





ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS MULHERES QUE FORAM SUBMETIDAS À CESARIANA POR PARADA DE PROGRESSÃO

ASSISTANCE TO WOMEN SUBMITTED TO CESAREAN SECTION DUE TO AN ARREST DISORDER

ATENCIÓN A MUJERES SOMETIDAS A CESÁREA POR PARADA DE PROGRESIÓN

 Rafaela Roque Queiroz ¹
 Margarete Maria de Lima ¹
 Vitória Regina Petters Gregório ¹
 Vania Sorgatto Collaço ²

¹ Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC - Brasil.

² UFSC, Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Florianópolis, SC - Brasil.

Autor Correspondente: Rafaela Roque Queiroz
E-mail: rafaelaqueiroz@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Rafaela R. Queiroz, Margarete M. Lima, Vitória R. P. Gregório, Vania S. Collaço; **Aquisição de Financiamento:** Rafaela R. Queiroz, Vitória R. P. Gregório; **Coleta de Dados:** Rafaela R. Queiroz; **Conceitualização:** Rafaela R. Queiroz, Margarete M. Lima, Vitória R. P. Gregório; **Gerenciamento de Recursos:** Rafaela R. Queiroz, Vitória R. P. Gregório; **Gerenciamento do Projeto:** Rafaela R. Queiroz, Vitória R. P. Gregório; **Investigação:** Rafaela R. Queiroz, Margarete M. Lima; **Metodologia:** Rafaela R. Queiroz, Margarete M. Lima, Vitória R. P. Gregório, Vania S. Collaço; **Redação - Preparação do Original:** Rafaela R. Queiroz, Margarete M. Lima, Vitória R. P. Gregório, Vania S. Collaço; **Revisão e Edição:** Rafaela R. Queiroz, Margarete M. Lima, Vitória R. P. Gregório, Vania S. Collaço; **Software:** Rafaela R. Queiroz, Margarete M. Lima, Vitória R. P. Gregório; **Supervisão:** Margarete M. Lima, Vitória R. P. Gregório; **Validação:** Rafaela R. Queiroz, Margarete M. Lima, Vitória R. P. Gregório, Vania S. Collaço; **Visualização:** Rafaela R. Queiroz, Margarete M. Lima, Vitória R. P. Gregório, Vania S. Collaço.

Fomento: Bolsa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde UFSC credenciado pela CNRMS/MEC, n. 554/2018/CGRS/DEES/SESU.

Submetido em: 15/02/2018

Aprovado em: 15/04/2019

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção das mulheres submetidas à cesariana por parada de progressão do trabalho de parto sobre a assistência prestada em um hospital universitário do sul do Brasil. **Método:** qualitativo-descritivo, por meio de entrevistas semiestruturadas com 13 puérperas que realizaram cesariana por parada de progressão do trabalho de parto. O período de coleta de dados foi de 1º de agosto a 30 de setembro de 2017. Os dados coletados foram analisados por meio de procedimentos de análise temática. **Resultados e discussão:** as categorias emergentes foram assistência fragmentada durante o trabalho de parto, boas práticas no cuidado às parturientes e a preferência da via de parto e o encaminhamento para a cesariana. Os dados mostraram que a assistência prestada no centro obstétrico é fragmentada, realizada por vários profissionais. As boas práticas para a humanização do parto identificadas foram: apoio emocional e físico e métodos não farmacológicos para alívio da dor, na maioria das vezes realizados pela enfermeira obstetra. A maioria das mulheres tinha a preferência pelo parto normal na gestação, porém foram submetidas à cesariana e consideraram seu trabalho de parto um processo que necessitou de intervenções pela falha do seu corpo na evolução do trabalho de parto. **Considerações finais:** na percepção das mulheres, a enfermeira obstetra se destacou entre os profissionais da equipe, no cuidado no trabalho de parto, porém esse cuidado não se configurou como suporte contínuo. Recomenda-se a qualificação dos profissionais dessa maternidade para a assistência humanizada e integral às necessidades das parturientes.

Palavras-chave: Cesárea; Enfermeiras Obstétricas; Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Objective: to know the perception of women undergoing cesarean section due to labor arrest disorder on the care provided at a university hospital in southern Brazil. **Method:** this is a qualitative and descriptive study, through semi-structured interviews with 13 mothers who underwent cesarean section due to the labor arrest disorder. The data collection period was from August 1st to September 30th, 2017. The collected data were analyzed using thematic analysis procedures. **Results and discussion:** the categories emerged were fragmented care during labor, good practices in caring for parturients and the preference for the type of delivery and the referral for cesarean section. The data showed that the care provided at the obstetric center is fragmented, performed by several professionals. The best practices for the humanization of childbirth identified were: emotional and physical support and non-pharmacological pain relief methods, most often performed by the obstetric nurse. Most women had a preference for normal delivery in pregnancy, but underwent cesarean section and considered their labor a process that required intervention because of their body failure in the evolution of labor. **Final considerations:** in the perception of women, the obstetric nurse stood out in the team professionals in the care of labor, but this care was not configured as continuous support. The qualification of the professionals of this maternity hospital is recommended for the humanized and integral assistance to the needs of the parturients.

Keywords: Cesarean Section; Nurse Midwives; Labor, Obstetric.

Como citar este artigo:

Queiroz RR, Lima MM, Gregório VRP, Collaço VS. Assistência prestada às mulheres que foram submetidas à cesariana por parada de progressão. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____];23:e-1204. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190052

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de las mujeres que se sometieron a cesárea debido a parada de progresión acerca de la atención brindada en un hospital universitario del sur de Brasil. **Método:** estudio cualitativo y descriptivo, a través de entrevistas semiestructuradas con 13 mujeres que se sometieron a cesárea debido a parada de progresión en el trabajo de parto. La recogida de datos se realizó entre el 1o de agosto y el 30 de septiembre de 2017. Los datos recogidos se analizaron mediante procedimientos de análisis temáticos. **Resultados y discusión:** las categorías emergentes fueron: la atención fragmentada durante el parto, las buenas prácticas en el cuidado de las parturientas y la preferencia por el modo de parto y la derivación a la cesárea. Los datos mostraron que la atención brindada en el centro obstétrico está fragmentada, realizada por varios profesionales. Las mejores prácticas para la humanización del parto identificadas fueron: apoyo emocional y físico y métodos no farmacológicos de alivio del dolor, realizadas generalmente por la enfermera obstétrica. La mayoría de las mujeres preferían el parto normal durante el embarazo pero se sometieron a cesárea y consideraron su trabajo de parto como un proceso que requirió intervención debido a falla corporal en la evolución del trabajo de parto. **Consideraciones finales:** en la percepción de las mujeres, la enfermera obstétrica se destacó entre los profesionales del equipo en la atención durante el trabajo de parto, pero esa atención no se configuró como un apoyo continuo. Se recomienda la calificación de los profesionales de la maternidad de este hospital para la asistencia humanizada e integral a las necesidades de las parturientas.

Palabras clave: Cesárea; Enfermeras Obstétricas; Trabajo de Parto.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a taxa de cesariana no Brasil tem crescido significativamente, chegando aos 56% dos nascimentos. No serviço público, a taxa representa 40% dos atendimentos e 85% na rede privada.¹ Em outros países, essa taxa também está em crescimento, correspondendo a 22% dos nascimentos no Reino Unido, 30% na Austrália e nos Estados Unidos e 38% na Itália.² Segundo estudos e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), taxa de cesariana superior a 10% não contribui para a redução da mortalidade materna, perinatal e neonatal.³ Além de ser considerado um grave problema de saúde pública, o crescimento da ocorrência de cesarianas corresponde a mais riscos à saúde da puérpera, recuperação prolongada e dolorosa. A cirurgia deixa uma cicatriz permanente e muitas mulheres percebem que o parto não vaginal não traz benefícios para a criação do vínculo da mãe com o recém-nascido.^{4,5}

O aumento de nascimentos por cesarianas pode estar associado à transformação que o processo do nascimento tem sofrido, da saída da residência e do domínio das parteiras tradicionais para o ambiente hospitalar, passando o protagonismo da mulher desse momento para o médico, que, na maioria das vezes, intervém nesse processo.⁶ Esse modelo de atenção, “medicocêntrico”, não trouxe redução significativa

da mortalidade materna e neonatal por causas evitáveis.⁷ O Ministério da Saúde, com a criação da Rede Cegonha, em 2011, propôs objetivos para a humanização do parto, como a implantação de práticas que apoiam o parto normal seguro e o protagonismo da mulher no ciclo gravídico-puerperal.⁸

As indicações para a cesariana são classificadas como absolutas e relativas. Entre as absolutas estão: desproporção absoluta do tamanho da pelve materna, corioamnionite, deformidade pélvica materna, eclâmpsia ou síndrome de HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas), asfixia fetal ou acidose fetal, prolapso do cordão umbilical, placenta prévia, apresentação fetal anômala e ruptura uterina. Já nas indicações relativas destaca-se a parada de progressão do trabalho de parto.^{4,9}

Medidas como suporte contínuo às gestantes no trabalho de parto, a segunda opinião de profissional para a decisão da cesariana, utilização adequada do partograma e não realização do monitoramento fetal contínuo intraparto (em gestações de baixo risco) reduzem a incidência de cesarianas, principalmente aquelas indicadas durante o trabalho de parto.¹⁰ O suporte contínuo é realizado na maioria das vezes pela enfermeira obstetra e envolve a formação de vínculo com a parturiente, uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, apoio emocional e resgate da autonomia à mulher.¹¹ Esse acompanhamento da parturiente pode ajudar no desenvolvimento do processo fisiológico do nascimento e aumenta a sensação de controle e de competência dessas mulheres, reduzindo, assim, a necessidade de intervenções obstétricas na parada de progressão do trabalho de parto.^{12,13} Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, o cuidado prestado pela enfermeira obstetra, no trabalho de parto, além de trazer mais satisfação para as mulheres, reduz intervenções obstétricas e cesarianas desnecessárias.¹³

Diante dessa situação, este estudo tem como objetivo conhecer a percepção das mulheres submetidas à cesariana por parada de progressão do trabalho de parto sobre a assistência prestada em um hospital universitário do Sul do Brasil. Esta pesquisa irá contribuir para a qualificação da assistência e do serviço da Enfermagem, tendo em vista que essa assistência está relacionada ao cuidado prestado pela enfermeira obstetra às parturientes e é sustentada pelo Ministério da Saúde com a Rede Cegonha e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.^{8,13}

MÉTODO

Este estudo é do tipo qualitativo-descritivo e foi realizado na maternidade de um hospital universitário do Sul do país. Os sujeitos da pesquisa foram 13 puérperas submetidas à cesariana por parada de progressão nessa maternidade. Os

critérios de inclusão foram ter idade maior ou igual a 18 anos, apresentar idade gestacional igual ou maior de 37 semanas, gestação de risco habitual e ter dado à luz feto vivo.

O número de sujeitos foi determinado pela saturação dos dados, quando nenhuma informação nova ou tema foi acrescentado. A saturação, além de definir o tamanho da amostra, também é um critério para a interrupção da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada no alojamento conjunto, realizada pela pesquisadora principal, no segundo dia pós-operatório, favorecendo a privacidade. As entrevistas foram guiadas por questões abertas, abordando o trabalho de parto e a cesárea por parada de progressão; foram gravadas e transcritas na íntegra, assegurando a completa análise do material obtido. O período de coleta de dados foi de 1o de agosto a 30 de setembro de 2017. O anonimato das mulheres foi garantido pela utilização da codificação de M1 a M13, "M" de mulher seguindo pela numeração ordinal das entrevistas.

Os dados coletados foram analisados por meio de procedimentos de análise proposta por Minayo¹⁴. Esse tipo de análise permite realizar um feixe de relações a partir da identificação de um tema específico.¹³ Ainda nessa perspectiva, a análise temática é compreendida por três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.¹⁴

Como referencial teórico, este estudo baseou-se nas boas práticas evidenciadas na Diretriz de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde.¹² Segundo a normativa, os cuidados gerais durante o trabalho de parto devem envolver respeito, criação de vínculo, comunicação e esclarecimento dos procedimentos realizados, apoio físico e emocional contínuo e individualizado, avaliação do bem-estar fetal, liberdade de movimentação e métodos para o alívio da dor. A partir dessas boas práticas, este estudo analisou a assistência descrita pelas entrevistadas.¹³

A presente pesquisa respeitou os aspectos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer número: 2.051.631.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados deste estudo, emergiram três categorias, apresentadas a seguir.

ASSISTÊNCIA FRAGMENTADA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Em relação ao profissional que prestou assistência às mulheres durante o trabalho de parto, foram citados enfermeiras obstetras, residentes de Enfermagem e técnicos de Enfermagem. Como se trata de um hospital escola, alunos da graduação de Medicina também se fizeram presentes. As mulheres referiram suporte fragmentado e, em alguns casos, não realizado pelo mesmo profissional.

O tempo todo tinha alguém, só que revezava entre um e outro, mas o tempo todo tinha alguém presente. Era enfermeira e estudantes de Medicina (M3).

Teve um pessoal de um plantão que acompanhou meu trabalho de parto, eles me auxiliaram em tudo, não ficaram exclusivamente comigo, mas me deram bastante apoio, era o pessoal da Enfermagem (M9).

As enfermeiras passavam toda hora. Entravam e saíam (M10).

Conforme dados deste estudo, a enfermeira obstetra não prestou assistência a todas as mulheres. E aquelas que receberam assistência dessa profissional foi em momentos pontuais, ou seja, não prestaram suporte contínuo no trabalho de parto.

Na literatura, um dos motivos para a ausência da enfermeira com as parturientes são as demandas administrativas e gerenciais de que ela deve dar conta, o que limita, muitas vezes, a assistência e cuidado de qualidade, baseando seu acolhimento em poucos momentos com a paciente, mesmo em centros obstétricos.¹⁵ Entretanto, acolhimento à parturiente é de extrema importância para a efetivação de um parto respeitoso com escuta e diálogo dos profissionais envolvidos com as parturientes.¹⁶

Boas relações entre os profissionais e as mulheres são fundamentais para amenizar a dor e o medo do desconhecido. As parturientes que não receberam ações contínuas de cuidado durante o seu trabalho de parto vivenciaram solidão, medo e tristeza nesse momento, o que desqualifica a atenção a elas.¹⁷

Algumas mulheres relataram que a assistência durante o trabalho de parto não foi realizada de modo contínuo por um profissional, estando focada apenas na realização de exames e procedimentos.

Não teve alguém o tempo todo comigo, só o meu marido, mas sempre tavam fazendo os exames, o cardiotoco, ouvindo o coração do bebê (M7).

Não teve ninguém comigo, só pra ouvir o coração do bebê e fazer o exame de toque (M7).

Na literatura foi encontrado que na percepção de puérperas acerca da assistência no trabalho de parto e parto, a falta de um profissional presente no mesmo ambiente que elas significou abandono e medo de passarem pelas contrações e dores sem orientações e apoio.¹⁸

Procedimentos e o uso da ocitocina substituem a presença efetiva de profissionais junto da mulher no trabalho de parto. Essas intervenções podem acelerar o parto, reduzindo o tempo de permanência das mulheres no centro obstétrico e o vínculo delas com os profissionais.¹⁷ A solidão e o medo vivenciados pelas parturientes podem acarretar lacerações perineais, pois elas passam todo o trabalho de parto tensas, sentindo desespero no período expulsivo e na ausência de profissionais que as estimulem a se movimentar durante o trabalho de parto. Sentem-se limitadas ao leito.¹⁷

Embora a maternidade deste estudo possua profissionais capacitados para exercer o cuidado humanizado, centrado na mulher e em suas necessidades, como identificado nos dados apresentados anteriormente, em alguns casos eles não estão presentes junto das parturientes. Dessa forma, as mulheres que ficaram apenas com seu acompanhante identificam como cuidado assistencial apenas exames e procedimentos centrados no feto e andamento do trabalho de parto, o que não configura um modelo de assistência integral.

BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO ÀS PARTURIENTES

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde publicou o guia para a atenção ao parto normal, onde constam as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas. Essas práticas são preconizadas pela Rede Cegonha desde 2011, destacando-se, entre elas: apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto, métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento e liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.^{11,18}

Com a implantação da Rede Cegonha, a estratégia do “Parto Humanizado” veio com o principal objetivo de diminuir as taxas de cesarianas desnecessárias, qualificar a atenção ao parto normal de maneira respeitosa e resgatar a autonomia da mulher no momento do parto com informações e educação em saúde.⁸ A presença da enfermeira obstetra é fundamental para a prática dessas ações.⁸

A assistência de Enfermagem citada neste estudo envolveu suporte físico e emocional. Nos momentos em que a enfermeira obstetra esteve presente, as mulheres referiram elementos que configuram a empatia da profissional, como palavras de afirmação, gestos afetivos e estímulos aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

A enfermeira e a residente de Enfermagem me deram dicas, colocaram luvinha quente nas costas, fizeram massagem, me ajudaram, elas foram queridas comigo, conversaram, me colocavam na bola, massageavam bem (M1).

Ela [enfermeira] fez massagem, me colocou em quatro apoios na cama, segurava a minha mão, dizia pra eu respirar fundo, foi muito bom (M8).

A coisa mais fofinha que eu acho que recebi aqui foi uma enfermeira que quando eu não aguentava mais, e queria desistir, ela me abraçou falou que eu ia conseguir, que eu tinha força, que ia dar tudo certo e isso me acalmou bastante (M11).

Conforme a pesquisa Nascer no Brasil, apenas 28% das gestantes de risco habitual tiveram acesso a métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto e 46%, do mesmo grupo de mulheres, tiveram movimentação livre.¹⁹ A mulher não estar “presa” no leito e livre para caminhar e se movimentar como preferir pode diminuir o tempo do trabalho de parto e intervenções.²⁰

Métodos como a movimentação, banho de imersão ou aspersão e massagens nem sempre são eficazes no alívio da dor, mas reduzem os níveis de estresse e ansiedade da parturiente e promovem seu contentamento.¹¹ Profissionais ativos em incentivar esses métodos contribuem para a melhor satisfação da mulher no seu processo parturitivo.¹⁸

A enfermeira obstetra não realizou assistência contínua às mulheres deste estudo, porém utilizou as boas práticas preconizadas pela Rede Cegonha e OMS. Os dados comprovam que as puérperas referiram satisfação em relação à assistência dessas profissionais.

A PREFERÊNCIA DA VIA DE PARTO E O ENCAMINHAMENTO PARA A CESARIANA

A maioria das puérperas entrevistadas manifestou desejar o parto normal durante a gestação.

Eu pensava em ter o parto normal, por causa da recuperação e por ser o melhor pelo bebê (M1).

Eu gostaria de ter o parto normal, desde o início, fiz o plano de parto pensando nisso. Eu participei do grupo de gestantes do hospital, porque eu não sabia nada, absolutamente nada, e lá eu adquiri um pouco de experiência sobre o parto normal humanizado e me interessei (M4).

Segundo os dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, 66% das puérperas manifestaram desejo de ter parto normal, mas 42% delas o tiveram; 27% referiam preferência pela cesariana. e 6% não manifestaram preferência definida.²¹ As chances de cesariana entre as parturientes que desejam essa via de parto durante a gestação triplicam no SUS. E ter uma cesariana prévia aumenta 11 vezes as chances de passar pelo procedimento novamente.²²

As mulheres que desejavam a cesariana relataram experiências negativas em relação ao trabalho de parto anterior, para justificar a preferência.

Eu pensei em ter cesariana, porque no primeiro filho eu fiquei muito tempo em trabalho de parto e no final eu não tive dilatação e tiveram que me levar pra cesariana de emergência, porque ele já estava com poucos batimentos, já estava com pouco líquido também (M5).

Desejava a cesárea, porque no parto da minha outra filha eu induzi e foi bem difícil, eu sofri bastante e acabei em cesárea, daí nesse eu já pensava em cesárea de novo (M8).

Independentemente da via final, a dor durante o trabalho de parto é considerada mais forte do que no puerpério. Muitas vezes a dor associada ao longo período de trabalho de parto é considerada sofrimento, punição e amedrontadora pelas mulheres e pode influenciar a escolha pela cesariana nas próximas gestações.²³

Entre os aspectos considerados vantagens do parto normal em relação à cesariana estão o primeiro momento com o filho logo após o nascimento e a amamentação na primeira hora de vida.²⁴ A recuperação e retorno às atividades cotidianas mais rapidamente, menos chances de complicações após o procedimento, contato pele a pele imediato da mãe com o recém-nascido e melhores desfechos neonatais também são fatores levados em consideração na escolha e desejo pelo parto normal.²⁵

Para ter seu filho de forma natural, não basta apenas o desejo da mulher pelo parto normal. As vivências das mulheres

em partos anteriores podem determinar a escolha pela via de parto nas próximas gestações, sendo a dor e o tempo de trabalho de parto aspectos marcantes na vida das mulheres que foram encaminhadas para a cesariana intraparto e que podem determinar essa escolha.

O discurso em comum das mulheres deste estudo foi que não tiveram dilatação e que, embora os procedimentos para evolução do trabalho de parto tenham sido realizados, permaneceram com a mesma dilatação por várias horas. Em relação à indicação da cesariana, houve momentos em que os médicos obstetras compartilharam a decisão com a parturiente e outros em que não houve um diálogo compartilhado com a mulher para que ela pudesse expor seus desejos e possíveis dúvidas.

Fiquei cinco horas com apenas sete “dedos”. Não passou, daí elas perguntaram pra mim se eu queria cesárea ou se eu queria que elas rompessem a minha bolsa pra ver se evoluía. Daí eles furaram a minha bolsa, que eu preferi, mas não evoluiu mais (M1).

Foi quando, no caso, eles aumentaram a ocitocina, eu tava com 8 cm e o médico falou: ‘ela não tá dilatando’. Aí eles saíram lá pra fora e conversaram. Aí ele falou: “teu parto vai ter que ser cesárea porque tu não tá dilatando, e a gente já tentou de tudo, não tem mais o que fazer. E eles já tinham estourado a bolsa e tudo, aí eu fui pra cesárea (M2).

As mulheres deste estudo descrevem seu trabalho de parto como um processo que em algum momento parou de funcionar e, mesmo após intervenções externas, não deu certo. Isso pode corroborar outros estudos que afirmam que o parto no ambiente hospitalar não é tratado como um processo fisiológico, mas como algo que pode dar errado e necessita de intervenções e medicamentos.⁷ Nas maternidades as mulheres, muitas vezes, agem passivamente, atribuindo ao profissional o papel ativo de decidir e conduzir seu trabalho de parto. Elas partem do princípio de que alguma complicação irá acontecer e o médico obstetra necessitará intervir.¹⁸ Para que as mulheres tenham segurança do seu trabalho de parto e conheçam o seu corpo, é necessário que orientações em relação ao processo parturitivo estejam presentes durante todo o ciclo gravídico-puerperal.¹⁸

O modelo de assistência que não oportuniza a parturiente e seu acompanhante a participarem das decisões e procedimentos acerca do seu processo singular parturitivo não estimula a autonomia da mulher sobre seu corpo e o seu tempo do trabalho de parto, justificando o

alto número de intervenções obstétricas e de cesarianas nas maternidades brasileiras.^{17,19} Na Obstetrícia atual, para que a mulher seja protagonista do seu trabalho de parto, além de informações sobre o processo que está vivendo, os profissionais deverão mudar sua atuação clínica para além de rotinas e procedimentos, estimular a participação ativa da mulher e de seu acompanhante e oferecer suporte físico e emocional contínuo.¹⁷

No momento final do trabalho de parto das mulheres deste estudo, a não evolução da dilatação foi considerada fator determinante para a indicação da cesariana. A decisão pela cesariana nem sempre é compartilhada com a mulher e seu acompanhante.

Quando questionadas sobre seus sentimentos no momento em que foram encaminhadas para a cesariana, as respostas foram diversas, mas predominou os sentimentos de alívio por saberem que não teriam mais contrações e ter que esperar para o nascimento do filho.

Com aquela dor eu me senti melhor sabendo que ia para cesárea, depois de ter passado dor aquele dia todo(M10).

Fiquei muito feliz de ir para cesariana, porque tem uma hora que tu não aguenta mais o cansaço, a dor, a fome, mesmo tendo planejado o parto normal naquela hora você quer o teu bebê no colo, não quer mais sofrimento (M11).

No momento em que é oferecida uma via prática e rápida para o término das contrações e do processo doloroso do trabalho de parto, as mulheres sentem o alívio momentâneo. A facilidade do nascimento é um ponto positivo associado à cesariana pelas mulheres.²⁵ O medo da dor do parto esteve presente em 82% das entrevistas realizadas pelo Nascer no Brasil, no âmbito da rede pública de saúde, e influencia na aceitação da cesariana.¹⁹

Também houve relatos de medo e desconfiança pela via final de parto ser diferente do desejado durante a gestação.

Senti medo porque eu sabia que no parto normal a recuperação era mais rápida que a cesariana, quando ele falou que ia ser cesariana eu chorei, eu não queria, mas como ela falou que foi a melhor escolha para o bebê, eu aceitei. Meu trabalho de parto travou e eu não tava mais aguentando de dor, tava muito fraca, tava dois dias sem dormir. Mas aguentei até onde eu pude (M9).

Olha, não vou te dizer que eu não fiquei desconfiada. Achei que ficaria mais nervosa, porque meu primeiro

bebê foi parto normal, mas eu fiquei bem tranquila (M12).

Medo, desconfiança e choro foram relatados pelas mulheres no momento do encaminhamento para a cesariana. Mesmo recebendo a indicação do médico obstetra, sentimentos negativos em relação à cesariana se fizeram presentes.

O medo da cesariana, diferentemente do parto normal, está na complexidade de uma cirurgia, dificuldade do pós-operatório e não haver a satisfação de dar à luz o seu filho naturalmente.^{5,25}

Os sentimentos variados em relação ao encaminhamento para a cesariana, presentes neste estudo, corroboram a singularidade das mulheres, sobretudo no processo parturitivo. Como sujeitos com necessidades e sentimentos diferentes, o cuidado e a assistência a elas devem estar de acordo com suas particularidades.

CONCLUSÃO

Ao final deste estudo, foi possível conhecer a assistência prestada às mulheres que foram submetidas à cesariana por parada de progressão do trabalho de parto, a partir de suas vivências e percepções.

O parto normal foi o mais desejado pelas gestantes. Aquelas que desejaram cesarianas relataram dor e o tempo do trabalho de parto nas gestações anteriores que também não evoluíram para o parto normal como aspectos negativos e determinantes para seu desejo pela cesariana na gestação seguinte.

Os profissionais citados pelas mulheres foram: enfermeiras obstetras, técnicos de Enfermagem, médicos, residentes de Enfermagem e também alunos da graduação de Medicina. A assistência evidenciada neste estudo foi fragmentada, focada no monitoramento do trabalho de parto, nem sempre realizada pelo mesmo profissional. O destaque nas falas foi para o papel da enfermeira obstetra. Cuidado humanizado, boas práticas, empatia, apoio emocional e físico resumiram a assistência dessas profissionais, porém também não praticaram o suporte contínuo às parturientes. Os resultados evidenciaram a satisfação e contentamento das puérperas em relação ao contato que tiveram com as enfermeiras obstetras durante o seu trabalho de parto. Na ausência dessas profissionais, as mulheres identificaram procedimentos técnicos rotineiros como modo de assistência.

Quando seu trabalho de parto deixou de evoluir, as mulheres identificaram como uma falha de seus corpos em desenvolver o nascimento natural de seus filhos e então foram submetidas à cesariana. Nem sempre a decisão pela via

de parto considerou a opinião e desejo da mulher e de seu acompanhante, mesmo se tratando de uma indicação relativa para a cesariana. Nos casos estudados, houve falha ou parada de progressão do trabalho de parto das mulheres, porém também houve falha na assistência a elas, pois o suporte contínuo e de qualidade e o estímulo para participarem das decisões tomadas em relação aos seus corpos não foram praticados.

O ensino e qualificação dos profissionais envolvidos na assistência devem ser realizados rotineiramente, para sua sensibilização quanto aos aspectos para além dos físicos que envolvem o trabalho de parto de cada mulher. Como evidenciado nesta pesquisa, as mulheres em trabalho de parto também são sujeitos com singularidades no seu processo parturitivo que devem ser respeitadas.

O estudo contribui para a qualificação da assistência às mulheres em trabalho de parto, pois apresenta os métodos identificados pelas parturientes como positivos e que as auxiliaram no momento em que necessitaram.

As limitações deste estudo foram: as mulheres terem sido entrevistadas logo após a recuperação da cesariana e ainda não haviam refletido mais profundamente sobre o processo vivenciado; e a escassez de estudos qualitativos e atualizados sobre a assistência às mulheres durante o trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Diretriz N°179, de Março de 2016. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012[citado em 2019 fev. 26];206:331. Disponível em: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(12\)00258-X/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(12)00258-X/fulltext)
3. World Health Organization. Statement on Caesarean Section Rates. 2015. [citado em 2017 out. 17]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034743/>
4. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*. 2010[citado em 2019 fev. 26];38(8):415-22. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_I.pdf
5. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2018[citado em 2019 fev. 26];22(1):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0013.pdf
6. Fossa AM, Lino CM, Castilho RAM, Rocha MCP, Horibe TM. A experiência da enfermeira durante a assistência a gestante no parto humanizado. *Saúde Rev*. 2015[citado em 2017 out. 17];15(40):25-36. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasunimep/index.php/sr/article/view/2537/1471>
7. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello DL, Souza PRB, Victora CG. Estimativa da razão de mortalidade no Brasil, 2008-2011. *Cad Saúde Pública*. 2014[citado em 2017 out. 17];30(1):71-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0071.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Rede Cegonha. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília: MS; 2013.
9. Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch. (AWMF. 015/054). [citado em 2017 out. 17]. Disponível em: http://www.dggg.de/leitlinienstellungnahmen/archivierte-leitlinien/federfuehrende-leitlinien-der-dggg/?elD=dam_fronted_push&docID=2083
10. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina*. 2010[citado em 2019 fev. 26];38(9):459-68. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_em_evidencias_parte_II.pdf
11. Lehugeur D, Strapasson MR, Fronza E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017[citado em 2019 fev. 26];11(12):4929-37. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22487/25309>
12. Rossignol M, Chaillet N, Boughrassa F, Moutquin JM. Interrelations between four antepartum obstetric interventions and cesarean delivery in women at low risk: a systematic review and modeling of the cascade of interventions. *Birth*. 2014[citado em 2019 fev. 26];41(1):70-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24654639>. DOI: 10.1111/birt.12088
13. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília:MS; 2016.
14. Minayo CS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2011.
15. Almeida OSC, Gama ER, Bahiana PM. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. *Rev Enferm Contemporânea*. 2015[citado em 2019 fev. 26];4(1):79-90. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/456>
16. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras no parto normal. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015[citado em 2019 fev. 26];19(3):424-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0424.pdf>.
17. Santos LM, Pereira SSC. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2012[citado em 2017 nov. 14];22(1):77-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000100005&script=sci_abstract&tlng=pt
18. Dodou HD, Rodrigues DP, Oriá MOB. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)*. 2017[citado em 2017 nov. 14];9(1):222-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.222-230>
19. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014[citado em 2017 nov. 14];30:S17-S47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005
20. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL, Backes DS. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2018[citado em 2017 dez. 04];71(3):1393-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1313.pdf
21. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, 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*. 2011[citado em 2017 nov. 14];30: S101-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>
22. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to cesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*. 2016[citado em 2017 nov. 14];50(5):733-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>
23. Pinheiro TM, Marques SIR, Matão MEL, Miranda DB. Fatores que influenciam na indicação da via de parto. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2016[citado em 2017 nov. 14]; 1(6):2066-80. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/986/1013>
24. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade

pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016[citado em 2017 nov. 14];25(2):281-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00281.pdf>

25. Carneiro LMA, Paixão GPN, Sena CD, Souza AR, Silva RS, Pereira A. Parto natural x parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2015[citado em 2017 nov. 14];5(2):1574-85. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/744/859>
-