|  |
| --- |
|  |

**O VIVIDO DO PROCESSO DA CESARIANA DESVELADO POR ENFERMEIRAS[[1]](#footnote-2)**

Cristina Arreguy-Sena[[2]](#footnote-3)

Anna Maria de Oliveira Salimena3

Maria Carmen Simões Cardoso de Melo4

Franciane Vilela Réche da Motta5

Rafael Carlos Macedo de Souza6

Raquel dos Santos Rosa Peixoto7

Resumo

**Objetivo:** Compreender significados e desvelar sentidos de enfermeiras que vivenciaram o processo de suas cesarianas. **Método:** Pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica com o aporte metodológico/filosófico de Martin Heidegger e a Teoria de Jean Watson. Foram participantes nove enfermeiras que realizaram o parto por cesárea no interior da Zona da Mata de Minas Gerais, que por meio da técnica de bola de neve em encontros fenomenológicos, nos meses de junho/julho de 2016. **Resultados:** 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 relatarem medo de tomar a decisão pela via de parto por conta própria e o pavor da anestesia. **Conclusão:** 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 chaves:** Cesárea. Enfermeiras. Saúde da mulher.

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

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

**INTRODUÇÃO**

A taxa ideal de cesárea, considerada desde o ano de 1985 pela comunidade médica internacional, se encontra em torno de 10% a 15%. No entanto, o número de cesáreas vem aumentando tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento(1). A taxa de operação cesariana no Brasil encontra-se em torno de 56% com ampla variação entre os serviços públicos e privados. 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.

A cesariana é 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(3). 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 neste momento 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).

A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e sua família, respeitando todos os significados que o momento proporciona, com o objetivo de facilitar a criação de um vínculo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade. A vivência que a mulher terá neste momento dependerá de uma série de fatores, desde aqueles intrínsecos a ela e à gestação, até aqueles relacionados ao atendimento(5).

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

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 numa assistência humanizada, na dignidade, no respeito e na autonomia da mulher e de seu filho(6).

Mas, 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, essa decisão advém de informações e diálogos entre a gestante e os profissionais de saúde a respeito das evidências científicas que indicam a melhor conduta numa determinada situação(7).

A maternidade representa para a mulher um momento especial, único e próprio marcado pela nova missão, a de ser mãe(8). Se essa é, também, uma profissional, assumindo atividades remuneradas fora do espaço doméstico, esse momento, entretanto, assume outras conotações e os diversos papéis por ela assumidos entram em conflito, obrigando-a a conciliá-los.

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson(9) propõe que a enfermagem, buscando se fundar como ciência do cuidado, paute 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 foram utilizados sete pressupostos e 10 fatores de cuidados primários(9). Nos pressupostos 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(9).

A utilização desses pressupostos e fatores de cuidados implica em 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(9).

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(10) 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.

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(11). A preferência pela via de parto pode variar do início para o final da gestação. Estudo (12) de base populacional com 11074 puérperas mostrou que no início da gestação 66% das entrevistadas preferiam o parto vaginal no início da gestação, 27,6% referiam preferência pelo parto cesáreo e 6,1% não apresentavam uma preferência bem definida, porém 51,5% das mulheres apresentaram no mínimo uma cesariana como via de parto final, sendo que 65,7% delas foram cesarianas sem trabalho de parto.

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(13). 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(14).

Estudo(14) mostrou 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, se tornar um óbice ao autocuidado, ao cuidado do recém-nascido e à realização das atividades cotidianas da mulher(15-16).

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 paciente(17). Estudo sobre a medicalização do parto (18) destacou que é necessário a mudança de paradigma do modelo médico obstétrico brasileiro 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.

Neste sentido, a 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 de abordagem qualitativa utilizando o referencial metodológico e filosófico de Martin Heidegger(10) e a de Teoria de Jean Watson(9), para compreensão do movimento existencial a respeito do vivido pelas mulheres enfermeiras durante o processo da própria cesariana.

Foram participantes 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. O critério de inclusão foi ser enfermeira que vivenciou a gestação com desfecho da cesárea e o de exclusão não se expressar com coerência no momento da entrevista.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer número 1.556.346. Após aprovação, desenvolveu-se a etapa de campo entre os meses de junho a agosto de 2016.

As possíveis depoentes foram referendas por enfermeiras de um curso de pós-graduação mestrado em enfermagem, pela técnica bola de neve. Assim, foram realizados contatos telefônicos convidando-as a participar do estudo e com o aceite verbal foi agendado o melhor dia e horário para sua realização. Foram realizados encontros individuais em ambientes que permitissem o encontro fenomenológico. Neste momento, foi mantida postura empática, suspensão de pressupostos e de valores, mediado pela intersubjetividade. Utilizou-se da técnica de entrevista fenomenológica a partir da questão norteadora: Como foi o vivido do seu processo de seu parto cesárea.

O encontro foi registrado em áudio e houve a utilização do diário de campo para o registro das expressões, sentidos e mensagens não verbais e para verbais captadas, bem como o dito e o não dito, observando as diferentes formas de discurso como o silêncio, gestos, reticências e pausas nas falas das depoentes. A análise ocorreu concomitante a coleta dos depoimentos, que foram transcritos respeitando a linguagem original das depoentes em programa *Word for Windows*.

A partir das leituras atentas dos depoimentos, desenvolveu-se a construção de dois momentos metódicos. No primeiro momento metódico, ocorreu à descrição factual do fenômeno vivido através da aproximação das estruturas essenciais das falas, chegando a duas unidades de significação. Estas unidades compreendem a 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 momento metódico, 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 (9-10).

**RESULTADOS**

Foram entrevistadas nove enfermeiras que fizeram cesarianas, com idades variando entre 24 e 46 anos, com média de 36,3 anos. O número de gestações oscilou entre uma e três. Apenas uma participante vivenciou um aborto. Cinco fizeram uma cesárea e quatro duas. Todas disseram terem feito pré-natal, sendo que quatro receberam orientações sobre a cesárea e cinco relataram não terem recebido qualquer 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(10): A decisão foi do médico; A cesariana foi um ato programado e mecânico.

**A decisão foi do médico**

As enfermeiras relataram que a decisão pela via de nascimento não foi realizada por elas, mas pelo médico obstetra. Ainda lembraram que, a princípio, almejavam o parto normal, mas que isso não foi considerado pelo obstetra.

A decisão pela cesárea em alguns casos foi feita durante o acompanhamento de pré-natal e, em outros, no momento do trabalho de parto. Entretanto algumas não se sentiam seguras para realizar essa 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 (o parto normal). [...] 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**

Ao relatar como foi à 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, fato que pode prejudicar o vínculo entre mãe e filho. E a falta de um acompanhante foi lembrada como um fator negativo durante o processo da cesariana, proporcionando um sentimento de solidão e desamparo.

Contaram que com a anestesia ocorreu à perda da sensibilidade, causando a sensação de vulnerabilidade. Neste momento afirmaram não sentirem 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 compreensão do conceito de ser(10) consente a elaboração do fio condutor que permite trazer a claridade os sentidos ainda obscuros nos depoimentos.

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” (10).

Assim, a mulher que é ser-no-mundo perpassa por 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 desconsiderar-se 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(10).

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 sendo a mulher retira a responsabilidade de se determinar e ser si próprio no cuidado de si(10)

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 ficou prejudicado. Tal circunstância levou a frustrações e insegurança à mulher durante a gestação e parto. Este fato fica claro quando, em suas falas, elas relatam 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(10).

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(10).

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, não levando em conta o ser existenciário que ali se encontrava(10).

Nos 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(10). Neste estudo, a mulher temeu tomar a decisão sozinha a respeito da via de parto, esquivando-se de suas vontades e sentindo-se mais tranqüila quando o médico fez essa escolha por ela, mostrando-se no modo de ser da impropriedade.

O temor também foi revelado ao falarem da anestesia em consonância com uma das três modalidades do temor: pavor, horror e terror(10). Neste estudo o que se desvelou foi o estado de pavor, uma vez que a anestesia era conhecida pelas mulheres-enfermeiras.

Fundamentar a assistência de enfermagem na Teoria do Cuidado Transpessoal(9), possibilita olhar além do corpo físico da parturiente que é cuidado. Colocar a mulher no centro da assistência e partir de uma relação eu-tu, permite transformar e potencializar o cuidado à parturiente, capaz de reconhecer as reais necessidades da mulher e realizar um cuidado autêntico e permeado pelo modo de ser da preocupação(10).

A autonomia e a liberdade de escolha é prioridade para que o cliente alcance autocontrole e autoconhecimento(9). Percebeu-se que não foi levada em conta a vontade da mulher, contrariando os pressupostos da teoria que ainda ressalta a necessidade de que o cuidado seja desprendida e abnegada baseada nos princípios humanísticos, levando em conta a ótica do cliente, suas experiências e crenças. Neste sentido, se apreendeu a falta dessa assistência humanística 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 torne um sujeito com possibilidades de escolha e possa expressar seus sentimentos, proporcionando seu crescimento pessoal e valorização das relações interpessoais mais significativas(9).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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 significativo foi à mecanicidade da cesárea, sobrepondo-se ao ser-mulher-parturiente. Tal fato exprime e corrobora com a impropriedade da mulher durante o nascimento do filho.

A Teoria do Cuidado Transpessoal vem colaborar para a autonomia e o respeito da parturiente, 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 às 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 apresenta as limitações próprias de um estudo qualitativo, em relação ao local e a população da pesquisa. Contudo, o que se buscou foi atendido, pois evidenciou-se possibilidades para o cuidar da enfermagem as parturientes, pautado em valores fenomenológicos e humanísticos.

**REFERÊNCIAS**

1. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. [Internet][Acesso em 2017 Nov 28] Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>>.
2. 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 (DF); 2016. p. 87. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>
3. Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Guanabara Koogan; 2010.
4. TorloniI MR, Daher S, Betrán AP, Widmer M, Montilla P, Souza JP. et al. Portrayal of caesarean section in Brazilian women’s magazines: 20 year review. BMJ [Internet] 2011 Jan. [Acesso em 2017 Nov 28]; 342:d276. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d276>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Politicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001. p. 202.
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.
7. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet] 2002 Set./Out. [Acesso em 2017 Nov 20]; 10(5): 667-674. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf>>
8. Velho MB, Santos EKA, Bruggemann OM, Camargo BC. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. Texto contexto - enferm. [Internet] 2012 Abr./Jun. [Acesso em 2017 Nov 20]; 21 (2): 458-466. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a26v21n2.pdf>>
9. Watson J. Human Caring Science. A Theory of Nursing. 2 ed. Kathleen Masters. 2012. p. 1-121.
10. Heidegger M. Ser e Tempo. 10. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, Bragança Paulista (RJ): Editora Universitária de São Francisco; 2015.
11. 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. ActaObstetGynecolScand [Internet] 2010 Jul. [Acesso em 2017 Nov 28]; 89 (7): 903–908. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20583936>>.
12. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE et al . Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. Saúde Pública  [Internet]. 2014  [Acesso em  2017  Nov  28] ;  30(1): S101-S116. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en>
13. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad. Saúde Pública [Internet] 2006  Dez. [Acesso em  2017  Nov  28];  22(12): 2647-2655. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014>>.
14. Leguizamon JT, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. Rev. Bioét.  [Internet]. 2013 Dez. [Acesso  em 2017  Nov  28];  21(3): 509-517. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422013000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>>.
15. Michal Granot DS, Lior Lowenstein MD, David Yamitsky MD, Ada Tamir, DS, Etan ZZMD. Postcesarean section pain prediction by preoperative experimental pain assessment. Anesthesiology [Internet] 2003 [Acesso em 2017 Nov 20]; 98 (6): 1422-1426. Disponível em: <<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1942860>>.

1. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública  [Internet]. 2014  Ago. [Acesso em  2017  Nov  28] ;  48(4): 697-708. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400697&lng=en>.
2. Melchiori, LE, Maia ACB, Bredariolli RN, Hory RI. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia [Internet]** 2009 Out. [Acesso em 2017 Nov 28]; 13(1): 13-23. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/9858/10482>>
3. Monteschio LVC, Sgobero JCGS, Gomes JC, Oliveira RR, Serafim D, Mathias TAF. Prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde. Cienc Cuid Saude. 2016; 15(4): 591-8.

1. Relatório final de pesquisa apresentado à disciplina Processo de Investigação em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) [↑](#footnote-ref-2)
2. Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem. Cristina.arreguy@ufjf.edu.br

   3 Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem. [annasalimena@terra.com.br](mailto:annasalimena@terra.com.br)

   4 Enfermeira. Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem. [mcmelomc@gmail.com](mailto:mcmelomc@gmail.com)

   5 Enfermeira. Mestranda. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) franvilela@hotmail.com

   6 Enfermeiro. Mestrando. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) [rafaelcarlos\_souza@hotmail.com](mailto:rafaelcarlos_souza@hotmail.com)

   7 Enfermeira. Mestranda. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) raqueldrosa2hotmail.com

   [↑](#footnote-ref-3)