Cesariana*. 1ª ed Edições Miosótis.
- Odent, M.(2011). *Childbirth in the age of plastics*. Pinter & Martin: London
- O'Dowd, M., & Philipp. (1995) *História de la Ginecologia Y Obstetricía*. Barcelona: Edika Med.

- Ogwuegbu, C., & Eze, O. (2009). Ethical and Social Issues Facing Obstetricians in Low-income Countries. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 52 (2), 237-249.
- Olayemi, O., Adeniji, R., A., Udoh, E., S., Akinyemi, A., O., Aimakwu, C., O., & Shoretire, K.A. (2005). Determinants of Pain Perception in labour among Parturients at University College Hospital, Ibadan. *J Obstet Gynaecol*, 25, 128-30
- Olbuénaga, J. (2003). *Metodología de la Investigación cualitativa*. (3^a ed.). Universidad de Deusto. Bilbao.
- Olmos, J. (2008). El Fórceps, su exótica e interessante história. Notas históricas. *Rev. Obstet. Ginecol. Hosp. Santiago Oriente Dr Luis Tisne Brousse*. 3 (2), 155-168.
- Oppenheimer, L. (2007). Oppenheimer L (2007) Diagnosis and management of placenta previa. *J Obstet. Gynaecol Can* 29: 261–273.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Maternidade Segura - assistência ao parto normal, 2009. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf>. Acedido em 26 dez. 2010.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). 15 Propostas para melhorar a eficiência no serviço nacional de saúde. Contributos da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/15%20propostas_2015_VersaoFinal_01Out2013_proteg.pdf. Acedido em 14 de janeiro de 2014.
- Orr, S., Newton, E., Weismiller, D. (2007). Prenatal smoking cessation among black and white women in eastern North Carolina. *Am J Health Promot*, 21(3), 192-195.
- Ostovar, R., Rashidian, A., Pourreza, A., Rashidi, B., Hantooshzadeh, S., Ardebili, H., & Mahmoudi, M. (2010). Developing criteria for cesarean section using the RAND appropriateness method. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 52.
- Pacheco, A.; Figueiredo, B.; Costa, R.; Pais, A.. (2005). "Antecipação da experiência de parto: Mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez ", *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 7- 41.
- Padawer, J., Fagan, C., Janoff-Bukman, R., & Strickland, R. (1988). Women's psychological adjustment following emergency cesarean versus vaginal delivery- *Psychology of Women Quarterly*, 12, 25-34.
- Pan, P., Coghill, R., Houle, T., Seid, M., Lindel, W., Parker, R. (2006). Multifactorial preoperative predictors for post cesarean section pain and analgesic requirement. *Anesthesiology*, 104, 417–25.

- Parente, R., Filho, O., Filho, J., Botino, N.,G., Piragibe, P., Lima, D., & Gomes., D. (2010). A história do nascimento (parte1):cesariana. *Femina*, 38 (9), 481-486.
- Parry, D. (2008). "We Wanted a Birth Experience, not a Medical Experience": Exploring Canadian Women's Use of Midwifery. *Health Care for Women International*, 29:784–806.
- Peterson, G. (1996). Childbirth: The ordinary miracle effects of devaluation of childbirth on Women's Self-esteem and family relationships. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 11, 101-109.
- Piccininni, C., Gomes, A., Moreira, L., & Lopes, R. (2004).Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3(20), 223-232.
- Pires, A. (2001). *Crianças e pais em risco. [Children and parent at risk]* A. P. ed. 8, ISBN: 972-8400-33-0. Lisboa: ISPA.
- Pinotti , J., Faundes, A. (1988). As distorções da cesariana. *Rev. Paul Hosp* 1(36),73-4.
- Pinquart, M., Stotzka, C., & Silbereisen, R. (2010). Ambivalence in decisions about childbearing. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(2), 212-220.
- Pembe, A. & Othman, M. (2010). Pregnancy outcome after previous caesarean section at a tertiary university teaching hospital in Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, 12 (2), 1-10.
- Pollack, J., J., Nordenstam, Brismar, S., Lopez, A., Altman, D. & Zetterstrom,J. (2004). Anal incontinence after vaginal delivery: a five-year prospective cohort study. *Obstet Gynecol.* 104(6). 1397-1402.
- Portela, A. & Santarelli, C. (2003). Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *Br Med Bull*, 67, 59-72.
- Porter, M., Van Teijlingen, E., Chi Ying Yip, L., & Bhattacharya, S. (2007).Satisfaction with cesarean section: Qualitative analysis of openended questions in a large postal survey. *Birth*, 34(2), 148–154.
- Proir, E., Santhakumaran, S.m Gale, C., Philipps, L., Modi, N., & Hyde, M. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of World literature.*Am J Clin Nutr*, 95(5). 1113-1135.
- Puia, D. (2013). The cesarean decision survey. *The Journal of Perinatal Education*, 22(4), 212-225.

- Pugliese, P., G. Cinnella, P. Raimondo, A. DE Capraris, P. Salatto, D. Sforza, R. Menga, A. D'ambrosio, R., Fede, C., D'Onofrio, L., Consoletti, A., Malvasia. Brizz, M., Dambrosio. (2013). Implementation of epidural analgesia for labor: is the standard of effective analgesia reachable in all women? An audit of two years. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17, 1262-1268.
- Quinlivan J, Petersen, R.. & Nichols, C. (1999). Patient preference the leading indication for elective caesarean section in public patients – results of a 2-year prospective audit. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics Gynaecology*, 39, 207–214.
- Ramanathan, S.(1995). *Anestesia obstétrica*. Tijuca: Revinter.
- 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 biolophical, narrative, interpretative study. *Nursing and Health sciences*,13, 269-274.
- Raphael-Leff, J. (2010). Mothers' and fathers' orientations: Patterns of pregnancy, parenting and the bonding process . In S. Tyano , M. Keren , H. Herman , & J. Cox (Eds.), *Parenthood and mental health A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 9 – 22). (Oxford, England : Wiley-Blackwell.
- Redshaw, M. (2008). Women as consumers of maternity care: Measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth*, 35(1), 73-76.
- Regan, J., Thompson ,A., & DeFranco, E. (2013). The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine* [Breastfeed Med], 8, 181-186.
- Renz-Polster, H., David, M., Buist, A., Vollmer, W., O'Connor, E., Fraizer, E. Wall. Ma. (2005). Caesarean section delivery and the risk of allergic disoeders in childhood. *Clin Exp Allergy*. 35 (119, 1466-1472.
- Rezende J. (2006). *Operação Cesariana*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Ricoeur, P. (1990). *Soi même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como outro*. Madrid: Siglo Veinteuno Ed.
- Robson, S., Carey, A., Mishra, R., Dear, K. (2008). Elective caesarean delivery at maternal request: a preliminary study of motivations influencing women's decision-making. *Aust N Z Obstet Gynaecol*, 48(4),415-420. doi: 10.1111/j. 1479-828X.2008.00867.x

- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores*. Coimbra: Formasau, Formação em saúde.
- Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-37.
- Romano, A. & Lothian, J. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 94–104. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00210
- Rosas, C. (2004). *Ética em Ginecologia e Obstetrícia*. 3ª ed CREMESP: São Paulo.
- Rouhe, H, Salmela-Aro, K, Gissler M, Halmesmaki E, Saisto T. (2011). Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG*, 118, 1104–11.
- Rouhe, H, Salmela-Aro, K, Halmesmaki E, Saisto T.(2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*, 116, 67–73.
- Ryding, E., Wijma, K., & Wijma, B. (1998). Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth*, 25(4), 246-51.
- Saisto, T, & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta obstet Gynecol Scand*, 82(3):201-8.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Saastad, E., Israel, P., Ahlborg, T, Gunnes, & Frøen, F. (2011). Maternal-Fetal Attachment: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Birth*, 38:4.
- Salmon, P., & Drew, N. (1992). Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: Relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(4), 317–327.
- Sampaio, Z., Allencar, J., Feitosa, F., & Amorim, M. (2004). Fatores associados ao parto vaginal em gestantes de alto risco submetidas à indução do parto com misoprostol. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*; 26(1), 21-29.
- Samorinha, C., Figueiredo, B., & Cruz, J. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: Impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(81), 17-29.
- Sánchez-Peña, R., García-Padilha, F., Corona-Gutiérrez, A., & Sánchez-García, B. (2014). Técnica cesárea-histerectomía modificada para el tratamiento del acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex*. 82, 105-110.

- Sarmiento, R. & Setúbal, M. (2003). Abordagem obstétrica em obstetrícia: aspetos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev. Ciênc. Méd, Campinas*, 12(3), 261-268.
- Schindl, M., Birner, P., Reingrabner, M., Joura, E. A., Husslein, P., & Langer, M. (2003). Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: A comparative study of birth experience. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(9), 834–840.
- Schilling, K., Toth, B., Rösner, S., Strowitzki, T., & Wischmann, T. (2010). Prenatal prevalence of behavior-related fertility disorders in a clinical sample: results of a pilot study. *Arch Gynecol Obstet*, 286(5), 1307-1314. doi: 10.1007/s000404-012-2436
- Schmidt, E., & Argimon, I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Padeia*, 43(19), 211-220.
- Schub, T. & March, P. (2014). Thrombophilia in Pregnancy. Pravikoff(eds.).
- Schwarz, E., B., Lohr, P., A., & Gerbert, B. (2007). Prevalence and correlates of ambivalence towards pregnancy among nonpregnant women. *Contraception*, 75(4), 305–310.
- Serra, A., & Leal, I. (2005). Preocupações parentais dos pais de crianças nascidas por fertilização *in vitro*. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII): 283-288.
- Sharma, G., Chervenak ,F., McCullough, L., & Minkoff, H. (2004). Ethical considerations in elective cesarean delivery. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 47 (2), 404-408.
- Sheeder, J., Teal, S., Quindaste, L., & Stevens-Simon, C. (2010). Adolescent childbearing ambivalence: Is it the sum of its parts? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(2), 86–92.
- Shuin, H., Park, Y., Kim, J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *J Adv Nurs*, 55(4), 425-434.
- Silva, A., & Siqueira, A. (2007). O valor do suporte à parturiente: Um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. *Ver Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 17(1), 126-135.
- Simkin, P. (2012). Roundtable discussion: The language of birth. *Birth*, 39, (2.), 157.
- Simpson, R., Newman, G., & Chirino, O. (2010). Patients' Perspectives on the Role of Prepared Childbirth Education in Decision Making Regarding Elective Labor Induction. *The Journal of Perinatal Education*, 19(3).

- Skouteris H, Carr R, Wertheim, E., Paxton, S., Duncombe, D. (2005). A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*, 2(4), 347-361.
- Snowden, A., Martin, C., Jomeen, J., e Martin, C., H. (2011). Concurrent analysis of choice and control in childbirth. *BMC Pregnancy and childbirth*. 11:40
- Soet, J., Brack, G., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.
- Somera, M., Feeley, N., & Ciofani, L. (2010). Women's experience of an emergency caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2824-2831. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03230.x
- Soto, C., L. Teuber, H. L. Cabrera, C. Marin, M. Cabrera, J. D. Da Costa, M. Araneda, H. (2006). Educación Prenatal y su relación con el tipo de parto: Una vía hacia el parto natural. *Rev Chil Obstet Ginecl*, 71(2) p. 98-103.
- Souza, A., Costa, A., Neto, C., & Amorim, M. (2010) Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina*, 38(4).
- Stern, D., & Bruscheweiler-Stern, N. (2000). *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma a mulher*. Porto: Ambar.
- Stöbel-Richter, Y., Beutel, M., Finck, C., & Brähle, E. (2005). The "wish to have a child", Childlessness and infertility in Germany. *Human Reproduction*. 20(10), 2850-2857.
- Swain, J., E., Tasgin, E., Mayes, L., C., Feldman, R., Constable, R., T., & Leckman, J., F. (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1042-1052.
- Symon, A., Winter, C., Donnan, P., & Kirkham, M. (2010). Examining autonomy's boundaries: a follow-up review of perinatal mortality cases in UK independent midwifery. *Birth*, 37(4):280-7. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00422.x.
- Soto, C., Teuber, H., Cabrera, C., Marín, M., Cabrera, J., Da Costa, M., & Araneda, H. (2006). Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Ver Chil Obstet Ginecol*, 71(2), 98-103.
- Souza, A., Costa, A., Neto, C., & Amorim, M. (2010) Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina*, 38 (4), 185-194.

Spector, J., Reisman, J., Lipsitz, S., Desai, P., Gawande, A. (2013). Access to essential technologies for safe childbirth: a survey of health workers in Africa and Asia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20, 13-43.

Speizer, I., Irani, L., Barden-O'Fallon, J. & Levy, J. (2009). Inconsistent fertility motivations and contraceptive use behaviors among women in Honduras, *Reproductive Health*, 6(19). doi: 10.1186/1742-4755-6-19

Stern, D. (1980). *The first relationship: infant and mother*. Cambridge: Harvard University Press.

Stern, D., & Bruscheweiler-Stern, N. (2000). *O nascimento de uma mãe: como a experiência da maternidade transforma a mulher*. Porto: Ambar.

Stramrood, C., Paarlberg, K., Veld, E., Berger, L., Vingerhoets, J., Schultz, W., & Pampus, M. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in home-like- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(2), 88–97. doi: 10.3109/0167482X.2011.569801

Strauss, A. (1987). *Qualitative Analysis for social Scientists*. Cambridge, Cambridge University Press.

Strauss, A.; & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing a Grounded Theory*. Sage Publications.

Strauss, A.; & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing a Grounded Theory*. 2^o ed. Sage Publications.

Strauss, A.; & Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed.

Størksen, H., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91, 237–242.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusodidata.

Ströbel-Richter, Y., Beutel, E., Finck, C., & Brähler, E. (2005). The “wish to have a child”, Childlessness and infertility in Germany. *Human Reproduction*, 20(10), 2850-2857.

- Sufang, G., Padmadas, S., Fengmin, Z., Brown, J., & Stones, R. (2007). Delivery settings and caesarean section rates in China. *Bull World Health Organ*, 85 (10). 755-762.
- Swain, J., E., Tasgin, E., Mayes, L., Feldman, R., Constable, R., & Leckman, J., (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1042-1052.
- Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A. & Josefsson, A. (2012). Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92 ,210-214.
- Tachibana, M., Santos, L. & Duarte, C. (2006). O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psyche*, 10 (19), 199-167.
- Tarkka, M., Paunonen M. & Laippala P. (2000) Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Science* 14, 184-190.
- Thompson, E. & Lewis, P. (2013). Midwifery independence- past, present and future. *British Journal of Midwifery*, 21(10), 732-735.
- Todman, D. (2007). A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 47 (5):357-61.
- Toivonen, E., Palomäki, O., Huhtala, H., & Uotila, J. (2012). Selective vaginal breech delivery at term – still an option. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 91:1177–1183. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2012.01488.x
- Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- Torloni, M., Betran, A., Souza, J., Widmer, M., Allen, T., Gulmezoglu, M. & Merialdi, M. (2011). Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review. *PLoS ONE* 6 (1): e14566. doi: 10.1371/journal.pone.0014566
- Tracy, S., Hartz, L., Tracy, M., Allen, J., Forti, A., Hall, B., White, J., Anne ... Kildea, S. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: *M@NGO*, a randomised controlled trial. Published online September 17, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61406-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61406-3) 1
- Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Popp, K., Zanetti, R., Hösli, I., Holzgreve, W., & Geissbühler, V. (2009). Pregnant women's perception of cesarean section on demand. *J Perinat Med*, 37(3), 251-256. doi: 10.1515/JPM.2009.042

- Udry-Jørgensen, L., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Quality of attachment, perinatal risk, and mother-infant interaction in a high-risk premature sample. *Infant Mental Health Journ*, 32(3), 305-318.
- Van Dillen, J., Zwart, J., Schutte, J., Bloemenkamp, K., & van Roosmalen, J. (2010). Severe acute maternal morbidity and mode of delivery in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89, 1460-1465.
- Vahratian, A., Zhang, J., Troendle, J., Sciscione, A., & Hoffman, M. (2005). Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced nulliparas. *Obstet Gynecol*, 105 (4), 698-704.
- Vedova, A., Dabrassi, F. & Imbasciati, A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(2), 86–98. doi: 10.1080/02646830701805349
- Velandia, M., Matthisen, S., Uvnäs-Moberg, K. & Nissen, E. (2010). Onset of Vocal Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin Contact Immediately After Elective Cesarean Section, *Birth*, 37:3.
- Vieira, C., Portela, A., Miller, T., Coast, E., Leone, T., & Marston, C. (2012). Increasing the Use of Skilled Health Personnel Where Traditional Birth Attendants Were Providers of Childbirth Care: A Systematic Review. *PLoS ONE* 7(10), e47946. doi:10.1371/journal.pone.0047946
- Violante, M. (2007). Desejo de ter filhos ou desejo de paternidade ou maternidade? *Jornal de Psicanálise*, 40(72), 153-164.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labour and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 471-482.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17–27.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M. G., & Blackstone, J. (2005). Patient choice cesarean—the Maine experience. *Birth*, 32(3), 203–206.
- Weaver, J., & Statham, H. (2005). Wanting a caesarean section: The decision process. *British Journal of Midwifery*, 13(6), 370–373.

- Weaver, J. Statham, H. Richards, M. (2007). Are there “Unnecessary” cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth*, 34:(1).
- Weisman, O., Granat, A., Gilboa-Schechtman, E., Singer, M., & Gordon, I., Azulay, H. Kuint, J. & Feldman, R. (2010). The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother’s postpartum mood in a low-risk community cohort. *Arch Womens Ment Health*, 13 ,505-513. doi: 10 .1007/s00737-010-0169-z
- Wijma, K., Ryding, L., & Wijma, B. (2002). Predicting psychological well-being after emergency caesarean section: a preliminary study. *Journal of reproductive and infant psychology*, 20(1).
- Wilmink, F., Hukkelhoven, C., Lunshof, S., Mol, B. & Papatsonis, D., (2010). Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7- Year retrospective analysis of national registry. *Am J Obstet Gynecol*. 202(3), 250. e1-8.
- Wiklund I, Edman G, Ryding E, Andolf E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG*, 115, 324–331
- Winnicott, D. (1956). *Primary maternal preoccupation*. In *Through pediatrics to psychoanalysis*. New York: Basic Books. 300-305.
- Winnicott, D. (1988). *Os bebês e as suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva.
- Wyatt, S., Jones, D., Peach, M., & Gurrin, L. (2001). Anxiety in patients having caesarean section under regional anaesthesia: A questionnaire and pilot study. *Int J Obstet Anesth* 10(4),278–283.
- Yoshioka, T., Yeo, S., & Fetters, M. (2012). Experiences with epidural anesthesia of Japanese women who had childbirth in the United States. *J Anesth*, 26(3), 326-33. doi: 10.1007/s00540-012-1328-3.
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*. 37 (4):275-2799.
- Zanardo, V., Simbi, K., Vedovato, S., & Trevisanuto. (2004). The influence of timing of elective cesarean section on neonatal resuscitation risk. *Pediatr Crit care Med*, 5(6), 566-570.

Zhang, J., Troendle, J., Reddy, U. M., Laughon, S., Branch, D., Burkman, R., & van Veldhuisen, P. (2010). Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 203(4), 326.e1–326.e10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.06.058>

Ziegel, E.; Cranley, M. (1986). *Enfermagem Obstétrica*. 8 ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.

APÊNDICES

APÊNDICE A - GUIÕES DAS ENTREVISTAS

Guião das entrevistas às enfermeiras

TEMA: Expectativas do parto e vivência no parto por cesariana

Objetivo geral: - conhecer as expectativas que são criadas para o parto e a sua vivência no parto por cesariana

BLOCOS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	QUESTÕES
BLOCO A LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA	.Legitimar a entrevista - Informar sobre os objetivos da entrevista. - Assegurar a confidencialidade .Agradecer a colaboração	
BLOCO B COMPORTAMENTOS DAS PUÉRPERAS QUE FIZERAM CESARIANA	- Saber na perspetiva destas profissionais, como se comportam as puérperas que foram submetidas a cesariana.	- Acha que há diferenças entre os comportamentos das mulheres que foram submetidas a cesariana programada com as que fizeram cesariana não programada? -Como reagem os maridos à notícia de cesariana não programada?
BLOCO C CAUSAS MAIS COMUNS DE CESARIANA	-Perceber se as causas de cesariana estão relacionadas com a vontade das mulheres	-Na sua opinião, o que leva a que uma cesariana seja programada ou não programada? -Entende que há diferenças entre os comportamentos das mulheres que foram submetidas a cesariana programada com as que fizeram cesariana não programada? -Existe mais alguma coisa mais que gostaria de acrescentar?
Balanço da entrevista		
Compreendi a perspetiva das enfermeiras relativamente ao comportamento das mulheres que não viram concretizadas as suas expectativas do parto?		
Compreendi se há relação entre as causas de cesariana (materna ou fetal) e o compromisso da relação precoce?		

GUIÃO DA ENTREVISTA ÀS PUÉRPERAS

TEMA: Expectativas do parto e vivência no parto por cesariana

Objetivo geral: - conhecer as expectativas que são criadas para o parto e a sua vivência no parto por cesariana

BLOCOS	OBJECTIVOS ESPECIFICOS	QUESTÕES
BLOCO A LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA	.Legitimar a entrevista - Informar sobre os objectivos da entrevista. - Assegurar a confidencialidade .Agradecer a colaboração	
BLOCO B EXPECTATIVAS E VIVÊNCIAS NO PARTO	- Conhecer como são criadas as expectativas para o parto. . Identificar o momento em que surgem .Conhecer fatores que influenciam essas expectativas -Conhecer a forma como é vivido quando ocorre por cesariana.	-Como desejou que fosse o seu parto? -Como foi tomada a decisão de ser parto por cesariana? -Que diferenças sentiu entre o que esperava e o que aconteceu? -Acha que esta experiência de parto teve implicação na sua relação com o bebé? -Como reagiu o seu marido à notícia de que seria cesariana? -Há mais alguma coisa que queira acrescentar?
Balço da entrevista		
- Identifiquei as expectativas criadas para o parto? - Percebi a sua dinâmica? -Percebi como é vivido quando ocorre por cesariana?		

Anexo B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Convite à Participação em Trabalho de Pesquisa
sobre expectativas e vivência no parto por cesariana**

Chamo-me Maria da Luz Ferreira Barros, sou enfermeira com especialização na área da saúde materna e obstétrica, atualmente sou professora na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora. Encontro-me a frequentar o Doutoramento em Psicologia na Universidade de Évora. Para a elaboração da tese escolhi um estudo que me permita compreender as expectativas para o parto e a forma como é vivido quando ocorre por cesariana. Caso aceite participar, far-lhe-ei uma entrevista. As suas respostas são confidenciais. Se em qualquer momento desejar desistir de participar no estudo, poderá fazê-lo sem que haja qualquer consequência.

Muito agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Assinatura:

(da participante):

(da investigadora):

Contacto TM: 917127477

Évora, de de 2----

Anexo C - AUTORIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PARA EFETUAR AS ENTREVISTAS

Portalegre (Sede):
Avª de Santo António,
Apartado 328
7301 – 853 Portalegre
Tel. 245 301 000 Fax: 245 330 359

Elvas
Rua Mariana Martins,
Apartado 242 7350- 954 Elvas
Tel. 268 637 200 Fax: 268 629 817

Exma Senhora
Maria da Luz Ferreira Barros
Monte Casito da Lagardona
Caixa Postal 15
Garrais

7000- 838 Évora

1823

Sua referência

Sua Comunicação

Nossa referência

Data

Assunto: Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica- “Parto- Expectativas e Consequências”

Na sequência do pedido de autorização do instrumento de recolha de dados (entrevistas), a puérperas internadas e enfermeiros chefes do Serviço de Obstetrícia do Hospital Dr. José Maria Grande, e após reunião da Comissão de Ética, informamos que o vosso pedido foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Director Clínico Hospitalar



(Victor Silva)



ULSBA

Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

**Exma. Sra. Dra.
Maria da Luz Ferreira Barros**

Monte Casito da Lagardona, CXP 15
7000-838 Garraia - ÉVORA

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
		SAI-ULSBA/2011/2820	17.03.2011

ASSUNTO: **RECOLHA DE DADOS - SERVIÇO DE GIN/OBST.**

Em resposta à carta enviada em 10.01.2011, e por despacho do Conselho de Administração em reunião no dia 15.03.2011, está autorizada a recolha de dados no Serviço de Obstetrícia, no âmbito de Doutoramento em Psicologia.

Para os efeitos, deve contactar a Directora do Serviço de Ginecologia/Obstetrícia, Sra. Dra. Maria José Janeiro.

Com os melhores cumprimentos,

Conselho de Administração

José Manuel Mestre
Vogal Executivo

/AA

17.03.2011

Mag 37

Para Comissao Etica
seu favor

31.1.11
José Chora
Enfermeiro Director

Dr. Luiza Ferreira Mendes

20/01/11
Presidente do Conselho de Administração

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo - Évora -

Quinzado

31.1.11
1803-211

José Chora
Enfermeiro Director

Maria da Luz Ferreira Barros, Assistente do 2º triénio da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus/ Universidade de Évora a frequentar o Doutoramento em Psicologia ramo de especialidade Psicologia Clínica na Universidade de Évora, e dando cumprimento à elaboração da sua tese cujos objectivos são:

- Explorar a forma como as mulheres constroem as expectativas acerca do parto e conhecer a sua importância.
- Identificar os aspectos postos em causa pela não concretização das expectativas acerca do parto quando há necessidade de cesariana de urgência.
- Conhecer as principais causas das cesarianas.

Vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. se digne autorizar a aplicação do instrumento de recolha de dados (entrevista), a puérperas internadas e enfermeiros chefes do Serviço de Obstetrícia do vosso Hospital.

Muito respeitosamente,

Évora, 10 de Janeiro de 2010

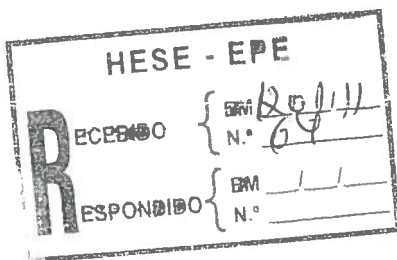
Maria da Luz Ferreira Barros

(Maria da Luz Ferreira Barros)

Monte Casito da Lagardona, Cx Postal nº 15 Garraia
7000-838 Évora

mlb@uevora.pt

TM: 917127477



Made e vna.
a Comissao Etica
11/01/11
Rui F. Santos

Anexo D - EXEMPLO DE UM MEMORANDO REDIGIDO NO *SOFTWARE*

Expectativas, Decisão e Vivências no Parto por Cesariana

Estudo Qualitativo na Região Alentejo

