

DECISÃO NO PARTO POR CESARIANA: ESTUDO QUALITATIVO EXPLORATÓRIO

Maria da Luz Ferreira Barros¹, Vitor Franco²

1 Professora Adjunta- Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem
S.João de Deus- Évora- Portugal. TM 917127477

2 Professor Auxiliar- Departamento de Psicologia- Universidade de Évora

Fecha de recepción: 7 de febrero de 2013

Fecha de admisión: 15 de marzo de 2013

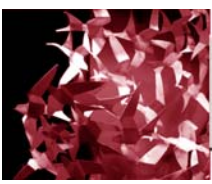
RESUMO

Pretendeu-se compreender a forma como se estabelece a decisão de parto por cesariana tanto de forma programada como não programada e identificar causas e implicações psicológicas dessa decisão. Optou-se por uma metodologia qualitativa que permitisse uma análise aprofundada dos dados e a identificação das relações entre as variáveis. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas entre as 24 e as 72 horas pós parto, a puérperas submetidas a cesariana electiva e de urgência num hospital da região Alentejo em Portugal. Os dados foram colhidos e analisados de acordo com a grounded theory. Através de um exercício de codificação interpretativa e da criação de categorias, percebeu-se que a decisão para parto por cesariana emergiu como categoria central. A decisão médica é que tem maior impacto e o obstetra apresenta-se como agente da tomada de decisão. Compreendeu-se que as tomadas de decisão em obstetrícia são difíceis de interpretar pelas devido ao carácter clínico. Na sua maioria, as mulheres, quando das tomadas de decisão não identificam para si próprias riscos fisiológicos e psicológicos, centrando-se sobretudo nos benefícios e no bem-estar do bebé, não sendo envolvidas nas tomadas de decisão.

Palavras Chave: Cesariana, decisão, cesariana a pedido

ABSTRACT

In this study we intend to understand how it settles the decision of cesarean delivery both a scheduled and non-scheduled, and identify causes and psychological implications of this decision. We opted for a qualitative methodology that would allow a detailed analysis of the data and identify the relationships between variables. Semi-structured interviews were conducted with women



DECISÃO NO PARTO POR CESARIANA: ESTUDO QUALITATIVO EXPLORATÓRIO

between 24 hours and 72 hours post-delivery, mothers undergoing elective and emergency cesarean delivery in a hospital in the Alentejo region in Portugal. Data were collected and analyzed according to grounded theory. Through an exercise in coding and creating interpretive categories, it was realized that the decision for cesarean delivery has emerged as a central category. The medical decision has greater impact, and the obstetrician presents itself as an agent of decision making. It was possible to understand that decision making in obstetrics are difficult to interpret because of the clinical character. Most women, when the decisions do not identify physiological and psychological risks to themselves, mainly focusing on the benefits and welfare of the baby, not being involved in decision making.

Key Words: Cesarean, decision, cesarean on demand.

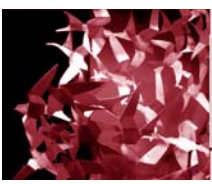
INTRODUÇÃO

A experiência da gravidez e do nascimento, constitui-se como sendo uma experiência individual. Cada mulher tende a vivenciá-la como a maior experiência da sua vida, para a qual foi construindo expectativas. Uma das principais expectativas da mulher relativamente ao trabalho de parto e ao parto relaciona-se com a participação ativa no processo do nascimento (Green & Boston, 2003). Trata-se, efectivamente, de um acontecimento significativo na vida da mulher que confere desenvolvimento pessoal e maturidade. Embora seja maioritariamente esperada e desejada, com a gravidez surge sempre a par da felicidade um certo grau de ansiedade em relação ao parto, mesmo naquelas que já o experienciaram. O comportamento da mulher grávida perante o parto está condicionado pelas expectativas, fantasias, atitudes e pelo sucesso/ insucesso anterior.

A partir da nossa experiência profissional e da pesquisa bibliográfica, apercebemo-nos das altas taxas de cesariana na maioria dos países desenvolvidos, com implicações no aumento da morbidade materna e encargos financeiros em saúde. As distintas práticas do parto constituem nos dias que correm, um assunto complexo nos cuidados em obstetrícia. Numa revisão de literatura, Mc Court et al., (2007), referem que as taxas de cesariana continuam a aumentar em muitos países com acesso a serviços médicos, não estando associado a uma melhoria dos resultados perinatais. O aumento das taxas de cesarina a nível internacional passou a ser um problema de saúde pública atendendo ao seu aumento de 5-7% em 1970 para 25-30% em 2003, mostrando uma tendência contínua de crescimento (Cristilaw, 2006). Refere ainda o autor que se um grande número de partos ocorre por esta via, isso acarreta um efeito subversivo na forma como é visto o nascimento, que é um fenómeno natural. No Brasil a taxa de cesarianas atinge os 70%, sendo que a maioria ocorre no sector privado, de forma programada ainda, que as mulheres mostrem preferência por um parto vaginal. (Potter, Hopkins, Faúndes & Perpétuo, 2008).

Em Portugal começam a surgir algumas preocupações porque as estatísticas revelam também a existência de um elevado número de cesarianas, o que faz com que as taxas tenham ultrapassado largamente os 15% preconizados pela OMS. Em 2007, o valor das taxas de cesariana nos hospitais públicos foi de 34,8% (Alto Comissariado da Saúde, 2008). Numa notícia avançada pela Lusa em 19 de Outubro de 2010, a então ministra da saúde defendeu a redução da taxa de cesarianas em Portugal, que é superior a 35 %, para 20%. Anunciou que o Governo pretendia lançar rapidamente uma campanha de informação para clarificar as vantagens, ou desvantagens de uma cesariana, defendendo que este acto cirúrgico não pode ser feito a pedido.

As grávidas começam a estar mais informadas e envolvidas no seu parto, sendo que em alguns países podem decidir a via do parto. Numa revisão de literatura, (Gamble, Creedy, McCourt, Weaver, & Beake, 2007) concluíram que alguns estudos não avaliam de forma adequada a influência de factores obstétricos e psicológicos quando a mulher decide por cesariana. Consideram ainda que foram também pouco explorados aspectos relacionados com o aconselhamento médico para parto



PSICOLOGÍA POSITIVA: DESARROLLO Y EDUCACIÓN

vaginal, o acesso a vigilância da gravidez, informações dadas pelos técnicos, qualidade no atendimento e aspectos culturais que influenciam a decisão para cesariana. A prática de cesariana a pedido da mulher, sem que haja qualquer indicação obstétrica, é uma questão que necessita ainda de grande debate e análise, dependendo muito da prática clínica e da cultura dos hospitais. Nem todos os clínicos aceitam fazer cesariana a pedido da mulher. De acordo com o estudo elaborado na Noruega, por Fuglenes, et al., (2010) 50% dos obstetras parecia aceitar a decisão da mulher para cesariana electiva. Estas percentagens assemelham-se a dados de investigações anteriores feitas na Europa e nos Estados Unidos da América.

As cesarianas podem ocorrer de forma electivas ou de urgência. Para Wrigth (2010) nas situações de cesariana emergente os efeitos psicológicos adversos para a mulher são essencialmente a percepção negativa do parto e/ou sentimento de perda do que foi planeado. Sawyer & Ayers (2007), concluíram que as experiências negativas do parto tal como a intervenção médica inesperada, dor ou ameaça de morte podem precipitar uma reacção de stress pós traumático em algumas mulheres.

Neste estudo, tivemos a pretensão de encontrar elementos que revelem a forma como se decide o parto por cesariana numa época em que se enfatiza a prática do parto normal e a redução do número de cesarianas. Sendo o parto um fenómeno fisiológico, não se pode ignorar que o número de partos por cesariana continua a aumentar em países desenvolvidos, incluindo Portugal. Será pois pertinente abordar uma temática actual e pouco estudada a nível nacional ou regional, e que parece apresentar dimensões políticas, económicas e culturais sem que se vejam preocupações com os aspectos psicológicos desta experiência de parto na mulher.

Os dados apresentados são parte preliminar de um estudo mais amplo que pretendemos que traga contributos para o conhecimento das implicações psicológicas na mulher, fruto das práticas da obstetrícia actual, nomeadamente no que respeita às questões relacionadas com as tomadas de decisão no parto por cesariana electiva ou de urgência.

MÉTODO

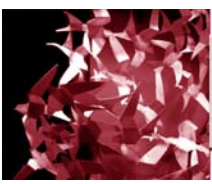
Trata-se de estudo qualitativo e exploratório. Atendendo aos objetivos propostos, à questão de partida e aos fundamentos da investigação qualitativa, optámos por uma metodologia qualitativa que permitisse uma análise aprofundada dos dados e a identificação das relações entre eles. Optámos pela grounded theory por ser uma abordagem metodológica que recorre a uma série de passos que permitem a análise aprofundada, rigorosa e controlada dos fenómenos estudados. Para Fernandes & Maia (2001) a grounded theory é uma metodologia à qual têm vindo a recorrer de forma progressiva os investigadores das ciências sociais e humanas, nomeadamente da psicologia. Entendemos então que é uma metodologia adequada para o nosso estudo, uma vez que pretendemos compreender a natureza de um fenómeno, conhecer o seu dinamismo e complexidade nas vertentes psicológicas, social e humana, pelo que é necessária uma metodologia poderosa.

Na sequência da questão de partida, “qual a influência das expectativas sobre o parto na vivência do parto por cesariana?”, traçamos os seguintes objetivos:

- Compreender a forma como se estabelece a decisão de parto por cesariana tanto de forma programada como não programada;
- Identificar causas que levam à decisão de parto por cesariana;
- Identificar implicações psicológicas dessa decisão.

Amostra

Optámos por uma amostra de conveniência, constituída por cinco puérperas internadas no hospital de Beja, um dos hospitais da região Alentejo, entre as 24 horas e as 72 horas após o parto por cesariana. Destas cinco mulheres, duas tiveram parto por cesariana de urgência e três tiveram cesa-



DECISÃO NO PARTO POR CESARIANA: ESTUDO QUALITATIVO EXPLORATÓRIO

riana programada. Foram critérios de exclusão a gravidez patológica, parto pré- termo, parto gemelar e morte fetal.

Instrumento

De agosto a novembro de 2012 realizámos entrevistas semiestruturadas. Considerou-se que, para melhor compreensão do comportamento humano, o recurso a uma metodologia de carácter qualitativo permitiria conhecer as experiências das pessoas a partir dos seus relatos e caminhar num contexto de descoberta, de descrição e compreensão.

Procedimento

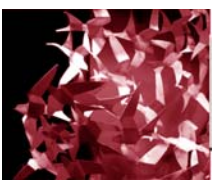
Foram assegurados todos os procedimentos éticos, tendo sido obtidas as autorizações por parte dos conselhos de administração dos hospitais, com base no parecer das comissões de ética. Antes de iniciarmos as entrevistas, foram apresentados os objectivos do estudo e pedido o consentimento para proceder à gravação das respostas, assegurando sempre o sigilo.

Procuramos que a primeira questão levasse os participantes a explorar de forma clara os aspectos relacionados com o parto, e a refletir sobre eles, permitindo assim que a informação transmitida fosse relevante. Iniciamos a entrevista com a questão: “Como desejou que fosse o seu parto?”. Assim, abrimos caminho para explorar a forma como se constroem as expectativas acerca do parto e conhecer a sua importância. Perguntamos também, “Que diferenças sentiram entre o que esperava e o que aconteceu?” As entrevistas foram transcritas e os dados sistematicamente analisados, tal como determina o método, iniciando-se a interacção com os dados. A análise foi feita linha a linha, gerando as categorias iniciais. Este procedimento também denominado microanálise, consiste na “*análise detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais (com as suas propriedades e dimensões) e para sugerir relações entre as categorias; uma combinação de codificação aberta e axial*” Strauss e Corbin (2008:65).

Seguimos os princípios de Strauss e Corbin (1998) quando referem que a análise dos dados de acordo com a grounded theory é um processo criativo, devendo o investigador deixar que os dados falem por si, saber ouvi-los e interpretá-los. A fase de análise dos dados ocorreu de forma simultânea com a colheita, sendo feita uma segmentação e codificação dos mesmos. Os códigos foram atribuídos após a leitura de cada linha sendo que sujeitamos os dados a vários questionamentos, considerando o que se pretende compreender no estudo, ajustando-nos sempre ao que os dados nos revelavam. Foi um exercício que exigiu tempo, concentração e rigor. Este tipo de codificação, denominada codificação aberta, é entendida por Strauss e Corbin (1998) como um processo de separação, análise e comparação sistemática dos dados, para identificar semelhanças e diferenças, resultando num considerável número de códigos que posteriormente geraram categorias e subcategorias.

A análise e comparação constantes permitiram aperfeiçoar e clarificar conceitos, facilitando o seu agrupamento de acordo com as semelhanças conceptuais, em acontecimentos, causas e acções. Este exercício de comparação constante consistiu em comparar os incidentes e identificar propriedades e dimensões nos dados com base na informação recolhida na literatura científica, seguindo assim a ideia de Strauss e Corbin (2008) quando referem que “*fazemos comparações teóricas com base no que sabemos, seja pela própria experiência, seja pela literatura,*” (p.99).

Redigimos memorandos onde eram registados ideias e conceitos que permitiam uma melhor análise dos dados subsequentes. Procedemos a codificação aberta que, de acordo com Strauss e Corbin (2008), consiste num processo analítico que permite a identificação de conceitos e descoberta das suas dimensões e propriedades. Procedemos também à codificação axial que, para os mesmos autores, é o processo que permite relacionar as categorias e subcategorias ocorrendo em torno de um eixo de uma categoria onde se associam categorias ao nível de propriedades e dimensões.



RESULTADOS

Através de um exercício de codificação interpretativa e da criação de categorias, a decisão para parto por cesariana emergiu como categoria central. A decisão médica tem maior impacto e o obstetra apresenta-se como agente da tomada de decisão. As mulheres, apesar das experiências vividas e das expectativas criadas para o parto tendem a não expressar verbalmente o seu desejo pelo tipo de parto, parecendo não estar muito envolvidas nas tomadas de decisão reconhecendo credibilidade nas razões apresentadas pelo obstetra e que levam à decisão, tanto para a cesariana eletiva como para a cesariana de urgência.

“Não entrava em trabalho de parto e tinha que ser cesariana”.

“... desde que corra tudo bem e que ficamos as duas bem, ...”

“... o dr disse que tinha que ser cesariana.”

A decisão para cesariana por parte do obstetra assenta num intervalo de tempo bem definido, sendo sobretudo sustentada por diversos aspectos obstétricos. Ao longo da vigilância da gravidez, o obstetra pode alertar para a necessidade de cesariana ou programar o parto por cesariana mesmo antes do termo, nomeadamente se o exame ecográfico revelar que o feto se apresenta em posição pélvica, se for diagnosticado oligoamnios, macrossomia fetal, e se a idade gestacional for duvidosa suspeitando gravidez prolongada. Ressalta dos dados que, durante a gravidez, a programação da cesariana feita pelo obstetra é sustentada nos antecedentes obstétricos, nomeadamente na cesariana anterior e nas avaliações ecográficas, que posteriormente são sujeitas a reavaliação aquando da admissão na maternidade. O obstetra também pode decidir por cesariana de forma urgente, se durante o trabalho de parto surgirem complicações que levem à necessidade de cesariana, nomeadamente, sofrimento fetal agudo, trabalho de parto prolongado em situações de gravidez de risco ou se houver falha da 2ª tentativa de indução do parto.

A mulher não é envolvida na tomada de decisão e, perante a decisão, ela necessita compreendê-la reagindo de diversas formas. Globalmente, se a decisão é tomada ainda durante a gravidez, e se a mulher nunca experienciou parto normal, manifesta tristeza por não poder passar por essa experiência mas pensa no bem-estar do bebé, na prevenção de complicações para o bebé e para a mãe, não contestando a decisão médica.

“O facto de ser cesariana foi uma opção que me deixou tranquila.”

Se a cesariana ocorre de forma urgente por 2ª tentativa de indução falhada, ou sofrimento fetal agudo, a mulher quando é informada de que terá que fazer cesariana sente alívio.

“Sinceramente, quando me disseram que era cesariana, nessa altura eu queria mesmo que fosse cesariana porque eu já estava farta”.

Se a cesariana é programada, a mulher tende a aceitar bem e mentaliza-se para o acontecimento.

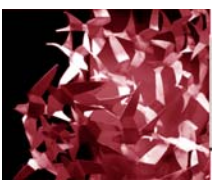
“Não foi um choque muito grande de ficar como algumas mulheres ficam muito tristes.”

“... reagi bem por acaso.” “Mentalizei-me.”

A mulher que já teve cesariana anterior tende a aceitar a decisão de cesariana no parto subsequente ainda que a justificação dada seja apenas por ter cesariana anterior centrando a sua preocupação no bem-estar do bebé. Foi também revelado por quem já teve cesariana anterior, o medo de complicações advindas do parto por via baixa. Embora desejasse este tipo de parto, temem-se algumas complicações, nomeadamente a necessidade de fórceps ou ventosa, por risco de complicações para o bebé, o que contribui para a aceitação e não contestação da decisão médica para cesariana.

“Assustava-me não era o parto eutócico, mas era depois os distócicos, ou seja a aplicação de ventosa ou de fórceps”.

Assim, percebeu-se que embora haja o desejo para um parto normal, as mulheres aceitam a decisão médica por cesariana, sendo capazes de explicar as causas dessa decisão, mas não é clara a forma com as compreendem.

**DECISÃO NO PARTO POR CESARIANA: ESTUDO QUALITATIVO EXPLORATÓRIO**

“Como também já tinha uma cesariana anterior a dr achou, se calhar por bem, fazer-se a cesariana e não estar mais tempo á espera”.

“O médico depois disse que não podia induzir outra vez, e que se não evoluísse teria que ser cesariana”.



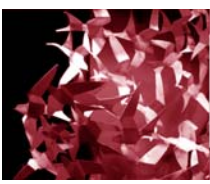
Figura 1. Diagrama representativo dos aspectos envolvidos na tomada de decisão para parto por cesariana.

DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos, foi possível perceber que nesta amostra a tomada de decisão para parto por cesariana é exclusiva do obstetra, verificando-se que a mulher não é envolvida nela e não se sente responsável pelo que se decide. No entanto no estudo de Ryding (1993) verificou-se que as mulheres que pediam cesariana sem indicação médica apontavam motivos pessoais por vezes fruto de traumas psicológicos, como por exemplo, abuso sexual e experiência anterior de parto traumático.

A mulher, durante a gravidez, gosta de ser informada pelos técnicos de saúde sobre o desenvolvimento da sua gravidez. No estudo de Lagan et al., (2010) metade das participantes expressou insatisfação com as informações fornecidas pelos clínicos tendo ficado desapontadas com a falta de disponibilidade para fazer perguntas. Na nossa amostra, as mulheres consideram que a informação dada pelos obstetras acerca da decisão por cesariana, tanto durante o período de vigilância da gravidez como em casos de urgência, é suficiente e esclarecedora, aceitando o que é decidido. No entanto, quando questionadas sobre essas decisões, nem sempre foram capazes de as explicar claramente e identificar as vantagens e as desvantagens da cesariana. Numa revisão que teve como objetivo verificar a quantidade de informação dada às mulheres sobre parto por cesariana durante o período pré-natal, Cochrane (Horey et al., 2004) concluiu que as mulheres que foram corretamente orientadas sobre os benefícios e os riscos apresentavam maior predisposição para pensar no parto vaginal como alternativa mais segura. As mulheres mostram preferência pelo parto normal, mas conformam-se quando são submetidas a cesariana, o que corrobora com os dados do estudo de Potter et al., (2008) onde se verificou que mais de um terço das mulheres tinham manifestado preferência por um parto vaginal, porém, aderiram a uma cesariana programada, o que fez levantar a questão, por que motivo terão as mulheres renunciado a um tipo de parto que era da sua preferência em favor da cesariana?

De salientar ainda que, nas mulheres que entrevistamos, a maioria não fez referência aos riscos desta intervenção cirúrgica. Identificam-se como complicações mais frequentes a hemorragia pós



PSICOLOGÍA POSITIVA: DESARROLLO Y EDUCACIÓN

parto, por vezes com necessidade de transfusão sanguínea, endometrite, infecção do trato urinário, infecção e da ferida operatória, deiscência da sutura, abscesso pélvico hematoma pélvico e fenómenos tromboembólicos. (Hadar, Melamed, Tzadikévitch-Geffen & Yogev, 2011).

Os resultados obtidos confirmam alguns dados encontrados noutros estudos nomeadamente no que respeita à indução do parto. Para Jonhson et al., (2003), o número de induções aumenta o número de partos por cesariana. Referem também os autores que o risco benefício é tido em conta pelos obstetras verificando-se que um número cada vez maior destes profissionais com pouca experiência clínica, não pretende correr riscos, recorrendo a cesariana ainda que as causas não a justifiquem de todo.

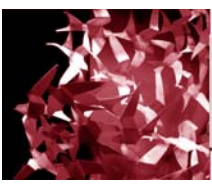
Para melhor compreensão do fenómeno, são necessários também estudos nos hospitais privados onde as taxas de cesariana são mais elevadas. No ano de 1999, a taxa de cesarianas nos hospitais centrais em Portugal foi de 27% tendo sido de 53,1% nos hospitais particulares (Reynolds, et al. , 2004).

CONCLUSÃO

Apesar de estarmos a trabalhar com uma amostra pequena, foi possível compreender que as tomadas de decisão em obstetrícia são difíceis de interpretar, atendendo ao seu carácter clínico e médico-legal. As mulheres, quando das tomadas de decisão por parte do obstetra, não identificam para si próprias riscos fisiológicos e psicológicos, centrando-se sobretudo nos benefícios imediatos e no bem-estar do bebé, não sendo envolvidas nas tomadas de decisão. Há necessidade de melhor esclarecimento das grávidas para que possam criar expectativas para o parto assentes numa construção de conhecimentos fornecidos pelos técnicos de saúde, de forma individualizada, proporcionando-lhes capacidade crítica e interventiva face à decisão para o parto. Assim, face ao número elevado de cesarianas, parece necessária melhor educação/ informação para as grávidas, esclarecendo sobre os riscos e benefícios da cesariana, e promover o seu envolvimento nas tomadas de decisão sobre o tipo de parto.

Referências

- Alto Comissariado da Saúde. (2008). Indicadores atuais do PNS. disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/10/mcm-curia-out2008.pdf> (acedido em 10 de abril de 2010).
- Cristilaw, J., E. (2006). Cesarean section by choice: Constructing a reproductive rights framework for the debate. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* .94: 262 -268.
- Fernandes, E., M. & Maia, A. (2001). Grounded theory. In Fernandes, Eugénia M., Almeida L., S., ed. - *Métodos e técnicas de avaliação : Contributos para a prática e investigação psicológicas*. Braga: Universidade do Minho. Centro de estudos em educação e psicologia. 49-76 ISBN 972-8098-98-7.
- Fuglenes, D., Oian, P., D, Guyrd-Hansen., Olsen, J., A., & I., S., Kristiansen.(2010). Norwegian obstetricians' opinions about cesarean section on maternal request: should women pay themselves? *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 89: 1582–1588.
- Gamble, J., Creedy, D., McCourt, C., Weaver, J. & Beake, S. (2007). A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth* 34:4. December, 331-340.
- Green, J., M. & Bastom, H., A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlation and consequences. *Birth* 30: 235-47.
- Hadar, E., Melamed, N., Tzadikévitch-Geffen, K., & Yogev, Y. (2011). Timing and risk factors of maternal complications of cesarean section. *Arch Gynecol Obstet*, 283:735-741, Retirado em . Doi 10.1007/500404-010-1450-0

**DECISÃO NO PARTO POR CESARIANA: ESTUDO QUALITATIVO EXPLORATÓRIO**

- Horey, D, Weaver J, Russell H (2004) Information for pregnant women about caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD003858.
- Johnson, D.,P., Davis ,N.,R., Brown, A.,J.(2003). Risk of caesarean deliveryafter induction at term in nulliparous women with an unfavorable cervix. *American Journal Obstetrics & Gynecology*.188: 1565–1572.
- Lagan, B., M., Sinclair, M., Kernohan, W., G. (2010). Internet use in pregnancy informs women's decision making:a webbased survey. *Birth* 37(2): 106–15.
- McCourt, C., Weaver,J.,Stathan, H.,Beake, S., Gamble, J. &Creedy.,D. (2007). Elective cesarean section and decision making: A critical review of the literature. *Birth* 34:1, 65-79.
- Potter, J., E.,Hopkins, K.,Faúndes,A.&Perpétuo, I.(2008).Women's Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale. *Birth* 35:1
- Reynolds, A., Campos, D., Costa, M., Santos, C., Campos, I., & Montenegro, N. (2004). Influência das três medidas organizativas na redução da taxa de cesarianas de um hospital de apoio perinatal diferenciado. *Acta Médica Portuguesa*, 17:193-198.
- Ryding, E.,L. (1993). Investigation of 33 women who demanded CS for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* .72:280–285.
- Sawyer, A.,& Ayers, S. (2009). Pós traumatic growth in women after childbirth. *Psychology and Health*. Vol 24, 4 :457-471.
- Strauss,A., Corbin, J. (1998). *Basic qualitative research. Techniques and procedures of developing grounded theory(2ª ed)*. London: SAGE Publications.
- Strauss,A., Corbin, J. (2008).*Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada (2ª ed)*.Porto Alegre: Artemed.
- Wright,K.(2010). Cesarean section; Adverse maternal and neonatal outcomes. Evidence based.- Care Sheet. *Published by Cinhal Information Systems*.