



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Experiencia de mujeres con la cesárea sobre la óptica de la fenomenología social

Greyce Pollyne Santos Silva¹, Maria Cristina Pinto de Jesus²,
Miriam Aparecida Barbosa Merighi³, Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos³,
Deise Moura de Oliveira⁴

¹ Centro Universitario de Espírito Santo

² Universidad Federal de Juiz de Fora

³ Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo

⁴ Universidad Federal de Viçosa

RESUMEN

Objetivo: comprender La experiencia de la mujer primípara con la cesárea. **Método:** investigación cualitativa fundamentada en la fenomenología social de Alfred Schütz. Fueron entrevistadas, en 2012, ocho puérperas que tuvieron sus partos en maternidades que atienden a convenios de salud en Minas Gerais, Brasil. **Resultado:** la mujer sufre influencias de personas próximas al optar por la cesárea y su decisión es pautada en el miedo del parto vaginal, asociado al dolor y al sufrimiento. Una vez decidida por la cesárea, el miedo se asocia a la cirugía y a la anestesia. La puérpera revela satisfacción con la cesárea, aunque apunte las limitaciones en el posoperatorio. Resalta la necesidad del soporte profesional para el autocuidado y el cuidado del recién nacido. Caso se embarace en el futuro, desee optar nuevamente por la cesárea. **Conclusión:** los resultados apuntan para la necesidad de actitudes profesionales que respondan a la experiencia y a las expectativas de la mujer sometida a la cesárea.

Descriptor: Salud de la Mujer; Cesárea; Enfermería; Investigación cualitativa

INTRODUCCIÓN

La cesárea es una cirugía indispensable en la obstetricia moderna, con todo constituye objeto de discusión en nivel mundial por su uso indiscriminado⁽¹⁾. Este procedimiento puede ser programado cuando la mujer ya tiene una indicación clínica y en los casos que configuren urgencia relativa a las complicaciones en el momento del parto⁽²⁾.

Mundialmente, se registran altas tasas de cesárea en diversos países como o Irán y República Dominicana (41,9%), Italia (38,2%), México (37,8%), Argentina y Cuba (alrededor de 35%) y Estados Unidos (30,3%)⁽³⁾. Este panorama es también evidenciado en Brasil, que presenta uno de los mayores índices mundiales de cesárea, cerca de 80% en el sector de salud suplementar y de 30% en el Sistema Único de Salud⁽⁴⁾.

La práctica indiscriminada de cesárea trae a la luz la preocupación con la mortalidad materna. Un estudio analizó los óbitos maternos ocurridos en una maternidad pública de Fortaleza-CE e identificó que las causas de óbito por síndrome hipertensivo gestacional e infección estaban asociadas a la realización de cesárea⁽⁵⁾.

En Suecia, una investigación reveló que algunas mujeres resentían tener sus hijos vía cesárea por miedo de complicaciones en el parto y dificultades en gestaciones futuras. Creen que este es el procedimiento responsable por muerte materna, recuperación posparto prolongada y quejas con el posoperatorio y analgesia. Aun así, prefirieron este acto quirúrgico, lo que puede explicar la elevada tasa de cesárea en aquel país⁽⁶⁾.

Una revisión sistemática con metanálisis, que incluyó estudios publicados en diferentes idiomas, apuntó que la media global de preferencia de mujeres por la cesárea, en los estudios recopilados, fue de 15,6%. La ocurrencia de la predilección por ese tipo de parto fue mayor en aquellas con una cesárea anterior y las que vivían en países con una renta per cápita media. En los países latino-americanos, se

evidenció una mayor preferencia de la mujer por la cesárea (24,4%), mientras que, en los Estados Unidos y Canadá, el porcentual registrado es de 16,8%. Los autores concluyeron que, a nivel global, constituyen una minoría las mujeres que tuvieron como preferencia la cesárea⁽⁷⁾.

En Brasil, ese dato se confirma. Un estudio mostró que 70% de las mujeres no relataron preferencia por la cesárea, aunque, independientemente de su deseo, la interacción con el servicio de salud resultó en la cesárea como vía de parto⁽⁸⁾. A pesar de la preferencia por el parto vaginal, se evidencia que factores como tabús y miedos relacionados al dolor, a la demora en el parto y a la experiencia negativa de la mujer en relación al parto vaginal anterior favorecen la elección por la cesárea⁽⁹⁾.

Un estudio de revisión integrativo de la literatura reveló que, aunque las mujeres mencionaran dolores en el posoperatorio, dificultades en la recuperación y en el retorno a las actividades sexuales, ellas consideraron la cesárea una experiencia agradable por ser un procedimiento rápido y susceptible de planeamiento⁽¹⁰⁾.

Considerando las altas tasas de cesárea y de morbilidades relacionadas a este procedimiento quirúrgico, especialmente en Brasil, se considera relevante aclarar para además de la perspectiva numérica como la cesárea acontece, a partir del punto de vista de mujeres que fueron a ella sometidas.

Las siguientes inquietudes guiaron este estudio: ¿Cómo se da la decisión por la cesárea? ¿Cómo es para la mujer pasar por la experiencia de tener su primer hijo vía cesárea? Después de la experiencia de la cesárea ¿Cuáles son las expectativas que la mujer tiene en relación al próximo parto?

Ante lo expuesto, se objetivó comprender la experiencia de la mujer primípara con la cesárea. La comprensión de esa experiencia podrá propiciar actitudes profesionales compatibles con las necesidades y expectativas de las mujeres en relación al parto.

Silva GPS, Jesus MCP, Merighi MAB, Domingos SRF, Oliveira DM. The experience of women regarding cesarean section from the perspective of social phenomenology. *Online braz j nurs* [internet]. 2014 Mar [cited year month Day]; 13 (1):5-14. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4214>

MÉTODO

Investigación cualitativa, fundamentada en la fenomenología social de Alfred Schütz. Fue realizada con ocho puérperas que se sometieron a la cesárea como primera experiencia de parto, vinculadas al sector de salud suplementar de una ciudad del interior de Minas Gerais, Brasil. La elección de este escenario se justifica por presentar, en Brasil, las mayores tasas de realización de cesárea.

Fueron incluidas mujeres primíparas, cuyo embarazo fue de bajo riesgo y que habían pasado por la experiencia de la cesárea en un período mínimo de 30 días. La primiparidad fue elegida, considerándose la amplia gama de expectativas involucrada en la primera experiencia de parto. Se consideró que, durante los primeros días después de la cesárea la mujer se concentra en los cuidados del bebe, lactancia materna y para los cambios en su cuerpo. Después de ese mes inicial, posiblemente, habrá elaborado y reflexionado mejor su experiencia con la cesárea, lo que culmina en una mayor riqueza de significados.

Se optó por excluir de la investigación mujeres adolescentes, por considerar ser un grupo etario dotado de especificidades incongruentes con la mujer adulta, así como las que pasaron por la cesárea de emergencia, ya que, en ese caso, no hubo elección de la mujer, pero una indicación de la intervención quirúrgica.

La elección de las puérperas se dio mediante consulta de los libros de registros de partos de mujeres asistidas por un convenio de salud. Las que atendían a los criterios de inclusión fueron abordadas vía teléfono, momento en que se dio la definición del día, horario y local de la entrevista, de acuerdo con la disponibilidad de las deponentes. Las entrevistas fueron realizadas en Octubre de 2012, en el domicilio de las participantes, las cuales firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) y autorizaron el uso del grabador. Las siguientes preguntas guiaron las entrevistas: ¿Cómo fue su experiencia con la cesárea? Considerando esta experiencia, ¿Usted

que espera para el próximo parto?

La duración media del encuentro del investigador con las participantes fue alrededor de 30 minutos, considerando la interacción inicial y la entrevista propiamente dicha. El número de participantes no fue definido *a priori*, siendo la recolección de datos cerrada en el momento en que las inquietudes fueron respondidas y el objetivo del estudio alcanzado. Todas las puérperas eran casadas, tenían edades entre 23 y 35 años y la mayoría tenía educación superior completa.

Para garantizar el anonimato de las puérperas, ellas fueron identificadas con la letra "P", seguida de números arábigos de acuerdo con el orden en que se realizaron las entrevistas (P1 a P8).

La organización y la categorización del material obtenido en los testimonios siguieron los pasos adoptados en estudios realizados por investigadores de la fenomenología social de Alfred Schütz⁽¹¹⁾: lectura atenta de los testimonios y selección de las unidades de significados que permitieron la construcción de las categorías concretas en relación a la experiencia de las mujeres y discusión de los resultados a partir de la referencia teórica-metodológica y temática. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con seres humanos de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, conforme el Parecer nº 114.173/2012.

RESULTADOS

La organización de los resultados tuvo como hilo conductor la teoría de la acción social propuesta por Alfred Schütz, en que el sujeto interpreta los hechos a partir de sus motivos existenciales, derivados de las vivencias inscritas en la subjetividad. Estos conducen al comportamiento/acción en el mundo social. Los motivos que se relaciona al alcance de objetivos son llamados "motivos para" y aquellos que se fundamentan en la experiencia vivida en el ámbito biopsicosocial son denominados "motivos porque"⁽¹²⁾.

Silva GPS, Jesus MCP, Merighi MAB, Domingos SRF, Oliveira DM. The experience of women regarding cesarean section from the perspective of social phenomenology. Online braz j nurs [internet]. 2014 Mar [cited year month Day]; 13 (1):5-14. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4214>

La experiencia de las púerperas en relación a la cesárea revela los motivos “porque” y “para” del comportamiento de las (del) personas/grupo en el mundo social, traducido en este estudio por las categorías: “la decisión por la cesárea”, “el posparto quirúrgico”, “la necesidad de cuidados” y “la idealización del próximo parto”.

Categoría 1: La decisión por la cesárea

Al reflexionar sobre la experiencia vivida con la cesárea, las mujeres, inicialmente, expresan los motivos que justificaron la decisión por este tipo de parto, destacando el miedo del parto vaginal, asociado al dolor y al sufrimiento advenido del trabajo de parto:

Todo el tiempo pasaba por mi cabeza el sufrimiento de madre durante el parto [...] porque yo iba a quedar sintiendo dolor durante mucho tiempo ¿Se tiene otra opción? [...] Yo estaba segura de mi decisión (P1).

[...] Al final del embarazo, yo fui varias veces a mi médico con miedo de tener parto normal [...]. Desde que yo me embarace, yo opté por la cesárea (P8).

Las mujeres evidencian la influencia de personas próximas – como el marido y la madre – en la decisión por la cesárea:

[...] yo quería el parto normal [...] solo que mi marido no estuvo de acuerdo. La decisión de la cesárea partió de él y yo estuve de acuerdo (P4).

La decisión de hacer la cesárea fue hasta por influencia de mi madre, porque, cuando yo nací, [...] fue un parto con fórceps. Y mi madre cuenta que fue

muy difícil [...] entonces, la vida entera yo fui oyendo eso [...] (P6).

Las mujeres tuvieron la oportunidad de conversar con el médico sobre la opción por el tipo de parto y revelaron que, aun habiendo recibido orientaciones sobre los beneficios del parto normal, estaban decididas por la cesárea:

[...] en la primera consulta, el médico colocó varios beneficios del parto normal. [...] rompió la bolsa, él dijo: “¿Va tener él bebe normal o va a hacer cesárea?” Yo dije: “quiere saber, voy a programar la cesárea”. [...] en ese momento el respetó, no cuestionó [...] el dejo bien abierto para yo escoger [...] yo ya había optado por la cesárea (P5).

Mi médica, desde el comienzo, me dejo muy tranquila. [...] Y ella decía: “vamos a intentar el parto normal que es su primer hijo, usted tiene toda la condición de tener un parto tranquilo”, pero yo no quise! [...] en el octavo mes, ella aún insistió: “vamos a intentar, está todo bien”. Yo dije: “no, quiero la cesárea” (P6).

Por estar decidida por el parto vía cesárea, una mujer relató haber ido en búsqueda de un profesional reconocidamente favorable a la realización de ese tipo de parto:

[...] mi médico no hace parto normal [...]. Yo ya sabía eso. [...] yo quería cesárea, por eso yo fui donde él (P2).

Después de que las mujeres se decidieron por la cesárea, el miedo y la ansiedad continuaron presentes, sin embargo en otra dimensión.

Tales sentimientos pasan a asociarse con la anestesia y la recuperación posoperatoria:

Lo que me preocupaba era la anestesia, porque cada uno decía una cosa [...] (P1).

Yo tenía miedo. Yo no quería hacer la cesárea por causa de la recuperación posparto [...] (P5).

Categoría 2: El posparto quirúrgico

Las púerperas relataron satisfacción con la cesárea, pero destacaron que el período posoperatorio inmediato fue difícil en razón de las reacciones de la anestesia, dolores, dificultad en la movilidad y el cuidado con él bebe:

Fue muy emocionante ver él bebe desde que el nació [...]. Lo difícil fue levantarme después de la cirugía, salir de la cama para tomar un baño [...] aún tener que cuidar del niño [...] porque da un mareo. Un malestar. [...] (P6).

[...] la cesárea fue muy buena. [...] pero, del segundo día para acá, yo sentí mucho dolor (P2).

[...] la recuperación fue excelente, pero [...] necesité de ayuda para moverme, dar de mamar (P5).

Una de las participantes evalúa como negativa la experiencia de la cesárea:

[...] En el momento de hacer la cesárea, yo comencé a temblar de miedo. [...] yo me iba a hacer una cirugía. Yo pensaba que no vería mi bebe [...]. Dolió para aplicar aquella anestesia en mi [...] Yo

sentí mucho dolor después del parto. Era difícil para cuidar del bebe [...]. Yo no podía hablar porque daba gases. Fue horrible [...]. (P4)

Categoría 3: La necesidad de cuidados

Considerando ser la cesárea un procedimiento quirúrgico que requiere cuidados posoperatorios, la mujer resalta la importancia del soporte profesional para cuidar del recién nacido, especialmente en lo que respecta al contacto precoz madre-hijo y al apoyo para la amamantación:

De lo que yo sentí falta en la cesárea fue de tener el contacto con mi hijo. Aun acostada, yo intenté amamantar. Solo que no salió muy bien. [...] intentaron colocarlo en mi pecho y él no podía coger. La posición era horrible para mi [...] el succionaba y no salía nada (P1).

[...] yo no podría levantarme de la cama [...] es difícil cuidar del bebe [...] es complicado, porque las enfermeras no están allá todo el tiempo a disposición (P6).

Categoría 4: La idealización del próximo parto

La experiencia positiva de la mujer con la cesárea la lleva a la idealización de ese tipo de parto en el futuro:

Yo haría cesárea nuevamente [...]. Fue muy buena la experiencia. No sentí nada (P2).

En hipótesis alguna yo haría parto normal. [...] la experiencia que tuve de parto cesáreo fue muy bueno (P8).

Al manifestar su expectativa de someterse nuevamente a una cesárea, la mujer trae a la luz la cuestión del miedo del parto vaginal para justificar su decisión:

Quiero cesárea de nuevo. Tengo miedo del parto normal [...]. Si fuera posible, quiero todo programado para no sentir dolor [...] (P3).

[...] Si yo tuviera otro hijo, sería cesárea de nuevo [...]. Yo pienso que no me funcionaría bien con la angustia del parto normal (P6).

Yo creo que va a ser cesárea de nuevo. [...] Quede asustada con las contracciones (P7).

Una de las mujeres cuya decisión por la cesárea no partió de ella misma deja explícita en su testimonio la frustración de no haber realizado el parto vaginal y el deseo de no tener más hijos:

[...]. Yo quería tener un parto normal. Si fuera el caso para tener cesárea, yo no quiero tener más hijos. Yo no quiero pasar por todo lo que yo pase [...] (P4).

DISCUSIÓN

La decisión por la cesárea se reveló, en este estudio, como un aspecto relevante de la experiencia de las mujeres en ese tipo de parto. Esa decisión ocurrió aún en el período gestacional y fue fuertemente influenciada por el miedo del dolor proveniente del trabajo de parto.

Culturalmente, la elección de la mujer por la cesárea es impactada por el miedo y por las preocupaciones ligadas al dolor del parto va-

ginal, generalmente oriundos de experiencias pasadas por personas próximas a su convivencia. Estas experiencias constituyen fenómenos socioculturales que llevan las mujeres a percibir el parto normal asociado al dolor advenido de la dinámica del proceso de parto⁽¹³⁾.

Para comprender las cuestiones que se presentan en lo cotidiano, la persona se reporta al acervo de conocimientos adquiridos a lo largo de la vida. Este es constituido primariamente por medio de los progenitores y, posteriormente, por los educadores y por las experiencias concretas, que estructuran continuamente este acervo de conocimientos, de acuerdo con su posición en el mundo social – situación biográfica⁽¹²⁾. De ese modo, la mujer que espera un hijo trae en este acervo valores y creencias culturalmente pasadas, despertando el miedo del parto vaginal, especialmente del dolor.

En muchas culturas y grupos sociales, inclusive en Brasil, el parto es asociado a la ansiedad y al miedo. Tales sentimientos generan una expectativa negativa en relación al nacimiento que, transmitida entre las generaciones, constituye un componente cultural que fortalece la representación del dolor del parto normal como sinónimo de sufrimiento⁽¹⁴⁾.

El conocimiento es socialmente construido y accesible por medio de la tipificación que puede ser expresada en situaciones positivas y negativas. La tipificación se constituye en una elaboración objetiva que puede ser expresada mediante el lenguaje significativo, siendo reconocida y comprendida por aquellos que vivencian una situación semejante⁽¹²⁾.

En ese sentido, el miedo y el dolor son tipificaciones sobre el parto normal que, si son trabajadas por los profesionales de salud, pueden ser superadas, llevando la mujer a decidir por el parto que le traerá mayores beneficios.

Un estudio realizado con gestantes en el último trimestre de embarazo en el sistema públi-

Silva GPS, Jesus MCP, Merighi MAB, Domingos SRF, Oliveira DM. The experience of women regarding cesarean section from the perspective of social phenomenology. *Online braz j nurs* [internet]. 2014 Mar [cited year month Day]; 13 (1):5-14. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4214>

co y privado de salud de Joinville, Santa Catarina, reveló que la cesárea a pedido de la mujer fue fuertemente influenciada por el miedo del dolor del trabajo de parto. Entre otros factores, reveló el miedo del propio desempeño en el trabajo de parto, de comprometer el bienestar fetal, de lo desconocido e imprevisible, considerando el conocimiento de la historia de otras mujeres parturientas⁽¹³⁾.

Contraponiéndose a los resultados de la presente investigación, un estudio con primíparas del estado de Goiás, Brasil, mostró, a partir de la experiencia con el parto normal, que la mayoría de las participantes consideró el dolor como un fenómeno natural inherente al parto y de dominio femenino, siendo desmitificado el sentido de dolor como fenómeno de sufrimiento. Este sentido fue construido cuando hubo la legitimación de cada parturienta como agente activo en el parto. Fue identificado que el dolor del parto hace parte de la naturaleza de la mujer, siendo un elemento importante para la dinámica del parto y para la revelación de la fuerza de la mujer y de su empoderamiento⁽¹⁴⁾.

Aún en lo que respecta a la decisión por la cesárea, emergió de los discursos que las mujeres, a pesar del deseo de pasar por la experiencia del parto normal, optaron por cesárea sobre la influencia de personas significativas, como madres y maridos.

De modo semejante, un estudio transversal sobre la trayectoria de las mujeres en la definición por la cesárea, realizado en dos maternidades del estado de Rio de Janeiro, apuntó la influencia del compañero en la decisión de la mujer. Además, fueron componentes significativos en el proceso decisorio de la mujer el miedo y las historias previas vinculados al parto normal⁽⁸⁾.

Con relación a la participación del médico en el contexto de la decisión por la cesárea, la mujer revela que este profesional acató su decisión por ese tipo de parto. Reitera que la

participación de este profesional, explicando los beneficios del parto vaginal y/o incentivándola a realizarlo, no la hace cambiar de decisión. Eso fue corroborado por un estudio con gestantes atendidas por convenios de salud, lo cual reveló que, en el proceso de negociación entre la mujer y el médico obstetra favorable al parto normal, prevaleció la posición de la mujer por la cesárea⁽¹⁵⁾.

Existen, por otro lado, profesionales seguidores de la realización de la cesárea, los cuales, muchas veces, son procurados por la mujer para realizar ese tipo de parto, lo que fue evidenciado por una deponente en el presente estudio. Hay aún casos en que la mujer no está decidida por la realización de la cesárea y que el médico la influencia en esa decisión. Una investigación realizada en la ciudad de Rio de Janeiro con mujeres primíparas, asistidas en el sector privado de salud, evidenció la influencia, ahora explícita, ahora sutil, del médico en la decisión de la mujer por la cesárea. La relación de confianza entre las mujeres y el obstetra, construida a lo largo del prenatal, la tornó la mujer más influenciada a la cesárea – tipo de parto de predilección del profesional – por miedo a la ocurrencia de un hecho negativo, en caso que insistieran en intentar el parto vaginal⁽¹⁶⁾.

En lo cotidiano de los servicios de salud, se observa que, en la mayoría de las veces, las mujeres no reciben, por parte del obstetra, informaciones claras sobre las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de parto⁽⁸⁾. Aun cuando el profesional ofrece informaciones a la gestante, el diálogo entre médico-paciente sobre las cuestiones relacionadas a los tipos de parto se han mostrado insuficientes para instrumentalizarla en la toma de decisión⁽¹³⁾, lo que la vuelve más vulnerable a influencias ajenas, sean de miembros de su familia o del profesional que la asiste.

Se resalta, en ese contexto, la importancia del establecimiento de la relación cara a cara

entre el profesional y la mujer, siendo tal relación permisible para una interacción auténtica y recíproca entre ambos. Esta reciprocidad es percibida cuando objetos reales o potencialmente comunes son escogidos e interpretados de manera idéntica por los sujetos en el mundo social⁽¹²⁾. En ese sentido, a pesar de estar posicionados biográficamente en diferentes situaciones, la mujer y el médico obstetra, mediados por una relación recíproca, se dirigen del mismo modo para la comprensión de lo que envuelve la situación del parto y nacimiento, viabilizando un diálogo comprensible y congruente entre ambos.

Eso denota la importancia de proporcionar a las mujeres una experiencia positiva de parto, independientemente del tipo, por medio de una relación que genere seguridad e información suficiente a las mujeres en el proceso de parto y nacimiento⁽¹⁷⁾.

Es importante resaltar que, así la mujer evalué positivamente la cesárea y opte por ella, el miedo puede permanecer, estando este vinculado a la anestesia y al posoperatorio, como es evidenciado en los discursos. Este resultado va al encuentro de lo que fue explicado en un estudio con mujeres que fueron sometidas a la cesárea. Estas asociaron a este tipo de parto la ocurrencia de reacciones anestésicas y de dificultades en la recuperación posoperatoria⁽¹⁰⁾.

Al reflexionar sobre su experiencia con la cesárea, las mujeres generalmente la evaluaron como positiva. Eso es evidenciado en la literatura, que apunta que, aun con las posibles complicaciones obstétricas, la mujer puede considerar la experiencia de la cesárea positiva⁽¹⁷⁾. Además, la ausencia del dolor en el trabajo de parto coloca la cesárea como un procedimiento quirúrgico deseable, que posibilita la realización de la ligadura y el disfrutar con seguridad del parto⁽¹⁰⁾.

En cuanto a las necesidades de cuidado apuntadas por las participantes, se resaltan

aquellas relacionadas a la amamantación y cuidados con el recién nacido. Un estudio realizado en el interior de São Paulo, con 60 mujeres sometidas a la cesárea en maternidades del Sistema Único de Salud, apuntó que todas presentaron limitaciones para la realización de actividades cotidianas en el posoperatorio. De estas, 40% presentaron dificultades relacionadas a la amamantación. Es importante destacar que esta puerpera presenta una condición particular, relacionada a la mayor necesidad de moverse para cuidar del recién nacido y de sí⁽¹⁸⁾.

Teniendo en vista la experiencia mayoritariamente positiva con la cesárea, la mujer explica el deseo de, en caso de tener más hijos, ser nuevamente a ella sometida, en función de la recuperación satisfactoria y de la ausencia de dolor en el momento del parto. La experiencia del parto, sea ella positiva o negativa, ofrece subsidios para la decisión de sus próximos partos. Las positivas refuerzan la elección por la misma vía de parto y las negativas, al contrario, repercuten en otra elección para el próximo parto. Por ejemplo, si las mujeres se sienten satisfechas con la cesárea, la tendencia es repetir el procedimiento en la próxima gestación; en caso de que la experiencia de la cesárea sea traumática, tienden a mudar de opinión en decisiones futuras⁽¹³⁾.

Estudio realizado en Carolina del Norte, en los Estados Unidos, reveló la creencia de las mujeres de que la decisión por el tipo de parto debe ocurrir a partir de la elección informada que incluya el consejo de sus médicos. Esta evidencia trae, nuevamente, a la luz la influencia del médico en la decisión de la mujer, una vez que, aun no deseando la cesárea, las mujeres estaban repitiendo el procedimiento porque, según las informaciones pasadas por sus profesionales, ellas tenían problemas obstétricos que las imposibilitarían optar por el parto normal⁽¹⁹⁾.

La expectativa de no tener más hijos en caso tenga que someterse a otra cesárea fue re-

velada por una de las participantes después de la experiencia negativa con la cirugía. Su decisión anterior por la cesárea se dio por influencia de personas próximas, siendo sometida a la cirugía con la idea del parto vaginal aún entendido como la mejor opción de parto. Esta evidencia está en conformidad con un estudio que levantó la posibilidad de la mujer sentirse frustrada por haber experimentado la cesárea, cuando, en realidad, deseaba el parto normal⁽¹⁶⁾.

Además de eso, las mujeres que tuvieron problemas de salud y complicaciones obstétricas en el período posparto son menos propensas a hacer la misma elección para el nacimiento del próximo hijo, pues reflexionan sobre sus experiencias y hacen otras elecciones⁽²⁰⁾. Por otro lado, algunas mujeres, aun después de enfrentar dificultades en el parto, no lo consideran como una experiencia negativa. Eso demuestra que dar a luz es una experiencia individual y puede no estar vinculada a su historia obstétrica⁽¹⁷⁾.

Una vez que este estudio fue realizado con mujeres vinculadas a un convenio de salud de una determinada realidad sociocultural, trae una perspectiva de comprensión de la experiencia de la mujer con la cesárea, lo que inviabiliza la generalización de los resultados.

CONCLUSIÓN

La comprensión de la vivencia de la mujer primípara con la cesárea muestra que el miedo del parto vaginal, visto como causador de dolor y sufrimiento, sobrepasa la trayectoria de la mujer de la gestación al puerperio. Ese miedo influencia su expectativa en relación al próximo parto, haciendo que ella continúe eligiendo la cirugía como opción.

Se considera relevante la participación del profesional de salud en la instrumentalización de esa mujer, en el intento de desmitificar tabús

y creencias que envuelven el parto normal. En cuanto a la cesárea, es importante la orientación acerca de las reacciones advenidas de ese tipo de parto y sus implicaciones en el posparto, en lo que dice respecto a la recuperación quirúrgica y las dificultades en el cuidado al recién nacido. Esa instrumentalización puede ser un camino para hacer valer el respeto a la autonomía de la mujer en la decisión sobre el tipo de parto que le proporcionará mayor seguridad.

El abordaje teórico-metodológico de la fenomenología social contribuyó en el sentido de comprender la experiencia de la mujer que se sometió a la cesárea, sobre una perspectiva que valoriza la dimensión social circunscrita en la vivencia de esa mujer.

A los profesionales de salud e investigadores, de resaltar la necesidad de obedecer los factores que involucran la decisión por la cesárea y las consecuencias de esa decisión en la vida de la mujer, en especial, en lo que respecta al cuidado con el recién nacido. En ese sentido, cabe invertir en acciones asistenciales consonantes a las demandas presentadas por la mujer, desde la gestación al período puerperal.

CITAS

1. Machado Junior LC, Sevrin CE, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC, Marcolin M, Caruso P, Awada PF, Giunta RZ, Munhoz W, Sancovski M, Peixoto S. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1): 124-132.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Gestação de alto risco-Manual Técnico*. 5. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Meriandi M, Althabe F. The Global Numbers and

Silva GPS, Jesus MCP, Merighi MAB, Domingos SRF, Oliveira DM. The experience of women regarding cesarean section from the perspective of social phenomenology. *Online braz j nurs* [internet]. 2014 Mar [cited year month Day]; 13 (1):5-14. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4214>

- Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. World Health Organization. [Internet]. 2010 July 09; [Cited 2013 February 14]; Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>
4. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesarianas baseadas em evidências: parte I. *FEMINA*, 2010; 38(8):415-22.
 5. Herculano MMS; Veloso LS, Teles LMR, Oriá MOB, Almeida PC, Damasceno ALC. Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):295-301.
 6. Essen BN, Binder P, Johnsdotter S. An anthropological analysis of the perspectives of Somali women in the West and their obstetric care providers on caesarean birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2011; 32(1): 10-8.
 7. Mazzoni A, Althabe, F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. Women's preference for cesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG*. 2011; 118(4):391-9.
 8. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme FMM. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(5): 1521-34.
 9. Ramvi E, Tangerud M. Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nurs Health Sci*. 2011; 13(3): 269-74.
 10. Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM, Camargo CV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto contexto enferm*. 2012; 21(2): 458-66.
 11. Domingos SRF, Merighi MAB, Jesus MCP. Experience and care for spontaneous abortion: phenomenological study *Online Brazilian Journal of Nursing* [serial on the Internet]. 2011 October 17; [Cited 2012 April 8]; 10(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3236>
 12. Schutz A, Luckmann T. *Las estructuras del mundo de la vida*. 2ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.
 13. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011; 61(3): 376-88.
 14. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Min Enferm*. 2012; 16(2):232-40.
 15. Pires D, Fertonani HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010; 10(2): 191-7.
 16. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a indústria da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012; 22(1): 35-52.
 17. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012. Epub ahead of print].
 18. Sousa L, Pitanguí ACR, Gomes FA, Nakano AMS, Ferreira CHJ. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta paul. enferm*. 2009; 22(6): 741-7.
 19. Romero ST, Carol C. Coulson CC, Galvin SL. Cesarean delivery on maternal request: western North Carolina perspective. *Matern Child Health J*. 2012; 16:725-34.
 20. Shorten A, Shorten B. The Importance of Mode of Birth After previous Cesarean: Success, Satisfaction, and Postnatal Health. *J Midwifery Womens Health*. 2012; 57(2): 126-32.

Contribución de los autores: Concepción y diseño: todos; Análisis e interpretación: todos; Escritura del artículo: todos; Revisión crítica y aprobación final del artículo: Maria Cristina Pinto de Jesus.

Recibido: 21/02/2013
Revisado: 16/03/2014
Aprobado: 16/03/2014