

O VIVIDO DO PROCESSO DA CESARIANA DESVELADO POR ENFERMEIRAS

Cristina Arreguy-Sena*
Franciane Vilela Réche da Motta**
Rafael Carlos Macedo de Souza***
Raquel dos Santos Rosa Peixoto****
Maria Carmen Simões Cardoso de Melo*****
Anna Maria de Oliveira Salimena*****

RESUMO

Este estudo objetivou compreender significados e desvelar sentidos de enfermeiras que vivenciaram o processo de suas cesarianas. Pesquisa de natureza qualitativa com abordagem fenomenológica com o aporte metodológico/filosófico de Martin Heidegger e a Teoria de Jean Watson. Participaram nove enfermeiras que realizaram o parto por cesárea no interior da Zona da Mata de Minas Gerais, por meio da técnica de bola de neve em encontros fenomenológicos, nos meses de junho/agosto de 2016. As participantes mostraram-se inautênticas na escolha das possibilidades de nascimento do filho e durante a cesariana, pois não foram protagonistas nas decisões da via de parto e não tiveram sua autonomia e liberdade de escolha respeitada. O diálogo entre a mulher e o obstetra mostrou-se distante, e a hegemonia médica se sobrepôs sobre a vontade da mulher. O temor foi desvelado ao relatarmos medo de tomar a decisão pela via de parto por conta própria e o pavor da anestesia. Os conhecimentos científicos não foram suficientes para que a mulher-enfermeira se tornasse empoderada na escolha da via de parto e do próprio parto. A mulher como ser existencial mostrou-se lançada na impropriedade na ocasião da escolha pela via de parto e durante a própria cesariana.

Palavras-chave: Cesárea. Enfermeiras. Saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

A taxa ideal de cesárea, considerada desde o ano de 1985 pela comunidade médica internacional, encontra-se em torno de 10% a 15%. A taxa de operação cesariana no Brasil está 56%, aproximadamente, com ampla variação entre os serviços públicos e privados⁽¹⁾. Estudos recentes da World Health Organization⁽²⁾ sugerem que taxas populacionais superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal.

No Brasil, as taxas de cesariana apresentam desigualdades regionais, pois são maiores em mulheres das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, com idade e escolaridade mais elevadas, primíparas e que realizaram pré-natal em serviços privados⁽³⁾. A preferência pela via de parto pode variar do início para o final da gestação. Estudo de base populacional com 11074 puérperas mostrou, que no início da gravidez, 66% das entrevistadas preferiam o parto vaginal no início da gestação, 28% referiam preferência pelo parto cesáreo e 6,1% não apresentavam escolha bem definida. Porém 51% das mulheres passaram por, no

mínimo, uma cesariana como via de parto final, sendo que 66% delas foram cesarianas sem trabalho de parto⁽⁴⁾.

A cesariana é um procedimento cirúrgico realizado a partir de uma incisão, transversal ou longitudinal na pele, acima da linha dos pelos pubianos, com o objetivo de retirar o feto do útero da gestante⁽⁵⁾. Tal procedimento é uma intervenção factual para salvar a vida de mães e bebês e, entre as indicações estão: retardo de progressão do trabalho de parto, sofrimento fetal agudo, desproporção feto-pélvica e as gestações de alto risco. Como qualquer procedimento cirúrgico, existem riscos imediatos e a longo prazo⁽¹⁻⁴⁾.

O preparo da gestante abrange a incorporação de um conjunto de cuidados e atividades que tem o objetivo de oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do parto como um processo fisiológico, sentindo-se protagonista de todo este momento. Neste sentido, a atenção adequada à parturição é um direito fundamental e representa um passo imprescindível a fim de garantir que a mulher possa exercer o processo de parir com segurança e bem-estar⁽⁵⁾.

¹Pesquisa desenvolvida na Disciplina Processo de Investigação: Metodologia Aplicada a Enfermagem no Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG

*Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem da UFJF. Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: Cristina.arreguy@ufjf.edu.br ORCID iD <http://orcid.org/0000-0002-5928-0495>

**Enfermeira. Mestranda, Faculdade de Enfermagem da UFJF. Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: fran_vilela@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1812-4258>

***Enfermeiro. Mestrando, Faculdade de Enfermagem da UFJF. Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: rafaelcarlos_souza@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0613-7820>

****Enfermeira. Mestranda, Faculdade de Enfermagem da UFJF. Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: raqueldrosa2@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6885-6927>

*****Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem da UFJF. Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: momelomo@gmail.com ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-7261-4384>

*****Enfermeira. Doutora, Faculdade de Enfermagem da UFJF. Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: annasalimena@terra.com.br ORCID iD <https://orcid.org/0000-0001-7799-665X>

A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a mulher, seu companheiro e sua família, respeitando todos os significados que o momento possui, com o objetivo de facilitar a criação de um vínculo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade. Tal vivência dependerá de uma série de fatores, desde aqueles intrínsecos a cada mulher e à gravidez, até aqueles relacionados ao atendimento⁽⁶⁾.

Nesse contexto, os profissionais de saúde envolvidos no processo desempenham papel importante na assistência, desde o pré-natal até o puerpério. São coadjuvantes, que reconhecem momentos críticos e a necessidade de intervenções, aplicam seus conhecimentos para assegurar a saúde e bem-estar da mulher e do bebê. Participam do nascimento da criança, sendo os primeiros a tocarem no novo ser que nasce e a presenciar o surgimento de uma mãe, pai e família⁽⁶⁾.

Assim, a qualidade da atenção prestada ao binômio mãe-filho durante a gestação, o parto, o puerpério e a boa vivência desse ciclo podem resultar em efeitos marcantes sobre a vida de ambos. Parir de forma natural é saudável para o recém-nascido e uma das experiências mais intensas na vida da mulher, fundamentada na assistência humanizada, na dignidade, no respeito e na autonomia da mulher quanto às suas decisões e a seu corpo⁽⁶⁾.

Entretanto, diante do modelo de assistência obstétrica intervencionista, a mulher vem perdendo o controle e o poder de decisão sobre o próprio parto, tornando-se objeto dessa ação. A escolha da via de parto está diretamente relacionada à autonomia da mulher, porquanto tal deliberação advém de informação e diálogo entre a gestante e os profissionais de saúde a respeito das evidências científicas que indicam a melhor conduta em uma determinada situação⁽⁷⁾.

A maternidade representa para a mulher um momento especial, único e próprio marcado pela nova missão, a de ser mãe⁽⁸⁾. No entanto, se essa é, também, uma profissional, assumindo atividades remuneradas fora do espaço doméstico, atribui-se a tal período outras conotações e papéis, o que pode suscitar conflito, pois as mulheres necessitam conciliar todas essas obrigações.

O avanço e o reconhecimento da autonomia da mulher e o seu novo papel na família e na sociedade corroboraram para o aumento progressivo da participação feminina na escolha da via de parto, acreditando-se que a inclusão de suas preferências em tal decisão influenciaria no aumento do número de

cesáreas no mundo⁽⁹⁾. No entanto, nos últimos anos, inúmeros fatores não definidos concretamente cooperaram para um aumento consistente do número de indicações às cesarianas. As preferências pessoais de obstetras e pacientes despontam em relação aos demais fundamentos técnico-científicos como possíveis fatores que contribuem para o aumento paradoxal do índice de partos cesarianos⁽¹⁰⁾.

Ao refletir sobre como é a vivência do parto para as enfermeiras que estão diretamente envolvidas na assistência de outras parturientes, percebe-se que há um desconhecimento sobre suas experiências em relação à condução do próprio parto. Assim, ao perscrutar a literatura científica acerca da vivência de enfermeiras em suas cesarianas, percebeu-se uma lacuna nas publicações que abordam essa temática. Pois, o *Solo de Tradição*⁽¹¹⁾ que é a posição prévia existente na literatura sobre o objeto de estudo da investigação, não foi capaz de alcançar o problema de estudo, pois que este é filosófico.

Nesse sentido, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson⁽¹²⁾ propõe que a enfermagem, buscando se fundar como ciência do cuidado, pautar suas ações em filosofias humanísticas e em sistemas de valores. Em suas obras, existem referências à fenomenologia de Martin Heidegger, buscando alicerçar a construção da ciência do cuidado em fatores humanísticos.

Na construção da teoria, utilizaram-se sete pressupostos e 10 fatores de cuidados primários⁽¹²⁾. Destaca-se que o cuidado está intrinsecamente relacionado com a satisfação das necessidades humanas e que este deve ser praticado interpessoalmente, cabendo à enfermagem a prática destes cuidados. Os fatores de cuidados apontam para um sistema humanístico de valores, o constructo de uma relação pautada na ajuda-confiança e a utilização dos princípios da fenomenologia existencialista. Significa que o cuidado deve ser verdadeiro com o outro e empático com os sentimentos evidenciados. Sustentar-se na fenomenologia sugere considerar as pessoas do modo como elas se manifestam, como elas são e a partir de suas referências⁽¹¹⁾.

Destarte, esta investigação justifica-se pela crescente demanda de cuidados de enfermagem às mulheres parturientes, o conhecimento e vivências de enfermeiras em seu próprio parto que poderão auxiliar na conduta obstétrica da enfermagem, refletindo em evidências para o cuidado prestado ao binômio mãe-filho. Diante do exposto, emergiu como objeto desta investigação a compreensão de enfermeiras na

vivência do processo de sua cesariana à luz de Martin Heidegger e da Teoria de Jean Watson com o objetivo de compreender significados e desvelar sentidos de enfermeiras que vivenciaram o processo de suas cesarianas à luz de Martin Heidegger.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa ancorada no referencial metodológico e filosófico de Martin Heidegger⁽¹¹⁾ e a de Teoria de Jean Watson⁽¹²⁾, para compreensão do movimento existencial a respeito do vivido pelas mulheres enfermeiras durante o processo da própria cesariana. A opção pela inclusão da Teoria de Watson se justifica pela possibilidade de haver aproximação da temática investigada para a perspectiva da Enfermagem, uma vez que esse referencial se mostra coerente com a abordagem fenomenológica heideggeriana.

Participaram nove enfermeiras que vivenciaram o parto com o processo da cesariana. O número das depoentes não foi predeterminado, com o caminhar dos depoimentos e sua respectiva análise, mostrou-se o quantitativo de entrevistas satisfatório para alcançar o objetivo proposto. Adotou-se como critério de inclusão ser enfermeira e vivenciar a gestação com desfecho da cesárea. Foi considerado critério de exclusão a depoente apresentar alteração no nível de consciência a ponto de não se expressar com coerência, o que inviabilizaria a realização do encontro fenomenológico.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a agosto de 2016. As possíveis depoentes foram referidas por enfermeiras de um curso de pós-graduação mestrado em enfermagem, pela técnica bolsa de neve. Assim, realizaram-se contatos telefônicos convidando-as a participar do estudo e mediante o aceite verbal, agendaram-se dia e horário convenientes. Os encontros foram individuais, em ambiente que permitissem o encontro fenomenológico. Neste momento, manteve-se postura empática, suspensão de pressupostos e valores (épouque), mediado pela intersubjetividade. Utilizou-se a técnica de entrevista fenomenológica a partir da questão norteadora: *como foi o vivido do seu processo de seu parto cesárea?*

Registraram-se os encontros por meio de áudio. E, adotou-se também o diário de campo para o registro das expressões, sentidos e mensagens não verbais e verbais captadas, observando as diferentes formas de discurso como o silêncio, gestos, reticências e pausas

nos discursos. Transcreveram-se as falas respeitando-se a linguagem original das depoentes, as quais foram mediadas pelo programa *Word for Windows*. Destaca-se que a análise ocorreu concomitante à coleta.

A partir da leitura atenta dos depoimentos, desenvolveu-se a construção de dois momentos metódicos. No primeiro, ocorreu a descrição factual do fenômeno vivido por meio da aproximação das estruturas essenciais das falas, chegando a duas unidades de significação. Estas unidades referem-se à compreensão vaga e mediana e se encontram na dimensão ôntica do ser, permitindo a compreensão do vivido emergindo a possibilidade para construção do fio condutor da hermenêutica. No segundo, após a construção do fio condutor e da análise compreensiva, buscou-se o desvelar dos sentidos do ser por meio da interpretação à luz dos conceitos propostos⁽¹¹⁾.

O estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer número 1.556.346/2016, em consonância com a Resolução 466/2012. Inicialmente foi explicado às participantes o objetivo da investigação e em que consistiria sua participação, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) lido seguido e sanadas as possíveis dúvidas. Assim, a aquiescência das depoentes foi registrada com a assinatura do mesmo.

RESULTADOS

Entrevistaram-se nove enfermeiras que fizeram cesáreas, com idade entre 24 a 46 anos, média de 36,3 anos. O número de gestações oscilou entre uma a três. Apenas uma participante vivenciou o aborto. Cinco depoentes passaram por uma cesárea e quatro por duas. Todas referiram ter feito pré-natal, sendo que quatro receberam orientações sobre a cesárea e cinco nenhuma informação. Cinco tiveram gestações planejadas e, dentre as nove, apenas duas participaram de grupos de gestantes.

A partir dos depoimentos das enfermeiras, emergiram as seguintes Unidades de Significação⁽¹¹⁾: A decisão foi do médico; A cesariana foi um ato programado e mecânico.

A decisão foi do médico

Notou-se que a decisão pela via de parto não coube as depoentes, mas ao médico obstetra que as atendeu. À princípio, as enfermeiras almejavam o parto normal, mas isso não foi considerado pelo obstetra. A decisão

pela cesárea em alguns casos ocorreu durante o acompanhamento de pré-natal e, em outros, no momento do trabalho de parto. Entretanto algumas não se sentiam seguras para realizar tal escolha, mostrando-se confortáveis com a decisão do médico pela cesariana.

Quando eu tentei conversar sobre o parto normal {o obstetra} já me falou que a cesárea seria melhor. Então acabou que bem antes do meu filho nascer, eu já tinha decido pela cesárea. Ele me examinou e falou: “Olha! Vamos fazer cesárea!”. Eu falei: Não dá pra ser normal?. Ele falou assim: Não, não dá!. E1

Eu já resolvi sua vida! Já marquei sua cesárea. Vai ser hoje oito horas da noite. Aí meu olho encheu d’água. Aí eu pensei: Ai meu Deus, é hoje. Não tive opção de ser normal, mas também não ia optar. Ah eu tinha que fazer cesárea. Tinha. E2

Eu trabalhei muito a minha mente e a minha saúde para que eu conseguisse realizar isso {o parto normal}. Mas como não depende só da gente, então não tem jeito. Ele achou por bem não fazer isso. Eu fiquei bem porque uma das coisas que me incomodava, e muito, é eu tomar uma decisão de fazer cesariana por minha conta. E3

Eu queria o parto normal. Eu não pretendia em momento algum ter cesárea! Ai ele {médico} disse que já tinha oito horas, para ir para cesárea e tal. Ai eu disse para não insistir não. Vamos para cesárea! Ai eu fui. E5

A cesariana foi um ato programado e mecânico

No encontro fenomenológico, ao mencionar sobre a cesariana, as enfermeiras significaram-na como um ato cirúrgico pouco humanizado, programado, mecânico e seco, em que o médico faz uma incisão e retira o bebê, o qual pode prejudicar o vínculo entre mãe e filho. A ausência do acompanhante foi destacada como um fator negativo durante o processo de parto, suscitando sentimentos de solidão e desamparo.

A anestesia promoveu a perda da sensibilidade, causando a sensação de vulnerabilidade. Neste momento afirmaram não sentir dor, mas que percebiam os movimentos realizados pelo médico durante a cirurgia.

Por vezes, referiram à importância do conhecimento e da experiência do profissional médico, pois como enfermeiras presenciaram intercorrências em virtude da inexperiência de profissionais.

Fiz uma cesárea e eu morria de medo daquela anestesia. Com medo de dar errado! Agora eu vou para uma cesárea e tenho que tomar uma anestesia. E5

Eu estava muito ansiosa! Doida pra ela nascer. Eu percebendo que minha pressão também estava caindo, estava ficando muito nervosa. A gente percebe o que eles estão fazendo. Apesar da gente não sentir a dor, a gente sente os movimentos. A cirurgia em si eu achei bem tenso e bem triste por não ter alguém ali do meu lado que pudesse estar me dando apoio, me acalmando mesmo. E6

Podia ser alguém inexperiente também, que ia de repente fazer um fórceps e quebrar o pescoço do meu filho, como eu já vi muito. Eu fui anestesiada, fui anestesiada e ali eu morri. Se pegar fogo no hospital agora. Eu, não tem nem como eu corre porque eu morri da cintura pra baixo. E7

E aí foi uma coisa mais mecânica. Não é muito humana. A cesárea você vai entra como se fosse um atendimento muito seco. Vai, recebe um corte, tira o bebê, tem hora programada, tem dia programado. E8

DISCUSSÃO

A leitura e escuta exaustivas dos depoimentos possibilitaram compreender que as mulheres enfermeiras significaram que a decisão em favor da cesárea ocorreu no período do pré-natal ou durante o trabalho de parto gerado pela incerteza quanto à possibilidade de êxito de um parto e motivou a aceitação da determinação da cesárea pelo médico, embora duplamente nem sempre essa alternativa correspondesse ao seu desejo e as depoentes tentassem argumentar em favor do parto. Nesse sentido, a vivência da cesárea foi concebida como um ato programado e mecânico, sendo a ausência do companheiro interpretada como algo desfavorável e que gerou a sensação de solidão naquele momento.

Utilizando da trajetória fenomenológica, a compreensão do conceito de ser⁽¹¹⁾ consente a elaboração do fio condutor que permite trazer à claridade os sentidos ainda obscuros nos depoimentos que ainda se encontram velados. A pre-sença é possibilidade de dis-tanciar, no entanto o ente sempre faz com que outros entes venham à proximidade, uma vez que ele não almeja ver-se longe daqueles com quem se identificam. O mundo do ser-aí é mundo-com, de tal maneira que o “ser-em é ser-com os outros”⁽¹¹⁾.

Assim, a mulher que é ser-no-mundo perpassa inúmeras possibilidades, inclusive as possibilidades da via de nascimento. Pois, ao se defrontar com esta escolha a mulher se mostrou no modo de ser da impropriedade ao se desconsiderar como ser de possibilidades e capaz da escolha. Ao esperar e até

permitir que o obstetra tome a decisão pela via de nascimento, a mulher transferiu as possibilidades de assumir suas expectativas, decisões e o cuidado de si⁽¹¹⁾. Deixar que outrem e as circunstâncias características da vida tomem decisões por si, conduzindo seu pensar e até seu agir, caracterizou-a como inautêntica. Inautenticidade não quer significar algo negativo; apenas revela um dos modos de ser, em que se da mulher a responsabilidade de se determinar e ser si próprio no cuidado de si⁽¹¹⁾.

O médico, ao ser-com a mulher, fez prevalecer à hegemonia médica sobre a vontade da parturiente, uma vez que as relações não foram estreitadas e o diálogo tornou-se prejudicado. Tal circunstância ocasionou frustrações e insegurança à mulher durante a gestação e parto. Este fato pode ser evidenciado, em seus depoimentos, ao relatarem o distanciamento do profissional médico, que não considerou suas reais necessidades e expectativas em relação ao desfecho da gestação, mostrando a fragilidade do obstetra ao ser-com-a-mulher-gestante e ao ser-com-a-mulher-parturiente⁽¹¹⁾.

A ocasião em que a mulher foi lançada à cesariana privou o ser-com da parturiente com um acompanhante de sua escolha, trazendo medo, solidão e desamparo no momento do nascimento do seu filho⁽¹¹⁾. Sabe-se que o ser-aí-com dos outros pode vir ao encontro do dasein de maneiras distintas: ficando por aí, chamado por Heidegger de modos-de-ser da ocupação ou vindo de encontro com o ser-aí-com no mundo, no modos-de-ser da pré-ocupação. Ao desconsiderar a vontade da mulher e ao sobrepor a sua hegemonia sobre os desejos e perspectivas da parturiente, o médico ocupa-se com aquele ente que ali se encontra, deixando-o no mundo público, o mesmo mundo em que esse profissional se encontra - onde o lugar é de todos e não é de ninguém. Lançado na publicidade, o olhar do obstetra direcionou-se apenas para a dimensão física do ser-aí-mulher-parturiente, desconsiderando o ser existencial⁽¹¹⁾.

Dos depoimentos emergiu a angústia imprópria. O ser-aí pode desviar-se na sua compreensão de ser e decair no mundo, possibilitando o temor, que se interpreta como a angústia imprópria⁽¹¹⁾. Neste estudo, a mulher sentiu-se temerosa ao decidir sobre a via de parto, esquivando-se de suas vontades e sentindo-se mais tranquila quando o médico tomou para si a escolha, mostrando-se no modo de ser da impropriedade. Notou-se, também, o temor quanto à anestesia, revelando-se em consonância a uma das três modalidades do temor: pavor, horror e terror⁽¹¹⁾.

Desvela-se, dessa maneira, o estado de pavor, uma vez que a anestesia era conhecida pelas mulheres-enfermeiras.

Assim, fundamentar a assistência de enfermagem na Teoria do Cuidado Transpessoal⁽¹²⁾, possibilita olhar além do corpo físico da parturiente. Colocar a mulher no centro da assistência e partir de uma relação eu-tu, permite transformar e potencializar o cuidado à mulher, capaz de reconhecer as reais necessidades, dispensar o cuidado autêntico e permeado pelo modo de ser da preocupação⁽¹¹⁾.

A autonomia e a liberdade de escolha é prioridade para que a pessoa alcance autocontrole e autoconhecimento⁽¹²⁾. Percebeu-se que não se levou em conta a vontade da mulher, contrariando os pressupostos da teoria que ainda ressalta a necessidade de que o cuidado seja desprendido e abnegado baseado nos princípios humanísticos, sob a ótica da mulher, suas experiências e crenças. Neste sentido, apreendeu-se a ausência dessa assistência e o quão grave esse fato se mostrou para a escolha e a vivência da cesárea.

A teoria permite que se tenha outro olhar acerca da mulher parturiente, permitindo que a mesma não seja vista como um objeto, desprovida de sentimentos, desejos e vontades, mas que ela se tome um sujeito com possibilidades de escolha e possa expressar seus sentimentos, proporcionando seu crescimento pessoal e valorização das relações interpessoais mais significativas⁽¹²⁾.

Há evidências de que a inclinação das gestantes pelo parto natural, em condições normais, contrasta com os elevados índices de cesarianas encontrados no município estudado, sinalizando para a existência de outros fatores que influenciam na decisão. Ao vivenciar uma cesariana as puérperas podem ter sua recuperação dificultada e isso pode ocasionar um contato tardio entre mãe e bebê, além de ser um obstáculo às posições mais confortáveis para a amamentação, tornar-se um óbice ao autocuidado, ao cuidado do recém-nascido e à realização das atividades cotidianas da mulher⁽¹³⁻¹⁷⁾.

A utilização de um cuidado alicerçado nas concepções quânticas remete a um cuidado holístico e humano, considerando a autonomia e a liberdade de quem é cuidado. A partir deste olhar, as reais necessidades da pessoa são identificadas, permitindo que o cuidado seja pautado na relação humanística enfermeiro-pessoa⁽¹²⁾. Concebendo que as premissas para a escolha da via de parto são semelhantes é necessária a disponibilização de informações sobre os riscos e benefícios, com o intuito de contribuir com o

conhecimento das gestantes sobre o tema, visto que a indicação fundamentada em critérios médicos pode não contemplar a preferência da mulher⁽¹⁷⁾.

Estudo sobre a medicalização do parto⁽¹⁸⁾ destacou que é necessária a mudança de paradigma do modelo médico obstétrico e apontou a capacitação de profissionais para a condução do parto fisiológico, bem como o deslocamento para o parto domiciliar, centros ou casas de parto. Ao considerar que as depoentes são profissionais da área de enfermagem e que não manifestam oposição à decisão médica de realização de cesárea, mostrando-se em sua inautenticidade⁽¹¹⁾, faz-se necessário repensar se as relações entre elas e o(a)s obstetras se alicerçam em bases de poder a ponto de inibi-las de se posicionar ou de insistirem em sua argumentação e no atendimento de seu desejo, quanto ao tipo de parto nas situações em que sua saúde e de seu conceito não estão em risco.

Nesse sentido, recomenda-se que os obstetras possam dar subsídios a respeito do risco a que estão expostas quando essa ocasião ocorre, instrumentalizando-as e empoderando-as para a tomada de decisão conjunta sobre a melhor opção (parto ou da cesárea) segundo o atendimento de suas necessidades de forma individualizada, desde que esteja evidente tal necessidade de optar pela cesárea em prol de sua segurança ou de seu filho.

CONCLUSÃO

A mulher, como ser existencial, mostrou-se como decaída e lançada na impropriedade na ocasião da escolha pela via de parto cirúrgico e durante a própria cesárea que foi lembrada como um momento frio, seco, mecânico e os depoimentos aconteceram ladeados por essa lembrança, demonstrando o quão significativa foi a mecanicidade da cesárea, sobrepondo-se ao ser-mulher-parturiente. Tal fato exprime e corrobora a impropriedade da mulher durante o nascimento do filho.

A Teoria do Cuidado Transpessoal vem colaborar para a autonomia e o respeito da parturiente e para esclarecer as bases em que a relação obstetra/parturiente deve ser estruturada, pois o cuidado só se efetiva se houver uma relação entre cuidador-cuidado. O enfermeiro como profissional que presta esse cuidado deve ter a parturiente como seu foco e não somente as tecnologias. Neste sentido, o vivido da cesárea por enfermeiras pode influenciar de maneira positiva na forma de cuidar dessas profissionais, possibilitando o redirecionamento do cuidado numa concepção do ser-aí-com a mulher parturiente e suas singularidades.

Esta investigação apresentou como limitações a variedade quantitativa e de estado de parturição das depoentes, contudo, o que se buscou foi atendido, pois se evidenciaram possibilidades para o cuidar da enfermagem às parturientes, pautado em valores fenomenológicos e humanísticos.

THE LIVING OF THE PROCESS OF THE CESAREAN SECTION UNVEILED BY NURSES

ABSTRACT

This study aimed to understand meanings and reveal senses of nurses who experienced the process of their cesarean sections. Qualitative research, phenomenological approach with the methodological/philosophical contribution of Martin Heidegger and Jean Watson's Theory. Participants were nine nurses who underwent cesarean delivery within the Zona da Mata of Minas Gerais, using the snowball technique at phenomenological meetings in the months of June/August 2016. Participants were inauthentic in choosing the possibilities of childbirth during the cesarean section, because they were not protagonists in the decisions of the birth process and did not have their autonomy and freedom of choice respected. The dialogue between the woman and the obstetrician proved to be distant, and medical hegemony overcame the woman's will. The fear was unveiled when they reported fear of making the decision of delivery route on their own and the fear of anesthesia. Scientific knowledge was not enough for the nurse-woman to become empowered in the choice of the delivery route and the delivery itself. The woman as an existential being was shown in the impropriety in the occasion of the choice by the way of delivery and during the caesarean itself.

Keywords: Cesarean section. Nurses. Women's health.

LO VIVIDO DEL PROCESO CESÁREO REVELADO POR ENFERMERAS

RESUMEN

Este estudio tuvo el objetivo de comprender significados y revelar sentidos de enfermeras que vivieron el proceso de sus cesáreas. Investigación de naturaleza cualitativa con abordaje fenomenológico con el aporte metodológico/filosófico de Martin Heidegger y la Teoría de Jean Watson. Participaron nueve enfermeras que realizaron el parto por cesárea en el interior de la Zona da Mata de Minas Gerais-Brasil, por medio de la técnica de bola de nieve en citas fenomenológicas, en los meses de junio/agosto de 2016. Las participantes se mostraron inauténticas en la elección de las posibilidades de nacimiento del hijo y

durante a cesariana, pues no fueron protagonistas en las decisiones del tipo de parto y no tuvieron su autonomía y libertad de elección respetada. El diálogo entre la mujer y el obstetra se mostró distante y la hegemonía médica se sobrepuso sobre la voluntad de la mujer. El temor fue demostrado al relatar miedo de tomar la decisión por el tipo de parto por su cuenta y el pavor de la anestesia. Los conocimientos científicos no fueron suficientes para que la mujer-enfermera se volviera empoderada en la elección del tipo de parto y del propio parto. La mujer como ser existencial se mostró tirada en la impopularidad en la ocasión de la elección del tipo de parto y durante la propia cesariana.

Palabras clave: Cesárea. Enfermeras. Salud de la mujer.

REFERÊNCIAS

1. Cavallaro FL, Cresswell JA, Ronsmans C. Obstetricians' Opinions of the Optimal Caesarean Rate: A Global Survey. *PLoS One*. 2016 Mar 31;11(3):e0152779. eCollection 2016. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152779>.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção a Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [citado em 2018 out]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>.
3. Rebelo F, Rocha CMM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. High cesarean prevalence in a national population based study in Brazil: the role of private practice. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2010 Jul. Nov 28;89(7):903-908. doi: <https://doi.org/10.3109/00016349.2010.484044>.
4. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [Acesso em 2017 Nov 28]; 30(1): S101-S116. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>.
5. Montenegro CAB, Rezende-Filho J. *Rezende Obstetrícia*. 16ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Guanabara Koogan; 2016.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Brasília (DF); 2013. p. 20. Disponível em: <https://mesm.uncisal.edu.br/wp-content/uploads/2017/04/GRAVIDEZ-PARTO-E-NASCIMENTO-COM-SA%C3%A9ADE.pdf>.
7. Cavallaro FL, Cresswell JA, Ronsmans C. Obstetricians' Opinions of the Optimal Caesarean Rate: A Global Survey. *PLoS One*. 2016 Mar 31;11(3):e0152779. eCollection 2016. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152779>.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção a Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. p. 87. [citado em 2018 out]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>.
9. Boatín AA, Schlottheuber A, Betran AP, Moller AB, Barros AJD, Boerma T, Torloni MR, Victora CG, Hosseinpoor AR. Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries. *BMJ*. 2018 Jan;24;360:k55. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k55>.
10. Ishaq R, Baloch NS, Iqbal Q, Saleem F, Hassali MA, Iqbal J, Ahmed FUD, Anwar M, Haider S, Godman B. Frequency and evaluation of the perceptions towards caesarean section among pregnant women attending public hospitals in Pakistan and the implications. *Hosp Pract* (1995). 2017 Aug;45(3):104-110. Epub 2017 May 24. doi: <https://doi.org/10.1080/21548331.2017.1328250>.
11. Heidegger M. *Ser e Tempo*. 10. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, Bragança Paulista (RJ): Editora Universitária de São Francisco; 2015.
12. Watson J. *Human Caring Science. A Theory of Nursing*. 2 ed. Kathleen Masters. 2012.
13. Yüksel D, Yüce T, Kalafat E, Şahin Aker S, Koç A. The views of nulliparous pregnant women on the types of delivery. *Turk J Obstet Gynecol*. 2016 Sep;13(3):127-131. Epub 2016 Sep 15. doi: <https://doi.org/10.4274/tjod.46144>.
14. Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, Esmaeili-Vardanjani A, Rafiei H. Effect of Training Preparation for Childbirth on Fear of Normal Vaginal Delivery and Choosing the Type of Delivery Among Pregnant Women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial. *J Family Reprod Health*. 2016 Sep;10(3):115-121. [citado em 2018 out]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5241355/>.
15. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do "parto cesáreo" entre obstetras. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2017; 27: 415-432. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300003>.
16. Singh P, Hashmi G, Swain PK. High prevalence of cesarean section births in private sector health facilities- analysis of district level household survey-4 (DLHS-4) of India. *BMC Public Health*. 2018 May 10;18(1):613. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5533-3>.
17. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016 Apr;123(5):745-53. Epub 2015 Aug 24. doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13592>.
18. Monteschio LVC, Sgobero JCGS, Gomes JC, Oliveira RR, Serafim D, Mathias TAF. Prevalence of medicalization of labor and delivery in the public health network. *Cienc Cuid Saude* [on-line]. 2016 [citado em 2018 out]; 15(4):591-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i4.33420>.

Endereço para correspondência: Anna Maria de Oliveira Salimena. Rua Marechal Cordeiro de Faria, 172 – Juiz de Fora/MG. CEP 36 081 330. E-mail: annasalimena@terra.com.br

Data de recebimento: 15/12/2017

Data de aprovação: 24/09/2018