

# PARTO CIRÚRGICO: AS MÚLTIPLAS EXPERIÊNCIAS DE MULHERES

## SURGICAL DELIVERY: THE MULTIPLE EXPERIENCES OF WOMEN

## EL PARTO QUIRÚRGICO: LAS MÚLTIPLES EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES

Fanny Eicherberger Barral<sup>1</sup>  
Telmara Menezes Couto<sup>2</sup>  
Lilian Conceição Guimarães de Almeida<sup>3</sup>  
Tânia Christiane Ferreira Bispo<sup>4</sup>  
Grazielle Matos Oliveira<sup>5</sup>  
Natália Webler<sup>6</sup>

**Como citar este artigo:** Barral FE, Couto TM, Almeida LCG, Bispo TCF, Oliveira GM, Webler N. Parto cirúrgico: as múltiplas experiências de mulheres. Rev baiana enferm. 2020;34:e38128.

**Objetivo:** conhecer as experiências de mulheres que vivenciaram o parto cirúrgico. **Método:** estudo qualitativo. Foram realizadas entrevistas com dez mulheres que experienciaram parto cirúrgico em uma maternidade de Salvador, Bahia, Brasil. Posteriormente os dados foram sistematizados mediante a Análise Temática de Bardin. **Resultados:** as experiências das mulheres sobre o parto cirúrgico são permeadas pelo medo, atrelado principalmente à anestesia raquimedular. Evidenciou também que as condutas adotadas pelos profissionais impactam diretamente sobre essas experiências, visto que podem suprimir a genitora do processo de decisão sobre o tipo de parto, bem como obstaculizar o contato mãe-bebê. Experiências positivas permeadas pelo cuidado também foram apontadas. **Conclusão:** o estudo sinaliza para a necessidade de mudanças no cenário do parto cirúrgico, o que poderá contribuir para uma prática profissional que prioriza a qualidade da assistência ofertada e favorece o empoderamento das mulheres.

**Descritores:** Cesárea. Saúde da Mulher. Obstetrícia. Assistência Hospitalar.

*Objective: to know the experiences of women who have experienced surgical delivery. Method: qualitative study. Interviews were conducted with ten women who experienced surgical delivery in a maternity hospital in Salvador, Bahia, Brazil. Afterwards the data were systematized through Bardin's Thematic Analysis. Results: women's experiences with surgical delivery are permeated by fear, linked mainly to raquimedular anesthesia. It has also evidenced that the behaviors adopted by professionals have a direct impact on these experiences, since they can suppress the genitor in the decision process about the type of childbirth, as well as hinder mother-baby contact. Positive experiences permeated by care were also pointed out. Conclusion: the study signals the need for changes in the surgical delivery scenario, which may contribute to a professional practice that prioritizes the quality of care offered and favors women's empowerment.*

*Descriptors: Cesarean. Women's Health. Obstetrics. Hospital Assistance.*

<sup>1</sup> Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem. Enfermeira Obstetra da Maternidade Climério de Oliveira. Salvador, Bahia, Brasil. [fannybarral@hotmail.com](mailto:fannybarral@hotmail.com). <http://orcid.org/0000-0002-9126-3812>.

<sup>2</sup> Enfermeira Obstetra. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-6836-8563>.

<sup>3</sup> Enfermeira Obstetra. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-6940-9187>.

<sup>4</sup> Enfermeira Obstetra. Doutora em Saúde Pública. Professora da Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-5632-0973>.

<sup>5</sup> Enfermeira Obstetra. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-0166-440X>.

<sup>6</sup> Estudante de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0003-4215-3526>.

*Objetivo: conocer las experiencias de las mujeres que han experimentado un parto quirúrgico. Método: estudio cualitativo. Se realizaron entrevistas a diez mujeres que experimentaron un parto quirúrgico en una maternidad de Salvador de Bahía, Brasil. Después los datos fueron sistematizados a través del Análisis Temático de Bardin. Resultados: Las experiencias de las mujeres con el parto quirúrgico están impregnadas de miedo, vinculado principalmente a la anestesia raquímedular. También se demostró que los comportamientos adoptados por los/las profesionales tienen un impacto directo en estas experiencias, ya que pueden suprimir a la genitora en el proceso de decisión sobre el tipo de parto, así como dificultar el contacto madre-bebé. También se señalaron las experiencias positivas impregnadas de cuidado. Conclusión: el estudio señala la necesidad de introducir cambios en el escenario de la prestación quirúrgica, lo que puede contribuir a una práctica profesional que dé prioridad a la calidad de la atención ofrecida y favorezca el empoderamiento de la mujer.*

*Descriptores: Cesárea. Salud de la Mujer. Obstetricia. Asistencia Hospitalaria.*

## Introdução

O parto cirúrgico é um procedimento que, ao longo dos anos, com os avanços tecnológicos, tornou-se cada vez mais comum, sendo utilizado como alternativa ao parto normal. Tal qual um procedimento cirúrgico, ter a experiência de cesárea pode impactar diretamente sobre a vida e a saúde das mulheres, sendo necessário assegurar uma vivência exitosa para o binômio mãe-bebê.

O uso da via cirúrgica de nascimento foi incorporado à prática obstétrica no século XVIII com o propósito de redução dos altos índices de mortalidade materno-fetal. Entretanto, apesar da diminuição de casos com risco iminente para mãe e bebê, o impacto sobre essas taxas não ocorreu conforme o esperado, pois, quando comparado ao parto vaginal, os maiores índices de morbimortalidade materna estiveram associados ao parto cirúrgico<sup>(1)</sup>. Esse cenário guarda relação com o contexto precário das cirurgias nos primórdios do seu surgimento, principalmente no que se refere às condições de higiene, à prática de sedação utilizada e à técnica de incisão cirúrgica, o que repercutia negativamente na saúde das mulheres<sup>(2)</sup>.

Essa realidade de altas taxas de morbimortalidade materna associadas ao parto cirúrgico incentivou o investimento para aprimorar a técnica e desmistificar o procedimento no imaginário feminino. Os avanços tecnológicos alcançados resultaram em um procedimento mais seguro e menos temido pelas mulheres; entre os progressos, é possível citar: o advento dos antibióticos, a utilização de técnicas anestésicas

– não mais sedativas – e a incorporação de procedimentos de esterilização e assepsia<sup>(3)</sup>. Além disso, a classe de médicos obstetras, orientada pela lógica capitalista, também vislumbrou benefícios com a realização do parto cirúrgico se comparado ao parto vaginal, uma vez que a cesárea mostra-se mais rentável ao profissional e às instituições, bem como oferece maior conveniência diante da possibilidade de agendamento.

Nesse sentido, o parto cirúrgico, que nos seus primórdios era realizado apenas em condições de extrema necessidade, tornou-se rotineiro e eletivo nas maternidades. O aumento no número desses procedimentos está diretamente ligado à ampliação do leque de indicações para a sua realização, abarcando justificativas não absolutas, como cesárea prévia, desproporção céfalo-pélvica, ou, ainda, o desejo feminino da realização de laqueadura tubária posteriormente ao nascimento do bebê<sup>(4)</sup>. Essa normatização da prática pelos obstetras repercutiu em boa aceitação das mulheres, na ilusão de maior segurança e rapidez, bem como retorno precoce à vida sexual, quando comparada à via vaginal. Esses elementos contribuem para que a cesárea seja escolhida como via de nascimento<sup>(5)</sup>.

Sendo assim, apesar da aversão à cirurgia ser comum na sociedade em geral, a escolha pela cesariana não parece, muitas vezes, causar estranhamento aos obstetras, que a realizam de forma eletiva. Estudo realizado com 920 puérperas identificou que o desejo da cesárea desde o início da gestação foi uma condição associada

à realização do procedimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e na rede suplementar<sup>(6)</sup>. Essa realidade não traduz o contexto real da exposição cirúrgica eletiva, sendo, por vezes, minimizadas as implicações que esta pode trazer para o binômio mãe-bebê.

Ao vivenciar o parto cirúrgico, a parturiente está sujeita às indicações médicas e se subordina a isso por nutrir a expectativa de que esse profissional reconhece a melhor opção para assegurar o seu bem-estar e o do seu bebê. Nesse contexto, percebe-se que esse evento é marcado pelas subjetividades que o permeiam, como valores, crenças e significados atribuídos. Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer as experiências de mulheres que vivenciaram o parto cirúrgico.

## Método

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa. A escolha por esse tipo de estudo ocorreu pela possibilidade de explorar e caracterizar e/ou descrever um determinado fenômeno, como, por exemplo, o parto cirúrgico. As autoras priorizaram atender todos os critérios indicados na lista de verificação *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) durante o delineamento do desenho do estudo e as demais etapas da investigação qualitativa.

O cenário do estudo foi uma Maternidade Escola da rede pública do município de Salvador, Bahia, Brasil, vinculada a uma universidade pública, e atende exclusivamente as demandas ambulatoriais, de urgência/emergência e de internamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo em vista o grande número de mulheres atendidas pela instituição, foram estabelecidos como critérios de inclusão para a participação na pesquisa: ter idade superior a 18 anos, estar internada na maternidade, ter recebido assistência durante o período gravídico-puerperal e encontrar-se no período de 48 horas pós-parto de uma cesariana. Foram excluídas aquelas que apresentaram algum comprometimento psicológico no momento da entrevista e as que receberam a assistência prestada pela pesquisadora do estudo que atua na maternidade em questão.

Aplicados os critérios da pesquisa, foram entrevistadas individualmente dez mulheres, utilizando um roteiro semiestruturado contendo questões objetivas, que permitiram traçar o perfil das participantes, e questões subjetivas para conhecer a experiência delas sobre o parto cirúrgico. Posteriormente à etapa de coleta dos dados, ocorrida entre os meses de maio de 2017 e janeiro de 2018, foi realizada a transcrição integral das entrevistas, sendo seus conteúdos sistematizados e interpretados sob a ótica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin<sup>(7)</sup>. Atendo-se ao rigor metodológico de cada etapa, foram identificados núcleos de sentido nas falas das participantes, possibilitando a organização de trechos de falas que apresentavam ideias centrais semelhantes das experiências de mulheres que vivenciaram o parto cirúrgico.

Salienta-se que a pesquisa atende aos preceitos éticos que constam na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, e tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, sob Parecer nº 2026663/2017. A anuência das participantes foi obtida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado no momento que precedeu a realização das entrevistas. De forma a assegurar o sigilo e anonimato das participantes, as entrevistas foram realizadas em sala privativa, para possibilitar falar livremente sobre sua experiência, e todas tiveram seus nomes substituídos pela letra E, seguida pelo número correspondente à ordem da entrevista. Todas as transcrições permanecerão disponíveis para consultas por um período de cinco anos, contados após a coleta dos dados, armazenadas em pastas virtuais da pesquisadora responsável, e poderão ser revisitadas caso haja necessidade.

## Resultados

As participantes do estudo foram dez mulheres com faixa etária entre 22 e 44 anos, das quais sete se autodeclararam pardas e três pretas. Quanto à escolaridade, duas mulheres tinham o ensino fundamental, cinco possuíam ensino médio e três, o ensino superior. No que

concerne ao estado civil, cinco eram casadas e cinco solteiras.

Referente ao perfil obstétrico, nove entrevistadas não eram primigestas; sobre as gestações anteriores, seis evoluíram para o parto, três para abortamento e perda gestacional em decorrência de gravidez ectópica. Das seis mulheres com partos prévios, três já haviam tido a experiência do parto cirúrgico e as outras, do parto vaginal. Sobre a gestação atual, seis mulheres referiram intercorrências durante a gravidez, entre elas a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), oligodrâmnia, infecção do trato urinário, hipotireoidismo e síndromes hipertensivas.

O relato das participantes revelou as experiências de mulheres que vivenciaram o parto cirúrgico, ilustradas nas categorias que seguem:

#### *Experiência de precisar confiar na conduta médica*

O conhecimento da medicina é complexo para muitas pessoas, tratando-se de uma ciência dominada por aqueles que se especializam nela. Então, diante da minúcia que a envolve, cabe a quem não a conhece confiar no que é atestado pelo *expert* no assunto. Entre as mulheres há um conformismo diante da informação do profissional, ainda que esta seja superficial.

*O médico só fez olhar e disse para internar porque já era a terceira cesárea e não tem como fazer parto normal.* (E04).

*Eu fiz o exame ultrassonografia que comprovou que ela estava sentada. O médico disse que provavelmente ela não ia virar, teria que ser cesariana.* (E10).

#### *Experiência de ser suprimida do processo de decisão*

As entrevistadas referem em seus discursos que a decisão pela via de parto foi exclusivamente do profissional médico, sendo sua participação suprimida nesse processo, ainda que tentassem se colocar. Exteriorizaram que o bem-estar do bebê contribuiu para a sua passividade diante da decisão médica.

*A médica avaliou e disse que seria cesariana, não foi uma decisão minha, foi algo que eu tive que aceitar por conta do tamanho do bebê.* (E05).

*A médica foi bem taxativa em dizer que meu parto seria cesárea de urgência. Eu perguntei se existia possibilidade de induzir o meu parto, ela disse que só se fosse para meu bebê morrer[...] não foi levado em conta nenhum desejo meu.* (E09).

#### *Experiência de vivenciar o medo do evento cirúrgico*

Os relatos das entrevistadas evidenciam que a experiência do parto cirúrgico é permeada pelo medo. Este foi o sentimento que marcou os depoimentos, mas foi associado ao momento que antecedeu o procedimento cirúrgico, principalmente à anestesia raquimedular. Em geral, as participantes sentiram-se amedrontadas.

*Eu fiquei muito receosa pelo fato de ser uma cesariana, sempre foi algo que temi. Morria de medo da raqui, diziam que era o terror.* (E07).

*Eu fiquei nervosa porque eu nunca tinha tomado anestesia, achei que tomaria um susto terrível na hora de me furar.* (E08).

#### *Experiência de depender do profissional para o contato com o filho*

As entrevistadas apontam que o contato imediato com o recém-nascido (RN) ocorre mediante uma aproximação promovida pelos profissionais de saúde, ficando sujeita à vontade do profissional, podendo este postergar e/ou interromper esse momento. Em geral, as falas evidenciam que são priorizados os cuidados com o RN logo após o nascimento, em detrimento do encontro com sua genitora.

*A médica pediatra recebeu o bebê e foi fazer aquela limpeza inicial[...] a enfermeira pegou ele, colocou em cima do meu peito, colocava o rostinho perto do meu, foi muito bonito.* (E01).

*Depois que eu ouvi o choro dele, a enfermeira pegou e levou para limpar e ajeitar, fazer aquele processo de pesar. Depois que já tinha feito todo o procedimento, a enfermeira trouxe.* (E03).

#### *Experiência de ser cuidada*

As mulheres falaram também sobre a experiência de serem cuidadas, uma assistência humanizada que evidenciou preocupação, carinho e atenção. O cuidado implementado transmitiu segurança e confiança para a realização do procedimento.

*Tinha sempre uma enfermeira que passava a mão na minha cabeça fazendo carinho e me perguntava se eu estava bem. Eu achei isso fantástico, ajuda muito. Não custa se preocupar e tratar com afeto, passar confiança, incentivar positivamente. (E07).*

*Eu acho que o importante é isso, passar para o paciente o que vai fazer, não é chegar lá e fazer de qualquer jeito e deixar dúvidas. Deixaram tudo claro pra mim, me informaram tudo direitinho e estou satisfeita com tudo. (E08).*

## Discussão

O estudo aponta que as vivências das mulheres sobre a cesariana foram múltiplas e individuais, influenciadas diretamente por uma série de fatores, como a confiança no profissional. O parto cirúrgico é um procedimento altamente especializado, que exige conhecimento técnico de domínio dos obstetras. Por isso, a *expertise* que os profissionais acumulam, somada à falta de conhecimento das parturientes sobre o procedimento, são suficientes para que elas confiem no que está sendo dito e não questionem a conduta. A confiança é um elemento importante a ser estabelecido nas relações.

A relação humana é a base do trabalho dos profissionais de saúde, independente da área de formação, sendo necessário o aprimoramento constante das suas habilidades, dentre elas, a de comunicação. A competência na comunicação contribui para manter a relação de forma efetiva e possibilita uma assistência fundamentada em bases éticas, legais, clínicas e humanizadas. A comunicação é uma ferramenta que pode ser utilizada para fornecer informações, ensinar, discutir e gerar mudanças de comportamento<sup>(8-9)</sup>.

O processo comunicativo é empregado para o estabelecimento de vínculo, em uma dimensão verbal, por meio de palavras que expressam pensamento, clarificam fato ou validam a compreensão de algo, e também não verbal, mediante posturas e gestos, em um universo de significações permeadas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos<sup>(8-10)</sup>.

A comunicação favorece uma relação de confiança, mas é relevante não se restringir à troca de informações. A informação fornecida pelos profissionais de saúde, por meio de explicações, quando compreensível e adaptada à realidade

social, é adequada e contribui para a interação com o paciente de forma efetiva, sendo seu direito receber todas as informações pertinentes ao seu estado de saúde<sup>(11)</sup>.

Apesar da complexidade e especificidade exigidas para discorrer sobre o parto cirúrgico, é possível, mediante a comunicação, aproximar a mulher para que compreenda e tome posse do seu processo parturitivo. No entanto, a comunicação é deficitária, pois não favorece a compreensão, a argumentação e o embasamento.

Todas as participantes referiram, após a avaliação médica, terem sido informadas sobre a realização do parto cirúrgico. A avaliação clínica foi o elemento-chave para a definição da conduta cirúrgica. É interessante perceber como os relatos expressam a compreensão dessa indicação, elas reproduzem com muita clareza o que foi dito e evidenciam concordância com a decisão.

Desse modo, reconhece-se que todas as parturientes foram comunicadas sobre o procedimento, mas as justificativas não eram, necessariamente, indicações absolutas de cesariana. A operação cesariana é essencial para a redução da mortalidade materno-infantil, entretanto, deve ser realizada sob indicações médicas específicas. No que diz respeito a uma assistência de qualidade, é necessário que essas informações sejam baseadas em evidências científicas sólidas, expondo de maneira clara os riscos e benefícios associados ao procedimento cirúrgico<sup>(12)</sup>.

Nesse sentido, a desinformação coloca a mulher em situação de vulnerabilidade, o que limita o seu poder de decisão e a sua percepção de que é natural estarem submetidas à decisão do profissional.

Diante do aumento do percentual de cesariana no Brasil, condição que chegou a ser considerada epidemia, e do reconhecimento do uso abusivo desse procedimento, algumas iniciativas foram tomadas pelo governo brasileiro, a fim de mudar esse cenário de assistência ao parto. Dentre elas, é possível citar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a Rede Cegonha, a Resolução Normativa nº 368, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos médicos

entregarem a nota de orientação à gestante sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência da cesariana, e mais recente, as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”<sup>(12-15)</sup>.

Neste estudo, parece que a escolha pelo tipo de parto foi médica, utilizado como argumento no contexto de risco já referido. A mulher não teve participação na decisão sobre a via de parto, sendo uma deliberação que coube aos profissionais médicos.

O diálogo e as informações sobre o momento do parto, tanto no SUS quanto no serviço privado, são insuficientes. Entretanto, no serviço público, essa condição fica ainda mais comprometida, visto que o discurso médico é aceito passivamente pela gestante. Nesse sentido, percebe-se que a decisão sobre o parto perpassa a existência de uma relação hierárquica, em que o saber científico centrado no modelo tecnicista favorece uma assistência obstétrica segmentada e intervencionista. A confiança no profissional propicia que a mulher autorize o médico o comando do seu processo de parturição<sup>(16-17)</sup>.

Raramente uma gestante teria condições de questionar a informação obtida ou contradizer o que é exposto pelo médico quando os riscos são projetados no bebê. Os princípios éticos conduzem a mulher a maximizar o benefício em detrimento do risco. Esse tipo de intervenção deve ser escolhido e indicado como último recurso<sup>(18)</sup>.

Outra experiência vivida pelas mulheres foi a de sentir medo. Apesar dos avanços científicos já relatados, a expectativa pelo procedimento desperta sentimentos diversos, e entre as participantes o medo foi o mais comum. O medo estava relacionado à anestesia, especificamente. O desconhecimento sobre o procedimento anestésico pode favorecer a ansiedade e interferir no bem-estar da parturiente.

É mister a identificação da causa do medo, para que medidas possam ser instituídas em momento oportuno, ou seja, antes do procedimento. O medo pode acarretar alterações fisiológicas, como a elevação da pressão arterial e alterações do ritmo cardíaco, que podem adiar ou comprometer a estabilidade hemodinâmica durante o ato cirúrgico.

É nesse cenário que a consulta pré-anestésica surge como uma estratégia importante, pois possibilita aproximar as usuárias do procedimento, aumentando o seu conhecimento sobre a técnica e diagnosticando situações de risco. Estudo realizado em um hospital universitário brasileiro, com 97 pacientes pré-cirúrgicos, identificou os medos relacionados à anestesia: 70,3 % referiram medo de não acordar após a anestesia, 66,7% de perder a memória, 64,2% de morrer durante a anestesia, 63,9% de sentir dor e 59,8% de sentir dor na coluna após a anestesia. Durante a consulta pré-anestésica, o profissional pode orientar, esclarecer dúvidas e reduzir a tensão pré-operatória<sup>(19)</sup>.

A assistência profissional pode contribuir para tranquilizá-las, sentirem-se bem e protegidas. A interação antes da cirurgia auxilia na formação de vínculo e pode ser realizada por diversos profissionais da equipe de saúde, priorizando as especificidades de cada área. A enfermeira, por sua vez, pode fornecer informações diversas sobre o procedimento, esclarecendo para a parturiente tudo que acontecerá. Instrumentos educativos, como folhetos explicativos, também podem ser uma boa opção para contribuir no fornecimento de orientações.

Todo esse cuidado no período que antecede o procedimento fortalece a mulher, deixando-a mais segura; isso é importante para que ela possa se posicionar e verbalizar seus desejos e anseios diante do profissional.

As mulheres surgem na cena do parto de maneira peculiar, como coadjuvantes, não parecem interferir nas condutas e procedimentos, a técnica e a sistemática dos procedimentos são mantidas e priorizadas. Já o RN aparece como o protagonista do cuidado na sala. Para a genitora, todas as decisões visando o bem-estar do conceito são válidas. Assim, os profissionais estabelecem como prioridade as técnicas e avaliações, em detrimento da implementação das medidas preconizadas pelas Diretrizes de Atenção à Gestante que incluem: assegurar e facilitar o contato pele a pele precoce entre o binômio, clampar tardiamente o cordão umbilical, quando não houver nenhum impedimento, e oferecer

suporte para o início do aleitamento materno logo após o parto<sup>(12)</sup>.

Dessa forma, o encontro entre as mulheres e os filhos foi postergado, ficou em segundo plano, e ainda que esse contato precoce promova saúde e conforto para ambos foi priorizada a implementação da limpeza, do banho. Ao longo de todo tempo teve alguém que interferiu na relação da mulher com o seu filho, alguém que impediu momentos mais longos de aproximação, de troca de afeto, contudo, o pouco espaço que lhes foi possibilitado foi muito valorizado.

Os relatos não viabilizaram a identificação das práticas preconizadas pelas diretrizes, exceto o contato pele a pele, que pareceu curto, tardio e interrompido por procedimentos, por uma assistência técnica, que valoriza a prática em detrimento do sujeito. As prioridades profissionais, práticas, suplantavam as prioridades reais, as evidências científicas que falam sobre os benefícios do contato pele a pele para o binômio.

As rotinas de cuidados retardam ou interrompem o contato entre o binômio, além de propiciar menor disposição dessas mulheres para a amamentação. A cesariana tem sido apontada como importante barreira para o início precoce da amamentação, pois separa a mãe e o bebê mesmo após o término do procedimento, considerada como fator de risco mais consistentemente associado à não amamentação na primeira hora de vida<sup>(20)</sup>.

A necessidade do contato prolongado é de ambos, os prejuízos advindos dessa ruptura abrupta são compartilhados, e foram relatados também em outros estudos como responsáveis por acarretar o rompimento do vínculo, não permitir vivenciar a plenitude de identificação com o filho e insatisfação com a assistência recebida<sup>(21)</sup>.

Nesse sentido, diante desse primeiro momento de interação, repleto de expectativas, os profissionais de saúde devem estar movidos a estimular e permitir que esse contato aconteça de forma imediata, precoce, fortalecendo a afetividade entre mãe e bebê, beneficiando não apenas o binômio, mas também toda a família.

Quando o aleitamento materno não foi promovido imediatamente após o nascimento, as falas orientam para um ordenamento ou organização que antecedeu esse contato como uma priorização anterior. No parto cesáreo, a limitação de movimentos pode retardar esse processo, sendo necessários apoio e suporte adicional à mulher para iniciar o aleitamento tão logo após o parto<sup>(12)</sup>. Os profissionais de saúde consideram que a alta demanda de partos e o número insuficiente de funcionários, bem como a própria cesariana, que se apresenta como fator de risco, contribuem para esse acontecimento<sup>(22)</sup>.

A enfermeira se destaca nesse processo e aparece como instrumento importante no incentivo à amamentação, o que corrobora estudo realizado no Rio de Janeiro sobre a atuação dessa profissional no manejo clínico da amamentação, que ressalta a sua importância na promoção e apoio ao aleitamento materno e a necessidade de estarem cientes em relação ao seu papel no processo de cuidado e educação, sendo crucial atuar com interesse, responsabilidade e compromisso<sup>(23)</sup>.

Portanto, deve ser exaltada a importância da assistência pela profissional de saúde para auxiliar a mulher nesse processo de amamentação, principalmente nas cesarianas, visto que este procedimento contribui para a separação da mãe e bebê, bem como limitação de movimento por parte da mulher.

No modelo de assistência permeado pela humanização e acolhimento, o profissional de saúde deve estar preparado para apoiar as mulheres diante de suas necessidades, para cuidá-las e assisti-las em suas especificidades. A assistência humanizada se apresenta quando o profissional demonstra preocupar-se com a condição da mulher, além de portar-se como suporte e possuidor de potencial para favorecer o empoderamento da mulher durante o processo. Nessa ótica, é possível perceber que a humanização não parte de uma perspectiva metafísica de “tornar-se humano”, mas sim da adoção de condutas e atitudes diferenciadas, da oferta de atendimento de qualidade, almejando ultrapassar as fronteiras dos diferentes núcleos de

saber/poder<sup>(24)</sup>. Esse cuidado que incentiva positivamente foi vivido pelas mulheres da pesquisa e esteve permeado pela escuta ativa, empatia e afeto.

Vale destacar a importância de uma equipe de saúde atenta, imbuída em favorecer o vínculo mãe-bebê, em minimizar os riscos e as complicações, e intervir de maneira assertiva priorizando o binômio. Para isso, é preciso respeitar as escolhas, os desejos, valorizar os sonhos e escutar o que a mulher tem a dizer, pois mesmo que ela não seja especialista na área, ela tem muito a falar e contribuir, pois quem protagoniza o parto é ela, ainda que seja cirúrgico.

Sendo assim, o estudo viabilizou conhecer as experiências de mulheres que vivenciaram o parto cirúrgico. Elas precisaram confiar na conduta médica, pois não participaram do processo de decisão sobre a via de parto, apenas foram informadas sobre o procedimento ao qual seriam submetidas, independente de concordância. A(o) profissional de saúde aparece ora aproximando, ora afastando as mulheres de seus filhos, à medida que priorizam técnicas em detrimento do cuidado. Em contrapartida, quando as mulheres são cuidadas, acolhidas e têm acesso às informações sobre indução anestésica, parto e cuidados com o RN, sentem-se mais seguras e confortáveis.

As limitações do estudo deveu-se por não ter agregado a análise documental dos prontuários, visto que ajudaria a conhecer a fundamentação técnica-científica dos profissionais para justificar as condutas implementadas. No entanto, apresenta como contribuições refletir sobre as possibilidades de humanização do cuidado às parturientes, em que a comunicação é um elemento fundante, pois permite envolvê-las na assistência e aproximá-las com base no conhecimento compartilhado.

## Conclusão

O estudo evidencia a importância da divulgação ampla de evidências científicas, bem como normas e diretrizes que orientem a assistência a ser prestada ao binômio. Nesse sentido,

o acesso irrestrito aos documentos oficiais é uma estratégia que possibilita as pessoas a obtenção de informações para cobrar e exigir o que têm direito. Ainda que o conhecimento não garanta o cumprimento das determinações, ele favorece o empoderamento, a busca de um parir e nascer permeados por uma assistência integral, humanizada e de qualidade.

O estudo sinaliza para a necessidade de mudanças no cenário do parto cirúrgico, o que poderá contribuir para uma prática profissional que prioriza a qualidade da assistência ofertada e favorece o empoderamento das mulheres.

## Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Fanny Eichenberger Barral, Telmara Menezes Couto, Lilian Conceição Guimarães de Almeida, Tânia Christiane Ferreira Bispo, Grazielle Matos Oliveira e Natália Webler;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Fanny Eichenberger Barral, Telmara Menezes Couto, Lilian Conceição Guimarães de Almeida, Tânia Christiane Ferreira Bispo, Grazielle Matos Oliveira e Natália Webler;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Fanny Eichenberger Barral, Telmara Menezes Couto, Lilian Conceição Guimarães de Almeida, Tânia Christiane Ferreira Bispo, Grazielle Matos Oliveira e Natália Webler.

## Referências

1. Liabsuetrakul T, Sukmanee J, Thungthong J, Lumbiganon P. Trend of Cesarean Section Rates and Correlations with Adverse Maternal and Neonatal Outcomes: A Secondary Analysis of Thai Universal Coverage Scheme Data. *AJP Rep.* 2019;9(4):328-36. DOI: 10.1055/s-0039-1697656
2. Parente RCM, Moraes Filho OB, Rezende Filho J, Bottino NG, Piragibe P, Lima DT, et al. The history of childbirth (part 1): cesarean section. *Femina* [Internet]. 2010 [cited 2020 Jul 28];38(9):481-6. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>

3. Todman D. A history of caesarean section: From ancient world to the modern era. *Aust N Z J. Obstet Gynaecol.* 2007;47(5):357-61. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2007.00757.x
4. Viana TGF, Martins EF, Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Matozinhos FP. Reasons for performing a cesarean section according to the puerperal women reports and the registry of medical records in maternity hospitals in Belo Horizonte. *REME rev min enferm.* 2018;22:e-1073. DOI: 10.5935/1415-2762.20180003
5. Nakano AR, Cláudia B, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis.* 2015;3:885-904. DOI: 10.1590/S0103-73312015000300011
6. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev esc enferm USP.* 2016;50(5):733-40. DOI: 10.1590/s0080-623420160000600004
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
8. Coriolano-Marinus MW, Queiroga BA, Ruiz-Moreno L, Lima IS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saude soc.* 2014;23:1356-69. DOI: 10.1590/S0104-12902014000400019
9. Rocha L, Melo C, Costa R, Anders JC. The communication of bad news by nurses in the context of obstetric care. *REME rev min enferm.* 2016;20:e981. DOI: 10.5935/1415-2762.20160051
10. Andrade CG, Costa, SFG, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciênc saúde colet.* 2013;18(9):2523-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>
11. Pedro DRC, Silva GKT, Molin TD, Oliveira JLC, Nicola AL, Tonini NS. Knowledge about patient hospital care received during your admission. *REME rev min enferm.* 2016;20:e978. DOI: 10.5935/1415-2762.20160048
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. *Diário Oficial da União [Internet].* Brasília (DF); 2016 [cited 2018 Feb 18]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306\\_28\\_03\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília (DF); 2001 [cited 2020 Jul 27]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
14. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União [Internet].* Brasília (DF); 2011 [cited 2017 Dec 28]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. *Diário Oficial da União [Internet].* Brasília (DF); 2015 [cited 2018 Apr 29]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2015/res0368\\_06\\_01\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2015/res0368_06_01_2015.html)
16. Campos VS, Morais AC, Souza ZCS, Araújo PO. Conventional practices of childbirth and obstetric violence under the perspective of puerperal women. *Rev baiana enferm.* 2020;34:e35453. DOI: 10.18471/rbe.v34.35453
17. Martins APC, Jesus MVN, Prado Júnior PP, Passos CM. Aspects influencing women's decision making about the mode of delivery. *Rev baiana enferm.* 2018;32:e25025. DOI: 10.18471/rbe.v32.25025
18. Lino HC, Diniz SG. "You take care of the baby's clothes and I take care of the delivery" – Communication between professionals and patients and decisions about the mode of delivery in the private sector in São Paulo, Brazil. *J Hum Growth Dev.* 2015;25(1):117-24. DOI: 10.7322/jhgd.96825
19. Areias MALA, Ramos CRA, Lemos VM, Menezes SVS, Lins RSAM, Lins Filho RLM. Avaliação do conhecimento do paciente cirúrgico a respeito da função do anestesiologista. *Rev bras anesthesiol [Internet].* 2018 [cited 2018 Apr 25];68(Suppl 1):S186-S187. Available from: <http://rba.elsevier.es/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=X0034709418633242>
20. Leal MC, Gama SG. Nascer no Brasil. Sumário Executivo Temático da Pesquisa [editorial

- Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2014 [cited 2020 Jul 28]. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
21. Reis CC, Souza KR, Alves DS, Tenório IM, Brandão Neto. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. *Cienc enferm.* 2017;23(2):45-56. DOI: 10.4067/S0717-95532017000200045
22. Antunes MB, Demitto MO, Soares IG, Radovanovic CA, Higarashi IH, Ichisato SM, et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Av enferm.* 2017;35(1):19-29. DOI: 10.15446/av.enferm.v35n1.43682
23. Costa EF, Alves VH, Souza RM, Rodrigues DP, Santos MV, Oliveira FL. Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno. *Rev Pesqui. (Univ Fed Estado Rio J., Online).* 2018;10(1):217-23. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.217-223
24. Oliveira LH, Mattos RS, Castro JB, Luz MT. Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização. *Physis.* 2017;27(4):1309-32. DOI: 10.1590/s0103-73312017000400023

Recebido: 1 de agosto de 2020

Aprovado: 27 de agosto de 2020

Publicado: 22 de outubro de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.