

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATHALIA SANTOS DA SILVA

**MITOS NAS INDICAÇÕES DE CESARIANA:
a fala das mulheres e o papel da enfermagem**

PORTO ALEGRE

2020

NATHALIA SANTOS DA SILVA

**MITOS NAS INDICAÇÕES DE CESARIANA:
A fala das mulheres e o papel da enfermagem**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal Rio Grande do Sul, como pré-requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anne Marie Weissheimer

**PORTO ALEGRE
2020**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter iluminado meu caminho e me dado forças mesmo com todas as dificuldades enfrentadas para que eu não desistisse do meu propósito. Aos meus pais pelos ensinamentos e incentivo aos estudos.

Aos meus colegas de trabalho por todas as trocas, concessões e paciência que tiveram comigo durante esses anos de faculdade, um pouco dessa vitória é também de vocês. A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Anne Marie Weissheimer por toda paciência, os ensinamentos e a amizade dispensados a mim.

Agradeço ao meu marido, companheiro e porto-seguro Ruã Lara, pela parceria, paciência, dedicação, incentivo, confiança, carinho e amor dedicados a mim todos esses anos. E por último, mas não menos importante, dedico esse trabalho a aquele que foi LUZ para todos os meus dias, gostaria que um dia você entendesse o tamanho do meu amor por ti. Obrigada, meu filho Vicente, sem você nada disso seria possível!

RESUMO

Descrita como uma das cirurgias mais realizadas no mundo, a cesariana que era para ser um procedimento realizado apenas para salvar a vida da mãe e do bebê passa a ser indicada abusivamente. Mitos sobre suas indicações reforçam medos e elevam os índices de cesariana para valores alarmantes. Buscou-se conhecer os mitos relacionados às indicações de cesariana e o conhecimento das mulheres acerca disso. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com caráter exploratório-descritivo, foram entrevistadas 20 mulheres entre 24 e 43 anos, que tiveram filhos por meio de cesariana. A coleta de informações aconteceu por meio de entrevistas semi-estruturadas e a análise dos dados seguiu a orientação de Minayo (2011). O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A partir da análise das entrevistas foram obtidos quatro temas: “principais indicações de cesariana, mitos e verdades”, “o conhecimento das mulheres acerca da indicação”, “principais benefícios e malefícios da indicação na visão das entrevistadas”, “papel da enfermagem durante o pré-natal e parto”. A partir da análise dos resultados podemos afirmar que as mulheres do estudo não tinham informações necessárias para decidir sua via de parto e que o enfermeiro nesse contexto de pré-natal poderia suprir essa falta de informações.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3 METODOLOGIA.....	13
3.1 Tipo de estudo.....	13
3.2 Contexto.....	13
3.3 População e amostra.....	13
3.4 Coleta de dados.....	14
3.5 Análise dos dados.....	14
3.6 Aspectos éticos.....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4.1 Caracterização da amostra.....	16
4.2 Temas obtidos.....	17
4.2.1 Principais indicações de cesariana, mitos e verdades.....	17
4.2.2 O conhecimento das mulheres acerca desta indicação.....	20
4.2.3 Principais benefícios e malefícios da indicação na visão das entrevistadas.....	22
4.2.4 Papel da enfermagem durante o pré-natal e parto.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICES.....	29
ANEXOS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Existem muitos mitos e dúvidas em torno da cirurgia cesariana. Muitas mães acreditam que a cesariana é o melhor para si e para o bebê. Durante a gravidez a mulher necessita bastante de informações sobre as transformações pelas quais seu corpo está passando, além de exames, durante o pré-natal a mulher precisa planejar o nascimento do seu bebê. A via de parto é uma das decisões importantes a ser tomada. Ouvimos muitos motivos para justificar a cirurgia cesariana, mas devemos analisar se o caso não se trata mais de conveniência médica, o que poderia acarretar riscos para a paciente.

A gravidez é considerada um período de adaptação. A gestante realiza uma conexão de gerações entre saberes e crenças do passado e o saber do presente. No século XX a medicina institucionalizou o parto transformando-o em um evento patológico, hospitalizado, que na maioria das vezes necessita de cirurgia, evento este, que até então, era fisiológico, vivenciado na esfera domiciliar sem intervenções (CAMPOS, 2014).

A compreensão sobre parto e gravidez é ligada às tradições e saberes que foram propagadas pela família, influenciando na adaptação psicossocial das mulheres durante este processo. Nesse cenário, podemos afirmar que “mito” é uma narrativa de significação simbólica, transmitida de geração em geração dentro de determinado grupo e considerado por ele, podendo causar alterações no estado físico e emocional da mulher na gestação, em diversos graus, gerando inúmeras vezes desconforto e medo (CAMPOS, 2014).

O conhecimento de muitas mulheres sobre o parto e gravidez é empírica, algumas vezes adquirida através de relatos de partos e gestações complexas, difíceis e, principalmente, de tradições familiares. Atrelado ao processo de parir, vem para a mulher o temor e o desconhecimento sobre a situação vista como irreversível a ser enfrentada. O parto é visto como um processo transformativo da condição de mulher para mãe, o que é significativo para o gênero feminino de diferentes maneiras de acordo com características sociais, culturais, religiosas e étnicas das mulheres. Os critérios que as gestantes utilizam para a escolha da via de parto estão diretamente relacionados a estas expectativas e crenças, podendo comprometer consideravelmente o processo do nascimento (CAMPOS, 2014).

Descrita como uma das cirurgias abdominais mais frequentes realizadas em mulheres no mundo, a cesariana pode ser descrita como o nascimento de um feto mediante incisão na parede

abdominal e uterina. Os quatro países com maiores índices de cesariana são: Brasil, Chile, Itália e Argentina (FREITAS,2011).

“A cesariana é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto. É, portanto, um recurso utilizável quando surge algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, durante a evolução da gravidez e/ou do parto. Como todo procedimento cirúrgico, a cesariana não é isenta de riscos e está associada, no Brasil e em outros países, à maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal.”
(HÖFELMANN, 2012)

O crescimento alarmante no número de cesarianas vem chamando a atenção em escala mundial. Esta cirurgia possui indicações precisas e deve ser realizada de forma segura de modo a contribuir de maneira eficaz para a diminuição da mortalidade materna. É estimado que na América Latina sejam realizadas 850.000 cesarianas desnecessárias por ano (ANJOS, 2014). No Brasil, as taxas de cesariana variam bastante, principalmente quando comparamos a assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) com a rede privada, alcançando níveis próximos a 80% na rede privada e 30% no SUS (AMORIM, 2010). Desta maneira, o Brasil é um dos países com as taxas de cesariana mais elevadas, o que evidencia que a mesma tem sido realizada abusivamente. A taxa recomendada pelo Ministério da Saúde e pela OMS é que aproximadamente 15% dos partos sejam por cesariana (ANJOS, 2014).

Existem, no Brasil, muitos fatores que elevam os índices de cesarianas. A cesariana eletiva, por ter a característica de ser um procedimento com dia e hora previstos, em caráter privativo, torna-se financeiramente mais favorável para o profissional que gerencia o atendimento. Portanto essa configuração de remuneração ou relação financeira entre paciente e médico interfere elevando os índices de cesariana. Além disso, tem aumentado o número de processos jurídicos a médicos sobre um possível erro devido a uma cesariana não realizada, não realizada no momento certo ou não sendo feita com a primeira opção, tornando mais seguro e conveniente para os médicos indicarem a cesariana eletiva. Esta cirurgia que era para ser considerada um tratamento médico passa então a ser considerada um “bem” de consumo, uma opção desejada entre as mulheres já que a cultura de cesariana é mais popular em mulheres com poderes aquisitivos melhores (FREITAS, 2011). Segundo Oliveira (2010), podemos incluir na lista de fatores que favorecem o aumento de cesarianas a escassez de enfermeiras obstétricas nos centros obstétricos e a falta de preparo para o

parto vaginal durante o pré-natal causando a preferência das mulheres pela cesariana pelo medo da dor e pelo pensamento de que o parto vaginal irá alterar a estrutura da genitália.

O crescimento mais espantoso das taxas de cesariana é verificado nas gestações de risco habitual. Fatores como o aumento da idade materna, obesidade, reprodução assistida, taxa de cesarianas repetidas, aumento da indução do trabalho de parto, correspondem diretamente ao aumento desta tendência (SIMÕES, 2016).

Segundo Freitas (2011), os índices de cesariana podem ser reduzidos com orientação e conscientização da população. Mitos e crenças descabidas, conceitos historicamente infundados relacionados à saúde materna e perinatal atribuem ao parto a responsabilidade de causar danos neurológicos no bebê. Ações que estimulem a confiança ao parto vaginal, elucidando o possível controle da dor, provendo conhecimento verdadeiro, baseado em evidências científicas em relação à segurança, benefícios e riscos têm o potencial de ampliar o apoio das mulheres ao parto vaginal, diminuindo as cesarianas eletivas solicitadas pelas mesmas.

A cirurgia cesariana possui risco de morte materna dez vezes maior em relação ao parto vaginal. Os riscos maternos estão relacionados a hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e morte. Para os recém-nascidos os riscos contemplam problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia, mortalidade neonatal, morbidade respiratória de leve a grave relacionada à idade gestacional, além do risco de internação de unidade de terapia intensiva. O procedimento da cesariana, na maioria dos casos, deve ser considerado apenas após o início do trabalho de parto, a cesariana eletiva fere as etapas e os ritmos que deveriam acontecer de maneira natural e merece mais atenção (ANJOS, 2014).

No decorrer do trabalho de parto a fisiologia do corpo da mulher libera hormônios que atuam antes, durante e depois do nascimento do bebê, que repercutem o comportamento e vínculo mãe e filho. Estes hormônios liberados e produzidos no momento do trabalho de parto auxiliam a formação de vínculo, detendo complicações possíveis e tornando mais rápido o restabelecimento pós parto. A cesariana programada interrompe essa liberação de hormônios. O principal hormônio secretado no trabalho de parto é a ocitocina, que desencadeia o trabalho de parto auxiliando nas contrações uterinas e ejeção do leite materno no pós parto, além de inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê (GOMES, 2018).

O parto vaginal tem como desvantagens a dor, inconveniência e imprevisibilidade, que aumentam a ansiedade das mulheres deixando-as com temor a respeito do parto. Porém, essas

justificativas não se sustentam, pois se as mulheres fossem devidamente informadas sobre os riscos de ambos os procedimentos, muitos de seus medos seriam sanados. Não há evidências científicas de que o parto vaginal sem procedimentos desnecessários, invasivos e dolorosos tenha efeitos negativos sobre o períneo e musculatura pélvica e abdominal (DINIZ, 2004).

Quadro 1- Vantagens e desvantagens do parto vaginal ou cesáreo

	Parto vaginal	Cesariana
Prematuridade	Menor risco	Maior risco
Respiração do bebê	Favorece	Não favorece
Dor no trabalho de parto (TP)	Podem ser dolorosas com graduações; pode ser minimizada com preparo psicológico, apoio emocional ou mediante aplicação de analgesia.	Pode acontecer se a cesariana acontecer depois do início do TP.
Dor na hora do parto	Também pode ser controlada com analgesia.	É sempre realizada anestesia.
Dor após o parto	Menor	Maior. Há necessidade de analgésicos mais fortes.
Complicações	Menos frequentes	Acidentes anestésicos e hemorragias são mais comuns.
Infecção puerperal	Mais rara	Mais frequente
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Custo	Menor	Maior
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Muito baixo	Pequeno, porém maior que o parto vaginal
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Fonte: Brasil, 2013 - Cadernos de atenção Básica: Assistência ao pré-natal de baixo risco.

A cesariana é indicada somente quando há riscos de mortalidade materna ou fetal. Dessa forma as únicas indicações de cesariana são:

- Absolutas: desproporção céfalo-pélvica, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo.
- Relativas: feto não reativo em trabalho de parto, cicatriz uterina prévia corporal, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesariana prévia, macrosomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto, psicopatia (Brasil, 2013).

Quadro 2- Situações que não constituem indicações de cesariana

NÃO SE CONSTITUEM INDICAÇÕES DE CESARIANA
Gestante adolescente
Desproporção cefalopélvica sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm
Presença de quadro de anemia
Trabalho de parto prematuro
Baixa estatura materna
Pressão arterial alta ou baixa
Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto
Grau da placenta
Macrossomia
Polidrâmnio ou oligodrâmnio
Ameaça de parto prematuro
Infecção urinária
Amniorrexe prematura
Presença de grumos no líquido amniótico
Cesariana anterior
Diabetes gestacional
Circular de cordão umbilical
Falta de dilatação antes do trabalho de parto

Fonte: Brasil, 2016 - Protocolos de Atenção Básica: Saúde das mulheres.

Os benefícios da cesariana planejada contemplam: conveniência, maior segurança para a mãe e menos trauma no assoalho pélvico da gestante, que, além disso, conta com a vantagem de não passar pela dor do parto. As potenciais desvantagens descritas em estudos observacionais incluem: maior morbimortalidade materna, efeitos psicológicos adversos, problemas em futuras gestações (como ruptura da cicatriz uterina), maior risco de feto morto no nascimento e morbidade neonatal. Com tudo vale ressaltar que não foram encontrados estudos controlados e randomizados que avaliassem os riscos e benefícios da cesariana planejada sem uma indicação médica precisa (BRASIL, 2013).

Quadro 3 - Situações que podem acontecer, porém frequentemente são diagnosticadas de forma equivocada.

SITUAÇÕES QUE PODEM ACONTECER, PORÉM FREQUENTEMENTE SÃO DIAGNOSTICADAS DE FORMA EQUIVOCADA
Desproporção cefalopélvica (o diagnóstico só é possível intraparto).
Sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora).
Parada de progressão que não resolve com as medidas habituais.

Fonte: Brasil, 2016 - Protocolos de Atenção Básica: Saúde das mulheres.

O custo do procedimento da cesariana é 38% mais alto que o parto vaginal. O aumento do custo também decorre devido ao maior tempo de permanência do paciente no hospital, maior uso de medicamentos, maior assistência à saúde (ENTRINGER, 2019).

É indiscutível a relevância do papel da enfermagem de forma integral no cuidado e educação em saúde das mulheres, pois conceitos estereotipados a respeito do parto vaginal doloroso interferem significativamente na escolha da via de parto. O enfermeiro responsável pelo acompanhamento de gestantes deve ser mais atento às necessidades e aos sentimentos expressados pelas mulheres em período de gestação. As instituições de ensino profissional deveriam abordar de maneira mais enfática o tema dos benefícios do parto vaginal a fim de formar profissionais com novas percepções que poderão influenciar diretamente na prática do seu trabalho, incluindo no cuidado não apenas as gestantes, mas também os seus familiares seja no acompanhamento pré-natal ou durante uma visita domiciliar (CAMPOS, 2014).

Considerando a problemática da cesariana no Brasil, justifica-se este estudo devido à importância do conhecimento acerca das indicações do cesariana e do papel do enfermeiro como agente potencializador do saber das mulheres, promovendo melhor qualidade de decisão na participação da escolha de via de parto.

Quadro 4 – Riscos e benefícios da cesariana e do parto vaginal.

CESARIANA	PARTO VAGINAL
<ul style="list-style-type: none"> • Para a mãe: ✓ Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia; ✓ Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos; ✓ Maior risco de complicações na próxima gravidez. • Para o bebê: ✓ Mais riscos de nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado; ✓ Mais riscos de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta; ✓ Mais riscos de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para a mãe: ✓ Rápida recuperação, facilitando o cuidado com o bebê após o parto; ✓ Menos riscos de complicações, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento; ✓ Processo fisiológico, natural; ✓ Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil. • Para o bebê: ✓ Na maioria das vezes, ele vai direto para o colo da mãe; ✓ O bebê nasce no tempo certo, seus sistemas e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina.

Fonte: Brasil, 2016 - Protocolos de Atenção Básica: Saúde das mulheres.

Reforça-se que para compreender melhor o conhecimento das mulheres acerca das indicações de cesariana é preciso conhecer como as mulheres vivenciam o momento do parto, este estudo tem como questão norteadora: “Quais são os mitos e conhecimentos que as mulheres possuem a respeito das indicações de cesariana?”.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar os mitos existentes relacionados às indicações de cesariana e o conhecimento das mulheres acerca do assunto.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar se as indicações de cesariana informadas às mulheres coincidem com as indicações mencionadas na literatura científica;
- Verificar se as mulheres conhecem as indicações absolutas de cesariana;
- Identificar o nível de conhecimento destas a respeito da indicação da sua cesariana.
- Analisar a importância do papel da enfermagem nesta temática.

3 METODOLOGIA

3 Tipo de estudo

Estudo qualitativo, com caráter exploratório-descritivo. Adequado quando existe o desejo de compreender um fenômeno. Harmoniza-se ao que é objetivado durante a coleta de informações buscando a compreensão integral da situação. (POLIT, 2011). Segundo Minayo (2004) a intencionalidade atrelada aos atos das pessoas e às reações está incluída na pesquisa qualitativa, cujo tipo explica os meandros das relações consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional que pode ser apreendida no cotidiano, por meio da vivência e da explicação. Ainda, pode responder às questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeitos do estudo pessoas inseridas em um determinado grupo, com suas crenças, concepções, valores, significados e práticas individuais.

3.2 Contexto

As mulheres convidadas a participar do estudo são da comunidade da região metropolitana de Porto Alegre, e correspondem a uma amostra de conveniência.

3.3 População e amostra

O estudo foi realizado com 20 mulheres que realizaram cirurgia de cesariana nos últimos oito anos para captar memórias mais recentes. Os critérios de inclusão foram: mulheres maiores de idade (18 anos), que tenham realizado cirurgia cesariana entre 2012 e 2020 com recém-nascidos vivos, que residam na região metropolitana de Porto Alegre e tenham realizado atendimento de pré-natal nesta região. Foram incluídas mulheres entre 24 e 43 anos, tendo em média 35,3 anos de idade, que tiveram seus filhos entre 16 e 37 anos de idade. Os critérios de exclusão foram: mulheres com dificuldade de comunicação que comprometa a entrevista. A amostra conta com 20 participantes, os dados foram coletados até ocorrer a saturação das informações.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada. As mulheres foram convidadas a participar do estudo e informadas dos objetivos da pesquisa, captadas através de convites pessoais. O roteiro para as entrevistas semiestruturada (Apêndice A) contém perguntas fechadas e abertas, que permitiram à entrevistadora conversar a respeito do tema proposto, sem precisar seguir exatamente as perguntas, assim, se procurou permitir e incentivar que as entrevistadas falassem abertamente sobre assuntos que foram surgindo, como desdobramentos do tema principal. As coletas foram realizadas por meio de encontros por vídeo chamada, devido ao distanciamento social imposto pela pandemia do COVID-19, utilizou-se ferramentas digitais, como o aplicativo WhatsApp®, ou as plataformas Skype®, Google Teams® ou, ainda, ligação telefônica. Os contatos foram individuais, em dia e hora marcados pela entrevistada; duraram em torno de trinta minutos e foram gravados em áudio. Visou-se sempre levar comodidade à entrevistada e não lhe causar custos. Antes de iniciar a entrevista foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) e solicitado que caso a entrevistada estivesse de acordo com o mesmo falasse seu nome completo, CPF ou RG e se concordava ou não com o termo a fim de registro na gravação do áudio.

3.5 Análise dos dados

A análise foi realizada segundo Minayo, 2010 em três etapas:

- Pré-análise: Organização do material de acordo com os objetivos da pesquisa. Em posse das anotações de campo, dar-se-á início a transcrição literal das gravações das entrevistas.
- Exploração do material: Leitura e compreensão do material selecionado na etapa anterior. Após a transcrição, será realizada a leitura de todas as entrevistas, estabelecendo primeiro contato com os textos, na tentativa de apreensão dos sentidos que as mulheres deixaram transparecer nas suas falas. Na segunda fase, foi realizada a separação das ideias, parágrafos e frases que identificaram as semelhanças e diferenças das falas das participantes em relação à temática de estudo.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Análise e interpretação dos dados subjacentes à pesquisa inicial, podendo incluir novas características do fenômeno estudado. Na

terceira e última etapa, foi feita a organização e o mapeamento das semelhanças e diferenças das falas das participantes, executando releituras sucessivas e exaustivas dos textos, com o objetivo de identificar as primeiras ideias e selecionar as categorias que supostamente responderiam às questões da pesquisa.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa passou pela apreciação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) (ANEXO A). Foi obedecida a Resolução CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

Para todas as participantes que aceitaram fazer parte do estudo foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B), sendo seu aceite gravado em áudio, após a entrevistada repetir seu nome, e informar os números de seu CPF ou RG.

O conteúdo das entrevistas registradas em áudio foram apagadas do meio digital após a transcrição das entrevistas, sendo mantidos os áudios dos aceites em participar do estudo. As cópias das transcrições das entrevistas serão mantidas pela pesquisadora responsável por cinco anos para então serem destruídas. A fim de garantir o anonimato das participantes foram-lhes atribuídas à letra M (de mulher), seguido do número da ordem da coleta.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da amostra

Participaram do estudo 20 mulheres que tinham idade entre 24 e 43 anos, com idade média de 35,3 anos; que tinham entre 16 e 37 anos na data de nascimento dos seus filhos. Quanto ao número de filhos, 15 delas tinham apenas um filho e cinco tinham dois filhos, todas tiveram filhos somente por meio de cesariana. Em relação à ocupação seis eram técnicas em enfermagem, duas enfermeiras e as demais possuíam profissões diversas entre elas: bancária, comerciante, assistente administrativo, recepcionista, estudante, cabeleireira, farmacêutica, do lar, analista de recursos humanos, gerente de loja e coordenadora de logística. As participantes possuíam níveis socioeconômicos variados.

Quadro 5 – Caracterização da amostra.

Idade	24 a 43 (média 35,3) anos
Idade do nascimento dos filhos	16 a 37 anos (média 28,9) anos
Número de filhos	1 – 15 mulheres 2 – 5 mulheres
Ocupação	Técnicas em enfermagem – 6 Enfermeiras – 2 Outras – 12 (bancária, comerciante, assistente administrativo, recepcionista, estudante, cabeleireira, farmacêutica, do lar, analista de recursos humanos, gerente de loja e coordenadora de logística.

Fonte: dados de pesquisa, 2020.

4.2 Temas obtidos

Ao analisar as entrevistas, buscando responder aos objetivos do estudo, pudemos identificar os principais mitos relacionados às indicações de cesariana e o conhecimento das mulheres acerca do assunto. Também foi possível compreender um pouco mais sobre os medos e sentimentos que as mulheres que passaram por este procedimento sentiram e como lidaram com o assunto.

Assim, a leitura detalhada das entrevistas permitiu obter quatro temas: “principais indicações de cesariana, mitos e verdades”, “o conhecimento das mulheres acerca da indicação”, “principais benefícios e malefícios da indicação na visão das entrevistadas”, “papel da enfermagem durante o pré-natal e parto”, que serão discorridos a seguir.

4.2.1 Principais indicações de cesariana, mitos e verdades

Segundo SOUZA (2010), não existe justificativa com base em estudos científicos para indicação de cesariana por gestação prolongada. Além disso, todas as condutas devem ser tomadas a fim de estabelecer o tempo correto de gravidez na tentativa de impedir a cesariana eletiva antes do termo. Esta conduta tem causado aumento das taxas de prematuros tardios, aumentando assim a morbidade neonatal por consequência. A principal causa apontada pelas mulheres que participaram do estudo como indicação de cesariana dita pelo médico é o fato de que a gestação havia chegado ao termo, ou seja, quando a gestante está com no mínimo 37 semanas de gestação e não há dilatação, contração ou sinal de trabalho de parto. Identificamos este mito nas falas a seguir:

“ele disse (médico obstetra assistente), já no início que ele esperava até às 40 semanas, que depois disso ele já achava arriscado. Então se eu não entrasse em trabalho de parto até às 40 semanas eu não... Eu faria uma cesárea. Que daí ele não esperaria mais. Daí eu fechei as 40 semanas sem nem um dedo de dilatação, sem nenhuma contração, nada, daí a gente marcou a cesárea, foi isso...” M1.

“Porque minha bacia não abriu o suficiente pra poder fazer o parto normal, aí ele indicou a cesariana que a gente não ia sofrer muito né...a gente marcou a data da cesárea...Até a gente podia tentar só que podia ser mais

dolorido e acabar fazendo a cesárea por último... Estava com 38 semanas...”M5

“Porque eu não tinha dilatação né e aí ele disse acho que pra minha segurança e segurança pro bebê foi indicado à cesariana nos dois casos... e também o medo meu de tentar arriscar até o fim né... Do FILHO1 eu tava com 38.2 e da FILHO 2 38.1...” M8

“Que eu tinha fechado as 41 semanas e a partir de 41 semanas o bebê podia entrar em sofrimento e ele não estava encaixado, ele tava na posição, mas ele não tava encaixado, meu bebê tava alto. Foi essa a justificativa.” M14

“E aí eu já tava bem mais informada (segunda gravidez), nos dois eu queria o normal, eu queria ter feito o parto normal. Daí quando eu engravidei da (nome do filho 2) daí eu já comecei a ler muito mais, me informei muito mais, busquei muito mais informação e auxílio. E a minha médica, eu troquei de médica, ela disse que podia ser perfeitamente parto normal mesmo que eu já tivesse feito uma cesárea anterior, porque fazia mais de cinco anos então não teria problema, tudo normal. Ai o que aconteceu, no final aconteceu a mesma coisa, eu achei que ela fez um terrorismo comigo porque eu não queria nem marcar a cesárea e ela: não, é melhor a gente marcar, e aí quando passou 40 semanas, aí ela já começou a me dar uma pressionadinha, sabe? Ela já começou a dizer que ela não se responsabilizava, que se eu quisesse esperar eu ia ter que fazer exame a cada não sei quantos dias pra ver os batimentos da criança, tipo, eu senti que ela me assustou um pouquinho sabe, e aí eu acabei agendando a cesárea que foi com 41 semanas e 1 ou 2 dias, não lembro, mas passou de 41 daí.” M15

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 semanas (ou 154 dias) e 37 semanas (ou 259 dias). Gestação prolongada, também referida como pós-datismo, é aquela cuja idade gestacional na mulher encontra-se entre 40 e 42 semanas. Gravidez pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas. Logo, gestação a termo é considerada aquela que está entre 38 e 40 semanas de gestação (BRASIL, 2019). Fica claro na fala das entrevistadas que elas foram iludidas com falsas afirmações sem que fosse esperado o trabalho de parto, o que reafirma o abuso da cirurgia cesariana com falsas indicações. Todas estavam dentro do período apropriado e estavam aptas a esperar para que o corpo demonstrasse estar pronto para

o nascimento do bebê. Ainda vale salientar que em nenhum dos casos foram realizadas tentativas de indução ao parto vaginal.

A cesariana eletiva, aquela que não têm indicação clínica ou obstétrica para sua realização, tem tido grande incidência em todos os países. A facilidade de programação de parto pode ser apontada como uma das principais justificativas para esta intervenção cirúrgica devido a muitas vezes ser conveniente para o médico e/ou paciente. Esta prática é bastante controversa e tem sido realizada em idades gestacionais cada vez mais precoces (FRANCISCO, 2013). Dentre as mulheres entrevistadas obtivemos relatos de realização do procedimento a pedido delas, como observamos nas falas a seguir:

“...na verdade não foi indicação, eu quis fazer. Um pouco era medo do parto normal do que pudesse acontecer e também toda a questão do... da pessoa ali, eu sou uma pessoa que eu que tenho que ter o controle então, não que eu marcasse o nascimento dele e tudo, mas é que também tinha medo de ah vai que eu não consiga chegar no hospital, morando longe, toda aquela questão. Então eu quis escolher tudo direitinho.” M3

“Na indicação, na verdade, desde o início, pela gravidade que eu tinha como eu tinha endometriose, eu preferi fazer cesárea, eu escolhi, aí eu tive essa intercorrência da vesícula, o bebê começou a perder peso e aí foi a onde a gente optou mesmo por fazer a cesárea” M7

“Na verdade, eu cheguei no médico já com o intuito da cesariana, foi uma opção minha, mas a gente já tava na reta final da gestação e eu não tinha dilatação, aí eu fui numa consulta de manhã cedo com ele e marquei pra de tarde mesmo no mesmo dia a cesária.”M13

A diabetes gestacional pode estar associada à indicação de cesariana devido a complicações maternas e fetais que podem ocorrer. Porém, não existe indicação para interromper a gestação se os índices glicêmicos estiverem controlados. Dentre as complicações está a macrosomia fetal que é mais comum nestes pacientes, entretanto, uma cesariana indicada por peso fetal não se justifica em gestantes diabéticas com peso fetal estimado abaixo de 4.000g. Nessa situação a via de parto decorre da: evolução do trabalho de parto, da vitalidade fetal e do escore cervical. Cabe salientar que complicações infecciosas são mais comuns na cesariana do que no parto vaginal, principalmente neste grupo de pacientes (SOUZA, 2010).

“Foi porque eu tive gravidez de risco na verdade, nunca foi me perguntado e nem nunca claramente explicado qual o motivo da cesárea, mas eu entendo que foi pela gravidez de risco. Eu tenho diabetes...” M12

Não existem estudos que apontem o oligo-hidrânio isolado como indicação de cesariana, além disso, ainda existem lacunas sobre o melhor método de diagnosticá-lo. Alguns estudos dizem que o parto pode ser induzido nestes casos. A presença de pouco líquido amniótico expressa alta taxa de mortalidade perinatal (cerca de 87%), principalmente nas pacientes com outros fatores de risco associados. Portanto, em casos de oligo-hidrânio, a decisão sobre via de parto e interrupção da gravidez deve considerar a sua causa, se está isolada ou associada a outros fatores, a gravidade do caso, persistência, avaliar a condição fetal pela dopplervelocimetria, outras provas de vitalidade fetal, peso, prognóstico fetal, e a opinião da gestante (SOUZA, 2010).

Segundo Amorim (2010) também não é uma indicação absoluta de cesariana a apresentação pélvica (quando as nádegas aparecem primeiro). Porém a grande maioria dos médicos não possui treinamento e habilidades necessárias para a realização do parto vaginal nesta situação. Com diretrizes específicas para sua condução, o parto vaginal pode ser uma alternativa razoável. No caso da M2 da nossa pesquisa, a presença de oligo-hidrânio estava associada à apresentação pélvica, conforme o relato abaixo, o que talvez possa fazer que uma intervenção cirúrgica seja uma alternativa justificada:

“Foi feita cesariana porque ele já não tinha não tinha líquido suficiente dentro do útero. É que assim, ele tava com um pouco líquido, mas desde a metade da gestação já se falava em cesariana pela posição que ele tava, pelo hospital onde eu tava fazendo o meu pré-natal não ter médico que fizesse a manobra, ele estava sentado e de costas...” M2

4.2.2 O conhecimento das mulheres acerca desta indicação

Após a leitura exaustiva das falas das entrevistadas podemos concluir que as mesmas não possuíam, na grande maioria, conhecimentos adequados sobre a indicação de cesariana, tampouco questionaram os médicos sobre os possíveis desfechos em esperar pelo parto natural. Muitas referem informações vagas e aterrorizantes, outras sugerem que os médicos culpabilizam as mulheres pela opção de querer esperar pelo parto e que caso alguma coisa aconteça de errado à

responsabilidade seria delas. Porém, o que fica mais evidente é que nenhuma delas foi incentivada à escolha pelo parto vaginal ou a indução ao parto, tampouco falado sobre seus benefícios, como podemos ver nos relatos abaixo:

“Ah, assim... pelo que eu entendi, seriam complicações assim de ficar ou com pouco líquido ou com problema de tipo, a criança ficar sem respirar alguma coisa nesse... nesse sentido. Mas realmente não sei muito.” M1

“Ah, bom, a mesma coisa que ela me falou da primeira vez, que realmente eu poderia desmaiar e poderia acontecer dele não nascer né? E de dar algum problema na hora do parto.” M4

“Poderia trancar o bebê ali ele não passar e ter que fazer cesárea, como ele era grande né, daí já ia ser mais difícil.” M5

“Olha... na verdade como é o primeiro filho dá muito nervoso, muita ansiedade de perder o bebê, se vai acontecer alguma coisa... De dar uma parada respiratória durante o parto... Tudo tu pensa, né? Aí a gente achou melhor aceitar a cesárea...” M9

“Na verdade não, na época, não me explicaram não. Eles só colocaram o MAP, não me explicaram pra quê que servia, o toque também era com tudo aberto todas as mães assim, não me explicaram assim. Hoje eu tenho consciência sabe sobre a importância de tudo, de explicar, mas naquela época eu não tinha essa noção, de nada e não me explicaram também nada.” M11

“Disse que se fosse induzido eu iria sofrer e não necessariamente a criança iria encaixar, então eu ia sofrer, ia ser muito tempo de... como o bebê podia tá grande e por isso, que ele não tava se encaixando, que eu iria ter a dilatação no caso, que eu ia sofrer demais, e talvez tivesse que recorrer a cesárea no final.” M14

“Eu não me lembro daí se ela (a médica) me dizia ou se eu li que ele poderia fazer cocô né, alguma coisa assim. Mas no caso dela, eu me lembro dela ter me dito claramente assim: ‘olha, a gente vai ter que ficar monitorando o coração, se passar muito tempo, aí eu não tenho como me responsabilizar’, começou a falar umas coisas assim, aí tu já ta naquela ansiedade e aí eu acabei marcando.” M15

Apesar de serem identificados relatos assertivos frente às indicações de cesariana, observamos que algumas mulheres não se sentiram seguras para manter o posicionamento a favor do parto vaginal e ir contra a indicação médica da cesariana, como acompanhamos nos relatos a seguir:

“Sei que é possível e sei que há manobras e sei que há também a possibilidade dele mesmo sem a manobra fazer o parto natural com a criança sentada já vi histórias que deu certo, mas eu não quis pagar para ver.” M2

4.2.3 Principais benefícios e malefícios da indicação na visão das entrevistadas

A partir do relato das mulheres entrevistadas podemos observar que a grande maioria não sabia e não foi orientada pelo médico sobre quais os benefícios e malefícios da indicação de cesariana realizada por elas. Informações vagas e pouco explicativas causam certo terror nas mulheres durante a gestação, causando o medo de que o esperar pelo parto ou a não interrupção da gestação naquele momento possa causar algum malefício ou até mesmo a morte do bebê.

“...a única coisa que ele me disse foi: Olha M1, tem médicos que esperam até as 42 semanas, eu acho arriscado porque isso pode te trazer algumas complicações. E eu acho até que, igual tu falou, assim, quando a gente tá grávida já são tantas coisas que quando o médico diz que podem ter algumas complicações tu nem quer saber o que é né? Eu me lembro de dizer para ele na época assim: oh, é tu quem decide, tu acha que tem que ser cesárea, vai ser cesárea. Se der para ser normal, ótimo vamos fazer normal. Mas assim, não entrei no mérito de quais eram as complicações não. Não sei te dizer.” M1

“Eu não quis arriscar, na verdade.” M2

“Não, ela não se aprofundou muito, porque até ela viu que eu estava bem decidida a fazer a cesárea...Né? Ela até disse, se tu quiser tudo bem a gente conversa bem, eu te digo a gente conversa, até porque eu tenho que te indicar o parto normal né? Mas eu disse não, eu quero a cesárea e não vou abrir mão.” M3

“Não me falaram nada sobre isso.” M4

“Não, não, ele só comentou que poderia dar algumas complicações, mas não entrou em detalhes quais complicações.” M6

“Benefício eu acho que eu tive foi é que foi né programada, tem toda segurança, o aparato médico aquela coisa toda e consequência pra mim como mãe né e eu acho que o único malefício é que a recuperação ela é um pouco mais demorada né, e eu acho que a questão de dor assim pelo que as outras pessoas falam né e a incisão do normal, a cesariana é mais dolorida pra mãe e é aquela coisa toda, e a gente já tá mais sensível e aí fica mais sensível ainda...” M8

“Acho que o benefício na verdade foi ter um parto mais tranquilo, assim né, sem preocupação de ter alguma coisa, uma intercorrência maior durante o parto. A parte ruim sempre é o pós-parto né, que é bem complicado, bem dolorido, tanto pra mãe quanto pro bebê é bem estressante eu acho...” M9

“Olha, a recuperação que é mais lenta né, é tudo mais demorado...” M12

“Na minha cabeça, assim como eu não sou entendida a fundo na situação, mas a gente que é mãe né, instinto de mãe, eu acho que o benefício foi que eu tive a certeza que ela ia sair tranquila, que ela tava bem, que ela ia sair dali, que ia ser tudo do jeito que eu planejei, ela ia sair normal, não ia ter nenhuma complicação, que fosse um parto normal, eu não sei como eu ia reagir, mas a parte dos malefícios eu penso que não foi, podia ter sido uma coisa mais ao natural, tirou aquela parte natural de mãe e filho, que é o filho sentir e a mãe sentir ele sair, ele saber que era o momento dele de vir ao mundo, eu antecipei o momento da (nome da filha) vir ao mundo né, e eu acho que foi isso que me pesou mais depois, parece que foi eu que forcei ela vir antes do tempo.” M13

“Que talvez meu filho de repente pudesse tá sofrendo né, ser grande, ter pouco espaço, pudesse ter perda de movimentação e aí eu decidi realizar.” M14

4.2.4 Papel da enfermagem durante o pré-natal e parto

As entrevistadas não tiveram nenhuma consulta com enfermeiro durante o pré-natal. Três das vinte mulheres entrevistadas tiveram contato com enfermeiras durante o pré-natal, mas não para consulta, o contato foi através de grupos de gestantes ou vínculos de parentesco. Todas fizeram suas consultas de pré-natal com médico obstetra, nas intercorrências, quando necessário, foram atendidas por médicos ginecologistas ou clínicos. Quando questionadas sobre as consultas com

enfermeiros ou algum outro profissional que não fosse da classe médica todas deram praticamente a mesma resposta.

“Não. Nenhuma.” M1

“Durante a gestação não.” M3

“Não, eu não tive nenhuma porque como, pelo convênio a gente escolhe um médico e acaba sempre indo no médico. Quando a gente faz pelo SUS a gente sabe que não é assim né, eu acho importante, porque as vezes o médico fala uma coisa e o enfermeiro diz outra e é importante essa interação. O problema do privado que a gente não tem essa opção.” M10

“Não, só com a minha médica. Não tive doula, nada disso.” M15

O enfermeiro possui respaldo técnico-científico para realizar o atendimento de consultas de pré-natal e consegue criar vínculos com mais facilidade, vendo a mulher com seus desejos, medos e dúvidas e não apenas visualizando a gestação como um processo natural de procriação. Essa aptidão faz com que o diálogo seja peça fundamental na consulta de enfermagem e não apenas os procedimentos técnicos, facilitando a criação de vínculo entre profissional e paciente e fazendo a consulta de enfermagem diferente das demais (ARAÚJO, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas das participantes deste estudo revela que um dos principais mitos relacionados às indicações de cesariana é o fato de a gestante ter chegado com a gestação a termo e não ter entrado em trabalho de parto, não ter dilatação ou contrações. Este fato acaba induzindo a subjetividade de que a mulher não seja capaz de parir sem intervenção médica, sem que se espere o tempo da mulher entrar em trabalho de parto de fato e sem explicar que o trabalho de parto é diferente para cada mulher e para cada gestação, que o corpo da mulher pode passar muito tempo preparando-se para enfrentá-lo e pode iniciar sem qualquer sinal. Também podemos incluir nesta temática a atribuição às indicações relativas (diabetes gestacional, hipertensão, circular de cordão, percentil elevado do tamanho estimado do feto, entre outras) como se fossem absolutas, aterrorizando as gestantes com informações vagas e praticamente coagindo as mulheres a pensar que optaram pela cirurgia cesariana quando na verdade não tiveram opção de escolha.

As indicações de cesariana informadas pelos médicos assistentes, segundo o relato das entrevistadas, na sua maioria não coincidem com as indicações absolutas verdadeiras, o que sugere que, na maioria dos casos estudados, tenha sido realizada uma intervenção cirúrgica desnecessária, o que reafirma o modelo tecnocrático intervencionista na sala de parto dos dias atuais. Esse fenômeno nos deixa a pensar quando que o médico obstetra, que deveria estar “ao lado” da mulher no momento do parto, como a origem da palavra obstetra diz (o termo origina-se do latim, da palavra *obstetrix*- do verbo *obstare* - que significa "ficar ao lado de"), passa comandar a cena de parto, tirando o protagonismo da mulher, objetificando-a e fazendo-a obedecer a seus comandos passivamente, forçando-a pensar ser aquela conduta a melhor para ela e seu filho.

Constatou-se que as mulheres não possuem informações necessárias para decidirem sua via de parto, não conhecem as indicações de cesariana e não sabem os benefícios e malefícios da cesariana em relação ao parto vaginal.

Pôde-se perceber também que as mulheres não tiveram assistência de enfermagem durante o pré-natal, o que pode sugerir que a presença do enfermeiro poderia melhorar a qualidade deste acompanhamento e talvez proporcionar um desfecho diferente para estes nascimentos. A fim de reverter à situação da indicação da cesariana desnecessária no Brasil, podemos considerar que se o enfermeiro tivesse mais espaço e mais voz ao lado da gestante no período de pré-natal, com

informações baseadas em evidências científicas, poderia desmistificar a cena do parto vaginal, trazendo mais segurança para a mulher sobre a decisão a ser tomada.

Espera-se que os resultados apresentados neste estudo venham contribuir para a desmistificação das indicações de cesariana no Brasil, contribuindo ao emponderamento das mulheres, bem como dos enfermeiros, e à mudança da visão sobre a segurança da via de parto.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Melania M. R. et al. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I FEMINA, ago.2010, v. 38, n. 8.
- ARAÚJO, Suelaine M. et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem, VEREDAS FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências - v. 3, n. 2 - julho a dezembro de 2010
- ANJOS, Cintia de S. et al. Cesárea Desnecessária no Brasil: Revisão integrativa Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, 2014 set/dez; 1(3):86-94.
- BADER, T.J. Segredos em ginecologia e obstetrícia. 3. ed Porto Alegre: Artmed 2007
- BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção Básica: Assistência ao pré-natal de baixo risco, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em 20/11/2019.
- Brasil, Ministério da Saúde. Protocolos de Atenção Básica: Saúde das mulheres, 2016 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 21/11/2019;
- CAMPOS, Aline S. et al. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal Rev. Enferm UFSM 2014 Abr/Mai; 4(2): 332-341
- DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também) Editora UNESP, 2004. 179p.
- ENTRINGER, A.P. et al. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde Ciência & Saúde Coletiva, 24(4):1527-1536, 2019
- FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Intercorrências neonatais da cesárea eletiva antes de 39 semanas de gestação. revassocmed bras. 2013;59(2):93-94
- FREITAS, F. et al. Rotinas em obstetrícia 6º Ed. Porto Alegre. Artmed 2011
- GOMES, S.C. et al. Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil. Rev. Bras. Enferm. vol.71 no.5 Brasília Sept./Oct. 2018
- HÖFELMANN, D. A. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(4):561-568, out-dez 2012
- KOIZUMI, M. S.. Fundamentos metodológicos de pesquisa em enfermagem. Esc. Enf. USP, v. 26, n Especial, p. 33-47, out. 1992

MINAYO, M. C.. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO. M.C. O. & Sanches O 1993. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Caderno de Saúde Pública 9(3):239-262.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Pregnancy Labor Birth. Office on Women's Health, U.S. Department of Health and Human Services. 1 de fevereiro de 2017. Consultado em 3 de novembro de 2019. Disponível em: <https://www.womenshealth.gov/pregnancy/childbirth-and-beyond/labor-and-birth>

OLIVEIRA, D.R. PEREIRA, M.K. Estudo das indicações de parto cesáreo em primigestas no município de Barbalha-Ceará Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 114-121, jul./set.2010

SIMÕES, Joana C. Cesariana, um indicador de qualidade de cuidados obstétricos – mito ou realidade? - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, Porto 2016

SOUZA, Alex S. R. et al. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II FEMINA | Setembro 2010 | vol 38 | n°9

SOUZA, Alex S. R. et al. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico FEMINA | Setembro 2010 | vol 38 | n° 10

APÊNDICE A
ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

A – Apresentação: a pesquisadora apresentará o processo das entrevistas. (5 minutos)

B – Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (5 minutos)

C – Temática:

- Idade:
- Identificação numérica do entrevistado:
- Idade:
- Profissão:
- Número de filhos:
- Número de cesarianas:
- Número de partos:
- Qual a indicação de cesariana dita pelo seu médico?
- Você sabe o que significa essa indicação? Quais os benefícios ou malefícios que essa indicação poderia ter, na sua opinião?
- Em sua opinião, essa foi a conduta médica adequada para o nascimento de seu filho (a)? Por quê? O que poderia ter sido diferente?
- O que você vê de importante no nascimento do seu filho? O que faria de diferente?
- Durante o pré-natal onde ou com quem você buscava informações e tirava suas dúvidas?
- Durante o pré-natal você teve alguma consulta com alguma enfermeira?

D – Encerramento/agradecimentos (5 minutos)

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MITOS NAS INDICAÇÕES DE CESARIANA: a fala das mulheres e o papel da enfermagem

Autoras: Nathalia Santos da Silva e Anne Marie Weissheimer

Você está sendo convidada a participar de um estudo que tem como objetivo geral identificar os mitos existentes relacionados às indicações de cesariana e o conhecimento das mulheres acerca do assunto. Para realização do estudo serão feitas perguntas sobre a(s) cesariana(s) que você teve, as indicações que lhe foram passadas e seu médico.

Este estudo possui como riscos o tempo (mais ou menos 30 minutos de entrevista individual que poderá ser gravada em áudio) que você gastará ao conversar com a pesquisadora em local de sua escolha e também poderá lhe fazer pensar um pouco mais sobre o(s) nascimento(s) de seu(s) filho(s) podendo, eventualmente, deixar-lhe triste. Se isso acontecer, esperamos poder conversar com você de forma a fazê-la sentir-se melhor. Achamos que o estudo trazer como benefício reflexão sobre o que aconteceu com você e também informações para outras mulheres em situações futuras de decisão sobre o nascimento de seus filhos.

Ao participar do estudo, seu nome sempre estará protegido, não sendo jamais divulgado ou vinculado aos resultados da pesquisa. As informações que obtivermos por meio da entrevista serão usadas para elaborar o trabalho de conclusão de curso de enfermagem da aluna Nathalia, e poderão ser utilizadas em artigos, porém, como dito, sem haver menção ao seu nome. Se você não quiser mais participar do estudo, pode informar sua desistência a qualquer instante: durante a entrevista ou após a mesma, basta nos comunicar.

Você está ciente que não haverá nenhum ganho financeiro ou benefício monetário ao participar deste estudo, tão pouco pagamentos pelo deslocamento.

Este projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFRGS, e é de autoria da acadêmica de enfermagem Nathalia Santos da Silva, com orientação da Prof.^a Anne Marie Weissheimer, que é a pesquisadora responsável. Qualquer informação adicional poderá ser obtida com a pesquisadora principal pelo telefone (51) 3308 5428 ou com o CEP/UFRGS, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00h, através do telefone (51) 3308 3738, na Av. Paulo Gama, 110, Sala 31, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS, ou pelo e-mail [ética@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)

Ao assinar abaixo, você confirmará que foi esclarecida do objetivo da pesquisa, do anonimato das informações, bem como dos riscos e benefícios e que tem o direito de retirar a sua participação no presente estudo em qualquer momento, sem prejuízo algum. Este documento será assinado em duas vias, ficando uma em sua posse e outra com as pesquisadoras.

Muito obrigada.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da pesquisadora

Local e data

ANEXO A
APROVAÇÃO COMISSÃO DE PESQUISA EENF – UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Anne Marie Weissheimer			
Dados Gerais:			
Projeto N°:	38533	Título:	MITOS NAS INDICACOES DE CESARIANA: A FALA DAS MULHERES E O PAPEL DA ENFERMAGEM
Área de conhecimento:	Enfermagem Obstétrica	Início:	01/06/2020 Previsão de conclusão: 15/12/2020
Situação:	Projeto em Andamento		
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado	
Local de Realização:	não informado		
Palavras Chave:			
CESÁREA; ENFERMAGEM OBSTÉTRICA.			
Equipe UFRGS:			
Nome: ANNE MARIE WEISSHEIMER			
Coordenador - Início: 01/06/2020 Previsão de término: 15/12/2020			
Pessoas registradas mas não confirmadas como membros da equipe UFRGS:			
Nome: NATHÁLIA SANTOS DA SILVA			
Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 01/06/2020 Previsão de término: 15/12/2020			
Participação aguardando confirmação do pesquisador			
Avaliações:			
Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 11/05/2020.			

ANEXO B
Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa HCPA

UFRGS - HOSPITAL DE
 CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
 DA UNIVERSIDADE FEDERAL
 DO RIO GRANDE DO SUL
 HCPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MITOS NAS INDICAÇÕES DE CESARIANA: a fala das mulheres e o papel da enfermagem

Pesquisador: Anne Marie Weissheimer

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32210120.6.0000.5327

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.075.474

Apresentação do Projeto:

Existem muitos mitos e dúvidas em torno da cirurgia cesariana. Muitas mães acreditam que o parto cesáreo é o melhor para si e para o bebê. Durante a gravidez a mulher necessita bastante informação sobre as transformações pelas quais seu corpo está passando, além de exames, durante o pré-natal a mulher precisa planejar o nascimento do seu bebê. A via de parto é uma das decisões importantes a ser tomada. Nem todas

indicações para cesarianas baseadas em evidências científicas, mas algumas vezes estas vão ao encontro da conveniência dos atores envolvidos, quais sejam, os médicos, as pacientes e seus familiares. Pretende-se com este estudo conhecer mitos relacionados às indicações de cesariana e o conhecimento acerca do assunto das mulheres que passaram por esse procedimento .

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Conhecer mitos relacionados às indicações de cesariana e o conhecimento acerca do assunto das mulheres que passaram por esse procedimento.

- Objetivos específicos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL &
HCPA



Continuação do Parecer: 4.075-474

Verificar se as indicações de cesariana informadas às mulheres coincidem com as indicações mencionadas na literatura científica;

Verificar se as mulheres conhecem as indicações absolutas de cesariana;

Identificar o nível de conhecimento destas a respeito da indicação da sua cesariana.

Analisar a importância do papel da enfermagem nesta temática.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo possui como riscos o tempo (mais ou menos 30 minutos de entrevista individual que poderá ser gravada em áudio) que você gastará ao conversar com a pesquisadora em local de sua escolha e também poderá lhe fazer pensar um pouco mais sobre o(s) nascimento(s) de seu(s) filho(s) podendo, eventualmente, deixar-lhe triste. Se isso acontecer, esperamos poder conversar com você de forma a fazê-la sentir-se melhor, compreender quais os motivos dessa tristeza e quais as possibilidades de indicação de cesariana. Achamos que o estudo trará como benefício gerar informações para outras mulheres em situações futuras de decisão sobre o nascimento de seus filhos. Este estudo possui como riscos o tempo (mais ou menos 30 minutos de entrevista individual que será gravada em áudio) e também poderá fazer as mulheres pensarem um pouco mais sobre o(s) nascimento(s) de seu(s) filho(s) podendo, eventualmente, deixá-las tristes. Se isso acontecer, espera-se poder conversar com elas de forma a fazê-las sentirem-se melhores, compreenderem quais os motivos dessa tristeza e quais as possibilidades de indicação de cesariana.

Benefícios:

Como benefício espera-se gerar informações para outras mulheres em situações futuras de decisão sobre o nascimento de seus filhos, sabendo-se que não há benefícios diretos para as participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo qualitativo, com caráter exploratório-descritivo.

As mulheres convidadas a participar do estudo da comunidade da região metropolitana de Porto Alegre e que fazem parte das relações sociais da autora.

Critério de Inclusão: Mulheres maiores de idade (18 anos), que deram à luz por meio de cirurgia cesariana entre 2013 e 2020 com recém-nascido vivo, que residam na região metropolitana de Porto Alegre e tenham realizado atendimento médico durante o pré-natal nesta região.

Endereço: Rua Rambo Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL &
HCPA



Continuação do Parecer: 4.075.474

Critério de Exclusão: Mulheres com dificuldade de comunicação que comprometa a entrevista.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE, incluindo o contato do CEP/HCPA: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, endereço de e-mail cep@hcpa.edu.br; ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Recomendações:

* Adicionar também contato do CEP/HCPA, tendo em vista que, excepcionalmente, este foi o CEP responsável pela análise: Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, endereço de e-mail cep@hcpa.edu.br; ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h;

* O projeto menciona a importância de decisões baseadas em evidências, contudo, o projeto está embasado em apenas 14 referências, dentre as quais, 3 são de método. Sugere-se maior aprofundamento da revisão da literatura a fim de avançar no conhecimento a ser produzido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências e está em condições de aprovação. Ver Recomendações acima.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 13/05/2020, incluindo as Recomendações deste parecer sobre o TCLE, e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 15 participantes no Centro, de acordo com as informações do projeto. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP.
- b) Qualquer alteração nos documentos do projeto deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- c) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

**UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL &
HCPA**



Continuação do Parecer: 4.075.474

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1556491.pdf	15/05/2020 08:55:30		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoNathiCEP.pdf	13/05/2020 17:36:14	Anne Marie Weissheimer	Aceito
Orçamento	OrçamentoNathiCEP.pdf	13/05/2020 17:24:09	Anne Marie Weissheimer	Aceito
Cronograma	CronogramaNathiCEP.pdf	13/05/2020 17:22:28	Anne Marie Weissheimer	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENathiCEP.pdf	13/05/2020 17:19:52	Anne Marie Weissheimer	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoNathiCEP.pdf	13/05/2020 17:19:18	Anne Marie Weissheimer	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 08 de Junho de 2020

Assinado por:
Têmis Maria Félix
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br