

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ELIETE DOS REIS CARVALHO

PROCESSO PARTURITIVO: EXPECTATIVA, EXPERIÊNCIA DE  
PARTO E ENVOLVIMENTO FAMILIAR SOB O OLHAR DA  
MULHER

MARINGÁ  
2017

ELIETE DOS REIS CARVALHO

PROCESSO PARTURITIVO: EXPECTATIVA, EXPERIÊNCIA DE  
PARTO E ENVOLVIMENTO FAMILIAR SOB O OLHAR DA  
MULHER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rute Grosso Milani  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sônia Silva Marcon

MARINGÁ  
2017

**ELIETE DOS REIS CARVALHO**

**PROCESSO PARTURITIVO: EXPECTATIVA, EXPERIÊNCIA DE PARTO  
E ENVOLVIMENTO FAMILIAR SOB O OLHAR DA MULHER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro  
Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em  
Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

**COMISSÃO JULGADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rute Grosso Milani  
Centro Universitário de Maringá (Presidente)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr. Tiago Franklin Rodrigues Lucena  
Centro Universitário de Maringá

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Antonia Ramos Costa  
Universidade Estadual do Paraná

Aprovado em: 03 de fevereiro de 2017.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho  
À Deus, ao meu esposo, à meus pais, à minha  
irmã e à toda minha família que sempre  
acreditou e torceu por mim, sendo meu  
alicerce em todos os momentos da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por me guiar, por me conduzir, e por me dar sabedoria e discernimento em todas as minhas ações.

Ao meu esposo Edimar, minha vida, que não hesitou em momento algum sua grande e valiosa ajuda, incentivando-me, dando-me força para continuar nas longas madrugadas, finais de semana e feriados, além de suportar meus transtornos de humor com tanta paciência. Você muitas vezes acreditou mais em mim do que eu mesma, fortaleceu-me e viveu comigo as minhas dores e minhas alegrias, agora nossa vitória.

Agradeço à minha orientadora Rute Grossi Milani, que no meio do caminho me acolheu com toda generosidade, carinho e dedicação, transmitindo exitosamente seus conhecimentos científicos, direcionando-me e me fazendo acreditar que era possível, respeitando sempre minhas opiniões. A você, professora, todo meu respeito e admiração enquanto profissional e principalmente como ser humano.

À minha coorientadora Sonia Silva Marcon, que mesmo sem me conhecer aceitou me ajudar com sua experiência incrível e admirável.

À professora Regiane da Silva Macuch que me acolheu, amparou e me direcionou em muitos momentos difíceis, obrigada por ser este ser humano cheio de sensibilidade e luz.

À banca examinadora, Professora Doutora Rute Grossi Milani, Professora Doutora Maria Antonia Ramos Costa, Professora Doutora Regiane da Silva Macuch e Professor Doutor Tiago Franklin Rodrigues Lucena, pelo tempo e atenção a mim dispensados e pelas valorosas contribuições a esse trabalho.

À minha família que torceu e orou por mim durante esses dois anos, entendendo minha ausência.

À minha amiga Bruna, que com sua doçura me ajudou e me socorreu tantas vezes e que mesmo tão jovem me deu tantos conselhos, o melhor presente que o mestrado me deu, sua amizade.

À todas as gestantes que participaram da pesquisa, dispensando seu tempo a mim, as quais me ensinaram a ter um olhar mais humano e acolhedor durante minha prática profissional.

À todas as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram nessa caminhada.

“Na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

Paulo Freire

## **Processo parturitivo: expectativa, experiência de parto e envolvimento familiar sob o olhar da mulher atendida em unidade básica de saúde**

### **RESUMO**

A gestação é o período que compreende a concepção até o momento do parto, um acontecimento único e complexo, visto que a mulher vivencia modificações biológicas, psicológicas e sociais intensas, que influenciam na constituição da maternidade e no desenvolvimento da criança, o que requer uma atenção maior da equipe de saúde, ações e programas específicos. A pesquisa teve como objetivo compreender a expectativa, a experiência de parto e a percepção do envolvimento familiar no processo parturitivo. A dissertação foi apresentada em dois artigos a partir dos dados obtidos. Foi utilizado o método exploratório-descritivo, longitudinal com foco qualitativo, a amostra foi composta por 16 mulheres que realizaram o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. Dois roteiros foram elaborados para a realização das entrevistas, a primeira no 3º trimestre de gestação e a segunda durante o puerpério. Em geral as expectativas foram de dor e permeadas pelo medo, sendo as mães e as amigas que mais influenciaram na escolha da via parto. Do total de mulheres 10 vivenciaram o parto desejado e 12 relataram que a experiência foi satisfatória. O parto normal foi a via mais desejada. Para as que não realizaram o parto normal pretendido, foi evidenciado um sentimento de frustração e insatisfação. Entretanto, quando houve orientação e atendimento acolhedor pela enfermagem, juntamente com sua equipe, mesmo não vivenciando o parto planejado, as experiências relatadas foram percebidas com um melhor enfrentamento. A presença do acompanhante foi identificada em todos os partos, sendo o cônjuge a figura mais desejada e presente. O suporte materno das mulheres foi relatado principalmente nos cuidados com o bebê no pós-parto. Conclui-se que o convívio familiar é relevante no desejo e desfecho do parto, portanto, a equipe de saúde envolvida na assistência à saúde materno-infantil deve respeitar as experiências familiares e sociais, proporcionando segurança e buscando garantir a assistência integral à saúde familiar. As mulheres e seus familiares necessitam de uma preparação para o parto mais efetiva, visto a necessidade de enfrentamento de um momento único na vida familiar, no qual a promoção da saúde deve ser o ponto de partida para estas ações.

**Palavras-chave:** Gestante. Promoção da saúde. Relações familiares. Via de parto.

# **Parturition process: expectation, experience of childbirth and family involvement as seen by women assisted by a basic health unit**

## **ABSTRACT**

Gestation is the period from conception to delivery, a unique and complex event, since the woman experiences intense biological, psychological and social changes that influence the constitution of motherhood and the development of the child. Such period demands greater attention from the health team as well as specific actions and programs. This research aimed to understand the expectation, the experience of childbirth and the perception of family involvement in the parturition process. The dissertation is presented in two papers with the data obtained. Exploratory-descriptive, longitudinal method with qualitative focus was used, with a sample composed of 16 women who underwent prenatal care at the Requião / Guaiapó Basic Health Unit in the city of Maringá. Two scripts were prepared for the interviews, one in the third trimester of pregnancy and the other during the puerperium. In general, expectations were painful and permeated by fear, with mothers and friends being the most important people in choosing delivery method. 62% experienced the desired delivery method and 73% reported the experience as satisfactory. Normal delivery was the most desired route. For those who did not have the normal delivery as expected, there was a feeling of frustration and dissatisfaction. However, when there was guidance and welcoming care by the nursing staff, even when the planned delivery method was not used, the reported experiences are perceived as better coping. The presence of companion was identified in all deliveries, with the spouse being the most desired and present figure. Maternal support was reported primarily in postpartum baby care. Family life is relevant to the desire and outcome of childbirth. Therefore, the health team, especially the nursing staff involved in maternal and child health care, must respect family and social experiences, providing security and seeking to ensure integral care to family health. It is concluded that women and their families need a more effective preparation for childbirth by health professionals, given the need to face a unique moment in the formation of a new family, in which health promotion must be the starting point for these actions.

**Keywords:** Pregnant woman. Health promotion. Family relationships. Delivery method.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 Objetivos.....	12
1.1.1 Objetivo geral .....	12
1.1.2 Objetivos específicos.....	12
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>13</b>
2.1 A maternidade.....	13
2.2 Assistência ao pré-natal.....	15
2.3 Via de parto .....	18
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
3.1 Local e realização da pesquisa.....	23
3.2 População e amostra .....	23
3.3 Instrumentos e procedimentos de coleta.....	23
3.4 Análise dos dados .....	24
3.5 Aspectos éticos .....	25
<b>4 ARTIGO 1</b> .....	<b>26</b>
<b>5 Normas do Artigo 1</b> .....	<b>46</b>
<b>6 ARTIGO 2</b> .....	<b>55</b>
<b>7 Normas do Artigo 2</b> .....	<b>72</b>
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	<b>75</b>
<b>9 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>77</b>
<b>10 ANEXOS</b> .....	<b>82</b>
10.1 ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ....	83
10.2 ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	85
<b>11 APÊNDICE</b> .....	<b>89</b>
11.1 APÊNDICE 1- ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	90

# 1 INTRODUÇÃO

A gestação é o período que compreende a concepção até o momento do parto, um acontecimento único e complexo, visto que a mulher vivencia modificações biológicas, psicológicas e sociais intensas, que influenciam na constituição da maternidade e no desenvolvimento da criança (PISONI et al., 2014).

Com o objetivo de assistir a mulher em todo seu ciclo de vida, priorizando o período gestacional, foram implementadas, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), várias estratégias. Destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Mulher, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e a Rede Cegonha na busca de um atendimento integral e humanizado e a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde, que se configura como um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança e tem como objetivo promover a saúde e reduzir os índices de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Entretanto, mesmo com os avanços na melhoria da atenção à gestante, parto e nascimento e do acesso universal ao pré-natal, o país tem um grande desafio em relação à mortalidade materna. Conforme recomendação da Organização das Nações Unidas, deveria ter havido redução de 75% a mortalidade materna até o ano de 2015 (ONU, 2000; FEBRASGO, 2014).

Os menores índices de mortalidade perinatal correspondem aos países com indicadores de cesarianas abaixo de 15%, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015). Entre os países que estão com as taxas de cesárea mais elevadas, encontra-se o Brasil (57%), índice que vem aumentando gradativamente nos últimos anos. Na cidade de Maringá, no ano de 2014, segundo DATASUS, 80% dos partos foram cirúrgicos (BRASIL, 2016).

Conforme dados epidemiológicos brasileiros, no ano de 2014, foram a óbito 1624 mulheres no período gestacional, parto ou puerpério (BRASIL, 2016). Segundo a World Health Organization - WHO (2009), as complicações maternas são a segunda causa de morte no mundo em mulheres entre quinze e quarenta e quatro anos, faixa etária que compreende o período reprodutivo da mulher. Essas complicações podem ser exemplificadas pela existência de doenças sexualmente transmissíveis, abortos e infecções puerperais.

As complicações maternas são observadas com maior frequência após a realização da cesariana. A ocorrência de infecções puerperais está diretamente relacionada à realização de

procedimentos cirúrgicos, complicações anestésicas, lacerações viscerais e febre que podem levar a mulher a óbito (MORAES, 2013).

O Programa Nacional de Humanização ao Parto e Nascimento preconiza o atendimento humanizado durante a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, proporcionando ambientes favoráveis e acolhedores, visto que é dever das unidades de saúde receberem com dignidade a mulher, adotando medidas benéficas para o acompanhamento do parto e pós-parto e evitarem práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2014).

Para auxiliar esse momento ímpar das gestantes, os profissionais de saúde atuam na educação e saúde durante a gestação, parto e puerpério, a fim de propiciar momentos de orientação individual e em grupos de gestante. Esse espaço deve contemplar informações fundamentais para o fortalecimento do pré-natal de qualidade, bem como preparar a gestante para o parto e puerpério, com o intuito de proporcionar subsídios para o enfrentamento dos desafios no momento do parto (SOUZA et al., 2011).

Mediante tais considerações, percebe-se que o período gravídico e puerperal é uma experiência que acarreta sentimentos e escolhas que envolvem a saúde da gestante e a do bebê, e a via de parto escolhida pela mulher e vivenciada por ela pode interferir nessa experiência. A literatura descreve que a dor, o medo, influencias familiares e sociais, experiências anteriores, recuperação, maior protagonismo da mulher e a via de parto considerada pela gestante melhor para mãe e bebê são fatores que influenciam a escolha da via de parto (LAGOMARSINO et al., 2013; BITTENCOURT et al., 2013; SILVA et al., 2014).

O envolvimento familiar durante a gestação é fundamental para que a gestante se sinta amparada para a tomada de decisões, de modo que a equipe de saúde deve proporcionar e fortalecer a inserção de um acompanhante de sua escolha durante todo o período gravídico puerperal e, quando essa escolha é o pai do bebê, também possibilitará aumentar o vínculo pai-filho (PELÁEZ; GALLEGU, 2014).

A escolha pela via de parto é uma das maiores preocupações que permeia o final da gestação. Todavia, nota-se a escassez de estudos que busquem apreender na mesma mulher, enquanto gestante, a expectativa em relação à via de parto e a vivência real do parto atual durante o período puerperal. É possível que as expectativas das gestantes não sejam atendidas durante o processo parturitivo.

Com o aumento das taxas de parto cirúrgico, torna-se fundamental a realização de estudos sobre as expectativas em relação ao tipo de parto desejado pelas gestantes que busquem identificar se essas escolhas sofrem interferências, se são respeitadas pelos

profissionais de saúde e como foi a experiência do parto. Nesse sentido, o presente trabalho, ao proporcionar tais informações, poderá auxiliar na elaboração de práticas voltadas à redução da morbimortalidade materno-infantil que visem à promoção da saúde.

A presente dissertação compõe-se pela revisão da literatura, procedimentos metodológicos, seguida por dois artigos contendo os resultados e discussão, o primeiro apresenta os resultados referentes à expectativa de parto da gestante no final da gestação e a vivência do seu desfecho de parto, e o segundo os resultados acerca da compreensão da participação familiar e social no processo parturitivo.

## 1.1 Objetivos

### 1.1.1 Objetivo geral

Identificar a expectativa da via de parto e o envolvimento familiar no processo parturitivo, na percepção da mulher

### 1.1.2 Objetivos específicos

Analisar a expectativa de parto da gestante no final da gestação e a vivência parturitiva;

Compreender a experiência da mulher em relação a via de parto;

Descrever a percepção de mulheres sobre a participação familiar no processo parturitivo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A maternidade

A mulher tem uma capacidade reprodutiva que é considerada um potencial biológico natural, para muitas um ato implacável quando desejado, ainda existem influências culturais que interferem na vida da mulher, como o papel de mãe experimentado desde a infância pelas meninas, as quais ao brincarem com suas bonecas realizam os cuidados essenciais como alimentação, banho e as trocas de roupas. Com o passar dos anos a construção da maternidade torna-se relevante e a mulher aprende que deve ser amável, equilibrada, acolhedora, compreensiva o tempo todo, construindo um modelo ideal de mãe perfeita (ARRAIS, 2005).

No entanto, para muitas mulheres, a maternidade está acontecendo cada vez mais tarde, realizações pessoais como a carreira profissional torna-se prioridade e na busca de atingir seus objetivos pessoais o desejo de ser mãe acaba por ficar em segundo plano, porém para outras mulheres a gravidez acontece precocemente, mesmo sem planejamento. O fato de descobrir que está gerando um bebê pode ser percebido como conquista, obrigação, medo do desconhecido e da incapacidade de cuidar de um ser que será totalmente dependente (PICCININI et al., 2008).

O período gestacional traz diversas mudanças na vida da mulher, transformações fisiológicas, sociais e psicológicas acontecem gradativamente. O corpo e o estado psíquico passam então por alterações intensas e marcantes que poderão ser vivenciado de maneira singular, porém exigem um esforço e adaptação de equilíbrio o qual se constitui em um complexo desafio, tornando-se uma experiência única em sua vida (SILVEIRA; FERREIRA, 2011).

Para algumas mulheres as mudanças psicológicas podem ocorrer de maneira distinta e vivenciada com maior ou menor significado, as emoções e sentimentos são percebidas e manifestadas de forma única em cada mulher. Segundo Szejer e Stewart (1997), a mesma mulher pode perceber essas mudanças de forma diferente em cada gestação, o que nos leva a pensar que cada gravidez tem seu momento, sua particularidade e que se justifica pela nova vida que está sendo gerada.

Nesse contexto, a gravidez envolve um intenso trabalho por parte da mulher, exigindo que esta se adapte a todas essas mudanças que abrangem as relações sociais, familiares, trabalho, amigos, as transformações do corpo como o aumento das mamas, peso da barriga,

hormônios e principalmente as psicológicas como o medo, a insegurança e a criação de um novo tipo de amor, o vínculo com o bebê (PICCININI et al., 2011).

Segundo estudo de Piccinini et al. (2008), que investigou os sentimentos das gestantes sobre a maternidade entre o período gestacional e a constituição da maternidade, os sentimentos apresentados em relação às transformações físicas e emocionais refletem a percepção de que elas já não são mais as mesmas e que sua função no mundo mudou. Os autores destacam que todas as transformações tanto individuais como relacionais se fazem necessárias para a constituição do espaço psíquico do bebê.

Nesse cenário, a gestante encontra-se em um novo mundo, se preparando para dar a vida a um novo ser, um bebê que é totalmente seu dependente. Para Winnicott (2012), nesse momento se inicia a fase da preocupação materna primária que é definido pelo autor como um estado psicológico da mãe muito especial, pois a gestante passa a se adaptar às necessidades básicas do seu bebê tornando-se mais sensível a essas.

A preocupação materna primária é um estado da mãe que tem início na gestação e torna-se mais acentuado nos últimos meses da gravidez e pode se alongar até as primeiras semanas ou meses após o nascimento do bebê, fase em que a mãe-filho entra em uma sintonia tão sutil que possibilita a gestante saber as necessidades vitais do seu bebê (WINNICOTT, 2012).

Diante disso, as expectativas da mãe referentes a essa gestação e ao seu filho que está sendo gerado são baseadas em um bebê imaginário, que envolvem a maneira como ele se movimenta dentro da barriga da mãe, o sexo, a escolha do nome e as características psicológicas que lhes são atribuídas. Essas expectativas acontecem mesmo naquelas mulheres que passaram por gestações anteriores (SZEJER; STEWART, 1997).

Para Arrais (2005), o mundo interno da mulher, bem como sua estrutura emocional, são mais influenciados pelo mundo externo do que as próprias mulheres podem imaginar o que leva a pensar que a maternidade tem como cenário a cultura e o momento histórico em que estão inseridas. Nos dias atuais a pressão social que a mulher sofre acumulando várias funções faz com que ela se sinta incapaz de ser uma boa profissional e uma boa mãe, o que desencadeia um sentimento de incapacidade e medo que pode levar a alterações psicológicas como a depressão pós-parto.

Com essas imposições sociais, algumas gestantes sentem-se despreparadas para se tornarem mães. Segundo Greinert e Milani (2015), o sentimento de despreparo e de incapacidade da mulher diante da maternidade é um fator preponderante para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Nessa perspectiva os profissionais de saúde devem

ter um olhar integral para a mulher durante o período gravídico-puerperal, se atentando às necessidades que vão além do estado biológico, abrangendo as necessidades psicológicas e sociais desta mulher.

## 2.2 Assistência ao pré-natal

O Ministério da Saúde define como principal objetivo do pré-natal acolher a mulher do início da gravidez até o fim da gestação, garantindo bem-estar materno e neonatal que assegure o nascimento saudável da criança, aborde aspectos psicossociais e atividades preventivas e educativas e tenha como configuração um atendimento acolhedor que proporcione um vínculo entre o profissional de saúde e a gestante, favorecendo a construção de uma relação de confiança (BRASIL, 2014).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento veio ao encontro da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pois visa assegurar um acesso digno e de qualidade às gestantes e recém-nascidos. Em 2000, o Governo Federal lançou um programa que tem como objetivo primordial garantir a melhoria do acesso, proporcionar o acompanhamento do pré-natal com cobertura e qualidade assim como a assistência ao parto e puerpério contribuindo para a redução de morbimortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, tornando-se um marco da saúde materno-infantil que em 2004 foi concretizado com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2014).

Na busca de um redirecionamento de modelo de atenção, destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica que tem como prioridade a Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa estratégia atua em especial nas ações de promoção da saúde das famílias, no cuidado integral e na responsabilidade sanitária, impondo assim a necessidade de mudanças, exigindo dos profissionais da saúde e usuários a autonomia, capacidade de análise e intervenções para práticas transformadoras na atenção básica, elegendo entre outras, ações específicas ao período gravídico puerperal (BRASIL, 2012).

Com a necessidade de implantação e implementação das diretrizes e ações voltadas à promoção da saúde, no ano de 2006, o governo federal aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Essa política foi reformulada em 2014, tendo como objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, aumentando a potencialidade da saúde individual e coletiva, na busca de diminuir a vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes econômicos, políticos, sociais, culturais e ambientais.

A Rede Cegonha é a estratégia mais recente lançada pelo Ministério da Saúde que visa estruturar e organizar a saúde materno-infantil que amplia o acesso ao atendimento, preconiza o acompanhamento no período gestacional e parto, realiza o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, puerpério, bem como a assistência da criança do nascimento até os 24 meses de vida e busca garantir o crescimento e desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2011).

Entre as ações que compõem a Rede Cegonha, destaca-se o pré-natal, que envolve atividades multiprofissionais direcionadas ao período gestacional. Portanto, são realizadas consultas e exames preconizados pelo Ministério da Saúde que visa detectar as gestações de alto risco e o seu devido acompanhamento, juntamente com ações educativas para a gestante e acompanhante, visitas domiciliares, vacinação e acompanhamento do crescimento fetal. Nesse contexto, é ideal captar a gestante precocemente (BRASIL, 2014).

O Programa Nacional de Humanização é referência para a assistência prestada pela equipe multidisciplinar, cabendo-lhes realizar procedimentos, consultas, bem como orientações e desenvolvimento de práticas educativas individuais e em grupos e até mesmo no corredor, enquanto as gestantes esperam pelo atendimento dos demais profissionais da equipe de saúde (BRASIL, 2012).

No Paraná, em 2012, nasce a Rede mãe Paranaense constituída por um conjunto de ações que envolve a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital baseado no risco gestacional. Para a efetivação das ações, destaca-se a atuação contínua, sistêmica e conjunta dos gestores, profissionais da saúde, universidades e de toda a sociedade.

A gestação é um período em que a mulher e a família preparam-se para novos desafios e responsabilidades. Apesar da gravidez ser um fenômeno biologicamente natural, ocasiona profundas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, acarretando transformações marcantes, mudando inevitavelmente a vida da mulher. A gestante passa então por diversas experiências emocionais extremas, sentindo amor e alegria por ser detentora de uma vida que está sendo gerada no seu ventre como também tristezas e inseguranças (SILVEIRA; FERREIRA, 2011). A mulher então vivencia um ciclo da vida único e singular, tornando-se a protagonista exclusiva desse momento tão sublime.

Para auxiliar esse momento ímpar das gestantes, os profissionais de saúde atuam na educação e saúde durante a gestação, parto e puerpério, a fim de propiciar momentos de

orientação individual e em grupos. Esse espaço deve contemplar informações fundamentais para o fortalecimento da realização do pré-natal eficiente, bem como preparar a gestante para o parto e puerpério. Os temas abordados são vários, desde as transformações biológicas, como a preparação para o trabalho de parto, os benefícios do parto natural, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e alimentação. As peculiaridades e necessidades específicas dessas gestantes devem ser consideradas para que além da prevenção de problemas, busque-se uma melhor qualidade de vida, promovendo a saúde no processo gestacional e parturitivo, prevenindo agravos a saúde da mãe e do bebê (SOUZA et al., 2011).

O acolhimento adequado e de maneira humanizada durante o pré-natal facilitará e fortalecerá o vínculo entre o profissional e a gestante. A mulher se sente mais segura e passa a confiar nas orientações e informações que lhes são ofertadas, entre essas informações e orientações, incluem-se os tipos de parto, suas vantagens, desvantagens e riscos, que devem ser colocadas de maneira clara, em uma linguagem compreensível pelas ouvintes, com o objetivo de favorecer um melhor entendimento (VIEIRA et al., 2011).

Com todas as mudanças que acontecem nesse período, a mulher passa por um processo de construção que irá influenciar a sua relação com o seu bebê e a maternidade, o que favorece um novo olhar sobre si mesma (PISONI et al., 2014). O envolvimento familiar durante a gestação é fundamental para que a gestante se sinta amparada e protegida para a tomada de decisões, assim, a equipe de saúde deve proporcionar e fortalecer a inserção de um acompanhante de sua escolha durante todo o período gravídico puerperal e quando essa escolha é o pai do bebê, isso contribuirá para aumentar o vínculo pai-filho (PELÁEZ; GALLEGU, 2014).

No Brasil, o direito do acompanhante foi assegurado às mulheres a partir de 2005, com a promulgação da Lei nº 11.108. Desde então, as gestantes têm o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o processo parturitivo e pós-parto imediato (BRASIL, 2005), o que fortalece a formação de vínculo familiar, além de proporcionar um suporte emocional a essas parturientes (PELÁEZ; GALLEGU, 2014).

Durante a gestação, as transformações emocionais e biológicas características desse período podem despertar medos e inseguranças na mulher, surgindo perguntas e dúvidas no decorrer da gravidez, porém muitas delas não são esclarecidas pelo grupo parental ou pelo saber popular. As gestantes necessitam dos profissionais de saúde para receberem suporte adequado, no entanto esses profissionais devem estar preparados para acolhê-las com uma concepção de saúde que transcende o biológico (RIOS; VIEIRA, 2007).

As gestantes buscam por informações relacionadas às transformações do corpo, amamentação, alimentação e ganho de peso, cuidados com o recém-nascido, banho, coto umbilical e também sobre o desfecho gestacional (LANDERDAHL et al., 2007). Os benefícios de cada parto devem ser esclarecidos nos encontros realizados para as gestantes, organizados pelo enfermeiro, considerando que sejam de fácil compreensão para todas as integrantes do grupo. A equipe de saúde deverá desenvolver trabalhos específicos para a população adscrita e ações pontuais em condições especiais, como no caso das gestantes do grupo de risco (SOUZA et al., 2011).

Nas orientações realizadas sobre os tipos de parto, os profissionais devem sempre ter como foco a saúde materna e infantil, promovendo ações educativas para a prevenção e promoção da saúde do binômio mãe-filho e que assim proporcione à gestante subsídios para o enfrentamento dos desafios no momento do parto (CALLOU et al., 2014). O acolhimento humanizado deve ser o pilar para realizar uma assistência adequada, que estabeleça uma relação de confiança entre paciente e profissional, que pense na educação em saúde como um processo transformador da realidade que lhe está posta (SOUZA et al., 2011).

O estudo realizado por Domingues et al., (2014) sobre o nível de conhecimento das gestantes a respeito do parto natural ou parto cirúrgico identifica que as mulheres que foram adequadamente orientadas e acompanhadas manifestam-se mais tranquilas durante o parto e com diminuição do medo, ansiedade e tensões.

Os princípios de humanização devem estar presentes na prática dos profissionais de saúde, a fim de proporcionar um ambiente acolhedor, que respeite a privacidade e a singularidade de cada mulher. Ações embasadas na humanização fortalecem a criação de vínculo entre a equipe e a gestante, além de permitirem que angústias e sentimentos sejam expressados durante o pré-natal, a fim de favorecer o empoderamento dessas mulheres sobre seu corpo (ARAÚJO et al., 2013).

### 2.3 Via de parto

Historicamente, os grupos sociais da parturiente como mãe, familiares, vizinhas e amigas tinham participação ativa no desfecho gestacional, o qual era considerado um acontecimento feminino. Quem realizava o parto eram parteiras que não detinham o conhecimento científico, porém, pela realização de vários partos, possuíam a experiência necessária para ser a pessoa mais indicada a assistir a parturiente (PIMENTA et al., 2013).

No entanto, com a necessidade de qualificação da assistência, no século XX, sob a influência biomédica, o parto sofreu um processo de transformação, deixando de ser realizado em qualquer espaço da comunidade e torna-se hospitalizado e medicalizado (FERREIRA et al., 2013). Desde então, o parto visto como natural encontra-se em um processo de mudança e passa do estado fisiológico, doméstico e natural a um estado visto como um agravo à saúde, o que causa o aumento de práticas intervencionistas e farmacológicas pelos profissionais da saúde inseridos no modelo hospitalocêntrico, tornando-se um ato de insegurança e medo para as mulheres (PIMENTA et al., 2013).

Entretanto, é essencial que a assistência voltada ao binômio mãe-bebê seja realizada de maneira humanizada. O parto humanizado é um direito da mulher, iniciando pelo local de nascimento do seu filho que pode ser institucionalizado ou no seu próprio lar. Na Holanda, 30% dos partos são domiciliares e realizados por parteiras profissionais, as quais estão inseridas dentro do sistema de assistência à saúde do país (PATAH; MALIK, 2011).

Porém, as práticas de intervenção executadas no parto humanizado são amplas e visam o respeito aos direitos da mulher. A gestante deve ser acolhida com classificação de risco na maternidade, tendo sua privacidade preservada, receber informações sobre os procedimentos que estão sendo realizados, seu estado clínico e do seu bebê, ter um acompanhante de sua escolha durante o pré-parto, parto e puerpério e receber suporte emocional, que vise o empoderamento da mulher. Deve-se incentivá-la a realizar exercícios que contribuam para o parto, proporcionando liberdade de movimento e posição. O controle de dor deve ser efetuado por meios não farmacológicos como massagens, técnicas relaxantes, músicas e da maneira menos invasiva possível (GOMES et al., 2014).

Segundo Veringa et al. (2016), algumas mulheres têm um alto nível de medo no parto, e isso afeta negativamente sua adaptação durante o pré-natal e sua saúde mental. Diante disso, o autor relata que o desenvolvimento do pré-natal e parto baseado na atenção plena e parentalidade pode ter efeitos benéficos na redução de ansiedade e estresse durante a gestação. Em pesquisa realizada na Holanda, os pesquisadores sugerem que uma abordagem mais preventiva para as gestantes e seus parceiros no período perinatal, além de ser mais benéfica, reduz intervenções médicas desnecessárias e tem o potencial de diminuir ou redirecionar os custos dos cuidados (PATAH; MALIK, 2011).

O parto natural apresenta muitas vantagens, pois o risco de infecção e hemorragias para as mães são menores, a recuperação é significativamente mais rápida, o útero volta ao seu tamanho normal mais rapidamente, favorece a produção de leite e os laços sentimentais com seu filho acontecem com maior facilidade. Para o recém-nascido, o pulmão ficará mais

preparado, facilitando sua respiração, o bebê apresenta-se mais ativo e receptivo ao toque e mais calmo. Portanto, é o tipo de parto mais saudável tanto para a mãe quanto para o bebê (BRASIL, 2001). Mas além dos aspectos fisiológicos, o parto natural proporciona benefícios psicológicos, como o sentimento de alívio que estão relacionados ao medo e à dor que antecedem o parto, alegria e felicidade por ter seu bebê em seus braços, a satisfação da procriação na qual vivencia o seu empoderamento diante dessa experiência (OLIVEIRA et al., 2010).

Conforme estudos, a escolha pela via de parto natural é influenciada por fatores que estão associados à rápida reabilitação da mulher nas atividades domésticas e sexuais no puerpério, menores níveis de dor no pós-parto, preocupações com a estética, experiência de parto mais fisiológica e natural, medo da anestesia para a realização da cesárea e a experiência anterior positiva com o parto natural (BENUTE et al., 2013; MINUZZI; REZENDE, 2013; LEGUIZAMON JUNIOR et al., 2013; DOMINGUES et al., 2014)

A influência da assistência na escolha do tipo de parto na saúde suplementar, analisada na pesquisa de Pires et al. (2012), detectou que mesmo em mulheres com maior escolaridade e renda, verifica-se uma alta incidência de parto cirúrgico, detectando-se, entre as influências, o poder de decisão médica, uma situação na qual seria esperado que, devido à condição socioeconômica e nível de conhecimento, a mulher teria um maior poder de decisão sobre seu corpo. Corroborando este estudo, Cardoso e Barbosa (2012) evidenciaram que não é dada a possibilidade de escolha do tipo de parto a essas mulheres, independentemente do nível social.

A falta de informação durante o pré-natal vai além dos atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde, abrange todos os atendimentos relacionados à saúde de maneira geral, e isso reflete nos pacientes que buscam por um atendimento privado (PIRES et al., 2010).

Os índices de parto cirúrgico vêm aumentando significativamente nas últimas décadas, superando o número de partos naturais. Nas regiões com o índice de desenvolvimento humano mais elevado, o parto cirúrgico é ainda maior (BRASIL, 2016). No setor privado, atinge 80% dos partos realizados na saúde suplementar sem justificativa clínica para a escolha do parto cesárea (PIRES et al., 2010).

As desvantagens do recém-nascido de parto cesárea são muito abrangentes e podem causar baixo peso, prematuridade, imaturidade pulmonar e maior probabilidade de necessitarem de uma Unidade de Terapia Intensiva, tornando-se um fator preocupante para o setor da saúde (POTRICH et al., 2011). Nessa perspectiva, ações de promoção e prevenção da saúde se fazem necessárias a fim de diminuir os índices de mortalidade materno-infantil,

como a efetivação da proposta de redução de cesariana indicada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015).

Embora o número de partos cirúrgicos seja alto, estudos relatam que o parto natural tem sido a preferência das gestantes em relação à escolha da via de parto, pois acreditam que esta via de parto garante a saúde materna e do recém-nascido (MELCHIORI et al., 2009; FAÚNDES et al., 2004; VIEIRA et al., 2013).

Estudo realizado por Faúndes et al. (2004), que visou avaliar a preferência das gestantes em relação à via de parto e a opinião de médicos a respeito dessa preferência, evidenciou que a percepção dos médicos sobre a preferência das mulheres em relação à via de parto é equivocada, pois os médicos acreditavam que as mulheres preferem o parto cirúrgico, porém os achados evidenciaram que 89% das participantes do estudo preferem o parto natural.

Corroborando os achados de Faúndes et al. (2004), uma pesquisa realizada sobre a expectativa de gestantes e obstetras na escolha da via de parto identificou que os médicos também preferem o parto cirúrgico, enquanto as gestantes, o parto natural (LEGUIZAMON JUNIOR et al., 2013). Entretanto, Figueiredo et al. (2010) relata, em sua pesquisa sobre influências culturais na escolha da via de parto, que 70% das mulheres são influenciadas por seus médicos ao escolherem o tipo de parto.

Os sentimentos que as mulheres relatam sobre o parto cirúrgico se relacionam aos aspectos positivos e negativos. Segundo Velho et al. (2012), as experiências consideradas pelas puérperas no parto cirúrgico estão relacionadas à ausência de dores no trabalho de parto, medo do parto, salvar a vida do bebê e poder desfrutar com segurança do seu filho, ser um procedimento rápido, ter a possibilidade de realizar laqueadura concomitantemente ao parto cirúrgico e ser agendado previamente, enfatizando que a preferência pelo ato cirúrgico se destaca mais pelos aspectos psicossociais do que pelas indicações e riscos clínicos.

Estudos realizados sobre os fatores relacionados à mortalidade infantil e parto por parto cirúrgico detectaram que o parto cirúrgico tem menores índices de morte infantil, constatando que o parto cirúrgico é indicativo de um tipo de parto seguro quando existe uma indicação clínica que detecte um risco de vida para a gestante e/ou para o bebê sendo realizado de maneira seletiva (NORONHA et al., 2012; MELO et al., 2013; BUSTAMANTE et al., 2014).

Em março de 2016 foi promulgada a Resolução nº 2.144 que enfatiza a importância da ética médica em respeitar o desejo da mulher em optar pela cesariana, contudo, existe a exigência de que a gestante tenha o esclarecimento de todas as informações pormenorizadas

sobre a via de parto cirúrgica e vaginal e seus respectivos riscos e benefícios. Visto que a cesariana deverá ser realizada de forma eletiva, somente após a 39ª semana de gestação (BRASIL, 2016)

É fundamental que a escolha do parto seja realizada em conjunto com o desejo da mãe, do pai e da equipe de saúde, e que o foco seja exclusivamente a saúde da gestante e do bebê. Para que isso aconteça, orientações acerca das vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, quando e em que situação o parto cirúrgico é recomendado devem acontecer durante o pré-natal de forma individual ou coletiva e ser voltadas às necessidades de cada gestante (HADDAD; CECECATTI, 2011).

### 3 METODOLOGIA

A presente dissertação apresenta, em seu primeiro artigo, os resultados sobre a expectativa de parto da gestante no final da gestação e a vivência do seu desfecho de parto; e, no segundo, os resultados acerca da compreensão da participação familiar e social no processo parturitivo. Para tanto, utilizamos o método de pesquisa exploratória-descritiva, longitudinal com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa visa a subjetividade como fundamento do sentido, assim não se preocupa com a quantidade de dados, mas em esclarecer e compreender os fenômenos subjetivos (MINAYO, 2013).

#### 3.1 Local e realização da pesquisa

O local da pesquisa foi direcionado pelo departamento de autorização em pesquisas Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR, sendo que essa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Requião/Guaiapó da cidade de Maringá onde, segundo informações desse departamento, se concentrava o maior número de gestantes.

#### 3.2 População e amostra

A amostra foi composta por 16 mulheres, em dois momentos: no 3º trimestre de gestação, quando estivessem realizando o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS); e, posteriormente, no período puerperal com as mesmas mulheres, residentes na cidade de Maringá – PR. Foram incluídas no estudo gestantes primíparas entre 18 e 34 anos. A escolha de mulheres primíparas se deu pelo fato de não ter possíveis interferências de experiências e expectativas das gestações anteriores. Como critério de exclusão, mulheres com história de aborto ou natimorto não participaram do estudo.

#### 3.3 Instrumentos e procedimentos de coleta

Foram utilizados roteiros de perguntas aplicados por meio de entrevista semiestruturada previamente elaborados pela pesquisadora com base nos objetivos do estudo.

Tratam-se de dois roteiros de perguntas semiestruturados, o primeiro para a realização da entrevista do terceiro trimestre de gestação contendo características sócio demográficas (Estado civil, grau de escolaridade, profissão), história obstétrica (número de abortos) e o segundo para a entrevista do período puerperal com questões relacionadas aos objetivos do estudo.

Foram identificadas as gestantes que estavam cadastradas no SISPRENATAL da cidade de Maringá e realizavam o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) Requião/Gauaiapó. Com a ajuda dos enfermeiros e das agentes comunitárias de saúde da UBS, as gestantes foram abordadas dentro da unidade enquanto aguardavam a consulta obstétrica ou de enfermagem e durante o curso de gestante realizado pela unidade quinzenalmente na segunda-feira. As participantes foram informadas quanto ao objetivo do estudo e sobre o segundo momento da pesquisa, quando haveria uma nova abordagem após o nascimento do bebê, assim, depois de obter a confirmação da participação da gestante no estudo, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas. Na primeira etapa as entrevistas aconteceram na UBS em uma sala disponibilizada pelo enfermeiro da unidade, e somente a pesquisadora e a participante permaneceram na sala nesse momento, a fim de proporcionar privacidade para que a gestante falasse a respeito da temática proposta sem constrangimento. Foi solicitado um contato telefônico e o endereço das participantes, devido à necessidade de um meio de comunicação para o agendamento da segunda entrevista.

No segundo momento da pesquisa, um contato telefônico foi realizado, aproximadamente 20 dias após a data provável do parto, a fim de agendar a segunda entrevista para verificação de como o parto foi vivenciado. A segunda coleta de dados aconteceu na casa das entrevistadas, visando a comodidade e conforto das mesmas, pois se encontravam no período puerperal.

### 3.4 Análise dos dados

As entrevistas foram registradas por um aplicativo de gravação de áudio e posteriormente transcritas na íntegra. Antes de iniciar a análise dos dados e para a sua sistematização foi utilizada a técnica de transcrição das entrevistas conforme orientado por Gibbs (2009). Para facilitar a compreensão e interpretação dos resultados, foi realizada uma planilha com agrupamento das falas separadas por categorias temáticas com a ajuda da

ferramenta eletrônica Excel 2016. Os resultados foram apresentados e discutidos em dois artigos e ambos seguiram a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

### 3.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa seguiu os critérios éticos que envolvem seres humanos recomendados pela resolução nº 466/12 e foi encaminhado para a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UniCesumar, e após aprovação sobre o parecer nº 1.445.307 (Anexo 2) a pesquisa foi realizada. Os participantes foram informados a respeito da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), todas as participantes assinaram o termo e receberam orientação sobre a possibilidade de desistência em qualquer momento da efetivação da pesquisa. Foi orientado quanto ao sigilo da identificação das participantes e o comprometimento com os dados coletados, assim as entrevistadas foram identificadas com a letra E seguido de sequência numérica.

**4 ARTIGO 1**

## EXPECTATIVA E EXPERIÊNCIA DO PROCESSO PARTURITIVO EM MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

**RESUMO:** O estudo teve como objetivo analisar a expectativa sobre o parto da gestante no final da gestação e a vivência parturitiva. A amostra foi composta por 16 mulheres que se encontravam no terceiro trimestre de gestação, primíparas, que realizaram o pré-natal em uma unidade básica de saúde. As entrevistas ocorreram em dois momentos, antes e após o parto. Foi utilizado a análise de conteúdo para o tratamento e discussão dos dados. Em geral as expectativas foram de dor e permeadas pelo medo. 62% vivenciou o parto desejado e 73% relatou que a experiência foi satisfatória. O parto normal foi a via mais desejada. Para as que não realizaram o parto normal pretendido, foi evidenciado um sentimento de frustração e insatisfação. Entretanto, quando houve orientação e atendimento acolhedor pela enfermagem, juntamente com sua equipe, mesmo não vivenciando o parto planejado, as experiências relatadas são percebidas com um melhor enfrentamento.

**Palavras chave:** Gestante. Via de parto. Parto normal. Cesariana.

### INTRODUÇÃO

Historicamente, o parto era realizado pelos grupos sociais nos quais a gestante encontrava-se inserida, considerado um acontecimento feminino, natural, o qual era realizado por parteiras com saber prático, porém sem o conhecimento técnico científico<sup>1</sup>. Com a necessidade de qualificação da assistência, no século XX, sob a influência biomédica, o parto sofreu um processo de transformação, deixando de ser realizado em qualquer espaço da comunidade, tornando-se hospitalizado e medicalizado<sup>2</sup>.

Nesse contexto, o parto natural vem sofrendo transformações, passando do estado fisiológico, doméstico e natural para um estado visto como um agravo à saúde, tornando-se um ato de insegurança e medo para as mulheres, com práticas intervencionistas e farmacológicas inseridas no modelo hospitalocêntrico<sup>1</sup>

A escolha pela via de parto é uma das maiores preocupações que permeia o final da gestação. Entretanto, a gestante leva em consideração vários fatores que repercutem no seu desejo e expectativa de parto. Entre eles destaca-se à rápida reabilitação da mulher nas

atividades domésticas e sexuais no puerpério, menores níveis de dor no trabalho de parto e pós-parto, preocupações com a estética, experiência de ter um parto vaginal sendo considerado pelas mulheres mais natural, medo da anestesia e a experiência anterior<sup>3-6</sup>

Todavia, o índice de parto cirúrgico no Brasil<sup>7</sup> vem aumentando significativamente, atingindo 57% dos partos realizados no território nacional., Entretanto, esse índice se encontra longe de alcançar a média de parto cesáreo recomendada pela Organização Mundial da Saúde que corresponde entre 10 a 15%<sup>8</sup>. No setor privado isso é mais expressivo, pois atinge 80% dos partos realizados na saúde suplementar sem justificativa clínica para a escolha do parto cesáreo<sup>9</sup>.

Embora o número de partos cirúrgicos seja alto, estudos relatam que o parto natural tem sido a preferência das gestantes em relação à escolha da via de parto, pois acreditam que essa via de parto garante a saúde materna e do recém-nascido<sup>6,10</sup>.

Com o intuito de reduzir esses índices, uma reorientação do serviço de saúde tem sido realizada através da implantação da Rede Cegonha, que tem, entre outras finalidades, a realização do pré-natal. O objetivo desse atendimento é acolher a mulher do início da gravidez até o fim da gestação, garantindo bem-estar materno e neonatal que assegure o nascimento saudável da criança e que aborde os aspectos psicossociais e atividades preventivas e educativas<sup>11</sup>.

Para auxiliar este momento ímpar das gestantes, os profissionais de saúde atuam na assistência e educação em saúde durante a gestação, parto e puerpério, a fim de propiciar momentos de orientação individual e em grupos de gestante. Esse espaço deve contemplar informações fundamentais para o fortalecimento do pré-natal de qualidade, bem como preparar a gestante para o parto e puerpério, com o intuito de proporcionar subsídios para o enfrentamento dos desafios no momento do parto<sup>12</sup>. Como fortalecedora dessas atuações, a

Política Nacional de Promoção a Saúde direciona as ações que devem ser realizadas na busca de promover a saúde materno infantil<sup>13</sup>.

O acolhimento humanizado deve ser o pilar para a realização de uma assistência adequada que estabeleça uma relação de confiança entre paciente e profissional, que pense na educação em saúde como um processo transformador da realidade que lhe está posta<sup>12</sup>. A mulher sente-se mais segura e passa a confiar nas orientações e informações que lhes são ofertadas, entre essas informações e orientações, incluem-se os tipos de parto, vantagens, desvantagens e riscos, que devem ser colocadas de maneira clara, em uma linguagem compreensível pelas ouvintes e que vise o melhor entendimento possível<sup>14</sup>.

Com o aumento das taxas de parto cirúrgico, faz-se necessária a realização de estudos sobre as expectativas em relação ao tipo de parto desejado pelas gestantes, na busca de identificar se essas escolhas sofrem interferências, se são respeitadas pelos profissionais de saúde e como foi a experiência do parto.

O estudo tem como objetivo analisar a expectativa sobre o parto da gestante no final da gestação e a vivência parturitiva. Nessa perspectiva, a pesquisa tem como intuito contribuir para práticas profissionais de saúde que visem a promoção e assistência à saúde da mulher e da criança e que favoreçam uma atuação mais acolhedora e humana na singularidade das gestantes e puérperas, respeitando seus desejos, contribuindo para a redução da mortalidade materno-infantil, além de fornecer dados novos para o fortalecimento de pesquisas acerca da temática.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, longitudinal, com abordagem qualitativa, desenvolvida entre abril e setembro de 2016 com 16 participantes.

A amostra foi composta por mulheres que se encontravam no terceiro trimestre de gestação, primíparas, com 18 anos ou mais e que realizavam o pré-natal em uma unidade básica de saúde. Foram excluídas do estudo gestantes multíparas, por entender que essas poderiam ter interferência da experiência de parto anterior.

Para a coleta de dados foram utilizados dois roteiros de perguntas, aplicados por meio de entrevista gravada semiestruturada, contendo perguntas acerca das características sócio demográficas, história obstétrica e questões relacionadas aos objetivos do estudo antes e após o parto.

As gestantes foram abordadas na unidade básica de saúde, através do direcionamento dos profissionais da unidade nos dias em que havia atendimento para a realização do pré-natal. Enquanto as gestantes aguardavam pelo atendimento, o objetivo do estudo era exposto com o intuito de obter o consentimento para a efetivação da entrevista, foi informado que haveria uma segunda abordagem após o parto em sua residência, assim um contato telefônico foi solicitado para que o agendamento de preferência da mulher fosse realizado. Enfatizou-se o comprometimento da entrevistadora referente aos dados coletados, destacando-se a liberdade das participantes para desistirem da entrevista a qualquer momento da realização da pesquisa.

Após o consentimento das mulheres, deu-se a primeira etapa do estudo. As entrevistas foram realizadas em um ambiente reservado que visava a privacidade das mulheres, para que essas se sentissem à vontade para falar sobre a temática proposta. No segundo momento, após 20 dias da data prevista do parto, foi realizado contato telefônico com as participantes confirmando a realização do parto e agendado um horário para a realização da última entrevista. Todas as entrevistas realizadas após o parto aconteceram na residência da puérpera com o intuito de facilitar essa coleta, totalizando 15 participantes, pois nesse período a mulher

encontra-se em um momento de adaptação. Em seguida, as gravações foram transcritas na íntegra.

A pesquisa seguiu critérios sistemáticos para a análise e discussão dos dados com base no método qualitativo. Os dados foram agrupados por respostas afins e em sequência analisados. Duas categorias foram formadas com o objetivo de compreender o significado e o entendimento das representações do indivíduo conforme modelo proposto por Bardin<sup>15</sup>: a expectativa de parto no terceiro trimestre de gestação; a experiência de ter o parto desejado; e a experiência de não ter o parto desejado,.

O presente estudo seguiu os preceitos éticos conforme Resolução nº 466/12 e foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro Universitário de Maringá, mediante parecer nº 1.445.307.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### PERFIL DAS GESTANTES

O quadro 1 apresenta as características sociais e idade gestacional (IG) do parto das mulheres entrevistadas.

**Quadro 1:** Características das participantes em relação aos dados sociodemográficos e à idade gestacional do parto, Maringá, PR, Brasil, 2016

<b>Participantes</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>IG do parto</b>
E1	28	Ensino médio	Casada	39s 5d
E2	18	Ensino fundamental	Solteira	38s
E3	24	Ensino fundamental	Casada	40s
E4	21	Ensino médio	Casada	40s
E5	34	Ensino médio	Casada	38s 1d
E6	33	Ensino fundamental	União estável	38s
E7	31	Ensino médio	Casada	37s

E8	29	Ensino médio	União estável	41s 2d
E9	28	Ensino fundamental	União estável	38s 1d
E10	20	Ensino médio	Casada	38s
E11	18	Ensino médio	Casada	40s
E12	21	Ensino médio	Casada	40s
E13	24	Ensino médio	Casada	38s 6d
E14	22	Ensino médio	Casada	39s 5d
E15	29	Ensino médio	Casada	38s 2d
E16	23	Ensino médio	Casada	38

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa.

\*s: semanas.

\*d: dias.

Em geral, a amostra foi composta por mulheres com idade média de 25 anos, casadas e com relacionamento estável. Quanto à escolaridade, predominou o ensino médio completo (75%) e o ensino fundamental (25%). Considerando que o baixo grau de escolaridade é indicado como um dos itens de avaliação da estratificação de risco durante o pré-natal, tal dado sinaliza a necessidade da observação mais pontual dos enfermeiros a estas mulheres durante a gestação<sup>11</sup>.

Em relação à idade gestacional no momento do parto, observou-se que somente 44% das participantes tiveram o desfecho com idade gestacional maior ou igual a 39 semanas, conforme preconizado pela nova resolução n°2.144, de 17 de março de 2016 que estabelece a realização da cesariana sem indicações clínicas a partir da 39ª semana de gestação<sup>16</sup>.

## A EXPECTATIVA DE PARTO NO TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

Os achados do estudo evidenciaram que o parto normal é a via de parto mais desejada pelas gestantes que vivenciam a primeira gestação conforme a tabela 1

**Tabela 1:** Via de parto desejada pelas mulheres entrevistadas no 3º trimestre de gestação, Maringá, PR, Brasil, 2016

Variáveis	N 16	Porcentagem
Parto normal	9	56%
Parto cesáreo	6	38%
Não sabia	1	6%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa.

Segundo Domingues, Dias, Pereira, Torres, d'Orsi, Pereira et al <sup>6</sup>, gestantes primíparas têm uma preferência maior pelo parto normal, e o principal motivo sinalizado é a recuperação mais rápida. O autor ainda identifica que no setor público este desejo é maior entre as primíparas atingindo 77,4% das gestantes.

Um estudo nacional realizado com mais de vinte e três mil puérperas mostrou que 66% das participantes preferiam o parto normal no início do pré-natal, o que corrobora os achados do presente estudo<sup>6</sup>.

Quando as gestantes foram estimuladas a relatar o motivo que as levou à escolha do parto, para as que pretendiam o parto normal, as narrações sinalizavam para uma melhor recuperação, facilidade em cuidar do seu bebê e de amamentar, por considerarem ser mais saudável para si e para o seu filho, conforme as falas a seguir.

*Porque sente dor só na hora né e na cesárea não, na cesárea se fica lá... fica sofrendo. (E4)*

*Pela recuperação né, eu acho que o parto normal é mais seguro né para criança tanto para mãe (E3)*

*Além da recuperação, é a amamentação, é mais fácil para você cuidar do bebê. (E8)*

Estudos mostram que as gestantes optam pelo parto normal por considerarem um processo natural, contribuir para a experiência de ser mãe e melhor interação com o bebê, não

necessitar de uma intervenção cirúrgica, ter uma recuperação mais rápida, poder retornar as atividades cotidianas mais rapidamente e sentir menos dor no pós-parto<sup>3,5,6,17</sup>.

A expectativa de estar bem após o parto para suprir as necessidades do seu filho, que para elas irá depender totalmente dos seus cuidados, é percebido como uma das principais justificativas para a escolha do parto normal. Para Benute<sup>3</sup>, o objetivo principal das mulheres na escolha da via de parto é encontrar-se com saúde no pós-parto para poder cuidar do seu bebê, visto que o parto normal proporciona nas mulheres a crença de ter uma relação melhor mãe-filho, possibilitando assim um maior protagonismo da mulher.

A preocupação com a saúde do bebê é bem demonstrada na participante E4, a única gestante que não sabia qual parto gostaria de ter, visto que fazia tratamento para toxoplasmose. Sua resposta sobre o tipo de parto pretendido estava vinculada à decisão médica, pois considera melhor para o seu filho, devido à preocupação com a saúde da criança.

Em relação às gestantes que apontaram o desejo de parto cesariana, notou-se que as expectativas foram permeadas principalmente pelo medo da dor e do sofrimento.

*Eu tenho preferência pela cesárea porque eu tenho um probleminha de dor eu sou intolerante a dor e se eu sentir dor intensa eu desmaio então eu, eu não consigo ter um parto normal, mas se eu pudesse optar pelo parto normal eu teria com certeza. (E1)*

Nesse momento, percebe-se que ela estava se justificando por não querer o parto normal, como se fosse uma escolha errada que ela já sabia, mas tinha que ter uma justificativa plausível e convincente, então dizia que ela não dava conta de ter o parto normal.

*É eu quero pretendo ter cesárea pelo fato de eu ter medo do parto normal, muito medo, que eu acho que 99% das mulheres tem ne, mais eu sou bem medrosa, então, por enquanto é cesárea, a tendência tá pesando pra cesárea. (E7)*

Ela ri bastante, entendo que ela queria justificar seu medo, como se eu, enquanto enfermeira, fosse achar ela fraca ou covarde por ter medo do processo parturitivo, pois a entrevistada demonstrava um certo constrangimento na sua resposta.

*Ai minhas amigas falam né que elas tiveram normal e... sofreram muito né, elas falam que se fosse hoje elas não teriam, elas preferiam fazer cesárea daí por isso eu fiquei bem com medo (E9).*

*Cesárea... um pouquinho de medo, um pouquinho de nervoso (E6).*

Nesse momento, sinto que ela ficou intimidada e constrangida pela resposta, dá um sorriso discreto, e se justifica pela sua escolha.

Na busca de ter uma experiência positiva do parto, a expectativa pela cesariana é descrita em alguns estudos como uma opção de favorecimento ao alívio da dor e do medo, o que pode ser usado pelas gestantes como uma forma de justificar o desejo de realizar uma cesariana<sup>3,5,6</sup>.

O planejamento da gestação é indicado como um fator que leva a mulher a escolher o parto cesáreo, visto que buscam informações acerca da via de parto e identificam a cesariana como mais segura para o nascimento do seu filho<sup>18</sup>.

Frente o exposto, os profissionais de saúde devem realizar o atendimento ao pré-natal baseado nos princípios de humanização, acolhendo a mulher na sua singularidade, propiciando um ambiente com privacidade e que respeite a sua intimidade. Isso permitirá que ela expresse suas angústias e sentimentos, promova a criação de vínculo entre o profissional e a gestante e facilite o processo de empoderamento da mulher sobre o seu corpo<sup>19</sup>.

As participantes relataram, durante a entrevista, que a construção da expectativa pela via de parto teve participação direta do cônjuge, familiares, vínculo social e da mídia. As mães e as amigas foram as pessoas mais influentes nesse desejo, visto que suas experiências serviam como informação e esclarecimento de dúvidas sobre o desfecho do parto, pois para estas gestantes tal vivência era percebida como incerta e permeada pelo medo. Algumas

mulheres sofrem com um alto nível de medo do parto e isso interfere de forma negativa em sua saúde mental e adaptação durante o pré-natal<sup>20</sup>.

*Não, nunca tive, assim sempre tem alguém da família que fala né (E1).  
Eu conversei com o médico, eu estava com muito medo na hora de doe, nossa é uma dor[...] mas com ele só mesmo que eu conversei (E3).  
Não tive nenhuma orientação. A minha mãe é que fala para ter parto normal que é bem mais fácil [...] (E4).*

Um fator preocupante evidenciado na pesquisa foi que as orientações relacionadas à via de parto fornecidas pela equipe de saúde são percebidas pelas gestantes como superficiais e inadequadas, apenas três participantes relataram ter recebido algum tipo de orientação, sendo que essas informações foram realizadas somente quando a mulher questionou o profissional de saúde durante a realização do pré-natal.

Tal realidade mostra a necessidade de repensar as ações de saúde realizadas a esse público, o que nos leva a refletir acerca das metodologias utilizadas para a efetivação dessas ações, que podem não ser apropriadas para as gestantes entrevistadas ou, as mulheres não estão apreendendo adequadamente estas informações, uma vez que, a maioria (94%) das participantes do estudo relataram desejar mais orientações sobre o período gravídico puerperal. Nesse contexto, o enfermeiro deve realizar uma assistência eficiente durante o pré-natal centrada na gestante<sup>21</sup>.

## O DESEJO E A EXPERIÊNCIA DE PARTO

O estudo identificou que 62% das mulheres vivenciaram o parto desejado conforme tabela 2.

**Tabela 2:** Via de parto desejada e desfecho do parto, Maringá, PR, Brasil, 2016.

Parto desejado	N 16	Parto realizado	
		Normal	Cesárea

Parto normal	9	5 (56%)	4 (44%)
Parto cesáreo	6	1 (17%)	5 (83%)
Não sabia	1	-	1 (100%)

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa.

Após a realização do parto, as mulheres foram encorajadas a falar sobre a experiência vivida e 73% relatou que a experiência foi satisfatória. Para as que desejaram e realizaram como via de parto a cesárea, identificou-se que essa via de parto foi vivenciada como um método doloroso e sofrido, porém algumas mulheres esperavam passar por maiores dificuldades, conforme as transcrições a seguir.

*Foi assim até mais, porque eu esperava sentir muita dor né, esperava ficar assim bem debilitada devido por ser corte, não tive problema nenhum com a cesárea, eu posso falar [...] não tive problema nenhum, foi melhor do que eu esperava, a expectativa foi melhor (E7).*

*Assim, foi bom, mas nossa depois a gente fica dependendo dos outros, não consegue nem ir no banheiro sozinha, dói tudo, parece que a barriga vai abrir [...] nossa é uma sensação muito ruim [...] mas ver a neném bem compensa tudo, todo sofrimento. (E9)*

Destaca-se que mesmo referindo aspectos negativos do pós-parto cirúrgico, as puérperas recomendam essa via de parto e o fariam novamente, caso necessário, pois para algumas mulheres, além de não ter sido uma experiência ruim, superou as expectativas que antecederiam o parto. Estudos mostram que mulheres multíparas têm a influência da experiência anterior de parto que as condicionam a ter novamente um parto cesáreo, o que é identificado através dos índices dessa via de parto serem mais prevalentes em mulheres com gravidez anterior<sup>4,6</sup>.

Após o nascimento do bebê, algumas puérperas relataram que sua cesárea estava programada antes do parto acontecer, uma vez que optaram pelo atendimento suplementar por acreditarem que o médico do SUS não faria o parto que desejavam. É importante ressaltar que essas mulheres demonstravam em suas falas uma segurança e conforto por saberem que a sua escolha seria respeitada e principalmente que seu médico seria o mesmo durante o pré-natal e a realização do seu parto.

Quando analisadas as falas das participantes que tiveram a experiência de realizar o parto normal que desejava, observa-se que mesmo passando pela dor do parto, o qual elas já esperavam, valeu a pena ter realizado o parto almejado.

*A foi bom [...] por causa do neném, ficou mais perto de mim (E2).*

*A foi, eu queria mesmo o normal, porque depois que eu vi a cesárea nossa é sofrida e eu já andava por todo hospital (E3).*

*Totalmente diferente, assim eu imaginava uma coisa imaginava que doía que seria uma coisa assim, mas eu acho que foi falta de, de alguém me orientar melhor lá, acho que foi isso porque se tivesse me orientado melhor ou tivesse [...]ó vai demorar, eu não imaginava que fosse tantas horas, tirando a dor, mas que é uma dor normal, faz parte [...] ver aquela coisinha linda vale a pena (E8).*

Percebe-se que se o enfermeiro se fizesse mais presente e atuante nesse momento, a mulher vivenciaria o trabalho de parto com mais facilidade, fortalecida pelos cuidados a ela prestados<sup>22</sup>. Boas práticas devem ser realizadas pela assistência de enfermagem obstétrica e sua equipe durante o processo parturitivo, como o contato pele a pele, parto grama, manobras ativas do terceiro estágio do trabalho de parto e a aplicação de métodos não farmacológicos no alívio da dor que são compreendidos pelo uso de técnicas sem medicação, como a bola suíça, o estímulo à deambulação, o banho de aspersão e massagens<sup>22-24</sup>.

Percebe-se, pelos relatos das participantes, que mesmo naquelas em que o desejo do parto se efetiva, as informações recebidas dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto foram insuficientes. Nessa perspectiva, a gestão da assistência deve ser baseada em um atendimento humanizado, que assegure o bem-estar da gestante e sua livre escolha, desde que bem informada, além de valorizar sua singularidade, na busca de promover a saúde materno-infantil do início do pré-natal até o puerpério<sup>23</sup>.

*Dói, mas tudo vale a pena quando você vê seu bebê bem, e nossa é só na hora, depois é muito bom (E12).*

*Foi, foi melhor que eu pensava, a dor nem é assim tão insuportável, dói, mas depois é muito bom, eu andava cuidava do neném enquanto as meninas do quarto nossa sofria, eu que ajudava elas (E14).*

A participante E14 se referia às mulheres que haviam realizado cesariana.

O parto natural apresenta muitas vantagens, visto que o risco de infecção e hemorragias para as mães são menores, a recuperação é significativamente mais rápida, o útero volta ao seu tamanho normal mais rapidamente, favorece a produção de leite e os laços sentimentais com o filho acontecem com maior facilidade. Para o recém-nascido, o pulmão ficará mais preparado, facilitando a respiração, o bebê apresenta-se mais ativo e receptivo ao toque e mais calmo. Portanto é o tipo de parto mais saudável tanto para a mãe quanto para o bebê<sup>11</sup>.

Os benefícios psicológicos para a mãe após o parto são significativos, passando pela experiência do empoderamento e a satisfação individual da procriação, o que gera sentimento de alívio do medo e da dor, e alegria e felicidade por ter seu filho em seus braços<sup>25</sup>.

Com relação à experiência de não ter o parto desejado, seis mulheres não vivenciaram o parto pretendido, o que corresponde a quase metade da amostra, tornando-se um fator preocupante. Os índices de parto cirúrgico vêm aumentando significativamente nas últimas décadas, superando o número de partos naturais. Nas regiões com o índice de desenvolvimento humano mais elevado, o parto cirúrgico é ainda maior<sup>7</sup>.

Entre as que almejavam o parto normal e realizaram uma cesariana, é notório o sentimento de frustração, conforme as falas abaixo.

*Judiarão de mim, se não fosse fazer barraco lá [...] Mas é muito ruim depois nossa (E4).*

*Nossa fiquei tão triste, mas o médico achou melhor, daí foi cesárea mesmo[...] Não foi bom (E13).*

O sofrimento retratado pelas entrevistadas sinaliza a fragilidade e vulnerabilidade que permeiam o momento do parto, vários fatores podem interferir no modo que a mulher o enfrentará, podendo tornar a experiência extremamente penosa para ela<sup>26</sup>. A literatura retrata que a insatisfação quanto à assistência recebida durante o trabalho de parto, a presença ou não de um acompanhante, sensações de dor, medo e alegria são fatores marcantes nesse momento singular da mulher<sup>17,25</sup>.

Frente a fala da única mulher que não vivenciou o parto cesáreo desejado, pode-se inferir que o medo que permeava a possibilidade de vivenciar esse parto foi transformado em força e satisfação para a chegada de seu bebê conforme a fala a seguir.

*É eu tinha muito medo porque eu sempre fui intolerante a dor ne a dor daí eu desmaio [...] mas nossa foi tudo bem, eu fui muito bem atendida, muito. A enfermeira que me atendeu é muito paciente coitada, acho que eu dei bastante trabalho [...] olha eu tive muita dor, mas faz parte né então, foi ótimo, valeu a pena porque depois, é como todo mundo fala, depois é bem melhor a recuperação e realmente foi (E1).*

Nota-se que o medo de vivenciar a dor do parto normal é um dos maiores sentimentos que permeiam a expectativa de parto e a busca por um procedimento que reduza essa dor é visível entre as gestantes. Entretanto, após passar pela experiência do parto normal, mesmo que contra sua vontade, a dor é narrada como algo que faz parte do processo, o que demonstra o lado forte da mulher para suportar essas sensações e a torna protagonista desse momento tão sublime.

Durante o período gestacional, a dor e o medo são descritas por Szejer e Stewart<sup>26</sup> como fobias do parto e afloram principalmente a partir do terceiro trimestre de gestação. Segundo os autores, o medo pode estar associado a vários fatores, entre eles o de ter dor durante o trabalho de parto e após o parto quando o desfecho for a cesariana, medo da anestesia, medo de não saber ou não conseguir dar à luz, ou ainda, de não viver seu parto de forma natural.

Em virtude dos dados analisados, a participação efetiva do enfermeiro no desenvolvimento do parto é vista como de extrema importância, pois o atendimento realizado por esse profissional foi apontado pelas entrevistadas como acolhedor e abrangente. Para Pricilla, David, Siva, Vimala, Rahman, Sankarapandian<sup>21</sup>, a atenção e o cuidado prestados pela equipe de enfermagem são os fatores mais relacionados pelas parturientes com maior satisfação frente à experiência do parto.

Na segunda etapa da entrevista, foi perguntado se em algum momento da gestação foram questionadas por algum profissional de saúde a respeito do parto que pretendiam ter, no entanto, foi evidenciado que a equipe de saúde não realizou uma abordagem acerca dessa temática, pois nenhuma mulher mencionou ter sido argumentado sobre via de parto pretendida.

Outro fator preocupante é a falta de esclarecimento sobre a escolha do parto pelo profissional de saúde, pois quando incentivadas a falar sobre o que justificou a realização do parto, as explicações eram vagas e superficiais. Talvez uma comunicação mais efetiva entre a equipe de saúde e as gestantes levaria a um maior conhecimento das expectativas dessas mulheres, pois segundo um estudo realizado, a expectativa de gestantes e obstetras na escolha da via de parto são diferentes, visto que os médicos preferem a cesariana enquanto as gestantes o parto natural<sup>5</sup>.

A resolução n° 2.144, de 17 foi publicada em março de 2016 e enfatiza a importância da ética médica em respeitar as vontades da gestante de realizar o parto cesáreo, garantindo a sua autonomia. Nessa resolução, fica definido que é direito da gestante receber informações sobre os riscos e benefícios do parto vaginal e cesariano. Para garantir a segurança do feto, a cesariana só poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo ser registrado sua justificativa em prontuário<sup>16</sup>.

Uma participante não realizou a segunda etapa da entrevista, após muitas tentativas, um contato telefônico foi estabelecido e identificou-se que esta mulher se encontrava com depressão pós-parto. Entretanto, destaca-se que a unidade de saúde não tinha informações sobre o quadro depressivo desta mulher até o momento desse contato, porém, algumas informações foram coletadas nesta conversa. O parto aconteceu com 38 semanas de gestação através de uma cesariana, o bebê se encontrava bem, e ela disse não ter vivenciado o parto que desejava. Por limitações de dados, não foi possível identificar se de fato houve uma indicação

clínica para a realização da cesariana. Um estudo realizado com mães primigestas e multigestas apontou que a depressão pós-parto é mais frequente nas primigestas (68%) e a faixa etária mais atingida encontra-se entre 16 e 35 anos<sup>27</sup>. Portanto, trata-se de uma população que se encontra vulnerável e carente de um olhar atento da equipe de saúde durante todo o período gravídico puerperal.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria das mulheres vivenciaram o parto desejado e suas experiências no processo parturitivo foram satisfatórias, porém permeadas pelo medo e pela dor. Para as que não realizaram o parto normal pretendido, foi evidenciado um sentimento de frustração e insatisfação.

Entretanto, quando existiu uma orientação e um atendimento acolhedor pela equipe de enfermagem, mesmo não vivenciando o parto planejado, as experiências relatadas foram percebidas com um melhor enfrentamento.

Nota-se que existe um contraste entre o desejo do parto e o alto índice de cesariana, pois um percentual significativo de mulheres não realizaram o parto de sua preferência, visto que nenhuma justificativa obstétrica foi identificada.

Observou-se que a falta de orientação, esclarecimento e acolhimento são fatores relevantes na experiência de parto da mulher independente da via de parto vivenciada. Nesse contexto, faz-se necessário investir na qualificação dos profissionais de saúde que realizam atendimento a esse público, na busca de auxiliar na promoção da saúde materno-infantil em todo período gravídico puerperal.

É importante destacar que o estudo qualitativo visa compreender os fenômenos a partir da perspectiva dos participantes, assim algumas limitações devem ser consideradas, como a

amostra selecionada, pois trata-se de mulheres jovens atendidas por uma unidade básica do sistema único de saúde, as quais possuem características próprias, além de não ter como foco uma representatividade estatística.

Enfatiza-se a necessidade de realização de novos estudos com outros grupos de gestantes, como em diferentes níveis socioeconômicos e as que planejaram uma gravidez mais tardiamente, além das mulheres que enfrentam a depressão, a fim de investigar se a sua vontade está sendo respeitada pelos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1 Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. A construção cultural do processo de parto. Rev. de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. 2013 out/dez;5(4):591-8.
- 2 Ferreira AGN, Ribeiro MM, Dias LKS, Ferreira JGN, Ribeiro MA, Ximenes Neto FRG. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. Rev. enferm. UFPE on line. 2013;7(5):1398-405.
- 3 Benute GRG, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MCS, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. Rev. Bras. Ginecol. Obster. 2013 jun;35(6):281-5.
- 4 Minuzzi A, Rezende CL. Fatores de influência na escolha da via de parto: uma revisão de literatura. Uningá Review. 2013 abr;14(1):37-7.
- 5 Leguizamon Júnior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. Rev. Bioét. 2013;21(3):509-17.
- 6 Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. Saúde Pública. 2014;30(Supl):s101-s116.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>.
- 8 Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre taxa de cesáreas. World Health Organization. 2015, 8p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf).

- 9 Pires D, Fertoni 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. Saúde Matern. Infantil*. 2010;10(2):199-210.
- 10 Melchiori LE, Maia ACB, Bredariolli RN, Hory RI. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. *Interação psicol.* 2009;13(1):13-23.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília – DF, 2013.
- 12 Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2011 abr/jun;13(2):199-210.
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 2446 de 11 de novembro de 2014. Brasília: MS. 2014. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>..
- 14 Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto & Contexto Enferm.* 2011;21(spe):255-62.
- 15 Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 16 Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016. É ético o médico atender á vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. *Diário Oficial da União, Brasília – DF, 22 de jun. De 2016. Seção 1, p.138.* Disponível em:  
<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>.
- 17 Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM, Camargo BV. Experience with vaginal birth versus cesarean childbirth: integrative review of women's perceptions. *Texto & Contexto Enferm.* 2012;21(2):458-66.
- 18 Nunes ACF, Ramos DKR, Mesquita SKC. Preferência por cesarianas em gestantes nulíparas de um consultório particular de ginecologia e obstetrícia: um estudo de caso. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2014 ago/dez;12(2):743-753.
- 19 Araujo SM, Silva EM, Moraes RC, Alves DA. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. *Veredas Favip-Rev. Eletr. Ciências*. 2013;3(2):61-7.
- 20 Veringa IK, Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJ, Dirksen CD et al. 'i've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for Pregnant Women with a High Level of Fear of Childbirth and Their Partners: Study Protocol of the Quasi-Experimental Controlled Trial. *BMC Psychiatry*. 2016 Nov 7;16(1):377.
- 21 Pricilla RA, David K, Siva R, Vimala TJC, Rahman SPMF, Sankarapandian V. Satisfaction of antenatal mothers with the care provided by nurse-midwives in an urban secondary care unit. *J Family Med Prim Care*. 2016 Apr-Jun; 5(2):420-23.

22 Vieira MJO, Santos AAP, Oliveira e Silva JM, Sanches EMTL. Obstetrical nursing care based on good practices: from admission to delivery. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016;18.

23 Orange FA, Passini-Jr R, Melo ASO, Katz L, Coutinho IC, Amorim MMR. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. Rev. Assoc. Med. Bras. 2012;58(1):112-7.

24 Adams J, Frawley J, Steel A, Broom A, Sibbritt D. Use of pharmacological and non-pharmacological labor pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: Examination of a nationally representative sample of 1,835 pregnant women. Midwifery. 2015 Abr;31(4):458-63.

25 Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência de parto e parto. Rev. Rene. 2010;11(esp.):32-41.

26 Szejer M, Stewart R. Nove meses na vida mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo: 1997.

27 Rukh R, Kafeel H, Naveed S, Sarwar G. Prevalence Of Postpartum Depression In Primigravida And Multigravidawith Normal Physiological Status. J. pharm. pharm. sci. 2013;1:16-20.

## 5 Normas do Artigo 1

### Política editorial

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem é um veículo de comunicação científica mantido pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desde 1997. Sua finalidade é publicar manuscritos originais de Enfermagem, do campo da saúde e outras áreas com interfaces nas ciências da Saúde e da Enfermagem.

Sua publicação online permite que o acesso seja aberto (open access) e sem custos para baixa de arquivos (download) para fins de disseminação e consumo científico e educacional.

Apresentação de manuscrito. Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, acompanhados de "Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais para a Escola Anna Nery Revista de Enfermagem", não sendo permitida sua submissão simultânea a outro periódico.

Responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito. Os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a posição do Conselho Editorial da Revista, Editores Científicos e Editores Associados. Para tanto, os autores devem encaminhar a "Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais para a Escola Anna Nery Revista de Enfermagem" cujo modelo encontra-se ao final dessas instruções, com a assinatura de todos os autores, e submetê-lo pelo sistema ScholarOne SciELO, acessado no link da página eletrônica da revista: [www.revistaenfermagem.eean.edu.br](http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br) ou diretamente na página da Scielo: <https://mc04.manuscriptcentral.com/ean-scielo>.

A prática editorial para o caso de má conduta científica (plágio, auto-plágio, falsificação ou fabricação de dados, uso indevido de referências ou citações, duplicidade, disputa de autoria, entre outras) segue os procedimentos, checklist e diretrizes do Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE) <http://publicationethics.org/>. O periódico adota ferramentas de rastreamento de plágio e os autores devem estar atentos para as implicações previstas nos dispositivos legais do Código Penal (artigo 184) e da Lei de Direitos Autorais (Art. 7º, parágrafo terceiro da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Vide Lei nº 12.853, de 2013).

Decisão sobre a publicação. O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decidir sobre a seleção e publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentam os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua originalidade, prioridade, oportunidade, clareza e conhecimento da literatura relevante e adequada definição do assunto estudado.

Atendimento aos preceitos da ética em pesquisa.

O artigo deverá conter informações explícitas sobre os preceitos éticos da pesquisa, de acordo com as diretrizes e marcos regulatórios de cada país. Sendo vedado a publicação de nomes dos participantes da pesquisa ou qualquer forma que possa representar em ruptura do princípio do anonimato.

O manuscrito de estudo brasileiro que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo, na barra do "supplementary file", a cópia de documento de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para estudos realizados até o ano de 2012 e Resolução n.º 466, de 2012, do CNS, a partir do ano de 2013).

Os artigos de pesquisa desenvolvido em outros países, seus autores devem atender a regulação da ética em pesquisa do país de origem, enviando cópia de documento comprobatório de sua aprovação, anexando-a na barra do "supplementary files".

Conflito de interesse.

Os autores são responsáveis por reconhecer e informar ao Conselho Editorial sobre a existência de conflitos de interesse, especificando a sua natureza, que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito.

Relações financeiras de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais, conforme disponível no sistema ScholarOne, no passo-a-passo da submissão do manuscrito. Conflitos de interesse financeiro, (quando envolve financiamento com recursos direto, emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários são os mais facilmente identificados e com maior possibilidade de comprometer a credibilidade da publicação, dos autores e da própria ciência. Também podem ocorrer conflitos com outras motivações, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

Revisão por pares.

O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois revisores, pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e revisores. A análise pelos revisores é feita com base em instrumento próprio do Sistema de submissão. Atendimento aos critérios de cientificidade reconhecidos internacionalmente. A redação científica do artigo deverá atender aos critérios disponíveis no checklist publicado nas páginas eletrônicas a seguir, de acordo com o tipo de manuscrito:

Para a publicação de manuscritos resultantes de pesquisas/ensaios clínicos, é obrigatório que os autores apresentem comprovação de registro da pesquisa clínica ou de sua submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>, em cumprimento a RDC da Anvisa nº 36, de 27 de junho de 2012 ([http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0036\\_27\\_06\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0036_27_06_2012.html)). Para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da International Clinical Trials Registration Platform(ICTRP/OMS). É obrigatório a informação do número de registro ao final do resumo na versão em português.

Para estudos clínicos randomizados, observar as diretrizes disponíveis em: <http://www.consortstatement.org/checklists/view/32-consort/66-title>

Para estudos observacionais e epidemiológicos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>

Para estudos qualitativos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>

Para estudos de revisão sistemática, observar as diretrizes disponível: <http://www.prisma-statement.org>

Público-alvo: Comunidade científica das Ciências de Enfermagem, Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais.

Custos de publicação do manuscrito: Os autores não pagam taxa de submissão (free submission charge) do manuscrito. Somente após a avaliação documental e de adequação do manuscrito à política editorial da revista, os autores pagam uma taxa de avaliação (APC charge) no valor de R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais). O custo com a produção do artigo,

no valor de R\$900,00 (novecentos reais), deve ser pago pelos autores somente após a sua aprovação.

#### Composição de manuscritos (forma e preparação)

Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial, em espaço duplo, fonte Times New Roman tamanho 12, layout de página em tamanho A4 (21cm x 29,7cm). Os manuscritos deverão ser submetidos em português, inglês ou espanhol, exclusivamente. Os manuscritos submetidos na versão português e espanhol, após sua aprovação deverão ser traduzidos para a versão em inglês, por um dos tradutores credenciados pela revista. O custo da tradução é de inteira responsabilidade de seus autores. Após a tradução, os autores deverão encaminhar o artigo por meio do Sistema de Submissão, acompanhado de carta de proof reader do tradutor.

#### Categorias de manuscritos

**Pesquisa Original:** relatório de investigação de natureza empírica ou experimental original e concluída de Enfermagem ou áreas afins, segundo a metodologia científica, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Recomenda-se a adoção da estrutura convencional contendo:

- (a) **Introdução:** apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.
- (b) **Revisão da literatura:** selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.
- (c) **Método:** incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.
- (d) **Resultados:** os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) Discussão: pode ser redigida juntamente com os resultados, a critério do(s) autor(es). Deve destacar a compatibilidade entre os resultados e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas. Demonstrar que as referências adotadas para a discussão dos achados são pertinentes e adequadas à geração do conhecimento novo, enfatizando o diálogo com a comunidade científica internacional.

(f) Conclusões e implicações para a prática: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo. Outros formatos de pesquisa poderão ser aceitos, quando pertinentes à natureza do estudo. Os manuscritos poderão ter até 20 laudas de acordo com as especificações no item Composição de Manuscritos.

(g) Agradecimentos as fontes de financiamento (direto) ou de apoio (cessão de materiais e produtos para o desenvolvimento do estudo), seja público ou privado, para a realização do estudo é recomendado, devendo-se registrar a cidade, estado e país. Os agradecimentos das agências de fomento podem ser especificados, indicando-se qual(is) autor(es) obteve o recurso. Por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de doutorado, entre outras: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq); bolsa de produtividade em pesquisa); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); bolsa de doutorado). Caso a pesquisa/estudo não tenha recebido nenhum tipo de financiamento, deve-se declarar: "pesquisa sem financiamento".

Reflexão: análise de aspectos teóricos e/ou construção de conceitos e/ou constructos teóricos da Enfermagem ou áreas afins oriunda de processo reflexivo, discernimento e de consideração atenta do(s) autor(es), que poderá contribuir para o aprofundamento de temas profissionais. Os manuscritos poderão ter até 20 laudas, de acordo as especificações no item:

Composição de Manuscritos.

Relato de experiência: refere-se às descrições de experiências relacionadas a casos clínicos de cuidado de enfermagem, assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Enfermagem, da saúde ou com interfaces nestas áreas, para divulgação de aspectos inéditos e originais. Os manuscritos de relato de experiência poderão ter até 20 laudas, de acordo com as especificações no item:

Composição de Manuscritos.

Ensaio (Essay). Texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada. Deverá apresentar um título, resumo de 150 palavras, Introdução, corpo do texto, Conclusões e Referências, no máximo de 20 laudas com espaço duplo de acordo com as especificações no item:

#### Composição de Manuscritos.

Nessa modalidade de manuscrito, o autor tem a oportunidade de defender uma tese sobre tema de seu domínio ou responder a uma pergunta. A relevância e originalidade da tese ou da pergunta deverão articular-se com o estado-da-arte, desde a Introdução. As seções que compõem o ensaio devem ser pertinentes, coerentes, consistentes e demarcarem uma contribuição para o estatuto do conhecimento no campo em que a tese ou a pergunta foi formulada. Os argumentos adotados para a sustentação da tese ou da resposta à pergunta precisam fundamentar-se em referenciais teórico-filosóficos e/ou marcos conceituais amplamente difundido na literatura científica mundial. A conclusão ou comentários finais são indispensáveis nessa modalidade de manuscrito.

Revisão Sistemática: apresentação avaliativa, crítica e sistematizada da evolução científica de um tema da Enfermagem ou de áreas afins fundamentada na literatura considerada pertinente e relevante. A delimitação do tema e os procedimentos adotados deverão estar descritos, bem como a interpretação do(s) autor(es) e conclusão deverão estar presentes. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 laudas, de acordo com as especificações no item: Composição de Manuscritos.

#### Formatação

Citações no texto. As citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1</sup>

Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicadas o primeiro e o último número, separados por hífen, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. 1-5

Quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. 1-3,6

Na transcrição "ipsis literes" de citações, exige-se a indicação a página da referência adotada cujo número da página deve localizar-se após o número da referência seguido de dois pontos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser "vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades". 3:16-18

O autor(es) deverá observar também os seguintes critérios:

Até três linhas de citação, usar aspas na sequência do texto normal, conforme exemplo a seguir:

Para efeito de exemplo da aplicação das instruções aos autores, o manuscrito destaca a contribuição das "ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades". 3:16-18

Mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda, conforme exemplo a seguir:

Destacar a contribuição das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. 3:16-18

Os dados empíricos recortados em pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio, distinto do texto normal, em itálico, sem aspas, com espaço simples e recuo de 2cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, letras,

números ou outra forma de manutenção do anonimato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou equivalente para outros países, como o exemplo a seguir:

[...] os usuários desse serviço de saúde são bastante conscientes da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

Notas de rodapé: deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a, primeira nota; b, segunda nota e c, terceira nota.

Resumos e descritores: devem conter até 150 palavras para manuscritos de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão sistemática, ensaio (Essay), acompanhados das versões em espanhol (resumen) e inglês (abstract). Os resumos devem ser informativos de acordo com a NBR 6028 da ABNT, de novembro de 2003, para manuscritos nacionais. Na redação do resumo deve-se registrar textualmente os itens correspondentes: Objetivos, método, resultados, conclusão e implicações para a prática. O resumo informativo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética. Os descritores são palavras fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05 descritores. Após a seleção desses descritores, sua existência em português, espanhol e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - criado por BIREME) ou Mesh (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). A terminologia para os descritores deve ser denominada no manuscrito como se segue: palavras-chave, palabras claves e keywords.

Referências bibliográficas: A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de citação no texto, de acordo com as normas do International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>), conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Para abreviações de títulos de periódicos:

<http://ccn.ibict.br/busca.jsf>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?deb=journals>

International Nursing Index- Index Medicus

Tabelas:

Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e notas explicativas, quando houver). Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, segundo sua ordem de aparição, devem ser destacados no texto. As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto, restringindo-se a cinco (5) no total; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas pelo símbolo \*. Para a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word ou Excel.

#### Gráficos e Imagens (Fotografias):

Largura igual ou superior a 1000 pixel, obrigatoriamente, os arquivos devem ter extensão JPG, GIF, PNG, PSD ou TIF. O somatório total dos arquivos tem de ser igual ou menor que 300 MB. Logo após o upload, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no ícone para editar o título e a legenda de cada imagem submetida. Deve-se destacar no texto os locais sugeridos para a inserção de gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, bem como, apresentar um título breve e numerá-los consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, restringindo-se a 05 no total. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura.

**6 ARTIGO 2**

**DA GESTAÇÃO À MATERNIDADE: PERSPECTIVA DA GESTANTE SOBRE O ENVOLVIMENTO FAMILIAR NO PROCESSO PARTURITIVO**

**FROM PREGNANCY TO MATERNITY: PERSPECTIVE OF PREGNANT WOMEN ON THE FAMILY INVOLVEMENT IN THE PARTURITION PROCESS**

**DE LA GESTACIÓN A LA MATERNIDAD: PERSPECTIVA DE LA GESTANTE SOBRE EL ENVOLVIMIENTO FAMILIAR EN EL PROCESO DEL PARTO**

**DA GESTAÇÃO A MATERNIDADE: A PERSPECTIVA DA GESTANTE SOBRE O ENVOLVIMENTO FAMILIAR NO PROCESSO PARTURITIVO**

**RESUMO**

O estudo teve como objetivo compreender a participação familiar e social no processo parturitivo pelo olhar da gestante. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade Básica de Saúde da região Sul do Brasil. As participantes totalizaram 16 mulheres primíparas no 3º trimestre de gestação. A coleta de dados aconteceu em dois momentos, antes e após o parto. Os resultados mostraram que as mães e as amigas foram as pessoas mais importantes na escolha da via parto. A presença do acompanhante foi identificada em todos os partos, sendo o cônjuge a figura mais desejada e presente. A presença materna foi relatada como a segunda opção e estava presente no parto e principalmente nos cuidados com o bebê no pós-parto. Conclui-se que o convívio familiar é relevante no desejo e desfecho do parto, pois auxilia a mulher e o bebê em momentos singulares. A equipe de saúde, em especial, a de enfermagem envolvida na assistência à saúde materno-infantil deve respeitar as experiências familiares e sociais, proporcionando segurança e buscando garantir a assistência integral à saúde familiar.

**Palavras chave:** Gestante. Relações familiares. Promoção da saúde.

**FROM PREGNANCY TO MATERNITY: THE PERSPECTIVE OF PREGNANT WOMEN ON THE FAMILY INVOLVEMENT IN THE PARTURITION PROCESS**

**ABSTRACT**

The study aimed to understand the family and social participation in the parturition process. This is an exploratory research with a qualitative approach carried out in a Basic Health Unit in the South of Brazil. The total number of participants was 16, and consisted of primiparous women in the third trimester of gestation. Data collection took place in two stages, before and after delivery. The results showed that mothers and friends were the most important people in the choice of the delivery route. The presence of a companion was identified in all deliveries, being the spouse the most desired and present figure. The maternal presence was reported as the second option and was present at birth and particularly during postpartum baby care. We conclude that the participation of the family is relevant for the desire and outcome of labor, as it helps the woman and the baby in singular moments. The health team, especially nursing, involved in maternal and child health must respect the family and social experiences, providing security and seeking to ensure comprehensive care to family health.

**Keywords:** Pregnant woman. Family relationships. Health promotion.

## DE LA GESTACIÓN A LA MATERNIDAD: LA PERSPECTIVA DE LA GESTANTE SOBRE EL ENVOLVIMIENTO FAMILIAR EN EL PROCESO DEL PARTO

### RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo comprender la participación familiar y social en el proceso del parto. Se trata de una investigación exploratoria con un abordaje cualitativo, realizada en una Unidad Básica de Salud de la región Sur de Brasil. Las participantes fueron en total 16 mujeres primíparas en el 3º trimestre de gestación. La recogida de datos aconteció en dos momentos, antes y después del parto. Los resultados mostraron que las madres y las amigas fueron las personas más importantes en la elección del tipo de parto. La presencia del acompañante fue identificada en todos los partos, siendo el cónyuge la figura más deseada y presente. La presencia materna fue relatada como la segunda opción y estaba presente en el parto y principalmente en los cuidados del bebé en el postparto. Se concluye que la convivencia familiar es relevante en el deseo y desenlace del parto, pues ayuda a la mujer y al bebé en momentos singulares. El equipo sanitario, en especial el de enfermería, envuelto en la asistencia sanitaria materno-infantil debe respetar las experiencias familiares y sociales, proporcionando seguridad y buscando garantizar la asistencia integral a la salud familiar.

**Palabras clave:** Gestante. Relaciones familiares. Promoción de la salud.

### INTRODUÇÃO

A gestação é um período em que a mulher e a família preparam-se para novos desafios e responsabilidades. Apesar de a gravidez ser um fenômeno biologicamente natural, ela ocasiona profundas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, caracterizando-se como um ciclo único e singular que, inevitavelmente, transforma a vida da mulher. A gestante passa por diversas experiências emocionais extremas, sentindo amor e alegria por ser detentora de uma vida que está sendo gerada no seu ventre como também tristezas e inseguranças<sup>(1)</sup>, sendo a protagonista exclusiva desse momento tão sublime.

Desde a infância, as meninas representam o papel de ser mãe. Ao brincar com suas bonecas, realizam os cuidados essenciais como alimentação, banho e as trocas de roupas. Com o passar dos anos, a construção da maternidade torna-se relevante e a mulher aprende que deve ser amável, equilibrada, acolhedora e compreensiva o tempo todo, construindo um modelo ideal de mãe perfeita<sup>(2)</sup>.

A capacidade reprodutiva da mulher é um potencial biológico natural e para muitas um ato implacável quando desejado, no entanto, a maternidade é saturada de ideologias culturais constituídas pela sociedade, colocando-a muitas vezes como uma questão central na vida das mulheres. O mundo interno da mulher, bem como sua estrutura emocional, é mais influenciado pelo mundo externo do que as próprias mulheres podem imaginar<sup>(2)</sup>.

Nesse cenário, a gestante depara-se com uma nova realidade, preparando-se para dar a vida a um novo ser, seu bebê, que lhe é totalmente dependente. Para Winnicott<sup>(3)</sup>, no final da gestação, inicia-se a fase da preocupação materna primária, a qual pode ser definida como um estado psicológico da mãe que permite a identificação com o seu bebê, sendo desenvolvida a capacidade de atender às suas necessidades, tornando-se mais sensível a estas. Nesse momento ela também precisa se preparar para o processo de parto.

Estudos realizados sobre fatores que influenciam na escolha das gestantes em relação à via de parto descrevem que o contexto familiar e cultural, assim como o conhecimento científico em saúde, exercem fundamental importância nessa escolha. Tais investigações identificam que a preferência pelo parto natural se deve ao fato de ser considerado mais saudável e natural, ter uma rápida recuperação e maior protagonismo da mulher, enquanto que a possibilidade de programar data e horário, realização concomitante de laqueadura e medo da dor do parto natural estão entre os relatos das entrevistadas que optaram pelo parto cesárea<sup>(4-6)</sup>.

A escolha pelo tipo de parto deve sempre ser focada na saúde da mãe e do bebê, e as orientações devem ser realizadas durante o pré-natal de forma individual ou coletiva pela equipe de saúde que acompanha a mulher, visando esclarecer as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, quando e em que situação o parto cirúrgico deve ser recomendado.

O envolvimento familiar durante a gestação é fundamental para que a gestante se sinta amparada e protegida para a tomada de decisões. Desse modo, a equipe de saúde deve

proporcionar e fortalecer a inserção de um acompanhante de sua escolha durante todo o período gravídico puerperal, e, quando esta escolha é o pai do bebê, há aumento do vínculo pai-filho<sup>(7)</sup>.

Desde de 2005, com a aprovação da Lei 11.108, é assegurado à parturiente o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A presença do acompanhante e o apoio contínuo no trabalho de parto e nascimento são intervenções seguras e altamente efetivas para melhorar os resultados maternos e neonatais, pois proporcionam altos índices de satisfação materna com custo muito baixo<sup>(8)</sup>.

A presença do pai nesse momento é a situação ideal, mas encontra obstáculos, uma vez que os serviços de saúde não fornecem informações aos pais sobre o processo de gestação e de parto para facilitar a sua inserção no mundo que até então era só de mulheres<sup>(9)</sup>. A enfermagem é uma facilitadora dessa prática e, juntamente com a equipe multidisciplinar, deve incentivar a inclusão da figura paterna ou do acompanhante de escolha da gestante no cenário de parto por meio de informações pertinentes que possibilitem a inclusão e a preparação da família para a chegada do bebê<sup>(10)</sup>.

O processo que envolve desde a escolha do tipo de parto até o seu desfecho é fundamental para a qualidade de vida da mulher e o estabelecimento de vínculo afetivo com o bebê. Nesse momento, ganha destaque o papel realizado pelo meio familiar e social, ao fornecer apoio e informações no período de fragilidade e transformações que a mulher vivencia. Neste contexto, o estudo tem como objetivo compreender a participação familiar e social no processo parturitivo.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva com coleta de dados primários. A pesquisa qualitativa visa a subjetividade como fundamento do sentido, não se preocupando com a quantidade, mas com o esclarecimento e a compreensão de fenômenos subjetivos<sup>(11)</sup>.

Foram convidadas a participar da pesquisa 16 gestantes primíparas entre 18 e 34 anos de idade, que estavam no 3º trimestre de gestação e realizavam o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde na região sul do Brasil, entre abril e setembro de 2016.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro de perguntas aplicado por meio de entrevista semiestruturada elaborado com base nos objetivos do estudo. Esse roteiro era composto por perguntas a respeito das características sócio demográficas, história obstétrica e questões relacionadas aos objetivos do estudo.

Inicialmente foi realizada a identificação das gestantes que estavam cadastradas no SISPRENATAL da cidade de Maringá. Posteriormente, deu-se o contato com as mulheres na UBS a fim de esclarecer os objetivos do estudo e obter o consentimento para a efetivação da entrevista, foi informado que haveria uma segunda entrevista após o parto e que um contato telefônico seria realizado para agendamento da mesma. Destacou-se a liberdade das participantes desistirem da entrevista a qualquer momento, se assim desejassem, e o comprometimento da entrevistadora referente aos dados coletados. Por este motivo, as participantes foram identificadas com a letra E e sequência numérica.

Na primeira etapa da pesquisa, as entrevistas ocorreram na Unidade Básica de Saúde e foram gravadas após autorização das gestantes em uma sala que proporcionasse privacidade, a fim de que essas falassem sem constrangimento sobre o tema proposto. Na segunda etapa foi realizado um novo contato após 20 dias da data prevista do parto e agendado um horário para a realização da entrevista, que ocorreu na residência da gestante durante o puerpério. Em seguida, as gravações foram transcritas, categorizadas e analisadas.

A sistematização da pesquisa deu-se através da análise e discussão dos dados com base no método qualitativo. Os dados foram divididos em duas categorias: a transmissão familiar e social relacionada à expectativa do parto; e o desejo da presença do acompanhante no processo parturitivo. Isso foi feito com o objetivo de compreender o significado e o entendimento das representações do indivíduo conforme modelo proposto por Bardin<sup>(12)</sup>.

O presente estudo seguiu os preceitos éticos conforme Resolução nº 466/12 e foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro Universitário de Maringá, mediante parecer nº 1.445.307.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES**

Quanto às características sócio demográficas das gestantes, a idade variou de 18 a 34 anos. Entre as 16 participantes, 94% eram casadas ou mantinham uma união estável, somente uma relatou morar com a avó e ser solteira. Entre elas, 94% relataram possuir casa própria.

No que tange ao grau de escolaridade, 75% relataram ter ensino médio completo, 25% ensino fundamental. Apesar de não ser identificado analfabetismo entre as entrevistadas, o baixo grau de escolaridade chamou a atenção, pois nenhuma declarou ter ensino superior, estar cursando uma graduação ou curso profissionalizante. Para o Ministério da Saúde<sup>(13)</sup>, a baixa escolaridade das gestantes é considerada um dos itens a serem avaliados na realização da estratificação de risco, pois é inserido como um fator risco ao qual os profissionais de saúde devem ficar atentos ao realizar atendimento a esse público, pois não conseguem compreender a importância de realizar o pré-natal e de participar dos grupos de gestantes. Isso

também é detectado no estudo, das mulheres entrevistadas, apenas 12,5% participaram em algum momento da gestação de um curso específico para orientações sobre a gravidez e parto.

Em relação à gestação, todas as mulheres estavam no terceiro trimestre, entre 28 e 40 semanas, tinham realizado o mínimo de seis consultas na primeira entrevista. Na segunda parte da pesquisa, elas se encontravam entre o 28º e 40º dia do pós-parto. O tipo de atendimento do parto foi 88% pelo Sistema Único de Saúde e 12% particular.

Entre as participantes, 56% desejavam o parto normal, uma não tinha uma escolha definida, enquanto 38% tinham o desejo de realizar cesariana. Estudos identificam que as gestantes optam pelo parto normal por considerarem um processo natural, por contribuir para a experiência de ser mãe e melhorar interação com o bebê, não necessitar de uma intervenção cirúrgica, ter uma recuperação mais rápida, poder retornar às atividades cotidianas mais rapidamente e sentir menos dor no pós-parto<sup>(4, 6, 14)</sup>.

Referente ao desfecho, notou-se que algumas mulheres (n=5) não vivenciaram o parto desejado e sinalizaram que durante o atendimento realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) e maternidade, em momento algum lhes foi perguntado sobre qual parto desejaria ter. Isso nos remete a uma reflexão acerca da expectativa que a gestante tem para o seu parto e que os profissionais envolvidos na assistência direta devem realizar uma abordagem integral que vai além do cuidado, que busque compreender os sentimentos que permeiam a gestante nesse momento e que forneçam informações necessárias para a assimilação do processo que passará.

## O envolvimento FAMILIAR E SOCIAL NO DESEJO DO PARTO

Historicamente, os grupos sociais da parturiente como mãe, familiares, vizinhas e amigas apresentavam participação ativa no desfecho gestacional, considerado um

acontecimento feminino o qual era realizado por parteiras com saber prático que acabava influenciando o desfecho do parto<sup>(15)</sup>. No presente estudo, todas as gestantes relataram o apoio familiar oferecido pela mãe, avós e também dos grupos sociais nas quais estão inseridas como as amigas.

O momento de ser mãe é singular e cada história pertence exclusivamente e particularmente a cada mulher. Em cada gestação as emoções, as sensações e as transformações fisiológicas são únicas para o desenvolvimento de um bebê<sup>(16)</sup>.

Estudos apontam que a rede de amizade e a família são critérios importantes para a tomada de decisão da mulher em relação ao desejo do parto<sup>(5, 6, 17)</sup>. De acordo com os discursos das participantes do estudo, o convívio social e familiar influencia diretamente na expectativa e no desejo do parto pretendido, o que pode ser observado em ambas as vias de parto, natural ou cesáreo, como descrito nas falas a seguir.

*Minha mãe fala né na hora dói mais é muito melhor depois a recuperação, minha mãe teve de quatro, 4 mulher... e tem bastante amiga minha que teve normal que fala que que não é uma dor que se morre na hora é uma dor que se suporta que é muito melhor. (E3)*

*A minha mãe fala para ter parto normal que é bem mais fácil que a cesárea. (E4)*

*A minha mãe as duas primeiras ela teve normal e foi tudo bem super, supernormal assim mesmo, rapidinho ela ganhou não sofreu tanto... mas eu acho que mais a minha mãe assim ela me incentivava bastante o meu marido me apoia tudo então. (E8)*

*Eu queria ter uma cesárea se fosse pra mim escolher hoje eu queria ter uma cesárea mas aí aconteceu um negócio com a minha amiga essa semana e eu já não quero mais ter cesárea porque eu quero ter normal agora...porque ela ganhou o bebê dela semana passada e ela teve reação da anestesia, daí ela teve que voltar porque travou as pernas dela sabe ela não conseguia andar daí eu fiquei com medo eu falei não quero mais, eu quero ter o normal. (E10)*

Os círculos de interferência identificados na pesquisa são bem delimitados: as mães e as amigas são as principais pessoas mencionadas pelas gestantes com um poder de influência maior no desejo do tipo de parto.

O mundo interno da mulher bem como sua estrutura emocional é mais influenciado pelo mundo externo do que as próprias mulheres podem imaginar, o que leva a pensar que a

maternidade tem como cenário a cultura e o momento histórico em que as gestantes estão inseridas<sup>(2)</sup>.

As influências familiares e da sociedade podem levar as gestantes a optarem pela cesariana, pois a partir dos relatos de experiências traumáticas vivenciadas por mulheres do seu convívio social reforçam o sentimento de medo e dor<sup>(18)</sup>. Esses achados vêm ao encontro do presente estudo, corroborados pelas seguintes narrações das participantes:

*Ai minhas amigas falam né que elas tiveram normal e... sofreram muito né, elas falam que se fosse hoje elas não teriam, elas preferiam fazer cesárea. (E9)*  
*Então minha mãe teve cesárea e deu tudo certo, ela fala que eu não tenho que sofrer, é pra marcar logo e fazer. (E11)*

Porém, os discursos das mulheres fazem refletir sobre a importância das relações familiares e sociais em que se encontram inseridas durante o período gravídico.

É difícil ser apenas coincidência que o desfecho do parto seja igual a de seus familiares, mãe e avó, pois, apesar das gestantes narrarem que não são influenciadas pelas mães, observa-se que o desejo do parto entre elas são os mesmos, esta preferência pode ter sido armazenada na memória da filha mesmo inconscientemente<sup>(19)</sup>.

Cada gravidez tem uma história e cada mulher tem sentimentos marcantes durante a gestação que darão lugar a uma criança com suas próprias características logo que vier ao mundo<sup>(16)</sup>.

É perceptível que a internet também tem influência na escolha da via de parto:

*Eu mesmo pesquiso na internet eu prefiro parto normal, não vou muito pela cabeça dos outros né porque se não se fica com medo. (E4)*  
*Eu li na internet que o parto normal é muito bom por bebe para imunidade da criança um monte de coisa eu vi na internet. (E10)*

Corroborando esses achados das gestantes, Silva, Prates e Campelo<sup>(20)</sup> sinalizam que a mídia é um dos fatores que influencia no desejo da via de parto. Nesse contexto, pode-se

inferir que essa seja uma ferramenta rápida e prática que as gestantes têm nos dias atuais para sanar suas dúvidas, o que não existia há alguns anos.

Em contrapartida, existe a preocupação do distanciamento desse público dos profissionais de saúde, cabendo à equipe realizar orientações adequadas sobre as informações disponíveis pelas diversas mídias, incentivando as gestantes a se certificarem desses conteúdos com profissionais de saúde, que são as pessoas mais indicadas e capacitadas para oferecerem tais esclarecimentos.

## A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO PROCESSO PARTURITIVO

Em relação ao desejo de ter um acompanhante no momento do parto, 100% das mulheres demonstraram interesse em ter alguém que a acompanhasse no momento do parto. A escolha predominante foi o companheiro, correspondendo a 88%.

*A sim com certeza o meu marido isso se ele não desmaiar na hora, no começo ele ficou meio assim, mas depois ele falou que ele quer. E1*  
*Então tem o meu esposo, só que ele né (risos) como que fala...ele é meio nervoso na hora não quer entrar. E6*  
*Acho que meu marido ne, meu marido ou minha mãe, ele que mas não sei se ele tem coragem. E7*  
*Eu quero meu marido. E9*  
*Eu queria meu marido ne mais, mais eu acho que ele não vai entrar não porque ele tem um pouco de medo, ele queria tá, mas se for pra ele chegar lá e passar mal é melhor se ficar pro lado de fora. E10*

Mesmo demonstrando insegurança em relação a sua expectativa pela presença do companheiro no momento do parto e que esse desejo não se concretizasse, o pai do bebê era sempre a figura mais sinalizada a estar presente no nascimento. Essa insegurança foi percebida nas falas das participantes E6 e E7, pois destacaram que o companheiro não se sentia seguro sobre a sua participação no momento do parto.

O homem teme pela vida de sua companheira e se preocupa com a evolução da gravidez, porém o momento envolve vivências comuns para o homem e para mulher. O parto não é uma situação absolutamente previsível e isso remete um sentimento de impotência e falta de controle aos pais, além do medo do ambiente hospitalar e sangue<sup>(9)</sup>, o que pode justificar a insegurança de estar presente no momento do parto pelos companheiros das mulheres do presente estudo.

Pressupõe-se que essa insegurança pode estar relacionada à falta de orientação por parte da equipe de profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, envolvido diretamente no atendimento a estas gestantes durante o pré-natal. As orientações realizadas durante o pré-natal devem abranger a família e todas as pessoas envolvidas com esta gestação, sendo o acompanhante de sua escolha a figura principal.

A presença do acompanhante durante a gestação e o parto contribui para que a nova dinâmica familiar tenha uma adaptação com menos dificuldades, e para que os futuros pais se incorporem cada vez mais no processo gravídico puerperal<sup>(7)</sup>.

Apenas 12% das gestantes apontaram as mães como escolha de acompanhante para a hora do seu parto.

*Minha mãe {neste dia a mãe se encontrava internada na UTI do HU}. E2  
Minha mãe. E12*

A participante identificada como E2 era a única gestante que não relatou em momento algum da entrevista ter um companheiro, não fez menções sobre o pai do bebê, era a mais jovem (18 anos) e morava com a avó. No dia da entrevista, sua mãe se encontrava hospitalizada em uma Unidade de Terapia Intensiva, e ao ser questionada sobre quem desejava ter ao seu lado no momento do parto, ela relatou que acreditava que sua mãe ficaria “boa” para ver sua neta nascer. Nesse momento da entrevista, o silêncio prevaleceu por alguns minutos, pois a participante do estudo se recolheu, demonstrando um sentimento de tristeza.

Ao mesmo tempo em que a expectativa pela chegada do seu bebê era grande, a possibilidade de não ter sua mãe presente nesse momento tão importante de sua vida a afligia.

No segundo momento da entrevista, a alegria era contagiante na casa da gestante E2, primeiro, pela chegada do bebê e, segundo, porque sua mãe tinha se recuperado do seu estado de saúde e conseguido realizar o desejo da filha, acompanhando o nascimento da neta.

A presença materna também foi identificada como segunda opção entre as que tinham preferência inicial pelo companheiro.

*Acho que meu marido né, meu marido ou minha mãe, ele quer, mas não sei se ele tem coragem. E7*

*Sim meu marido ou minha mãe né, primeiramente ele porque ele quer assistir, mas... se ele não tiver vai minha mãe. E4*

As mães foram a segunda escolha e citadas imediatamente, com ênfase, pelas gestantes, por não terem certeza se seus companheiros realmente conseguiriam acompanhá-las, mas que certamente sua mãe estaria lá caso precisassem. A presença da mãe foi mencionada também como opção de acompanhante nos cuidados após o parto, pois, segundo as gestantes, demonstravam mais segurança em virtude da experiência dos seus cuidados com o bebê.

*Meu marido, eu quero ele na hora, mas é ruim para ajudar depois né e como é nosso primeiro filho né é inexperiente. E3*

Todas as participantes do estudo relataram ter a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e puerpério, assim como o desejo do acompanhante foi concretizado durante o parto, tanto para as gestantes que desejavam o companheiro, como para as que desejavam a presença da mãe. Nesse contexto, o direito da gestante em ter um acompanhante no momento do parto e puerpério, garantido por lei, está sendo assegurado a elas pelas instituições de saúde nas quais foram atendidas<sup>(13)</sup>.

Em estudo realizado com 23.940 participantes à nível nacional, foi identificado que 24% das mulheres não tiveram acompanhante durante a internação para o parto, 56,6% contaram com acompanhante parcial e apenas 18,8% com acompanhante contínuo<sup>(8)</sup>. As evidências encontradas na presente investigação são divergentes dos dados levantados por outro estudo<sup>(8)</sup>, o que retrata que as instituições de saúde nas quais as entrevistadas foram atendidas asseguram o direito do acompanhante às gestantes na sua integralidade e de forma contínua.

Nenhuma das mulheres pesquisadas relatou algum tipo de intercorrência envolvendo o acompanhante durante o processo parturitivo, no entanto, a presença dos mesmos facilitou a vivência deste momento tão permeado por medos e insegurança.

A presença de um acompanhante que seja de escolha da mulher possibilita que ela se sinta segura fisicamente e emocionalmente através da escuta ativa, conversas de encorajamento, massagem relaxante, ajuda em exercícios e atividades que favoreçam o trabalho de parto, bem como no auxílio ao cuidado com o bebê durante o puerpério<sup>(10)</sup>.

Portanto, além da garantia desse direito, os profissionais de saúde devem informar à mulher que toda gestante pode de ter um acompanhante de sua escolha durante o pré-natal, parto e puerpério, e reforçar a importância dessa companhia para a construção do vínculo familiar com o bebê desde a gestação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo propiciou compreender que as relações familiares e sociais nas quais as gestantes encontram-se inseridas influenciam no desejo do parto. As mães e as amigas foram as pessoas mais importantes nesse processo de escolha da via de parto, pois

transmitem as suas experiências anteriores na busca de auxiliarem e beneficiarem o desfecho do parto de seus entes queridos.

A mídia também foi uma fonte de informação sinalizada pelas gestantes, demonstrando que a praticidade é uma busca que está em ascendência e evidencia que o fácil acesso, agilidade e variedade de informações que se encontram disponíveis nos meios eletrônicos são uma boa opção para a educação em saúde. No entanto, é importante orientar esse público para que se certifique da confiabilidade dessas informações e que a equipe de saúde é a melhor escolha para esclarecimento de dúvidas e questionamentos.

A presença do acompanhante foi identificada em todos os partos vivenciados pelas participantes do estudo, sendo o companheiro a figura mais desejada e presente durante o parto. A presença materna foi relatada como a segunda opção, porém, estava presente no parto e, principalmente, nos cuidados com o bebê no pós-parto.

Conclui-se que o convívio familiar é relevante no desejo e desfecho do parto, pois auxilia a mulher e o bebê em momentos singulares de suas vidas. A equipe de saúde, em especial a enfermagem, envolvida na assistência à saúde materno-infantil deve respeitar as experiências familiares e sociais nesse momento único de cada mulher, proporcionando informações que assegurem seus direitos na busca de garantir uma assistência de qualidade e integral, que vise à promoção da saúde familiar.

## **REFERÊNCIAS**

1. Silveira CSP, Ferreira MMC. Auto-conceito da grávida – factores associados. *Millenium – Revista do IPV* 2011 jun; 40: 53-67.
2. Azevedo KR, Arrais AR. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol. Reflex. Crít.* 2006; 19(2): 269-276.
3. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. Coleção Textos de Psicologia. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes: 2012.

4. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MCS, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev. Bras. Ginecol. Obster* 2013 jun; 35(6): 281-285.
5. Minuzzi A, Rezende CL. Fatores de influência na escolha da via de parto: uma revisão de literatura. *Uningá Review* 2013 abr; 14(1): 37-47.
6. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(Supl): s101-s116.
7. Peláez HR, Gallego IR. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerpérioem relación com el vínculo paterno-filial. *Revisión Bibliográfica. Matronas Prof.* 2014; 15(4): e1-e6.
8. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias, MAB, Schneck CA et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(Supl): S140-S153.
9. Antunes JT, Pereira LB, Vieira MA, Lima CA. Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento. *Rev. de Enf. UFSM* 2014 jul/set; 4(3): 536-545.
10. Brüggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc Anna Nery (impr.)* 2013 jul/set; 17(3): 432-438.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec: 2013.
12. Bardin L Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70: 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília – DF, 2013.
14. Leguizamon Júnior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev. Bioét.* 2013; 21(3): 509-517.
15. Pimenta LF, Ressel LB, Stumm KE. A construção cultural do processo de parto. *Rev. de Pesquisa: Cuidado é fundamental online* 2013 out/dez; 5(4): 591-598.
16. Szejer M, Stewart R. Nove meses na vida mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo: 1997.
17. 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* 2012; 22(1): 35-52.

18. Nunes ACF, Ramos DKR, Mesquita SKC. Preferência por cesarianas em gestantes nulíparas de um consultório particular de ginecologia e obstetrícia: um estudo de caso. Rev Univ Vale Rio Verde 2014 ago/dez; 12(2): 743-753.
19. Peres LC. Influência dos avós na escolha do tipo do parto. 2012. [dissertação]. Brasília-DF. Programa de Mestrado em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília. 2012
20. Silva SPC, Prates RCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. Rev. Enferm. UFSM 2014 Jan/Mar; 4(1): 1-9.

## **7 Normas do Artigo 2**

### **1) Aspectos gerais**

- Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.
- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A Revista Ciência Cuidado e Saúde incentiva e apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), por reconhecer a importância desses registros para a divulgação internacional, em acesso aberto, de informação acerca dos estudos clínicos. Deste modo, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)). O número de identificação deve ser registrado ao final da metodologia e aparecer no resumo.

### **Preparo do manuscrito**

- Os artigos deverão ser digitados em “Word for Windows” 98 ou superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 12, papel A4, com margens de 2,5 cm nos quatro lados, e espaçamento duplo em todo o texto, com exceção de resumos, referências, citações diretas, depoimentos, tabelas e quadros que deverão ter espaçamento simples.
- Para maiores informações, consultar o check-list de normas da revista (no final deste documento).

### **2) Organização**

#### **a) Página de identificação deverá conter:**

- Título do trabalho em caixa alta e negrito nos três idiomas (português, inglês e espanhol)

- Nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores), com indicação da formação profissional (graduação – sem especificar local de formação), instituição em que esteja cursando pós-graduação strictu sensu ou maior titulação (nunca especificar onde o título foi obtido), instituição em que atua profissionalmente e endereço eletrônico em nota de rodapé;

- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Essas três condições devem ser integralmente atendidas;

- Indicação se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição;
- Indicação se o manuscrito é originário de dissertação ou tese;
- Indicação se o manuscrito já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira;
- Indicação da seção a que o texto se destina (Artigo de Pesquisa; de Revisão; de Reflexão; e Relato de Experiência).
- Endereço completo do autor principal para contato.

#### **b) Manuscrito:**

- Exige-se correção de português, inglês e espanhol.

- Não deverá conter notas de rodapé.

Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Resumo em português, inglês e espanhol contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;

- Palavras-chave (Keywords e Palabras clave): três a cinco palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde-DECS-LILACS", elaborado pela BIREME.

- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /Considerações finais, Agradecimentos e Referências).

### **Observações:**

- Os depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em espaço simples, itálico, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave { };
- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na sequência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão. Exemplo(19:6).
- Figuras e tabelas devem ser limitadas(os) a cinco no total.

### **3) Referências**

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte), para artigos de pesquisa, reflexão e relato de experiência. No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.
- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-as por um traço Ex: (4,5,6 e 7) substituir por (4-7); quando intercalados utilize vírgula Ex:(6,8,12).
- Devem constar os nomes dos seis primeiros autores para só então utilizar a expressão “et al.”.
- As referências devem ser alinhadas à esquerda.
- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es). Obs: Ciência, Cuidado e Saúde adota a partir de janeiro de 2007, normas baseadas no "Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas em 2001 no volume 9, número 2 da Revista Latino-americana de Enfermagem.

## 8 CONCLUSÃO

Dado o exposto, percebe-se que a maioria das mulheres vivenciaram o parto desejado e suas experiências foram satisfatórias, porém permeadas pelo medo e pela dor. Para as que não realizaram o parto normal pretendido, foi evidenciado um sentimento de frustração e insatisfação. Entretanto, quando existe uma orientação e um atendimento acolhedor pela equipe de enfermagem, mesmo não vivenciando o parto planejado, as experiências relatadas são percebidas com um melhor enfrentamento.

Nota-se que existe um contraste entre o desejo do parto e o alto índice de cesariana, pois um percentual significativo de mulheres não realizaram o parto de sua preferência sem que qualquer obstétrica seja identificada.

Pode-se observar que as relações familiares e sociais nas quais as gestantes encontram-se inseridas influenciam no desejo do parto. As mães e as amigas foram as pessoas mais importantes neste processo, pois transmitem as suas experiências anteriores na busca de auxiliarem e beneficiarem o desfecho do parto de seus entes queridos.

A internet também foi uma fonte de informação sinalizada pelas gestantes, demonstrando que a praticidade é uma busca que está em ascensão e evidencia que o fácil acesso, agilidade e variedade de informações que se encontram disponíveis nos meios eletrônicos são uma boa opção para a educação em saúde. No entanto, é importante orientar esse público para que se certifique da confiabilidade dessas informações e compreenda que a equipe de saúde é a melhor escolha para esclarecimento de dúvidas e questionamentos.

A presença do acompanhante foi identificada em todos os partos vivenciados pelas participantes do estudo, sendo o companheiro a figura mais desejada e presente durante o parto. A presença materna foi relatada como a segunda opção, porém, estava presente no parto e, principalmente, nos cuidados com o bebê no pós-parto.

O convívio familiar é relevante no desejo e desfecho do parto, pois auxilia a mulher e o bebê em momentos singulares de suas vidas. A equipe de saúde, em especial a enfermagem, envolvida na assistência à saúde materno-infantil deve respeitar as experiências familiares e sociais nesse momento único de cada mulher, proporcionando informações que assegurem seus direitos na busca de garantir uma assistência de qualidade e integral, visando à promoção da saúde familiar.

Conclui-se que as mulheres e seus familiares necessitam de uma preparação para o parto mais efetiva por parte dos profissionais de saúde, visto a necessidade de enfrentamento

de um momento único na formação de uma nova família, no qual a promoção da saúde deve ser o ponto de partida para estas ações.

Enfatiza-se a necessidade de realizar novos estudos com outros grupos de gestantes, como em diferentes níveis socioeconômicos e as que planejaram uma gravidez mais tardiamente, além das mulheres que enfrentam a depressão, afim de investigar se a sua vontade está sendo respeitada pelos profissionais de saúde.

## 9 REFERÊNCIAS

ARAUJO, S. M. et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Veredas Favip-Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, p. 61-67, 2013.

ARRAIS, A. R. **A Configuração subjetiva da depressão pós-parto**: para além da padronização patologizante. 158 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENUTE, G. R. G. et al. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 281-285, 2013.

BITTENCOURT, Fernanda et al. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 515-520, jul./set. 2013.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2015. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)> Acesso em: 05 ago 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde. Estatísticas vitais**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf)> Acesso em: 25 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria nº 2446 de 11 de novembro de 2014. Brasília: MS. 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em 15 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Humanização do parto. Humanização do parto e do nascimento. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 1, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BUSTAMANTE, T. F. et al. Estudo sobre a mortalidade em UTI neonatal em um hospital escola no sul de minas. **Ciências em Saúde**. v. 4, n. 2, p. 74-84, 2014.

CALLOU, R. B. L. et al. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 18, n. 1, p. 87-94, 2014.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a indústria da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 35-52, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl., p. s101-s116, 2014.

FAÚNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 488-494, 2004.

FEBRASGO. **Mortalidade Materna**: Brasil é o 4º país que menos reduz no mundo. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=10885>>. Acesso em: 05 maio 2015.

FERREIRA, G. N. F. et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1398-1405, 2013

FIGUEIREDO, N. S. V. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out/dez. 2010.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 9788536320557

GOMES, A. R. M. et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Recien-Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, n. 11, p. 23-27, ago. 2014.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Revista Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 26-36, abr. 2015.

HADDAD, S. M. T; CECECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetrícia**. Campinas, v. 33, n. 5, p. 252-262, 2011.

LAGOMARSINO, Betina Soares et al. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 680-694, 2013.

LANDERDAHL, M. C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-111, 2007.

LEGUIZAMON JUNIOR, T. et al. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n.3, p. 509-517, 2013.

MELCHIORI, L. E. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v 13, n. 1, p. 13-23, jan./jun. 2009.

MELO, E. C. et al. Fatores relacionados ao parto cesáreo, baixa cobertura de pré-natal e baixo peso ao nascer. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 2, n. 1, p. 47-59, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINUZZI, A.; REZENDE, C. L. Fatores de influência na escolha da via de parto: uma revisão de literatura. **Uningá Review**, v. 14, n. 1, p. 37-47, abr. 2013. ISSN 2178-2571.

MORAES, E. T. **Via de nascimento e desfecho clínico intra-hospitalar**. 51 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança) – Faculdade de Medicina da PUCRS. Porto Alegre, 2013.

NORONHA, G. A. et al. Análise da sobre vida infantil segundo características maternas, da gestação, no parto e no recém nascido na coorte de nascimento de 2005 no município do Rio de Janeiro - RJ, Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços da Saúde**. v. 21, n. 3, p. 419-430, 2012.

OLIVEIRA A. S. S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência de parto e parto. **Revista Rene**, vol. 11, n. esp., p. 32-41, 2010.

ONU. **Declaração do Milênio** - Resolução A/RES/55/2. Nova York.2000. Disponível em: <<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2015.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná-SESA. **Linha Guia: Mãe Paranaense**. Curitiba. 2012. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha\\_guia\\_versao\\_final.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf)>. Acesso em 20 nov. 2016.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de Assistência ao Parto e Taxa de Cesárea em Diferentes Países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-194, fev. 2011.

PELÁEZ, H. R.; GALLEGO, I. R. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerpérioem relación com el vínculo paterno-filial. Revison Bibliográfica. **Matronas Profesión**, Madrid, v. 15, n. 4, p. e1-e6, 2014.

PICCININI, Cesar Augusto et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008.

PIMENTA, L. F. et al. A construção cultural do processo de parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 5, n. 4, p. 591-598, 2013.

PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, v. 10, n. 2, p. 199-210, 2010.

PISONI C. et al. Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. **Early Hum Dev.** v. 90, Supl. 2, p. s45-s46, set. 2014.

POTRICH T. et al. Mortalidade infantil segundo características da mãe e gestação na cidade de Santa Maria, RS. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 3, p. 343-350, set/dez. 2011.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciencia Saúde Coletiva (Online)**, v. 12, n. 2, p. 477-486. ISSN 1678-4561.

SILVA, S. P. C.; PRATES R. C. G.; CAMPELO B. Q. A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, jan./mar. 2014.

SILVEIRA, C.S.P.; FERREIRA, M. M. C. Auto-conceito da grávida – factores associados. **Millenium – Revista do IPV**, v. 40, p. 53-67, jun. 2011.

SOUZA V. B. et al. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 13, n. 2, p. 199-210, abr./jun. 2011. ISSN 1518-1944.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VELHO, M. B. et al. Experience with vaginal birth versus cesarean childbirth: integrative review of women's perceptions. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, abr/jun. 2012.

VIEIRA, S.M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 21, n. spe, p. 255-262, 2011.

WHO. World Health Organization. **Declaração da OMS sobre taxa de cesáreas**. 2015, 8 p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf)>. Acesso em: 05 Out. 2016.

WHO. World Health Organization. **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda**. Geneva: WHO; 2009.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. Coleção Textos de Psicologia. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

## **10 ANEXOS**

**10.1 ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****DA GESTAÇÃO À MATERNIDADE: EXPECTATIVAS SOBRE A VIA DE PARTO**

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisador(es) Eliete dos Reis Carvalho e Rute Grossi Milani em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado: Expectativas sobre a via de parto: da gestação à maternidade, cujo objetivo é compreender as expectativas das gestantes em relação ao tipo de parto e as experiências reais relatadas no puerpério, objetivando identificar o tipo de parto privilegiado por gestantes e as justificativas para tais opções e se as expectativas e opções da gestante foram respeitadas ao longo da gestação e durante o parto. A pesquisa acontecerá por meio de entrevista com roteiro previamente elaborado em dois momentos, o primeiro no terceiro trimestre gestacional e o segundo no período puerperal, sendo a partir do sétimo dia do pós parto. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo as informações relacionadas à minha privacidade bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, \_\_\_\_\_

após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas

**CONCORDO VOLUNTARIAMENTE.**

Maringá,        /        /        .

*Continuação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE)*

Eu, Eliete dos Reis Carvalho declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Eliete dos Reis Carvalho  
Endereço: UNICESUMAR - Centro Universitário Cesumar, Av: Guedner  
Bairro: Jardim Aclimação  
Cidade: Maringá UF: PR  
Fones: (44) 3221-6360 e-mail: [elietedosreiscarvalho@gmail.com](mailto:elietedosreiscarvalho@gmail.com)

Nome: Rute Grossi Milani  
Endereço: UNICESUMAR - Centro Universitário Cesumar, Av: Guedner  
Bairro: Jardim Aclimação  
Cidade: Maringá UF: PR  
Fones: (44) 3221-6360 e-mail: [rute.milani@unicesumar.edu.br](mailto:rute.milani@unicesumar.edu.br)

**10.2 ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

# **SUBSTITUIR**

# **SUBSTITUIR**

# **SUBSTITUIR**

## 11 APÊNDICE

## 11.1 APÊNDICE 1- ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Etapa 1 (expectativa e conhecimento da gestante sobre tipo de parto pretendido)

#### Bloco A: PERFILSÓCIODEMOGRÁFICO

1. Iniciais: \_\_\_\_\_
2. Data da entrevista: \_\_\_\_\_
3. UBS: \_\_\_\_\_
4. Endereço: \_\_\_\_\_
5. Telefone: \_\_\_\_\_
6. Idade: \_\_\_\_\_ anos
7. Idade gestacional: \_\_\_\_\_
8. Estado Civil  
 Solteira       Casada       União consensual  
 Divorciada       Outro
9. Grau de escolaridade:  
 Analfabeta  
 Ensino fundamental  
 Ensino médio  
 Graduação
10. Profissão: \_\_\_\_\_
11. Moradia:  
 Casa própria  
 Alugada  
 Divide moradia  
 Outras

#### BLOCO B - Expectativa em relação ao tipo de parto pretendido.

- 1- Quantas consultas você já realizou até o momento?
- 2- Você foi orientada em relação aos tipos de parto?
- 3- Quem realizou estas orientações?

- 4- Gostaria de receber orientações sobre os tipos de parto? (Caso não tenha recebido orientações)
- 5- Qual o tipo de parto você pretende ter?
- 6- O que levou você a preferir esse tipo de parto?
- 7- Alguém te influenciou de forma positiva nesta sua escolha? E negativamente?
- 8- Quais benefícios você acha que este parto irá trazer para você e seu bebê?
- 9- O que poderá levar você a mudar de idéia em relação ao tipo de parto?
- 10- Gostaria de ter um acompanhante no parto? Se sim quem?
- 11- Data provável do parto?

## **Etapa 2**

### **(Experiência vivenciada pela parturiente em relação ao parto realizado)**

- 1- Data: \_\_\_\_\_
- 2- Iniciais: \_\_\_\_\_
- 3- Qual foi o dia do parto? \_\_\_\_\_
- 4- Com qual idade gestacional o seu filho nasceu?
- 5- Com quantos quilos?
- 6- Teve alguma intercorrência?
- 7- Você reconheceu o trabalho de parto?
- 8- Foi atendida na primeira instituição que procurou?
- 9- Ficou internada na primeira vez que procurou atendimento?
- 10- Quantas vezes precisou ir ao hospital?
- 11- Você recebeu orientações sobre o tipo de parto? Quando isso ocorreu e porque?
- 12- Qual foi o tipo de parto?
- 13- Sua expectativa em relação a via de parto foi atendida?
- 14- Em caso positivo sua escolha foi respeitada pelos profissionais durante o pré-natal e no trabalho de parto?
- 15- Em caso negativo: Teve influência de outra pessoa na decisão imediata da realização do parto?
- 16- Existiram problemas clínicos com você ou com o bebê que influenciaram no tipo de parto?
- 17- Conte como foi sua experiência do parto?
- 18- Como você se sentiu fisicamente após o parto?

- 19- Como você se sentiu emocionalmente após o parto?
- 20- Você teve acompanhante? Quem a acompanhou?
- 21- Em que momento aconteceu o primeiro contato com o bebê?
- 22- Como era para você cuidar do seu bebê?
- 23- Você quer relatar algo que foi importante durante o parto?