



**EENF** CURSO DE  
MESTRADO  
EM ENFERMAGEM

**CÍNTIA DE SOUZA SANTANA**

**SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO  
AO TRABALHO DE PARTO E PARTO**

**RIO GRANDE**

**2018**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO AO TRABALHO DE  
PARTO E PARTO

CÍNTIA DE SOUZA SANTANA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriane Maria Netto de Oliveira.

RIO GRANDE

2018

618.4 Santana, Cíntia de Souza

S232s Sentimentos e vivências das puérperas em relação ao trabalho de parto e parto. Cíntia de Souza Santana. – Rio Grande, 2018.  
68 p.: il.

Orientadora: Adriana Maria Netto de Oliveira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem

1. Parto. 2. Trabalho de parto. 3. Enfermagem obstétrica.

I. Oliveira, Adriane Maria Netto de (orienta.) II. Título.

**Folha de Aprovação**

**CINTIA DE SOUZA SANTANA**

**SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DE PUÉRPERAS EM RELAÇÃO AO  
TRABALHO DE PARTO E PARTO**

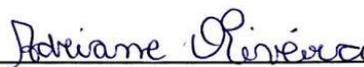
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 20 de dezembro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.



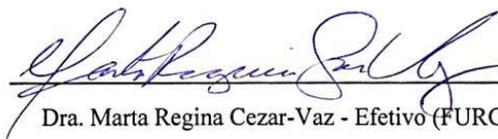
Giovana Calcagno Gomes

Coordenadora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – FURG

**BANCA EXAMINADORA**



Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira - Presidente (FURG)



Dra. Marta Regina Cezar-Vaz - Efetivo (FURG)

Dra. Virgínia Leismann Moretto - Efetivo Externo (UFRGS)



Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber - Suplente (FURG)

Dr. Marilu Correa Soares - Suplente Externo (UFPEL)

## AGRADECIMENTOS

Neste momento é fundamental agradecer as pessoas que participaram da construção desta conquista e do meu crescimento pessoal, acadêmico e profissional.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriane, minha orientadora, que aceitou o desafio e me acolheu. O Mestrado em Enfermagem era uma conquista distante, mas tive reconhecimento, incentivo, apoio e muito aprendizado com esta pessoa que é acima de tudo verdadeira e amável. Obrigada por acreditar nos meus planos, no meu trabalho e na humanização da obstetrícia. Obrigada pela oportunidade e pelo cuidado. Gratidão!

Às Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Virgínia, Marilu, Marta e Nalú, componentes da banca deste trabalho, meu agradecimento pela disposição e auxílio impar na construção desta dissertação, muita admiração por todas. É preciso destacar que nada teria acontecido sem a insistência da Nalú para que eu tivesse coragem de me aprimorar e crescer como enfermeira, me “obrigando” a cursar a Especialização em Enfermagem Obstétrica. E neste caminho desafiador e enriquecedor, tive a sorte de conhecer e me encantar pela Virginia, que além de ser excelente docente na área do cuidado à mulher é uma batalhadora incansável pela humanização, pelo respeito e pelo ser humano. Vocês são as “culpadas” por esta conquista!

À Coordenação e colaboradores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande pelas contribuições durante a jornada. Ao GEPESM pelas contribuições e auxílios e ao Grupo Viver Mulher por ser meu primeiro contato com a pesquisa.

À família, que me apoia, me incentiva, me cobra e comemora junto cada conquista. Nunca foi fácil, sempre foi árduo, mas nosso caminho é de companheirismo e de amor.

Meu filho André, meu anjo azul, razão da minha perseverança em crescer, tudo sempre será por ti e para ti, ao infinito e além meu amor maior.

Dona Jussara Helena, minha mãe. Cada etapa desta vida é espelhada em ti. Como costuma dizer, as conquistas também são tuas. Obrigada por me carregar no ventre, no colo, pela mão, pelo exemplo e pela cobrança em ser uma mulher melhor. Sempre quis ser igual a ti. Sigo tentando.

Aos que não posso mais abraçar fisicamente, mas sempre estiveram ao meu lado e sei do orgulho que sentem por mim, meu pai Geraldo e meus tios Nair e Antônio, só posso agradecer a oportunidade de ter estado com vocês nesta passagem.

Aos meus amigos e aos meus primos, sem vocês eu não teria suportado as pressões, os desafios, as ausências e os vários surtos desta jornada! Silvia, Fernando, Martinha, Faby, Luiza, Cinthia... *Saúde!!!!*

Meus queridos parceiros do Mestrado: Aline, Bibiane, Eliel, Fernanda, Jéssica, Juliana, Patrícia, Silvana e Vanessa que nosso veneno nos mantenha unidos vida afora!!! Ahh, fica quieta Silvana!!!!

Aos colegas do Centro Obstétrico, principalmente minha parceira Jurema, aprendemos, crescemos e enlouquecemos juntas.

Muito obrigada!!!

**MENSAGEM**

*“...E se a gente sonhá  
Com um mundo diferente  
A raça HUMANA se amá  
Entendê que tudo é gente...”*

**[www.casadeconcessa.com.br](http://www.casadeconcessa.com.br)**

## RESUMO

SANTANA. Cíntia de Souza. Sentimentos e vivências das puérperas em relação ao trabalho de parto e parto. 2018. 68 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O parto é considerado um evento complexo que envolve vários fatores, sentimentos e mudanças na vida mulher. Medo e ansiedade são sentimentos que podem interferir e dificultar o trabalho de parto e, por consequência, um nascimento seguro e saudável. Essa situação pode ser causada pela falta de conhecimento das famílias e pela ausência da instrumentalização profissional sobre as condutas adequadas. Diante desta reflexão, emergiu a necessidade de conhecer os motivos que provocam temor nas mulheres em relação ao trabalho de parto e parto vaginal. Logo, os objetivos deste estudo são: identificar as expectativas das puérperas em relação ao trabalho de parto e parto; identificar os sentimentos vivenciados pelas mulheres no periparto; conhecer a influência das vivências e história de vida das mulheres relativas ao trabalho de parto e parto no desfecho do nascimento. Os dados foram analisados por meio da análise temática de conteúdo, tendo como suporte autores utilizados na revisão de literatura. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, sob o parecer número 91/2018 e CAAE 88871018.5.0000.5324. A pesquisa foi realizada em um centro obstétrico de um hospital universitário localizado no extremo sul do Brasil, por meio da entrevista semiestruturada com 15 puérperas internadas, que tiveram gestação de baixo risco e passaram por trabalho de parto e parto vaginal. Os resultados do estudo foram apresentados através de dois artigos, sendo o primeiro intitulado “Percepção de Puérperas sobre o trabalho de parto e parto” e, o segundo “Vivências de puérperas relacionadas ao trabalho de parto e parto”. As expectativas e sentimentos em relação ao trabalho de parto e parto encontradas mostram a necessidade de refletir a respeito da assistência obstétrica realizada ao longo da gestação, a fim de que as mulheres possam tomar decisões conscientes relativas ao trabalho de parto e parto.

**Descritores:** Parto. Trabalho de Parto. Enfermagem Obstétrica.

## ABSTRACT

SANTANA. Cíntia de Souza. Feelings and experiences of puerperal women in relation to labor and childbirth. 2018. 68 fls. Dissertation (Master's in Nursing) - Nursing School. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

Childbirth is considered a complex event that involves several factors, feelings and changes in women life. Fear and anxiety are feelings that can interfere with and hamper labor and, therefore, a safe and healthy birth. This situation can be caused by the lack of knowledge of the families and by the lack of the professional instrumentalization on the appropriate conducts. In the light of this reflection, the need to know the reasons that cause fear in women in relation to labor and vaginal birth has emerged. Therefore, the objectives of this study are: to identify the expectations of puerperal women in relation to labor and birth; identify the feelings experienced by women in the peripartum; to know the influence of the experiences and life history of the women related to labor and delivery in the outcome of the birth. The data were analyzed through the thematic content analysis, supported by authors used in the literature review. The study was approved by the Ethics and Research Committee in the Health Area of the Federal University of Rio Grande, under the number 91/2018 and CAAE 88871018.5.0000.5324. The research was carried out in an obstetric center of a university hospital located in the extreme south of Brazil, through a semistructured interview with 15 hospitalized puerperal women who had a low risk pregnancy and underwent labor and vaginal birth. The results of the study were presented through two articles, the first one entitled "Perception of puerperas on labor and labor of childbirth " and the second "Experiences of puerperas related to labor and labor of childbirth ". The expectations and feelings regarding labor and labor of childbirth found show the need to reflect on the obstetric care performed during pregnancy so that women can make conscious decisions regarding labor of delivery and childbirth.

**Descriptors:** Childbirth. Labor of Childbirth. Obstetric Nursing.

## RESUMEN

SANTANA. Cíntia de Souza. Sentimientos y vivencias de las puérperas en relación al trabajo de parto y parto. 2018. 68 fls. Dissertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

El parto es considerado un evento complejo que involucra varios factores, sentimientos y cambios en la vida de la mujer. Miedo y ansiedad son sentimientos que pueden interferir y dificultar el trabajo de parto y, por consiguiente, un nacimiento seguro y saludable. Esta situación puede ser causada por la falta de conocimiento de las familias y por la ausencia de la instrumentalización profesional sobre las conductas adecuadas. Ante esta reflexión, emergió la necesidad de conocer los motivos que provocan temor en las mujeres en relación al trabajo de parto y parto vaginal. Por lo tanto, los objetivos de este estudio son: identificar las expectativas de las puérperas en relación al trabajo de parto y parto; identificar los sentimientos vivenciados por las mujeres en el parto; conocer la influencia de las vivencias e historia de vida de las mujeres relativas al trabajo de parto y parto en el desenlace del nacimiento. Los datos fueron analizados por medio del análisis temático de contenido, teniendo como soporte autores utilizados en la revisión de literatura. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación en el Área de la Salud de la Universidad Federal de Rio Grande, bajo el número 91/2018 y CAAE 88871018.5.0000.5324. La investigación fue realizada en un centro obstétrico de un hospital universitario ubicado en el extremo sur de Brasil, a través de la entrevista semiestructurada con 15 puérperas internadas, que tuvieron gestación de bajo riesgo y pasaron por trabajo de parto y parto vaginal. Los resultados del estudio fueron presentados a través de dos artículos, siendo el primero titulado "Percepción de Puérperas sobre el trabajo de parto y parto" y, el segundo "Vivencias de puérperas relacionadas al trabajo de parto y parto". Las expectativas y sentimientos en relación al trabajo de parto y parto encontrados muestran la necesidad de reflexionar sobre la asistencia obstétrica realizada a lo largo de la gestación, a fin de que las mujeres puedan tomar decisiones conscientes relativas al trabajo de parto y el parto.

**Descriptores:** Parto. Trabajo de parto. Enfermería Obstétrica.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEPAS - Comitê de Ética em Pesquisas na Área de Saúde  
CO - Centro Obstétrico  
COMPESQ - Comitê de Pesquisas da Escola de Enfermagem  
DSM - 5 - Manual de Diagnósticos em Saúde Mental – 5ª edição  
DST - Doença Sexualmente Transmissível  
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
FURG - Universidade Federal do Rio Grande  
GEPESM - Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental  
HCG - Hormônio Gonadotrofina Coriônica  
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana  
HU - Hospital Universitário  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONU - Organização das Nações Unidas  
PHPN - Política de Humanização do Parto e Nascimento  
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PN-DST/AIDS - Programa Nacional de DST e AIDS  
PPP - Sala de Pré- Parto, Parto e Puerpério Imediato  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
WHO - World Health Organization

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	OBJETIVOS.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	Políticas Públicas de Saúde da Mulher .....	15
3.2	Gestação e Parto.....	18
3.3	Aspectos Psicossociais e Emocionais.....	19
4	METODOLOGIA.....	22
4.1	Tipo de Estudo.....	22
4.2	Local do Estudo.....	22
4.3	Participantes do estudo.....	23
4.4	Coleta dos Dados.....	23
4.5	Análise do Dados.....	24
4.6	Aspectos Éticos .....	24
5	RESULTADOS.....	25
5.1	Caracterização das participantes.....	25
5.2	Histórico Gestacional das participantes.....	28
5.3	Resultados e Discussões.....	29
	Artigo I.....	30
	Artigo II.....	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
	REFERÊNCIAS.....	58
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	63
	APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	64
	ANEXO A: PARECER CEPAS/ FURG.....	65
	ANEXO B: AUTORIZAÇÃO DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA HU/ EBSERH.....	66

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as taxas de fertilidade mundiais estão em torno de 2,5 filhos por mulher, no entanto, essas vêm reduzindo ao longo dos anos. Tal número tende a variar conforme as características socioeconômicas de cada país. Temos 20% da população mundial de mulheres em idade fértil que necessitam ser assistidas em relação a sua saúde e qualidade de vida (WHO, 2017).

Estudos e recomendações na área da saúde da mulher evidenciam práticas que associam o parto normal ao protagonismo da mulher e o resgate do seu empoderamento, auxiliando na redução do número de nascimentos prematuros, na redução de cesarianas desnecessárias e, conseqüentemente, na redução da mortalidade materna e neonatal em decorrência de intervenções desnecessárias. A OMS (1996) recomenda várias práticas listadas em graus de evidências científicas na atenção ao parto. No Brasil, desde o início dos anos 2000 foram lançados Programas e Políticas na atenção às mulheres, às crianças e ao nascimento que questionam as práticas vigentes, pois além de desatualizadas, algumas são consideradas iatrogênicas nos nascimentos. O Brasil tem uma das taxas mais elevadas de nascimentos cirúrgicos do mundo. As cesarianas nesse país estão em torno de 56%, mas, em serviços privados, chegam a 85%, enquanto que, no serviço público, ficam em 40% (BRASIL, 2017).

No Brasil houveram 2,79 milhões de nascimentos em 2016 que, em comparação ao ano de 2015, significa uma queda de 5,1%. Esses dados sugerem que a população está planejando sua família em algumas regiões brasileiras. Porém, em outras regiões, principalmente nas que são menos favorecidas economicamente, os nascimentos continuam crescendo, o que pode parecer que persistem as desigualdades sociais e que a saúde reprodutiva brasileira necessita de atenção das equipes de saúde e um olhar especial para aprovação de políticas nesta área (IBGE, 2017).

A situação mencionada no parágrafo anterior mostra que as questões ligadas à saúde da mulher envolvem também, aspectos sociais e econômicos em relação às famílias, para que essas tenham acesso e orientações acerca do planejamento familiar, os quais são essenciais para o desenvolvimento humano. Entretanto, neste estudo, especificamente, será priorizado um momento específico da saúde da mulher, o trabalho de parto e o parto.

Por tratar-se de um evento complexo que envolve múltiplos fatores, sentimentos e mudanças na vida da mulher, o parto gera inúmeros questionamentos. Tostes e Seidl (2016) destacam que as mulheres demonstram querer o nascimento de seus filhos por parto vaginal,

mas sentimentos como insegurança, falta de conhecimento e apoio, medo da dor e sofrimento, risco de vida para elas e o bebê são fatores que dificultam o querer este tipo de parto.

Entretanto, observa-se na prática cotidiana em enfermagem obstétrica que, apesar das recomendações científicas, do trabalho de organizações para o empoderamento feminino<sup>1</sup>, da possibilidade de formação e qualificação dos profissionais em obstetrícia, ainda vemos mulheres com intenso temor do parto.

Na maioria das vezes, as mulheres que têm sua primeira experiência gestacional e, outras, com vivências anteriores relativas ao parto e, familiares extremamente preocupados chegam aos serviços de obstetrícia não apenas desacreditados das possibilidades de nascimento natural, mas com uma “certeza”: de que não é correto deixar a mulher passar pelo trabalho de parto, pois tal situação coloca a mesma e seu bebê em risco.

Lagomarsino et al. (2013) relacionam os sentimentos sobre o parto com o meio cultural e social, no qual a gestante encontra-se inserida, além de identificar a falta de informação acerca do trabalho de parto e parto vaginal como fator predisponente à escolha de cesariana pelas mulheres. Parece evidente que, a maioria delas seguem os modelos familiares, que suas experiências advêm de pessoas com as quais convivem cotidianamente em diferentes ambientes e, a partir disso constroem e embasam suas expectativas e desejos relacionados ao parto.

Sanchez et al. (2016) em seu estudo realizado em Bogotá/Colômbia destaca que os sentimentos em relação ao parto evidenciados pelas mulheres da pesquisa são: medo, ansiedade, incerteza, constrangimento, falta de privacidade, raiva, desamparo e solidão. A atenção em saúde no momento do nascimento quando realizada a partir do modelo biomédico predispõe a tais sensações. A falta de informação, o desconhecimento da situação, inexistência de diálogo entre a equipe assistencial e a parturiente, enfim, a ausência de humanização, que consiste no respeito ao ser humano, seus direitos, privacidade e individualidade durante o atendimento ao parto parecem ser fatores desencadeantes do estresse materno.

O acompanhamento pré-natal, em sua essência deve assistir à mulher grávida para que sua saúde e do seu filho sejam a melhor possível. No entanto, apesar das questões físicas, exames recomendados, acompanhamento do desenvolvimento fetal, que a maioria dos profissionais prenatalistas fazem, parece haver uma lacuna no que diz respeito às questões emocionais e psicológicas ao longo da gestação e no que se refere ao preparo para o parto. A

---

<sup>1</sup> O termo empoderamento feminino significa promover a igualdade entre homens e mulheres, favorecendo a capacitação das mulheres para o mercado de trabalho, que estas conheçam seus direitos e possam ser respeitadas em seus lares, comunidades, atividades profissionais e na sociedade como um todo. Melhorar as condições educacionais, financeiras e de saúde fazem parte das estratégias para que as mulheres possam assumir todos os níveis de atividades que dizem respeito à sua vida (ONU MULHERES, 2016)

maioria das mulheres não recebem informações, tampouco são questionadas em relação aos seus sentimentos sobre o parto (TOSTES; SEIDL, 2016).

Na minha prática profissional em enfermagem obstétrica é comum assistir parturientes que chegam aos serviços muito ansiosas, chorando, não conseguindo verbalizar o que causa tais sentimentos. Muitas vezes, mesmo ainda não estando em trabalho de parto, as gestantes mostram sofrimento e desespero. A família, geralmente, também demonstra certa instabilidade emocional. Para Toohill et al. (2014) os profissionais podem auxiliar antes do momento do nascimento. A oferta de suporte psicoeducacional prévio, com a intenção de reduzir as dúvidas, minimizar os sentimentos negativos e preparar as famílias para o momento do parto, melhora a qualidade do nascimento, diminui o risco de intervenções como uso de ocitocina, realização de episiotomia, uso de fórceps e aumenta a satisfação com o parto.

O medo e a ansiedade são sentimentos que podem interferir e dificultar qualquer período da gestação e/ou trabalho de parto, podendo muitas vezes, complicar ou impossibilitar um nascimento seguro e saudável. O Manual de Diagnósticos em Saúde Mental (DSM-5), conceitua e diferencia medo de ansiedade:

Medo é a resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, estando o medo com maior frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga e, a ansiedade sendo mais associada à tensão muscular e vigilância, em preparação para o perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva (DSM-5 2014, p. 280).

As condições que determinam o tipo de nascimento que os bebês terão parecem estar mais ligadas aos desejos do médico e da mulher. Estas condições, muitas vezes, são ocasionadas pela falta de preparo profissional, de informações adequadas e atualizadas ou por insegurança, sendo esses fatores predisponentes em relação à escolha pelo nascimento por via cirúrgica, apesar de concordarem que o parto normal é “o melhor para mãe e para o bebê”, alguns médicos, não realizam partos. Quando assistem partos, transformam esse momento em um evento médico com muitas intervenções, tornando-o, muitas vezes violento e distante dos padrões considerados normais. De acordo com Diniz et al (2016, p. 257) “o ensino de obstetrícia, no Brasil, leva a uma cultura de ensino do uso não informado, não consentido das vaginas das parturientes mais pobres e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) ”.

O modelo do ensino médico brasileiro define que o parto é um evento médico e que as decisões sobre essa assistência devem ser dele. Mesmo com as evidências científicas que orientam mudanças nas práticas assistenciais, ainda se presencia cotidianamente profissionais

utilizando técnicas e realizando condutas no sentido de controlar e regular o corpo feminino, entre elas, a manipulação do períneo, aumentar a contratilidade uterina com o uso de medicamento, estímulo físico no abdômen, realização de episiotomia para aumentar a abertura vaginal, acelerar o desprendimento do polo cefálico e realizar manobras para retirar o corpo do bebê imediatamente após o desprendimento da cabeça. Essas práticas foram inseridas na assistência às mulheres por experimentos individuais e rotineiros durante o século passado, mas sem base científica, mesmo assim se perpetuam no século XXI e com forte resistência às mudanças. As mulheres, geralmente são condicionadas a escolher a cesariana como via de nascimento dos seus filhos por confiança na conduta e decisão médica, pela falta de conhecimento, por questões socioculturais relacionadas ao histórico familiar, condições econômicas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A abordagem psicológica é praticamente inexistente no preparo da mulher para o parto. Recebem informações fragmentadas, desatualizadas e, na maioria das vezes, indutoras à escolha da cesárea pelo “risco” que poderão se expor em parir (CHACHAM, 2012).

Para Escobal (2018), mesmo mulheres que possuem conhecimentos relativos aos meios de nascimento, consideram opiniões e experiências de outras parturientes da sua rede social e, em seus discursos reconhecem que o parto vaginal é a maneira natural de nascer, mas, na maioria das vezes, acabam deixando para o médico, a decisão final da via de nascimento e, em função disso, muitas têm filhos nascidos por cesárea. Considera ainda que os profissionais de saúde tendem a seguir protocolos e esquemas assistenciais, mesmo quando tem um modelo menos intervencionista e, geralmente, os aspectos psicossociais e pessoais da gestante não são considerados. As relações de biopoder ainda permanecem nos cenários de nascimento.

Os profissionais que atuam na atenção à saúde da mulher necessitam ser sensibilizados para acreditar nos conceitos de humanização, não somente em relação à obstetrícia, mas também, no que se refere às questões da violência doméstica, dos sofrimentos mentais (depressões, transtornos do humor, uso de drogas), questões sociais, entre outras. Quando a mulher busca atendimento em um serviço não traz consigo apenas um sangramento, um mal-estar ou está em trabalho de parto sozinha, ou seja, vem acompanhada da sua história de vida, da influência da família, incluindo seus pensamentos e emoções. Por isso, cabe aos profissionais respeitar e saber reconhecer sinais de problemas que necessitam ser abordados de maneira adequada no momento em que ela chega aos serviços de atendimento obstétrico (BRASIL, 2016).

Assim, os modelos assistenciais utilizados no mundo contemporâneo, cada vez mais passam pela percepção e respeito pelo indivíduo alvo do cuidado. É preciso considerar que a

gestante também é cidadã, mãe, filha, independente da sua classe social, etnia, escolaridade e orientação espiritual, devendo receber uma assistência digna, segura e de qualidade (DUMONT-PENA et al., 2017).

O parto vaginal é considerado a melhor maneira de nascimento, por proporcionar benefícios para a mulher e para o bebê, além de reduzir significativamente os riscos para ambos. Para a mulher, passar pelo trabalho de parto e parto possibilita total participação no nascimento do seu filho, favorecendo o vínculo afetivo. O parto natural é entendido como aquele em que é evitado o uso de medicamentos e procedimentos desnecessários, onde o profissional assiste a mulher e não intervém no processo, no intuito de acelerar o nascimento. Assistir o parto e acompanhar a fisiologia do corpo feminino traz vários benefícios para a mulher, entre eles: diminui a sensação dolorosa da manipulação, favorece a recuperação física mais rápida, evita traumas perineais e melhora a satisfação feminina e o entendimento sobre o nascimento. Para o bebê, os benefícios são: compressão torácica pelo canal de parto, o que proporciona a saída do líquido amniótico das vias aéreas prevenindo problemas respiratórios; estimulação neurológica e ativação de reflexos natos; contato com a flora bacteriana vaginal que melhora o sistema imunológico. O nascimento vaginal é responsável por um bebê mais ativo, que se alimenta melhor. É importante destacar que neste modelo de atenção, o profissional que acompanha o parto só interfere se for necessário (BRASIL, 2017).

Refletindo sobre o modelo de assistência obstétrica oferecido em um hospital universitário do Sul do Brasil, onde existe a intenção de cumprir as recomendações do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), no que diz respeito ao nascimento e atendimentos obstétricos com menos intervenções, humanizados e seguros, percebe-se que a população não possui a confiança e, talvez, o conhecimento necessário para optar pelo parto natural. Portanto, considera-se importante conhecer quais os fatores que afetam as mulheres no momento do parto ou, até mesmo, antes dele, no que diz respeito aos sentimentos relacionados ao parto natural.

Tal situação vem gerando desconforto na prática como enfermeira obstétrica, emergindo então, a necessidade de conhecer quais os motivos que provocam temor nas mulheres, no trabalho de parto e parto vaginal. Em função disso, **questão de pesquisa** deste estudo é: Quais as expectativas, os sentimentos e vivências das puérperas em relação ao trabalho de parto e parto?

## **2 OBJETIVOS**

Identificar as expectativas das puérperas em relação ao trabalho de parto e parto;

Identificar os sentimentos vivenciados pelas mulheres no periparto;

Conhecer a influência das vivências e história de vida das mulheres relativas ao trabalho de parto e parto no desfecho do nascimento.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A fim de aprofundar o conhecimento científico acerca do objeto de estudo desta pesquisa, a revisão de literatura está embasada em três eixos: Políticas Públicas de Saúde da Mulher, Gestação e Parto e, Aspectos Psicossociais e Culturais Relativos ao Trabalho de Parto e Parto.

#### 3.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a importância de que a saúde da mulher seja considerada prioridade dentre as políticas e ações de saúde evidenciando a representatividade da mulher nas sociedades mundiais:

A abordagem ao longo da vida revela a importância das inúmeras contribuições das mulheres à sociedade, em seus papéis produtivos e reprodutivos, como consumidoras e como grandes provedoras de atenção em saúde (WHO, 2017, p 11).

As desigualdades de gênero, principalmente acesso à educação, emprego e geração de renda, a discriminação em várias culturas são fatores limitantes na capacidade feminina em cuidar da própria saúde e de sua família. A saúde sexual e reprodutiva das mulheres, bem como as questões relacionadas à violência contra elas, está diretamente voltada à fatores sociais e econômicos, tanto em países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. Outros problemas de saúde que se constituem em desafios a serem superados pelas políticas de atenção à saúde da mulher, mundialmente, são as doenças crônicas, as oncológicas e os transtornos mentais (WHO, 2017).

No Brasil, o MS implantou no ano de 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que propõe diretrizes e protocolos para melhorar a qualidade e a humanização do atendimento das mulheres nas redes de atenção em saúde. Reconhecendo que, anterior a este ano, todas as ações de saúde voltadas ou destinadas à mulher atendiam basicamente às questões reprodutivas, limitando a mesma no desempenho do seu papel social materno. O MS traz neste documento levantamentos epidemiológicos que evidenciam a necessidade de abranger a saúde da mulher em todas as etapas da vida e determinar métodos de enfrentamento aos demais agravos à que estão expostas em todo território nacional. Dentre os principais objetivos da PNAISM encontramos: ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST); estimular a implantação e

implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde; promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes; promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS; reduzir a morbimortalidade por câncer; implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero; implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério; promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade; promover a atenção à saúde da mulher negra; promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade; promover a atenção à saúde da mulher indígena; promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS nessa população; fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres (BRASIL, 2004).

Desde 1980, a OMS reforça a importância da valorização do nascimento seguro, lançando em 1996, o manual “Maternidade Segura - assistência ao parto natural: um guia prático”, no qual lista as melhores práticas para o atendimento das parturientes de acordo com o grau de evidência científica, discute procedimentos, discorda de algumas condutas e abomina outras. Desde então, a OMS e a Organização das Nações Unidas (ONU) vêm trabalhando de maneira intensa nas questões relacionadas à gestação e parto, puericultura e desenvolvimento saudável infantil. Essas recomendações têm como objetivo melhorar a qualidade de vida da população mundial e os índices de desenvolvimento humano e econômico (WHO, 2017).

No Brasil, no ano de 2000 (Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000), o MS implanta em todo o território nacional o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), com o objetivo de assegurar melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O PHPN fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais, o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude

ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e o compromisso da instituição de saúde em proporcionar infraestrutura para que se tenha um ambiente acolhedor e construir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002 p. 05).

A Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 do Gabinete do Ministro da Saúde institui, no Brasil, a Rede Cegonha que, em seu artigo 1º diz:

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011 p 01).

Esta legislação é um marco na história do Brasil. Pela primeira vez, o nascimento é considerado um importante pilar da qualidade de saúde da população. A legislação contempla os objetivos, as necessidades das equipes, as recomendações para um nascimento seguro e, principalmente determina recursos financeiros para a implementação das ações em todo o país (BRASIL, 2011).

Por meio dos recursos e das recomendações da Rede Cegonha iniciou-se um movimento pela qualidade do nascimento e vem sendo discutida entre profissionais de saúde e a população em geral. A implantação desta estratégia evidencia vários princípios, tais como: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2012).

Este foi o momento em que o chamado Parto Humanizado popularizou-se, sendo que, na Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e países escandinavos, por recomendação da OMS, há muitas décadas, o nascer deixou de ser um evento biomédico e voltou a ser um acontecimento fisiológico, familiar e de total protagonismo da mulher (NORMAM, TESSER, 2015).

Apesar de algumas mudanças no modelo de atenção ao parto em determinados locais e algumas regiões brasileiras, ainda estamos longe de alcançar um modelo onde nascer seja um evento natural. Em 2012, o MS lança o Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco para que as equipes da Rede de Atenção em Saúde pudessem se instrumentalizar e melhor atender as mulheres. Assim como nas demais orientações e recomendações do manual da Rede Cegonha, fica evidente que o foco do trabalho de parto e parto baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente. A compreensão dos processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal devem ser contemplados e a escuta qualificada se constitui em uma das abordagens das equipes (BRASIL, 2012).

Dentre as orientações relacionadas ao atendimento pré-natal, há intenção de incluir a família no processo do trabalho de parto e parto, a fim de dar segurança e apoio à gestante. Em relação ao parto, destacam que as equipes devem ficar atentas para informações como: planejamento individual, considerando-se o local, o transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social; orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos; incentivo ao protagonismo da mulher, ou seja, que ela participe ativamente do nascimento de seu filho, potencializando sua capacidade inata de dar à luz (VELHO, SANTOS, COLLAÇO, 2014).

### **3.2 Gestação e Parto**

Gestação ou gravidez é o período compreendido entre a fecundação do óvulo até o nascimento do feto. Quando ocorre o desenvolvimento do bebê e mudanças físicas importantes, hormonais e emocionais na mulher. Os hormônios que mais atuam na gestação são aqueles secretados pela placenta, dentre eles, a gonadotrofina coriônica humana (HCG), estrogênicos e progesterona. O HCG começa a ser secretado de 8 a 9 dias após a ovulação, tem seu pico entre a 10<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> semanas de gestação e redução de seus níveis após a 16<sup>a</sup> semana até o final da mesma. Assim, a dosagem deste em exames de sangue é o melhor diagnóstico de gravidez. Os hormônios atuam na manutenção da gestação, no aumento de órgãos sexuais como útero, mamas e região vaginal, no desenvolvimento do feto, além de mudanças no corpo materno, como excesso de peso, acne e edema. Outro hormônio importante na gestação é a ocitocina, produzida pela neuro-hipófise que atua principalmente nas contrações uterinas durante o trabalho de parto. Isto se dá, basicamente porque com o aumento da musculatura uterina, também ocorre o mesmo fenômeno com os receptores de ocitona no final da gravidez,

propiciando que o útero receba a quantidade necessária deste hormônio para as contrações e, conseqüentemente, para a expulsão do feto (GUYTON, HALL, 2017).

Ainda, de acordo com Guyton, Hall (2017) as dores do trabalho de parto estão ligadas a fatores mecânicos deste processo. Relatam que as cólicas iniciais são causadas pela hipóxia do músculo uterino que, devido ao tamanho do feto e da distensão máxima do útero no final da gravidez, causam a compressão da vascularização uterina. No segundo período do parto, as sensações de dor são causadas pela distensão e dilatação cervical, distensão perineal e, ainda por algumas rupturas da musculatura do canal vaginal.

Fisiologicamente, o mecanismo de trabalho de parto é dividido, para melhor compreensão didática, em quatro períodos: período de dilatação ou primeiro período clínico (trabalho de parto); período de expulsão ou expulsivo, ou segundo período clínico (parto propriamente dito); período de dequitação ou terceiro período e período de Greenberg ou quarto período. Esses períodos encontram-se descritos na tabela abaixo (BRASIL, 2016).

Tabela 1 – Períodos Clínicos do Parto

PERIodos	Características	Duração	Contrações
<b>1º DILATAÇÃO</b>	Fase de Latência: início das contrações, dilatação cervical até 4 cm, dor lombar	Nulíparas: até 15h Multíparas: duração não é linear	Leves, frequência de 2 a cada 10 minutos
	Fase Ativa: aumento progressivo do apagamento e da dilatação cervical até 10 cm e da frequência das contrações	Nulíparas: média 8h Multíparas: média 5h	Moderadas a fortes com maior duração (45 a 60 segundos cada) e com frequência entre 3 a 5 em 10 minutos
	Fase de Transição: diminuição da frequência das contrações, início dos puxos involuntários, apresentação fetal transpõe a cérvix apagada	1-3h	Moderadas a fortes com frequência mais espaçadas, 2-3 em 10 minutos
<b>2ª EXPULSIVO</b>	Passagem do feto pelo canal vaginal até total exteriorização	1-3h	Fortes com maior intensidade e frequência
<b>3º DEQUITAÇÃO</b>	Saída da placenta e membranas ovulares	Até 30 minutos após a saída fetal	Rítmicas e indolores
<b>4º GREENBERG</b>	Involução uterina, hemostasia uterina por miotamponamento e trombotamponamento, formação do globo de Pinard	1ª hora após a dequitação	Sensação de cólicas

Fonte: BRASIL, 2016.

### 3.3 Aspectos Psicossociais e Emocionais

Lagomarsino et al. (2013) destacam em seu estudo que o contexto social e cultural no qual a gestante encontra-se inserida, bem como as experiências familiares e pessoais, influenciam na postura e tomada de decisões desta em relação ao parto. A mulher que experimentou, anteriormente, situações de parto onde não houve acolhimento, com o uso de práticas desnecessárias ou com violência obstétrica, dificilmente acreditará em parto vaginal seguro. Nesse trabalho entende-se como práticas desnecessárias, manobras para acelerar o trabalho de parto quando este evolui bem, como redução manual do colo uterino, uso de ocitocina, manobra de Kristeller, entre outros.

Chacham (2012) mostra que as condições econômicas influenciam na maneira como as mulheres pensam a forma do nascimento. Aquelas com renda entre quatro e nove salários mínimos, apesar de muitas vezes realizarem acompanhamento pré-natal fora da rede pública, não obtêm informações adequadas sobre o trabalho de parto, parto e cesariana. Estas relatam confiar na conduta médica, mesmo não tendo recebido orientações ou discutido com o obstetra a forma de nascimento de seus filhos. Já, as de renda menor que quatro salários mínimos relataram que uma das razões da preferência pelo parto vaginal é a recuperação mais rápida, o que possibilita retornarem as suas atividades diárias em curto período de tempo, dando a ideia de que o parto vaginal é um pouco melhor do que a cesariana.

Para Kliemann, Böing e Crepaldi (2017) a assistência pré-natal é essencial para a saúde mental materna, da criança e da família, porém, reconhece que o modelo biomédico utilizado atualmente não permite que os aspectos psicológicos sejam abordados, deixando assim de oportunizar a prevenção de situações de estresse durante o parto e no puerpério. Afirma que é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos à saúde mental da gestante e à sua rede de apoio.

Os profissionais de saúde devem considerar os aspectos culturais e étnicos das famílias durante a atenção pré-natal fazendo da preparação para o parto, um espaço de aprendizagem, não somente sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto, mas também, em relação a própria grávida, no que se refere ao conhecimento de si, dos seus problemas, na capacidade de expressar os seus receios e suas tradições culturais relacionadas a gravidez. Através do pré-natal adequado, os profissionais têm oportunidade, “não só de desocultar crenças e rituais, mas também, de capacitar a grávida/casal para administrar seus medos relacionados à gravidez, parto e pós-parto” (COUTINHO et al., 2014, p. 25).

Para Biondi (2016), o ambiente, as condições de vida e padrões socioculturais influenciam na vida e na saúde das pessoas e estes devem ser observados para que se possa

oferecer uma assistência adequada. Este modo de cuidar comporta o respeito às crenças e hábitos das famílias, mantendo a segurança na execução das atividades.

Rohde (2016) destaca que crenças, mitos e vivências familiares acompanham a mulher durante a gravidez e o parto, e que estas, muitas vezes, não são verbalizadas por ela, mas podem ser percebidas em seu comportamento. Ao tentar compreender como se constroem os sentimentos no ser humano, deve-se considerar que estes advêm de experiências anteriores ou da convivência com outras pessoas.

A sociedade tem o poder de induzir a todos que dela fazem parte, a assumirem comportamentos semelhantes frente às trivialidades do cotidiano, mas, em situações adversas, crises ou imprevisibilidades, o ser humano utiliza sua complexidade, sua subjetividade, razão, racionalidade e racionalização para traçar estratégias. Porém, mesmo recorrendo aos seus recursos individuais, acaba por ter ações e reações que são comuns à complexidade do sistema social em que está inserido. Isto não significa que o homem não é capaz de resolver seus conflitos, mas demonstra que o seu sistema complexo orgânico e sensível está indelevelmente ligado ao sistema complexo maior que se encontra ao seu redor, a sociedade. Assim, cada pessoa com suas características individuais e determinadas pelo convívio social é um componente da trama de vários sujeitos, também complexos, que formam a rede da sociedade. “O todo é mais do que a soma das partes que o constituem. (...) O todo é então, menos do que a soma das partes” (MORIN, 2015 p 85).

Torna-se evidente que somos seres sociais, influenciados e influenciadores da cultura em que vivemos, é um sistema que se retroalimenta de suas realidades, crenças, crises e reorganização. Para Morin (2015), tais fatores são as evidências de que o pensamento complexo é essencial para a análise, compreensão e tomadas de atitudes para a vida humana. A complexidade é a união inseparável entre a unidade e a multiplicidade.

Estrada (2009) refere que a Teoria da Complexidade de Morin leva a reflexão profunda, a novos modos de pensar, a novas estratégias de diálogo com as incertezas e desafios individuais e coletivos. Permite reconhecer singularidades e associá-las com outras singularidades, na intenção de conhecer o novo, observando a história e o meio em que o problema ou situação acontece, mas com a compreensão de que a complexidade não encerra outras possibilidades de verdades.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva. Uma das principais funções deste tipo de pesquisa é a sua capacidade de proporcionar a investigação de inferências que podem prejudicar a visão do pesquisador sobre o mundo social (KERR; KENDALL, 2013).

### **4.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Júnior (H.U.), no município do Rio Grande/RS, localizado no extremo sul do Brasil. O H.U. esteve vinculado à Universidade Federal do Rio Grande (FURG) até o ano de 2015, quando então, passou a ter a gestão compartilhada pela FURG e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O Centro Obstétrico (CO) faz parte do Serviço de Atenção à Saúde da Mulher desta instituição, que conta com a unidade de internação obstétrica, ambulatórios de pré-natal de alto risco, de pré-natal para gestantes portadoras de doenças infectocontagiosas, de planejamento familiar e cirurgia ginecológica.

A atual infraestrutura do CO foi inaugurada em outubro de 2013, a fim de atender as recomendações de atenção ao parto, além de possibilitar melhores acomodações para os cuidados referentes a demanda obstétrica. Conta com 03 salas pré-parto, parto e puerpério imediato (PPP) com 04 leitos, 02 salas para atendimento neonatal, 02 salas cirúrgicas para cesáreas e sala de recuperação anestésica com 03 leitos. Também possui 01 consultório médico, 01 sala de exames obstétricos, 01 sala para monitoramento fetal, 02 postos de enfermagem, 02 salas de estar para as equipes de enfermagem e médica e, vestiários femininos e masculinos. Neste local, no ano de 2017, houve em média 168 nascimentos mensais, além de consultas de intercorrências da gestação e urgências obstétricas. No ano de 2017, o HU- FURG/ EBSERH aderiu ao Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (*Apice On*) propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situação de violência sexual e de abortamento e aborto legal, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos.

### **4.3 Participantes do Estudo**

Participaram do estudo as mulheres internadas no CO por trabalho de parto ativo, ou seja, com contrações efetivas e/ou dilatação cervical de 5 centímetros ou mais, entre os meses de julho e setembro do ano de 2018, no turno da manhã. Os critérios de inclusão foram: mulheres acima de 18 anos, com idade gestacional maior ou igual a 39 semanas, com mais de 6 consultas de pré-natal, e que foram classificadas como gestantes de risco habitual. Os critérios de exclusão foram: mulheres que apresentaram durante a evolução do trabalho de parto, intercorrências ou que tiveram cesárea indicada pela equipe assistencial ou ainda, aquelas que os recém-nascidos estivessem em atendimento à intercorrências, após o nascimento.

As mulheres foram identificadas pela letra P de Parturiente, seguida do número da entrevista, ou seja, a primeira participante entrevistada foi identificada como P1, a fim de manter o anonimato das mesmas.

Os objetivos e metodologia do estudo foram informados às mulheres que aceitaram participar e, logo após as mesmas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com a participante e a outra com a pesquisadora (APÊNDICE A).

#### **4.4. Coleta dos Dados**

A coleta dos dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada, contendo questões fechadas e abertas, para identificar as condições socioeconômicas das mulheres, bem como sua situação gestacional, ou seja, histórico gestacional prévio, possíveis intercorrências durante a gestação atual, nível de informação sobre o trabalho de parto e parto, e para compreender suas vivências, pensamentos e sentimentos referentes ao trabalho de parto e parto (APÊNDICE B). O período da coleta de dados foi imediatamente após o quarto período clínico do parto, momento no qual a participante podia conversar com maior tranquilidade. Apesar do disposto neste trabalho, relacionado à revisão de literatura apresentada e as observações nas práticas diárias em obstetrícia, onde se descreve que o momento em que a mulher vivencia a experiência do trabalho de parto é único e apresenta fatores complexos, a fim de que os resultados sejam o mais fidedignos possíveis, abordou-se as participantes após o trabalho de parto. As entrevistas foram realizadas ainda no CO, pois as puérperas permanecem nesta unidade por pelo menos duas horas após o parto, juntamente com o recém-nascido, em contato

pele a pele. Por tratar-se de um momento importante, tanto para o vínculo mãe-bebê quanto para a recuperação da puérpera, mesmo sendo gravadas, as entrevistas respeitavam as solicitações de pausa. Os dados serão guardados por cinco anos no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (GEPESM), sob a responsabilidade da líder do grupo.

#### **4.5 Análise dos Dados**

Os dados serão analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo que, segundo Bardin (2011) significa uma leitura aprofundada do material coletado, que tem o foco em um tema e, através desta pode-se compreender os discursos, sua complexidade e representatividade.

Após a coleta, os dados foram agrupados em categorias, de acordo com as semelhanças e diferenças dos discursos das parturientes. Na análise buscou-se compreender o conteúdo dos discursos e as relações existentes a partir dos autores utilizados na revisão de literatura. O pesquisador deve integrar a técnica da análise à criatividade para alcançar sucesso no estudo, devendo observar os sentidos dos relatos e as implicações psicossociais, culturais e o ambiente onde esses foram coletados (MINAYO, 2014).

Na pré-análise foi realizada a aproximação do pesquisador com o material, através da organização e leitura flutuante. Durante a análise, codificou-se o material coletado por meio da categorização dos dados. Com isso, foi formado o *corpus* de análise, em que os dados foram agrupados por características comuns, relações entre as respostas e seus conteúdos.

#### **5.6 Aspectos Éticos**

Para a realização do estudo, foram obedecidos os princípios da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde quanto aos aspectos éticos, o qual envolve a pesquisa com seres humanos, em sua totalidade, respeitando sua autonomia, dignidade, assim como, o sigilo sobre a identidade das participantes (BRASIL, 2012).

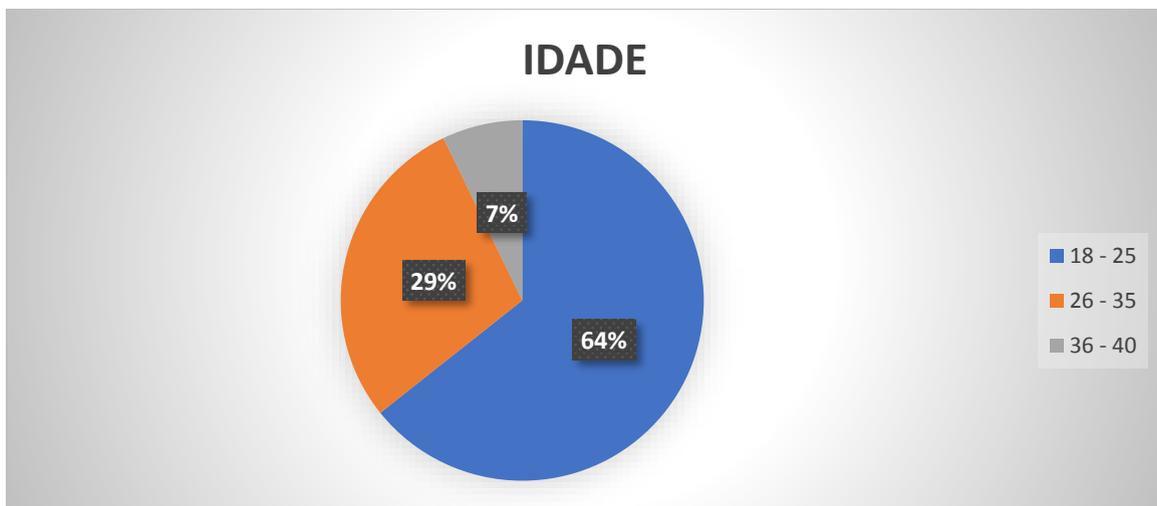
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), conforme parecer número 91/2018 (ANEXO A) e pela Gestão de Ensino e Pesquisa do HU (ANEXO B).

## **5 RESULTADOS**

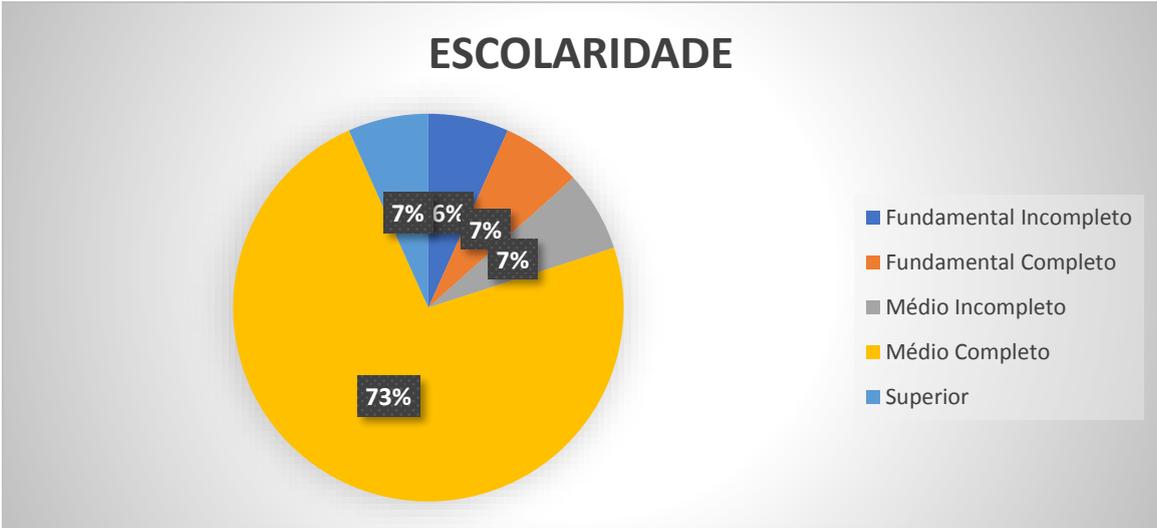
## 5.1 Caracterização das Participantes

Em relação aos dados de identificação das participantes deste estudo, obtidos por meio da entrevista, do prontuário e da carteira de gestante, foi construída a caracterização das mesmas. Os dados foram separados como identificação das participantes e históricos gestacionais.

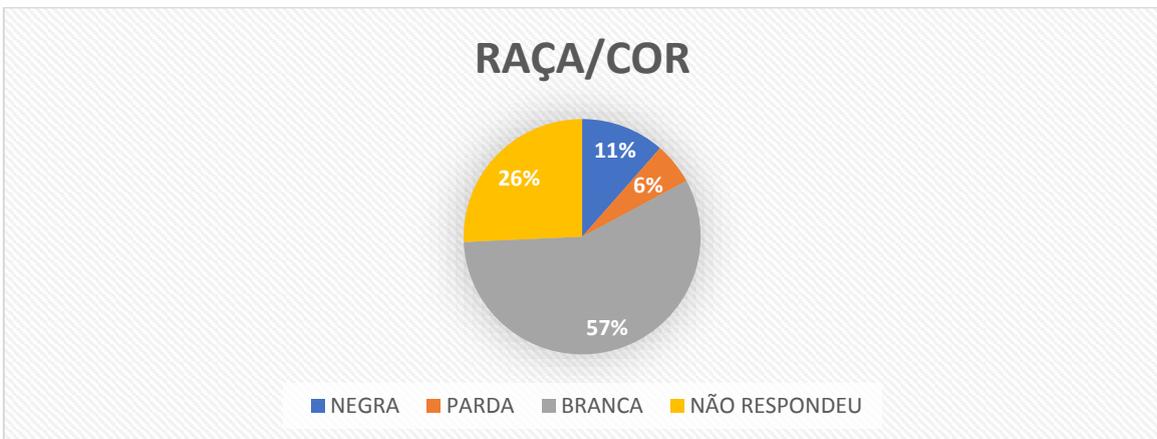
A idade das participantes ficou entre 18 e 40 anos, sendo que 09 encontravam-se entre 18 e 25 anos (64%); 04 entre 26 e 35 anos (29%) e 01 entre 36 e 40 anos (7%).



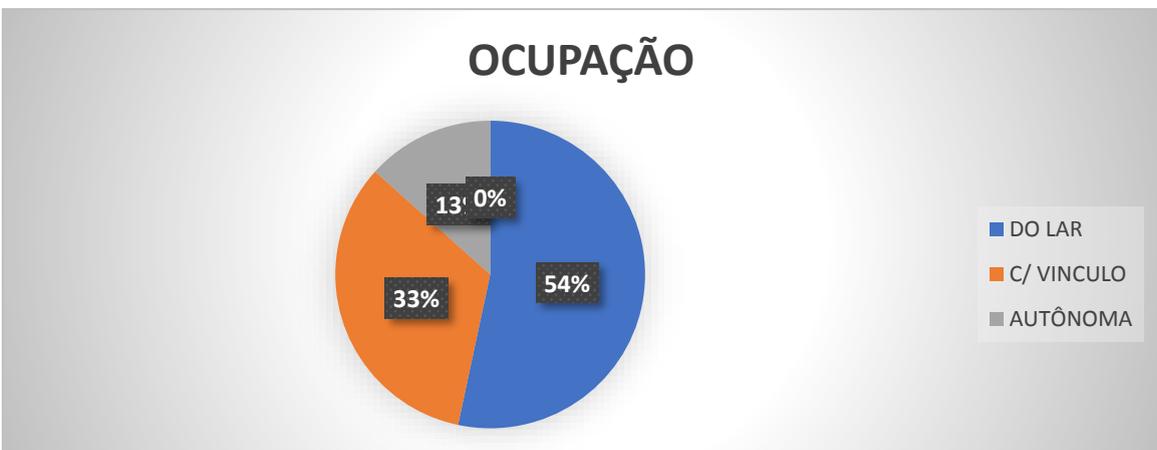
A escolaridade das participantes mostrou que a maioria possui ensino médio completo, totalizando 11 mulheres (73%). As demais tinham ensino fundamental incompleto, fundamental completo e superior, 01 mulher em cada um desses níveis de escolaridade.



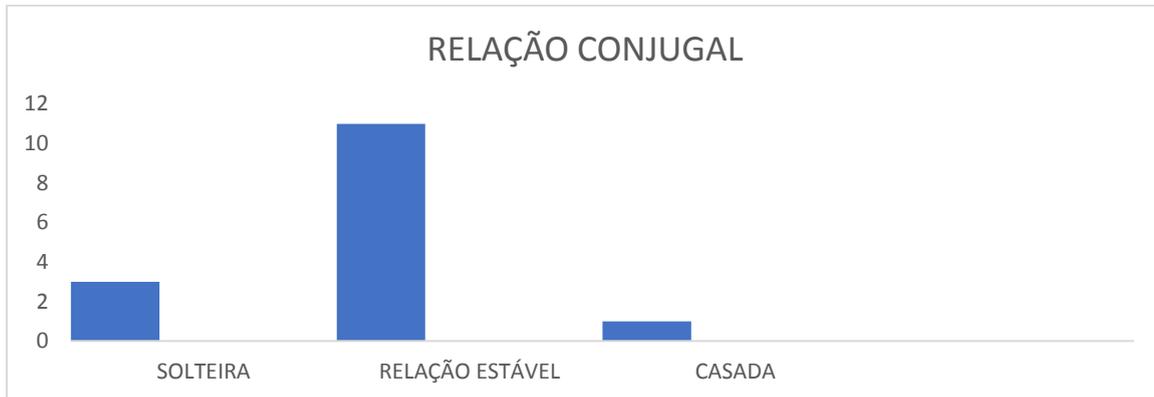
Em relação à raça/cor, 02 participantes não responderam ao questionamento, 01 declarou-se parda, 02 declararam-se negras e 10 declararam-se brancas.



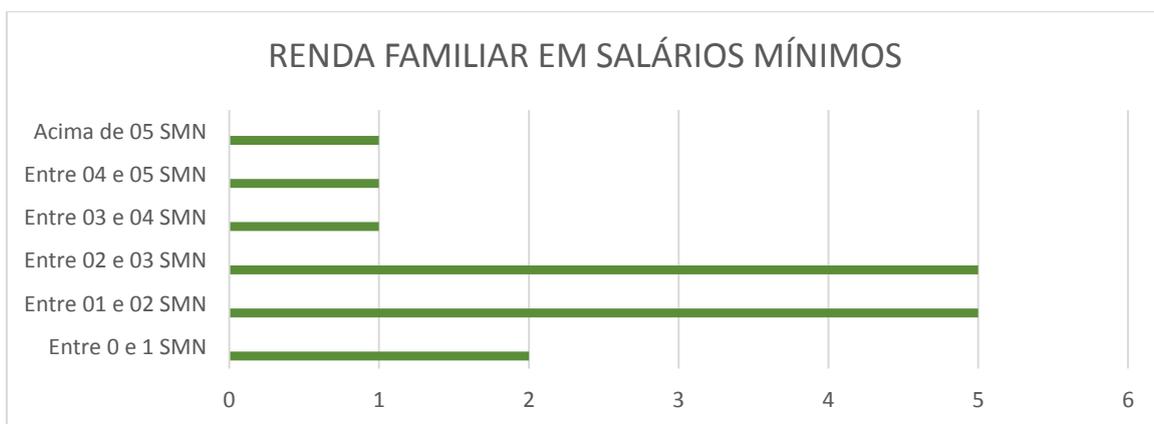
Dentre as participantes, 08 disseram não ter renda própria ou exercer alguma atividade profissional (54%). Nas demais, 05 informaram ter vínculo empregatício (33%) e outras 02 se declararam autônomas (13%).



Quanto a situação conjugal, 03 mulheres disseram ser solteiras e não possuírem relação estável (20%), 11 informaram ter relacionamentos estáveis (73%) e 01 informou ser casada (7%).

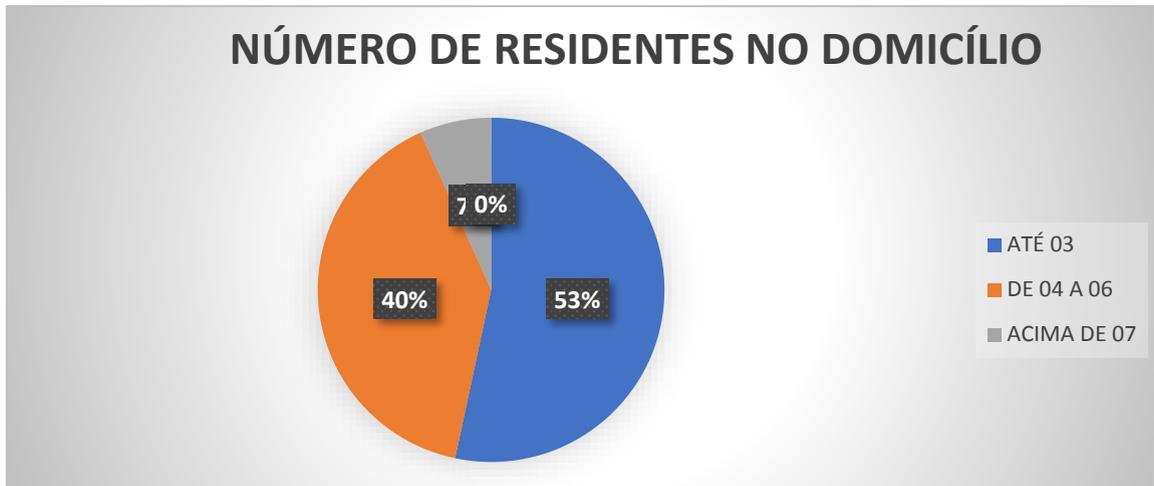


A situação financeira das participantes, a partir da renda média do domicílio e, tendo o salário mínimo nacional como referência, que, no ano de 2018, ficou em torno de R\$ 950,00; duas viviam com um salário mínimo nacional (SMN); cinco com a renda entre um e dois SMN; cinco informaram que vivem com dois a três SMN; uma tinha uma renda entre três e quatro SMN; uma com a renda entre quatro e cinco SMN e, uma informou que tem uma renda acima de cinco SMN.



Quando questionadas em relação ao número de pessoas residentes no domicílio, oito participantes residiam com até três pessoas, seis informaram que moravam com quatro a seis

familiares e uma relatou que, em sua casa, residiam mais de sete pessoas.



### 5.2 Histórico Gestacional das Participantes

Em relação ao histórico gestacional das participantes da pesquisa: eram cinco primíparas (33%); duas tiveram duas gestações anteriores (14%) e oito tiveram uma gestação anterior (53%). Sobre a paridade, a maioria, exceto as primíparas, já havia experienciado o parto vaginal, sendo que, dessas sete, duas tiveram abortamento e, uma teve cesárea prévia.

Também foram levantados dados sobre o pré-natal. As participantes tiveram atendimento pré-natal na rede básica de saúde pública (UBS, UBSF, ambulatórios) ou em consultórios médicos particulares ou de convênios, sendo 10 na rede básica e 05 em consultórios. Na rede básica eram assistidas tanto por médicos como por enfermeiros. Porém, nenhuma referiu ter acompanhamento somente por enfermeiros. O número de consultas de pré-natal variou entre 6 e 13 consultas, não havendo diferença significativa quando relacionamos o local e o profissional prenatalista com o número de consultas realizadas.

Os dados referentes à idade gestacional da participante na internação eram relevantes apenas como critério de inclusão ou exclusão.

## HISTÓRICO GESTACIONAL DAS PARTICIPANTES

	GESTA	PARTO	CESAREA	ABORTO	FILHOS VIVOS	PN LOCAL	Nº CONSULTAS	PN PROFISSIONAL	IG
<b>P1</b>	III	I	0	I	1	UBS	8	médico e enfermeira	41 s 1 d
<b>P2</b>	I	0	0	0	0	UBS	8	Médico	39s 4 d
<b>P3</b>	I	0	0	0	0	Hospital	10	Médico	40 s 3 d
<b>P4</b>	II	I	0	0	1	UBS	6	Médico	39s 2 d
<b>P5</b>	I	0	0	0	0	Consultório	7	Médico	39s
<b>P6</b>	II	I	0	0	1	UBS	7	médico e enfermeira	39s 2 d
<b>P7</b>	II	0	I	0	1	UBS	13	médico e enfermeira	41 s 3d
<b>P8</b>	II	0	0	I	0	UBS	10	Médico	39s 3 d
<b>P9</b>	II	I	0	0	1	Convenio	8	Médico	40s5d
<b>P10</b>	II	I	0	0	1	UBS	12	Médico	41s
<b>P11</b>	I	0	0	0	0	Consultório	6	Médico	39s
<b>P12</b>	I	0	0	0	0	UBS	6	Médico	39s
<b>P13</b>	III	I	I	0	2	Consultório	11	Médico	39s3d
<b>P14</b>	II	0	I	0	1	Consultório	9	Médico	40s1d
<b>P15</b>	II	0	I	0	1	UBS	6	médico e enfermeira	39s2d

Fonte: Santana (2018).

### 5.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste estudo são apresentados por dois artigos, os quais foram elaborados a partir da dissertação de mestrado intitulada: **Sentimentos e Vivências das Puérperas em Relação ao Trabalho de Parto e Parto**.

O primeiro artigo: “Percepção de Puérperas sobre o Trabalho de Parto e Parto” que será encaminhado para a Revista Enfermeria Global, com indexação "B1" no Qualis Periódicos da CAPES. As normas de submissão do artigo podem ser encontradas e conferidas no site <http://scielo.isciii.es/revistas/eg/einstruc.htm>

O segundo artigo “Vivencias de Puérperas relacionadas ao trabalho de parto e parto” será encaminhado para a Revista Cuidado é Fundamental da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com indexação "B2" no Qualis Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). As normas de submissão do artigo podem ser encontradas e conferidas através do link: [http://docs.wixstatic.com/ugd/e1973c\\_27cf41bab68f4d6abc8133105209dd60.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/e1973c_27cf41bab68f4d6abc8133105209dd60.pdf)

## ARTIGO 1

### PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

#### RESUMO:

**Objetivos:** identificar as expectativas das puérperas em relação ao trabalho de parto e parto e, identificar os sentimentos vivenciados pelas mulheres no período do periparto. **Material e Métodos:** estudo qualitativo, realizado em um hospital de ensino do sul do Brasil, cujos critérios de inclusão foram: puérperas que tiveram gestação de baixo risco e que passaram por trabalho de parto e parto vaginal. Os critérios de exclusão foram: mulheres que, durante o trabalho de parto tiveram intercorrências, cesárea indicada durante o trabalho de parto ou que, após o parto, não estavam com seus bebês. A coleta dos dados ocorreu por meio da entrevista semiestruturada e analisados através da Análise de Conteúdo. **Resultados:** emergiram a partir da análise, duas categorias: Expectativas acerca do trabalho de parto e parto e, Sentimentos relativos ao trabalho de parto e parto. Foi possível perceber o despreparo e a falta de conhecimento das mulheres sobre o processo de nascimento, relatos de expectativas positivas, porém superficiais e sentimentos negativos, como sofrimento, medo, dor, ansiedade demonstrando importante falha na assistência pré-natal. **Conclusão:** Conclui-se que há desconhecimento e desinformação entre as mulheres sobre a complexidade do parir, o que lhes retira o poder de decisão e autonomia sobre o trabalho de parto.

**Palavras-chave:** Parto; Trabalho de parto; Enfermagem obstétrica; Saúde mental.

#### Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou o Guia de Recomendações para a Assistência ao Parto Seguro e, neste, fica evidente que os cuidados relacionados à humanização, o respeito à privacidade e individualidade das mulheres são essenciais para a manutenção da dignidade, da liberdade e da escolha informada destas acerca do trabalho de parto (TP) e parto, além dos cuidados técnicos relacionados ao nascimento<sup>(1)</sup>.

No Brasil, desde 2002, as políticas de saúde vêm sendo implantadas com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) fundamenta-se nos

preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal compreende aspectos relacionados ao compromisso das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido com atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, proporcionar ambiente acolhedor e implementar rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Também sugerem à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido e, que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos<sup>(2)</sup>.

Em 2012, o Ministério da Saúde (MS) lançou através do Departamento de Atenção Básica, o Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco para que as equipes da Rede de Atenção em Saúde possam se instrumentalizar e melhor atender as mulheres. Assim como, nas demais orientações e recomendações do Rede Cegonha, no manual fica evidente que o foco baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente. A compreensão dos processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal deve ser potencializada por meio da escuta e abordagem das equipes da rede de atenção<sup>(3)</sup>.

Dentre as orientações relacionadas ao atendimento pré-natal, há a intenção de incluir a família no processo, a fim de dar segurança e apoio à gestante. Em relação ao parto, destacam que as equipes devem priorizar informações como: planejamento individual, considerando-se o local, o transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social; orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos; e o incentivo ao protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz<sup>(4)</sup>.

Percebe-se que há uma preocupação de que a mulher receba informações educativas e suporte emocional, a fim de que esteja preparada para o momento do parto e, fica claro que o atendimento pré-natal tem fundamental importância na construção desse processo. Assim sendo, espera-se que o sentimento de medo do parto, especificamente, seja uma das tantas questões abordadas durante o pré-natal. O conhecimento, o resgate do protagonismo da mulher e sua família e, a garantia de um atendimento seguro são ferramentas que certamente auxiliam na diminuição do medo, proporcionando assim, o aumento do índice de nascimentos naturais e humanizados<sup>(5)</sup>.

A prática em enfermagem obstétrica realizada em um hospital de ensino vinculado à Rede Cegonha vem trazendo à tona questões que necessitam ser abordadas, como conhecer e compreender a percepção e as vivências de mulheres a respeito do processo de nascimento,

principalmente no que se refere ao trabalho de parto (TP) e parto. Neste estudo, os objetivos foram: identificar as expectativas das puérperas em relação ao trabalho de parto e parto e, identificar os sentimentos vivenciados pelas mulheres no periparto

## **Material e métodos**

Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado intitulada: “Sentimentos e Vivências das Puérperas em Relação ao Trabalho de Parto e Parto”.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos aspectos relativos aos significados e posturas dos indivíduos não podem ser mensurados e sim analisados no processo em que estão inseridos<sup>(6)</sup>. A essência da análise dos dados se encontra no aprofundamento do conhecimento acerca da subjetividade das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto.

Foi realizado no Centro Obstétrico de um Hospital de Ensino (C.O./H.U.) localizado em um município no extremo sul do Brasil. O H.U. esteve vinculado à Universidade Federal até o ano de 2015, quando então, passou a ter a gestão compartilhada, juntamente, com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Foram convidadas a participarem do estudo, as puérperas que internaram no C.O. por trabalho de parto efetivo, ou seja, com contrações efetivas e/ou dilatação cervical de 5 centímetros ou mais, entre os meses de julho a setembro do ano de 2018, no turno da manhã. Os critérios de inclusão das participantes no estudo foram: mulheres acima de 18 anos, com idade gestacional maior ou igual a 39 semanas, com mais de 6 consultas de pré-natal, em função dos critérios determinados pela Organização Mundial da Saúde, como pré-natal adequado, ou seja, de no mínimo, 6 consultas registradas na carteira de gestante e que foram classificadas como gravidez de risco habitual. Os critérios de exclusão foram: mulheres que apresentaram intercorrências durante a evolução do trabalho de parto ou que tiveram cesárea indicada pela equipe assistencial e, aquelas cujos recém-nascidos estivessem em atendimento, em função de problemas após o nascimento.

A coleta dos dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada, contendo questões fechadas e abertas. As primeiras serviram para identificar as condições socioeconômicas das mulheres, bem como sua situação gestacional, ou seja, histórico gestacional prévio, possíveis intercorrências durante a gestação atual, nível de informação sobre o trabalho de parto e parto; e, a fim de compreender suas vivências, pensamentos e sentimentos referentes ao trabalho de parto e parto. O período para realização da entrevista foi imediatamente após o quarto período clínico do parto, ou seja, em seguida do nascimento, onde

a puérpera consegue conversar com maior tranquilidade, sem as sensações do TP. Apesar das observações nas práticas diárias em obstetrícia, na qual se percebe que o momento em que a mulher vivencia a experiência do trabalho de parto é único e apresenta fatores complexos, utilizou-se, especificamente, dois conceitos de Morin para tentar melhor elucidar a leitura dos dados. Foram seguidas as orientações do Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), abordando a participante, após o parto.

A identificação das mulheres realizou-se pela letra P, seguida do número da entrevista, ou seja, a primeira participante entrevistada foi identificada como P1, a fim de manter o anonimato das mesmas. Foram entrevistadas 15 puérperas, sendo considerado como critério para o término das entrevistas, a repetição dos dados.

Para a realização do estudo foram obedecidos os princípios da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde quanto aos aspectos éticos, mediante aprovação do CEPAS sob parecer de número 91/2018, o qual envolve a pesquisa com seres humanos, em sua totalidade, respeitando sua autonomia, dignidade, assim como, o sigilo sobre sua identidade<sup>(4)</sup>. As participantes da pesquisa foram informadas quanto aos objetivos e metodologia e, aquelas que aceitaram fazer parte do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo que proporciona estudos acerca do contexto e das relações do tema analisado ou do participante e suas representatividades, para que possam ser melhor compreendidos. Deve-se observar os sentidos dos relatos e as implicações psicossociais, culturais e ambientais, a partir do contexto no qual os dados foram coletados<sup>(6)</sup>.

A análise temática de conteúdo é um método que permite compreender o estudo por meio dos significados atribuídos pelas mulheres a sua vivência, a partir dos contextos nos quais se encontram inseridas.

## **Resultados**

### **Caracterização das Puérperas**

A idade das participantes ficou entre 18 e 40 anos, sendo que, 09 encontravam-se na faixa etária entre 18 e 25 anos (64%); 04 na faixa entre 26 e 35 anos (29%) e 01 na faixa entre 36 e 40 anos (7%). A escolaridade das participantes mostrou que a maioria possuía ensino médio completo, total de 11 mulheres (73%), as demais possuíam ensino fundamental incompleto,

fundamental completo e superior, 01 mulher em cada categoria dessas. No que se refere à situação conjugal, 03 mulheres são solteiras e 01 sem relação estável (20%); 11 tem um relacionamento estável (73%) e 01 informou ser casada (7%).

No que se refere à cor da pele/etnia, 02 participantes não responderam ao questionamento, 01 declarou-se parda, 02 declararam-se negras e 10 declararam-se brancas. Dentre as participantes, 08 disseram não ter renda própria ou exercer alguma atividade profissional (54%). As demais, 05 informaram ter vínculo empregatício (33%) e outras 02 se declararam autônomas (13%). Para conhecer a realidade financeira das participantes, questionamos qual a renda média do domicílio e utilizamos o salário mínimo nacional como referência, que no ano de 2018 o valor era em torno de R\$ 950,00. Assim, as respostas foram de quantos salários mínimos seria a renda. Dentre as participantes, 02 tinham renda de um salário mínimo nacional (SMN), 05 tinham renda entre um e dois SMN, 05 informaram renda entre dois e três SMN, 01 tinha renda entre três e quatro SMN, 01 com renda entre quatro e cinco SMN e 01 informou renda acima de cinco SMN. Quando questionadas quanto ao número de pessoas residentes no domicílio, 08 participantes residiam com até 03 pessoas, 06 informaram que moravam com 04 a 06 pessoas da família e 01 relatou que em sua casa residiam mais de 07 pessoas.

A partir da análise dos dados foi construída a seguinte categoria: “Percepção das puérperas sobre o trabalho de parto e parto”, a qual foi dividida em duas subcategorias: **Expectativas sobre o trabalho de parto e parto** e, **Sentimentos relativos ao trabalho de parto e parto**, as quais se encontram descritas a seguir.

### **Expectativas sobre o Trabalho de Parto e Parto**

A maioria das mulheres ao falarem a respeito das suas expectativas em relação ao trabalho de parto e parto relataram que tinham pensamentos positivos, consideravam que o processo de nascimento se constituía em uma experiência simples ou menos complexa do que realmente aconteceu. Os discursos abaixo confirmam tais expectativas:

*Eu esperava que o parto fosse normal, exatamente como foi. Que eu chegasse aqui e não demorasse muito as contrações e a dilatação. Eu queria que fosse parto normal (P5).*

*Eu achava que não ia sentir tanta dor, que não ia sentir tanto como foi. Mas senti muita dor, mais que do primeiro parto (P6).*

*Achei que o trabalho de parto e parto ia ser bem rápido e não tão dolorido como aconteceu (P7).*

*Eu torcia para que desse tudo certo e que fosse tudo rápido. Graças a Deus foi. Deus tudo certo e eu estou bem feliz (P9).*

*O trabalho de parto e parto foi tranquilo. Esse meu parto foi mais tranquilo (P10).*

*As coisas aconteceram mais ou menos do jeito do que eu imaginava que seria (P13).*

*Todas as minhas expectativas eram positivas, embora eu soubesse que doía, mas não imaginei que durasse tanto tempo, mesmo assim, valeu a pena (P14).*

É possível perceber nas falas, que não há uma preocupação específica das mulheres quanto ao processo de nascimento, ao trabalho de parto, suas etapas, evolução e assistência da equipe para ajuda-las. Manifestam algumas certezas, como por exemplo, que o parto normal ou o termo “normal” confere ausência de curiosidade ou preocupação com o que realmente envolve tal acontecimento.

Outro fator que merece destaque a partir das falas das puérperas é o que se refere ao protagonismo da mulher durante o trabalho de parto e parto. Nesta situação, espera-se que os atores principais sejam a mulher e seu filho, juntamente com a família. No entanto, nem sempre a mulher se apropria do seu papel como principal protagonista no processo de nascimento.

No Brasil, o nascimento ainda não deixou de ser um evento prioritariamente determinado, controlado e conduzido por profissionais de obstetrícia, sendo poucos os casos em que a mulher é assistida conforme as recomendações de cuidados seguros e não mecanizados, apesar do movimento científico em prol do parto humanizado. A maioria dos relatos abaixo demonstram que as mulheres ainda consideram os profissionais da saúde como os principais atores do TP.

*A minha expectativa, no caso, era que eu tinha que chegar e me livrar sabe, fazê-lo sair e não segurar (P1).*

*Como é que eu posso dizer... Achava que as enfermeiras seriam mais grosseiras, coisas que as pessoas falam sobre a equipe (P12).*

*Eu estava bem receosa de acontecer algum problema na última hora ou ter um mau atendimento da equipe médica também, foi o que aconteceu no outro parto (P13).*

*Na gravidez anterior, eu lia todas as semanas sobre gestação, eu pensava em ter parto normal. Mas quando me mandaram para cesárea, eu falei: deve ser necessário. Mas foi tudo confuso, sem informação sobre o porquê de ir para a cesárea (P14).*

As expectativas relacionadas ao tempo de duração do trabalho de parto e parto, e à intensidade da dor surgiram nos discursos como sensações negativas, evidenciando o desconhecimento das puérperas quanto às etapas do trabalho de parto. Parece haver uma consciência coletiva e simplificadora desse processo, tanto da parte dos profissionais quanto das mulheres. A maioria das puérperas referiu não fazer ideia que passar pelo trabalho de parto ocasionaria dores intensas e que o processo de nascimento em si, demandaria um tempo muito maior, ambos bem acima do esperado por elas.

*Eu imaginava que eu ia chegar, ia dar umas dores, mas não tão fortes e ia ganhar na mesma hora. Mas foi bem diferente (P2). Achei que ia ser menos tempo de trabalho de parto. Durou mais tempo do que eu imaginava (P3). Pensei que chegando aqui (hospital), não ia demorar tanto as contrações e dilatação, como aconteceu (P5).*

*Eu achava que não ia sentir tanta dor, que não ia sentir tanto como foi, mas senti muita dor, mais que do primeiro (P6). Eu achei que o trabalho de parto e parto ia ser bem rápido e não tão dolorido (P7). Eu esperava sentir menos dor. Mas foi tranquilo, eu pensei que não doía tanto, mas doeu. Eu imaginei bem diferente as coisas que aconteceram (P8).*

*Sei lá... É diferente, é uma coisa nova. Mãe de primeira viagem... Eu achei que ia chegar no hospital e ia ganhar. Que ia chegar, sentir a dor e deu, nasceu. Mas é bem diferente, tem um processo longo e muitas dores (P11).*

*Imaginava que seriam doze horas de trabalho de parto e parto normal, mas não trinta e sete horas (P14).*

### **Sentimentos Relativos ao Trabalho de Parto e Parto**

Os discursos mostraram que o parto envolve sentimentos como medo, ansiedade, angústia/desespero e arrependimento. Mas também manifestaram sentimentos positivos, como satisfação e tranquilidade.

*Eu estava com medo de pegar um médico não muito bom. Que fosse estúpido, por eu já ter dois filhos e ser nova (P4).*

*Eu tinha um pouco de medo das dores (P5).*

*Estava bem nervosa, com medo, bastante agitada (P7).*

*Em primeiro lugar, senti medo. Medo que alguma coisa desse errado, como aconteceu no outro parto. Antes de entrar em trabalho de parto, sentia medo. Aqui, na hora do parto,*

*senti muita dor. Antes do trabalho de parto e parto, eu estava com bastante medo de acontecer algo errado na hora do parto (P12).*

*Eu estava bem receosa de acontecer algum problema na última hora ou de receber um mau atendimento da equipe médica, que acontecesse algo fora do esperado (P13).*

*Eu sentia medo, muito medo. Medo da dor, medo de não conseguir fazer força na hora que tinha que fazer força (P15).*

A ansiedade relatada pelas participantes provavelmente estava ligada ao medo e ao desconhecimento do processo de parir. Em alguns discursos, os sentimentos mostram-se entrelaçados e confusos.

*Eu estava bem nervosa, com medo, bastante agitada (P7).*

*Eu estava com medo, ansiosa. Tinha ansiedade em ver ele, estava louca para ver o rostinho, mas tinha medo de passar pelo parto normal (P12).*

*Eu estava bem ansiosa. Tinham vários sentimentos envolvidos. Um pouco de tudo, porque no segundo parto foi bem ruim o atendimento no hospital que eu fui (P13).*

Outros sentimentos negativos também surgiram, demonstrando que, em alguns momentos, ocorre a perda do controle emocional, principalmente frente as incertezas, ao desespero e mediante o arrependimento de ter gestado.

*Fiquei muito tensa, não conseguia relaxar (P1).*

*Quando eu entrei em trabalho de parto e as dores começaram, me arrependi (P2).*

*Eu achei que ia ser bem tranquilo por eu fazer academia e ter preparado o corpo. Só que para mim foi bem difícil, eu senti bastante dor. Eu estava com todos os sentimentos misturados. Eu não passaria de novo pelo TP e parto. Se eu pudesse escolher, eu não passaria de novo por esta experiência. Só se tiver que passar sem a opção de escolher (P3).*

As puérperas participantes deste estudo também demonstraram sentimentos positivos durante a entrevista, o que era esperado para o momento em que foi realizada, uma vez que responderam às perguntas, já com o bebê no colo, durante as primeiras horas em que estavam se conhecendo.

*Depois que eu vivi e passei este momento, percebi que valeu a pena passar por tudo isso (P2).*

*Me sentia tranquila, eu não sou muito nervosa. Fiquei todo tempo tranquila (P8).*

*Graças a Deus, meus dois partos foram bem tranquilos. O primeiro foi mais difícil. Já, este segundo, foi mais tranquilo (P9).*

*Eu pensei que ia ser pior, mas não, foi tranquilo (P10).*

*Foi bom. Um momento meu e da minha filha. Em alguns momentos, eu senti que tive que fazer muita força, na reta final eu estava quase desistindo. Mas eu busquei força e passou, consegui ter o parto normal, tudo tranquilo (P11).*

*Eu pensava: vai passar, em algum momento vai passar e, agora, falta menos do que faltava antes. Eu queria me sentir capaz de parir. Eu queira sentir isso. Achava que ia suportar até o final e suportei (P14).*

## **Discussão**

Pode ser desafiador definir o que é normalidade quando se trata de parto, até porque este, como outros conceitos são complexos e envolvem a percepção subjetiva das pessoas<sup>(8)</sup>. Já, os profissionais tendem a considerar práticas tradicionais como o uso de fármacos, manobras de estímulo para dilatação do colo ou outras que acelerem o TP, para definir o parto normal, mesmo sendo este, um evento naturalmente fisiológico. Entretanto, quando é realizada uma assistência adequada, sem intervenções desnecessárias (aceleração induzida de parto eutócico, indução de puxos, manipulação excessiva do períneo, uso de manobra de Kristeller, entre outras), deve-se estimular a realização de um parto normal devidamente assistido, ou seja, incentivando práticas de encorajamento, relaxamento, mantendo avaliação constante e permitindo a liberdade de posições e verbalizações da parturiente ao longo do processo. Tais práticas parecem influenciar positivamente o TP.

A postura da equipe é fundamental para proporcionar a parturiente uma assistência segura, livre de iatrogenias e apoiando o protagonismo da mulher no parto<sup>(9)</sup>. O cuidado obstétrico durante o trabalho de parto e parto pode favorecer que esse processo se constitua em uma experiência positiva para a família, ou, ao contrário, também pode gerar violências verbais, morais e até físicas.

Os indivíduos são dotados de autonomia, porém esta tem uma relação de dependência com os contextos, nos quais se encontram inseridos. Existe a complexidade da autonomia humana, balizada por fatores sociais e culturais, a qual, geralmente, é influenciada também, pelas relações de poder<sup>(7)</sup>. A parturiente tende a seguir o caminho determinado e indicado pelo profissional, muitas vezes, inconscientemente, mesmo quando tem algum conhecimento sobre o TP e parto e, a própria natureza a seu favor, considerando a fisiologia do nascimento.

Pensando na relação de poder parece que ainda predomina a autonomia e o poder de decisão dos profissionais obstétricos em detrimento da autonomia da mulher, o que se pode entender como parte da complexidade do processo.

No cotidiano do trabalho em obstetrícia percebe-se que a população, em geral, não se encontra preparada quanto à relevância e efetividade do trabalho de parto e parto. Comumente, relatos de trabalho de parto com duração de mais de 24 horas evidenciam que o conceito desse processo, determinado pela população é totalmente equivocado, pois, frequentemente, as gestantes procuram os serviços de saúde bastante ansiosas, principalmente após as 36 semanas de gestação, frente ao menor sinal de contratibilidade uterina, chamadas de pródromos ou contrações de treinamento, achando que, a partir desse momento, já estão em trabalho de parto. Tal situação é um dos fatores que mais gera sofrimento, desgaste e angústia, tanto nas mulheres como em seus familiares, o que poderia ser reduzido com uma adequada atenção e orientação durante o período gestacional, nas consultas de acompanhamento pré-natal. O trabalho de parto efetivo em primíparas tem duração média de 4 horas, sendo pouco provável que ultrapasse 12 horas e, em multíparas, em média, sua duração é de 3 horas, geralmente não ultrapassando 10 horas<sup>(1)</sup>.

Em relação à intensidade da dor, a Associação Internacional para o Estudo da Dor diz que a subjetividade envolvida na definição desse padrão demonstra múltiplos fatores que devem ser observados quando se tenta definir os níveis de dor. A dor está associada a lesões, que podem ser potenciais e/ou reais, estando envolvidos no sentir de cada indivíduo, os aspectos físicos, sensoriais e/ou emocionais<sup>(10)</sup>.

Sendo assim, compreende-se que, para cada mulher em trabalho de parto, o padrão de dor sentida e referida deve ser avaliado de acordo com a complexidade que o momento exige. Fisiologicamente, as contrações uterinas tendem a causar sensações dolorosas, principalmente durante o segundo e o terceiro período clínico do parto. Porém, a maioria das mulheres durante o trabalho de parto referem dores constantes, mostram-se incomodadas, chorosas e inconformadas com esse processo. É neste momento, que a assistência humanizada pode auxiliar, pois o apoio, as práticas de conforto e técnicas não farmacológicas de alívio da dor proporcionam à parturiente períodos de relaxamento e, com isso, há uma diminuição das sensações dolorosas entre um período e outro de contração.

As expectativas das mulheres destacam-se em relação ao processo de parturição, as quais são influenciadas por mecanismos individuais, coletivos e institucionais, além de valores familiares e sociais.<sup>11</sup> A área da saúde tende a ter uma visão unidimensional e especializada a respeito dos eventos ligados à evolução e desenvolvimento humano<sup>(7)</sup>. Em função disso, surgem

as contradições, as ideias isoladas e condutas que mostram a necessidade dos profissionais terem uma compreensão mais aprofundada da complexidade dos fenômenos relacionados ao TP e parto, a partir da individualidade das mulheres, como aconteceu no presente estudo.

Um estudo evidencia que o medo do parto/tocofobia e que os demais sentimentos das mulheres em relação ao nascimento podem e devem ser avaliados e assistidos por equipes multiprofissionais, em razão da importância destes para o desfecho do parto, bem como para o estabelecimento das relações intrafamiliares<sup>(12)</sup>. A imprevisibilidade do parto é fator importante para que a mulher e sua família tenham sentimentos negativos sobre o mesmo<sup>(13)</sup>. Em relação aos sentimentos negativos, o medo é o que mais aparece no presente estudo.

Os discursos mostram a relevância da atuação dos profissionais como educadores em saúde, a fim de promoverem o conhecimento relativo ao assunto, para empoderar as mulheres e, com isso permitir que decidam os caminhos relativos ao TP e parto, conscientemente, sendo as protagonistas desse momento do seu viver. Assim como, ainda temos o predomínio do modelo biomédico de assistência em saúde e fica evidente que as expectativas das participantes estão intimamente influenciadas pelas atitudes e condutas da equipe obstétrica em relação a esse processo. Ao relatarem suas expectativas, as mulheres mostram que não tem autoconfiança em parir, se mantêm na condição de expectadora, portanto, não participativa, tampouco responsável pelas decisões tomadas em relação ao parto. Considera-se que os aspectos culturais das pessoas em geral, e as relações de poder entre os profissionais e as parturientes, no que se refere ao nascimento, ainda permanecem predominantes e a autonomia da mulher se encontra velada mediante sua subordinação frente ao modelo assistencial predominante.

As expectativas das mulheres em relação ao processo de TP e parto parecem estar diretamente relacionadas aos sentimentos que elas apresentam neste momento específico. A satisfação das puérperas com o TP está diretamente relacionada a qualidade da assistência que receberam<sup>(14)</sup>. O respeito ao momento, as escolhas da mulher, a presença do acompanhante e a postura profissional favorecem, ou não, as mulheres introjetarem a experiência do parto como positiva.

Quando questionadas sobre o que as fazia sentirem medo, as mulheres demonstraram dificuldade em descrever os motivos, algumas citaram a dor, a imprevisibilidade e a postura dos profissionais como fatores desencadeantes desse sentimento. O medo, a preocupação e o nervosismo fazem parte do significado da gravidez. A gestação, geralmente traz consigo uma ameaça velada para a mulher em relação ao parto, ao pós-parto e aos cuidados com o recém-nascido<sup>(15)</sup>.

Os profissionais também têm responsabilidade no que se refere ao sentimento de medo vivenciado pelas mulheres, uma vez que o desconhecimento relativo ao TP e parto tende a ocasionar maior insegurança, o que, provavelmente seria mais difícil de acontecer se a assistência prestada desde o pré-natal fosse adequada e humanizada. Tal assistência pode promover e/ou facilitar a segurança e o empoderamento das mulheres durante o trabalho de parto e parto, diminuindo as sensações de medo e ansiedade<sup>(11)</sup>. O medo pode ser decorrente de experiências anteriores ou, ao contrário, por conta do desconhecimento. A falta de clareza, a desordem e as incertezas que o processo do nascimento ocasiona na maioria das mulheres, exige que os profissionais utilizem outros recursos, dentre eles, o pensamento complexo para o planejamento de ações, cientes de que, a cada momento, novos conflitos e significados podem surgir e que, novamente, as condutas precisam ser revistas, a fim de atender a individualidade e as necessidades dessa desordem<sup>(7)</sup>. Nesse trabalho, a desordem está diretamente relacionada às necessidades individuais frente ao processo do TP.

### **Conclusão**

Apesar das políticas públicas existentes e das pesquisas realizadas na área sobre o parto, parece que as mulheres ainda não são adequadamente assistidas em relação às suas percepções e sentimentos em relação ao TP e parto. Os resultados mostraram mais sentimentos negativos do que positivos em relação a este processo, os quais permaneciam latentes, mesmo após o nascimento.

Parece haver uma noção coletiva de que parir é um evento que está atrelado ao sofrimento e ao mistério. As informações e conhecimentos das puérperas baseavam-se em sentir dor, depender da equipe e estar com o bebê saudável no colo, tornando bastante restrito o processo do TP.

Considerando-se o momento em que as entrevistas foram realizadas, ou seja, imediatamente após o nascimento, em que as mulheres estavam passando pela recuperação física do pós-parto e vivenciando o encantamento com seus filhos, foi possível perceber que, a maioria delas, apesar de terem aceitado participar do estudo, não estavam dispostas a conversar sobre suas vivências.

As expectativas e os sentimentos em relação ao trabalho de parto e parto encontrados neste estudo levam à reflexão de que, apesar de haver um consenso de que as mulheres devem ser instrumentalizadas para o nascimento dos seus filhos, isto ainda não acontece. Procuram informações por meio da internet, há orientações superficiais e, até mesmo nos grupos sociais

que se encontram inseridas, mas a discussão e a busca de clareza sobre a complexidade do parir/nascer estão distantes das mulheres que participaram dessa pesquisa.

Os objetivos foram alcançados uma vez que foi possível visualizar as expectativas e os sentimentos envolvidos no TP e parto.

As limitações do estudo se referem à dificuldade em determinar qual a melhor etapa do TP para realizar a entrevista e, ao número de puérperas que foi restrito, em função do tipo de pesquisa escolhido, por isso não é possível fazer afirmações em relação aos resultados. No entanto, as suspeitas referentes às falhas no acompanhamento pré-natal, mesmo diante das inovações obstétricas se mostram evidentes, principalmente no que se refere à educação para a saúde sobre o TP e parto. O desconhecimento mantém as decisões nas mãos da equipe de saúde e a alienação das mulheres como protagonistas desse momento que deveria ser prioritariamente seu.

Alguns conceitos da complexidade evidenciam a relevância de ver o todo a partir das suas partes e vice-versa, ou seja, quando se pretende uma assistência humanizada e integral torna-se impossível sua generalização, uma vez que sua qualidade é mantida por meio do atendimento das necessidades de cada pessoa frente ao enfrentamento do mesmo processo.

## **Bibliografia**

1. OMS. Organização mundial da saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Brasil: Who Pres; 2017. URL: [https://www.who.int/ageing/mulheres\\_saude.pdf](https://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de humanização do parto: pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. URL: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
4. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 446/12, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas para Pesquisas com seres humanos. 2012.

5. Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Trends in Psychology*, 2016; 24 (2):681-93. ULR: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a15.pdf>
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
7. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Tradução Eliane Lisboa. - 5. ed. – Porto Alegre: Sulinas, 2015.
8. Chaves RL. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cad. Saúde Pública*. 30 Sup:14-16, 2014. ULR: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S14-S16/pt>
9. Schvartz HV, Prates LA, Possati AB, Ressel LB. Estrategias para alivio del dolor en trabajo de parto y parto: revisión integradora. *J Nurs Health*. 2016; 6(2):355-62. ULR: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/595>
10. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. 5º sinal vital: hospital sem dor [Internet]. São Paulo: SBED; 2014. ULR: <http://sbed.org.br/5o-sinal-vital/>
11. Maia FRM, Pereira DR, Souza TJCP, Freitas RJM, Cabral SAR, Souza LFF. Factors that influence the choice of birth type regarding the perception of puerperal women. *Rev Fund Care Online*. 2017; 9(3):717-26. ULR: [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/53493/ssoar-revpesquisa20173feitosa\\_et\\_alFactors\\_that\\_influence\\_the\\_choice.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-revpesquisa-2017-3-feitosa\\_et\\_al-Factors\\_that\\_influence\\_the\\_choice.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/53493/ssoar-revpesquisa20173feitosa_et_alFactors_that_influence_the_choice.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-revpesquisa-2017-3-feitosa_et_al-Factors_that_influence_the_choice.pdf)
12. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/ tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. 2018 *Midwifery* 61 (2018) 97–115. ULR: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29579696>
13. Sheen K, Slade P. What do women fear about childbirth? *Clin Nurs*. 2018; 27 (13-14): 2523-35. ULR: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29243289>
14. Sánchez JA, Ros MT, Molina AC, Viguera DN, Roche EM. Explorando las emociones de la mujer em la atención perinatal: Un estudio cualitativo. *Aquichan*. 2016;16(3):370-81. ULR: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n1/1657-5997-aqui-18-01-00080.pdf>

15. Mesquita AA, Dias MO, Almeida IS, Zveiter M. Understanding the fear of being in the world in the last trimester of a low-risk pregnancy. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(4): 655-60. ULR: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40492/26620>

## ARTIGO 2

### INFLUÊNCIA DAS VIVÊNCIAS DE PUERPERAS RELACIONADAS AO TRABALHO DE PARTO E PARTO

#### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a influência das vivências e história de vida das mulheres relativas ao trabalho de parto e parto no desfecho do nascimento. **Método:** estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado em hospital de ensino no sul do Brasil, com critérios de inclusão puérperas que tiveram gestação de baixo risco e que passaram por trabalho de parto e parto vaginal. Os critérios de exclusão foram mulheres que tiveram intercorrências, cesárea indicada durante o trabalho de parto ou que após o parto não estavam com seus bebês. Os dados utilizados no estudo foram coletados em entrevistas e analisados a partir da Análise de Conteúdo, segundo Bardin. **Resultados:** encontramos que as puérperas, mesmo as que já haviam vivenciado trabalho de parto e parto, desconhecem e não recebem adequadas informações, além de não buscarem conhecer o processo de parto. **Considerações finais:** não há uma preocupação sobre esse processo, seja por parte dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal, bem como das famílias.

**DESCRITORES:** Parto. Trabalho de parto. Enfermagem Obstétrica.

#### INTRODUÇÃO

O nascimento, evento fisiológico e natural vem sendo permeado por questões culturais, sociais e ambientais ao longo dos anos. No século XX, o modelo assistencial obstétrico vigente era o biomédico, por meio do qual todas as decisões sobre a escolha de via de nascimento e condutas a serem tomadas eram exclusivas da equipe de saúde, retirando da mulher o protagonismo no momento do nascimento de seus filhos. Já, na última década, as mulheres expressam com mais clareza seus desejos sobre a maneira que esperam o nascimento<sup>(1)</sup>. Muitas demonstram descontentamento quando perdem sua autonomia e conhecem seus direitos e possibilidades para uma assistência segura e humanizada. Neste contexto é importante que as equipes de saúde estejam instrumentalizadas para esta mudança de cuidado.

O trabalho de parto espontâneo é o principal fator protetor para evitar nascimentos prematuros, intervenções desnecessárias ou iatrogênicas. O percentual de nascimentos por via cirúrgica esperado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é em torno de 15%, porém, no

Brasil, essa taxa chega a 57%, grande parte destes, decididos de maneira eletiva, baseados em idades gestacionais calculadas através de exames ecográficos. Esta cultura que se estabeleceu a partir dos anos 80 é responsável pela elevação da quantidade de nascimentos prematuros. Assim, nas últimas três décadas, a cultura no Brasil era nascimento por cesárea, prática que privou mulheres e bebês dos benefícios do trabalho de parto e parto, além de expor ambos aos riscos de intervenção cirúrgica e prematuridade<sup>(2)</sup>.

Estudo brasileiro aponta que as mulheres são influenciadas pelos históricos familiares, por suas experiências anteriores, pela sociedade e pelos profissionais que as assistem quando escolhem a via de nascimento. As fontes de informação a respeito do TP e parto mais utilizadas pelas mulheres são: internet, grupos de apoio, redes sociais e trocas entre amigas<sup>(3)</sup>. Ainda pode-se destacar que as condições emocionais e socioculturais da família que espera um bebê também influenciam nas expectativas e escolhas relacionadas ao nascimento<sup>(4)</sup>.

A experiência profissional em centro obstétrico mostra que muitas mulheres ao entrar em trabalho de parto apresentam aumento dos níveis de ansiedade, sendo que algumas até referem angústia e medo. As instituições de atenção obstétrica que seguem as condutas baseadas no cuidado humanizado, conforme orientações da OMS e do Ministério da Saúde (MS), devem proporcionar o trabalho de parto e parto seguro, livre de intervenções desnecessárias e indicações absolutas para cesárea. Assim, mulheres que buscam atendimento nestes serviços, são orientadas ao parto vaginal, salvo situações em que houver necessidade de interrupção cirúrgica da gestação. Nesta realidade, muitas vezes tem-se mulheres que chegam ao serviço sem estarem preparadas para o trabalho de parto e parto, o que diversas vezes faz deste momento um evento cheio de dúvidas, dores e angústias. Este estudo tem como objetivo: Conhecer a influência das vivências e história de vida das mulheres relativas ao trabalho de parto e parto no desfecho do nascimento.

## **MÉTODO**

Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado intitulada: “Sentimentos e Vivências das Puérperas em Relação ao Trabalho de Parto e Parto”, no qual são apresentados parte dos resultados da pesquisa.

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, cuja essência é o aprofundamento do conhecimento sobre a subjetividade das mulheres em relação ao trabalho de parto e parto. O estudo qualitativo caracteriza-se por investigar/ analisar os eventos de

maneira natural, observando as inferências que o meio produz, onde a quantificação dos dados encontrados não é suficiente para elucidar as questões a serem analisadas<sup>(5)</sup>.

Foi realizado no Centro Obstétrico de um Hospital Universitário (C.O./H.U.) vinculado à Universidade Federal do Rio Grande até o ano de 2015, quando então, passou a ter a gestão compartilhada juntamente com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Foram convidadas a participarem do estudo, as puérperas que internaram no C.O. por trabalho de parto efetivo, ou seja, com contrações efetivas e/ou dilatação cervical de 5 centímetros ou mais, entre os meses de julho e setembro do ano de 2018, no turno da manhã. Os critérios de inclusão das participantes no estudo foram: mulheres maiores de 18 anos, com idade gestacional maior ou igual a 39 semanas, com mais de 6 consultas de pré-natal, em função dos critérios determinados pela Organização Mundial de Saúde, como pré-natal adequado, ou seja, de no mínimo, 6 consultas registradas na carteira de gestante e que foram classificadas como gravidez de risco habitual. Os critérios de exclusão foram mulheres que apresentaram durante a evolução do trabalho de parto, intercorrências ou que tiveram cesárea indicada pela equipe assistencial e, aquelas que não tinham seus bebês em alojamento conjunto.

A coleta dos dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, contendo questões fechadas e abertas, para identificar as condições socioeconômicas das mulheres, bem como sua situação gestacional, ou seja, histórico gestacional prévio, possíveis intercorrências durante a gestação atual, nível de informação sobre o trabalho de parto e parto; e, a fim de compreender suas vivências, pensamentos e sentimentos referentes ao trabalho de parto e parto. O período para realização da entrevista foi imediatamente após o quarto período clínico do parto, ou seja, após o nascimento onde a puérpera consegue conversar com maior tranquilidade, sem as sensações do trabalho de parto (TP). Apesar das observações nas práticas diárias em obstetrícia, na qual se percebe que o momento em que a mulher vivencia a experiência do trabalho de parto é único e apresenta fatores complexos, seguiu-se as orientações do Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), abordando a participante, após o parto.

A identificação das mulheres realizou-se pela letra P, seguida do número da entrevista, ou seja, a primeira participante entrevistada foi identificada como P1, a fim de manter o anonimato das mesmas. Foram entrevistadas 15 puérperas, sendo considerado como critério para o término das entrevistas, a repetição dos dados.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa na Área da Saúde/FURG sob o parecer número 91/2018 e CAAE

88871018.5.0000.5324, seguindo todas as recomendações para cientificidade da pesquisa em saúde, respeitando as participantes e mantendo sigilo sobre suas identidades.

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo que favorece estudos sobre o contexto e as relações do tema analisado ou do participante e suas representatividades, para que possam ser melhor compreendidos<sup>(6)</sup>. O pesquisador deve observar os sentidos dos relatos e as implicações psicossociais, culturais e ambientais a partir do ambiente no qual os dados foram coletados. Este método permite ao pesquisador tratar o estudo com complexidade, considerando aspectos além dos que estão descritos nos dados, através das discussões e olhares, considerando os diversos significados e contextos.

Os dados coletados, após a análise, foram categorizados para melhor visualização e compreensão de seus conteúdos. Neste estudo, elencamos as respostas obtidas nas entrevistas que proporcionavam conhecer as vivências das puérperas, através da assistência pré-natal e experiências prévias próprias ou de pessoas de seu convívio, além do interesse das mesmas na busca por instrumentalização para o parto.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A caracterização socioeconômica das participantes mostrou que a maioria destas eram mulheres com até 25 anos, ensino médio completo, auto declaravam-se brancas, sem atividade profissional, em relacionamentos estáveis e com renda familiar de até 03 salários mínimos. Domingues et al. (2015)<sup>(7)</sup> analisando dados coletados na Pesquisa Nascer no Brasil – inquérito nacional sobre parto e nascimento, demonstram que as condições socioeconômicas das mulheres influenciam no desfecho da gestação, no parto e na qualidade da assistência. Segundo este estudo, há adequação para melhoria da qualidade da assistência quando não se trata de mulheres adolescentes, pretas, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, múltíparas, sem companheiro e sem trabalho remunerado,

Em relação ao histórico gestacional, o grupo participante foi composto por 05 primíparas (33%), 02 tiveram duas gestações anteriores (14%) e 08 tiveram uma gestação anterior (53%). Sobre a paridade das participantes encontramos que a maioria, exceto as primíparas, já havia experienciado parto vaginal, sendo que, das 07 nesta categoria, 02 tiveram abortamento e 01 teve cesárea prévia.

Das puérperas que eram primíparas, apenas 1 relatou que se sentia preparada para o trabalho de parto e parto, sendo que esta informou que suas fontes de informação/orientação foram internet, família e amigos. As demais não se sentiam preparadas para enfrentarem o

processo, mesmo tendo utilizado algum tipo de informação sobre o assunto, sendo que 2 relataram que foram orientadas no pré-natal.

Também foram levantados dados sobre o pré-natal. As participantes tiveram atendimento pré-natal na rede básica de saúde pública (Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde da Família, ambulatórios), em consultórios médicos particulares ou através de convênios, sendo 10 na rede básica e 05 em consultórios. Na rede básica eram assistidas tanto por médicos como por enfermeiros. Porém, nenhuma referiu ter acompanhamento somente por enfermeiros. O número de consultas de pré-natal variou entre 6 e 13 consultas, não havendo diferença significativa quando relacionamos o local e o profissional prenatalista com o número de consultas realizadas.

Destacamos primeiramente o discurso de 2 puérperas que apesar de terem experienciado o trabalho de parto e parto, ainda não se sentiam preparadas para o processo. Ambas receberam algum tipo de orientação no pré-natal, porém a qualidade destas informações, segundo as mesmas não foram satisfatórias em nenhuma das gestações. As demais que já haviam passado por parto vaginal, referiam sentirem-se preparadas, em função de já terem vivenciado esta experiência e pelas informações do pré-natal e da família/ amigos.

Em relação à assistência pré-natal, encontrou-se relatos que afirmavam não haver recebido nenhum tipo de informação/orientação sobre trabalho de parto e parto, ou que estas não haviam sido suficientes:

*[...]no posto onde eu fazia ninguém me falou nada sobre parto. (P2)*

*Eles falaram que eu tinha que estar tranquila na hora de ganhar para eu não passar mal, que quanto mais calma eu estivesse melhor ia ser o trabalho de parto. (P4)*

*Eles falaram, mas eu não lembro. (P6)*

*Nesta gravidez não, porque já tive um. Então eu não tive muita orientação não. Acho que porque já tive um, não sei se é por causa disso. (P9)*

*Com o médico não tive orientações. (P11)*

*Eu busquei orientação fora do médico, porque ele só fazia cesárea. (P14)*

*Não. Nem o médico, nem a enfermeira me falaram nada. (P15)*

Mas também houve relatos de informações/orientações sobre o processo de nascimento que consideravam satisfatórias:

*Sim recebi informações. Sobre, no caso, quando ia chegar a hora, que eu ia sentir contrações, que não era necessário romper a bolsa, quando a bolsa rompesse ia dar um tempinho de chegar. Coisas do tipo assim. (P1)*

*Sim. Sobre como seria a dor, que ela irradiava, o básico, sobre as semanas, que a partir das 37 semanas já pode nascer né? Que é considerado não prematuro. (P5)*

*Sim, foi em Pelotas, em uma UBS. Eu recebi orientações do parto, como é que seriam as dores, quando eu iria para o hospital e tudo mais. Foi bem esclarecido. (P8)*

*Sim, do meu obstetra, e aqui também quando eu vim, me informaram direitinho como é que é a função de quando eu entrasse em trabalho de parto. (P10)*

*Eu recebi sim orientação e eu tenho dois partos. O médico me esclareceu sim. Disse que até tinha a possibilidade de fazer uma cesárea, a partir das 40 semanas, se caso tivesse algum problema, até porque ele achava que ela estava muito pequena, muito apertada porque eu não ganhei peso também. A questão do tempo do bebê, que tem o tempo mínimo do bebê, que tem a dilatação, tem as contrações. Eu estava com dor outro dia ele disse assim: tu não estás em trabalho de parto ainda, deve ser porque tu caminhaste demais, fez algum esforço e ele disse que era para eu ficar mais calma que quando fosse a hora do parto ia ser assim, rápido e certo. (P13)*

Apesar da melhoria das políticas públicas em atenção obstétrica e neonatal vigentes, as mulheres que estão em sua primeira gestação recebem informações, orientações e instrumentalização sobre o trabalho de parto e parto superficiais. Em um estudo realizado, a maioria das primíparas relatavam vantagens e desejos de parto vaginal, porém, eram claros os sentimentos de insegurança e falta de informações e subsídios psicoemocionais para o enfrentamento do parto, principalmente vindos das equipes assistenciais no pré-natal<sup>(8)</sup>.

Algumas participantes buscaram outras fontes de informações/ orientações sobre o parto como família, amigos, doulas e internet.

*Eu sabia só porque eu vi na internet. (P2)*

*Eu que pesquisava na internet... Eu não imaginava que era exatamente do jeito que foi. (P3)*

*Eu vi muitos vídeos na internet e conversei com minhas irmãs e amigas. A irmã mais velha tem uma filha de quatro anos, que foi a que teve parto normal. Ela me contou como foi o dela, que foi tranquilo. A maior parte de informações foram da família e de amigos. (P11)*

*Na internet eu pesquisava sobre parto. (P12)*

*Eu busquei orientação fora do médico. Comecei a ler, por fora, porque eu queria tentar normal, então eu comecei a me informar bastante. Eu tive uma doula, mas li muito, vi muito vídeo, vi um documentário “o renascimento do parto”. A carga de informação que eu tenho agora eu não tinha na gestação anterior e não busquei também. Mas dessa vez eu já estava com uma mentalidade diferente. A minha avó teve minha mãe, era o primeiro parto, no carro ainda, não deu tempo. A minha família é muito pequena, não tem muitas experiências assim, mas a minha vó eu sabia que tinha tido dois partos normais, mas minha mãe fez cesárea. (P14)*

*Eu procurei informações sobre parto na internet, por curiosidade. (P15)*

Quando questionadas sobre se já haviam vivenciado ou presenciado junto a outras mulheres o trabalho de parto e parto, a maioria informou que não possuíam esta experiência e as que já tinham, estavam em sua segunda gestação ou mais, apesar de algumas das que não eram primíparas, não terem experienciado o trabalho de parto e parto nas gestações anteriores.

*Já, o meu parto normal. Faz três anos. (P4)*

*Sim tive a experiência do TP com minha irmã. (P6)*

*Na outra eu entrei em trabalho de parto, mas não tive dilatação e fui para cesárea. (P7)*

*Não, de trabalho de parto não tive informações, mas de parto sim, eu era pequena não lembro. (P8)*

*Não tive informações do TP, nem presenciei de outras mulheres, eu já tive parto. (P10)*

*Outras duas vezes tive esta experiência, o primeiro foi parto vaginal e o segundo foi cesárea. Mas não chegou a entrar em trabalho de parto. (P13)*

*Na gestação anterior era particular, rompeu a bolsa, eu já fui sem contração nenhuma para cesárea. Só vi partos nos vídeos que eu andei olhando sobre parto humanizado, casas de parto, que não tem aqui. (P14)*

*Nunca tinha visto um parto, não entrei em trabalho de parto na outra gravidez. (P15)*

Neste estudo as 3 primíparas que tinham 7 ou mais consultas de pré-natal se consideravam despreparadas para vivenciar o trabalho de parto e parto, sendo que 1 informou que não recebeu nenhuma orientação durante o pré-natal, assim como as demais que tiveram 6 consultas. Nesta categoria apenas 1 participante não buscou outras fontes de instrumentalização.

A cultura parece ser fator fundamental na preparação das mulheres para o enfrentamento do trabalho de parto e parto. Desmistificar o modelo assistencial em que a mulher não é a protagonista do nascimento, por meio de discussões familiares, nas escolas e grupos sociais

seria uma ferramenta capaz de promover a mudança do padrão cultural que traz o parto vaginal como risco para mãe e bebê<sup>(9)</sup>.

As puérperas que já tinham cesáreas anteriores sentiam-se preparadas e instrumentalizadas para o trabalho de parto e parto, através das orientações do pré-natal e pela busca de informações por diversos meios, com exceção de 1 que não recebeu orientações no pré-natal, não havia presenciado/vivenciado um trabalho de parto e tinha informações que obteve na internet.

A mulher que passa pelo trabalho de parto e parto como escolha, é aquela que buscou romper com questões culturais e sociais, por meio do conhecimento adquirido pelas orientações e informações que a mantem segura e possibilite que esteja fortalecida para enfrentar os questionamentos e a falta de apoio social e das equipes de saúde<sup>(3)</sup>.

Já, aquelas que buscam atendimento em hospitais onde há a preocupação de manter as recomendações para realização de cesárea, mas não foram preparadas, orientadas e informadas sobre o parto vaginal, após terem realizado cesárea, geralmente tem um sentimento de estar sendo obrigada a passar pelo trabalho de parto e parto, podendo gerar alto nível de ansiedade, medo e angústia, o que pode fazer com que esta experiência, por melhor que seja a qualidade da assistência oferecida, pode mesmo assim, fazer com que predominem os sentimentos negativos em relação ao parto<sup>(10)</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados apresentados confirmam a vivência cotidiana da assistência obstétrica em um hospital do sul do Brasil, ou seja, as mulheres, independente das condições socioculturais, ainda não se encontram instrumentalizadas para o trabalho de parto e parto. As participantes deste estudo receberam atenção pré-natal adequada em relação ao número mínimo de consultas, porém é evidente que a qualidade desta assistência no que diz respeito ao preparo emocional precisa ser trabalhada de forma mais intensificada, de acordo com a política de humanização do parto humanizado.

As puérperas, mesmo as que já haviam vivenciado um trabalho de parto e parto, desconhecem as etapas deste. Parece que não há uma preocupação sobre o processo que o corpo feminino passa durante o período periparto. Os profissionais envolvidos na assistência pré-natal, tampouco as famílias e as mulheres demonstram interesse em desvelar as etapas da evolução do trabalho de parto. Geralmente, os profissionais negam ou não são informados os sinais de trabalho de parto efetivo e quais tecnologias não farmacológicas podem ser utilizadas

para favorecer este processo com a menor dor e cansaço possível. Não há diálogos e orientações diretas e elucidativas sobre o que é normal (natural) no período que antecede o início do trabalho de parto.

As políticas de saúde que discutem a atenção obstétrica e neonatal trazem as recomendações baseadas em evidências científicas sobre a importância da instrumentalização e empoderamento da mulher em relação aos benefícios do trabalho de parto e parto, porém, nesse estudo, estas não são atendidas. Tal situação se agrava, quando se trata de puérperas que realizaram o pré-natal em serviços privados.

Para a sociedade, em geral, o trabalho de parto e parto encontram-se envolvidos por desinformação, medo do sofrimento e da morte. Parece que as pessoas têm a ideia de que parir não é natural, oferece riscos e, alguns consideram que permitir a mulher vivenciar um trabalho de parto e parto naturalmente, é uma violência.

Os profissionais envolvidos neste contexto também são responsáveis pela desinformação sobre os benefícios do nascimento natural e seguro. Não é raro que as equipes de obstetrícia, incluindo auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos obstetras e pediatras, ao assistirem mulheres que já tenham partos anteriores, ignorem suas queixas e medos, pois parecem entender que mulheres que passaram por tal experiência, não necessitam de informações sobre os subsídios necessários para o enfrentamento da parturição. Muitas vezes, desconsideram questões emocionais, sociais e humanas relativas à nova vivência dessas mulheres.

Parece evidente que, além da qualificação profissional das equipes envolvidas no periparto, há a necessidade urgente de mudanças culturais, as quais devem considerar o respeito e o empoderamento da mulher, planejamento familiar, participação da família no processo e na educação em saúde.

Enfim, a produção científica que é ampla nos cuidados humanizados necessita ser aplicada no cotidiano das famílias, na formação profissional e na construção de uma sociedade mais saudável e autônoma.

## **REFERÊNCIAS**

1. Pimenta LF, Silva SC, Barreto CN, Ressel LB. The culture interfering on the wish about the type of parturition. J. res.: fundam. care. online 2014 [ acesso em 10 de abril de 2018]; 6(3):987-97. Disponível em: [https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750623013\\_2.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750623013_2.pdf)

2. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - (UNICEF). Quem Espera, Espera. BRASIL, 2017. [acesso em: 23 de março de 2018] Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/unicef-em-acao>
3. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. Rev Gaúcha Enferm. 2015 [acesso em: 17 de fevereiro de 2018]; 36 (esp):119-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>
4. LAGOMARSINO BS, Van der Sand ICP, Perlini NMO, Linck CL, Ressel LB. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. Rev. Min. Enferm. 2013 [acesso em: 03 de abril de 2018]; 17(3): 680-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/681>
5. Kripka RML, Scheller M, Bonotto LB. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. Atas CIAIQ 2015 [acesso em: 07 de dezembro de 2018]; 2: 243-7. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252/248>
6. Bardin L. Análise de conteúdo. 2. ed. São Paulo: Edições 70, 2011
7. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2015 [acesso em: 27 de dezembro de 2018];37(3):140-7. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>
8. Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. Trends in Psychology. 2016 [acesso em: 22 de novembro de 2017]; 24 (2): 681-93. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a15.pdf>
9. Coutinho E, Morais C, Parreira V, Duarte J. Contributos da preparação para o parto na percepção de cuidados culturais. Millenium. 2014 [acesso em: 03 de abril de 2018]; 47: 21-32. Acesso em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/3.pdf>
10. Franklin JS, Bittar CMLB. A humanização do parto, relatos de puérperas que tiveram parto normal em um hospital privado no município de França. Rev. Investigação ciências da saúde. 2015 [acesso em: 10 de dezembro de 2018]; 14(2):139-48. Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/865>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou conhecer os sentimentos e vivências das puérperas em relação ao trabalho de parto e parto. Inicialmente a ideia foi realizar a entrevista durante o trabalho de parto, pois este momento é único. No entanto, posteriormente, concordou-se que este momento deve ser respeitado, as famílias necessitam de um ambiente acolhedor para receber seus bebês e foram considerados os aspectos éticos durante o trabalho de parto.

Optou-se então, por realizar o contato com as mulheres, após a primeira hora do nascimento, enquanto a família e o bebê permanecem no alojamento conjunto, no C.O. e as sensações a respeito do processo vivenciado ainda estão presentes. O encantamento das mães com seus filhos nesse momento se constituiu em limitação para o estudo, pois comprometeu significativamente o aprofundamento da entrevista, uma vez que as mulheres pareciam responder rapidamente para terminarem as perguntas e poderem ficarem junto ao seu bebê. As mulheres respondiam as questões de maneira pontual e, sempre que eram feitas tentativas no sentido de buscar o significado das falas, se mantinham na superficialidade.

As participantes relataram vários sentimentos que permearam o nascimento, em sua maioria, negativos. No entanto, no momento da entrevista, mostraram-se satisfeitas e felizes por estarem com o filho no colo.

É importante destacar que as vivências anteriores, parecem não ter influenciado significativamente e positivamente, o conhecimento sobre o TP e parto. O pressuposto inicial do estudo no que se refere à presença de uma rede de apoio a gestante não foi encontrado.

Percebemos que o interesse das mulheres em obter o conhecimento relativo ao TP e parto é superficial, ficando a sensação de que não buscam o exercício da sua autonomia no que se refere a este processo, talvez porque não saibam a relevância do mesmo para a produção de saúde na mulher e na criança. As conversas informais, em redes sociais ou em grupos de apoio não priorizam os aspectos positivos em relação ao parto, mantendo as crenças antigas. As gestantes, geralmente, são fortemente influenciadas pelas histórias de violência, desfechos negativos, sofrimento e dor.

A capacidade de contextualizar, relacionar os diferentes saberes com as dimensões da vida é característica do pensamento complexo, que parece ser o caminho para a melhoria da qualidade dos nascimentos, dos sentimentos envolvidos e da qualificação da sociedade. Proporcionar às famílias espaços para desmistificação do processo de nascer, instrumentalizando as pessoas sobre a importância da retomada da fisiologia, da emoção, do

protagonismo de cada pessoa envolvida no nascimento de um novo ser humano parece ser um passo importante nas ações obstétricas. Para modificar pensamentos e crenças faz-se necessário o conhecimento, o qual, na maioria das vezes, confere certo empoderamento as pessoas, no sentido de tomarem decisões conscientes, para tanto é importante a sensibilidade profissional, o comprometimento individual e coletivo.

A criatividade e a reflexão são ferramentas da evolução humana. Os profissionais têm responsabilidade importante no processo de mudança na assistência obstétrica, mas enquanto os padrões culturais e sociais se mantiverem, haverá conflitos entre o modelo proposto e as práticas. Ficou evidente que há limitações significativas na assistência pré-natal, momento que pouco se fala a respeito do que realmente é o trabalho de parto e parto, quais são os sinais e sintomas, quais as características de bem estar fetal, qual o padrão de contrações ou sensações dolorosas esperadas e, principalmente que é um processo progressivo, que pode iniciar lentamente, e que, se a mulher e a família estiverem instrumentalizadas sobre o mesmo, os sentimentos de insegurança e medo do desconhecido diminuirão.

Os objetivos do estudo foram alcançados. Os resultados mostraram que ainda são necessários investimentos na assistência obstétrica para efetivar as novas políticas relacionadas ao TP e parto, bem como estudos que mostrem porque ainda hoje, existem lacunas na assistência pré-natal no que se refere a este processo.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, F de O. **Desafios metodológicos para a (auto) biografia de família**. 2017, p. 85-108. Intellèctus, ano XVI, n. 2,2017.
- BIONDI, H. S. **Inter-relações entre as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de enfermeiros e a efetivação do programa nacional de humanização no pré-natal e nascimento**, 2016. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande- FURG, Rio Grande, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. ULR:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 446/12, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas para Pesquisas com seres humanos**. 2012.
- BRASIL.Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres /** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha**. Brasília: Ministerio da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto: pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa de humanização do parto: pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. ULR: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 446/12, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas para Pesquisas com seres humanos**. 2012. <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=C8355B148302CC47158A5EB587088395?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=C8355B148302CC47158A5EB587088395?sequence=3)> Acesso em 6 jan 2018.
- Bardin L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. São Paulo: Edições 70, 2011;

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – **CONITEC - Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CHACHAM, A. S. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil. IM: **Diálogos em Psicologia Social**. 2017, p. 414- 443.
- CHAVES R.L. **O nascimento como experiência radical de mudança**. Cad. Saúde Pública. 30 Sup:14-16, 2014. ULR: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S14-S16/pt>
- COUTINHO E., et al. **Contributos da preparação para o parto na percepção de cuidados culturais**. Millenium. 2014 [acesso em: 03 de abril de 2018]; 47: 21-32. Acesso em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/3.pdf>
- DINIZ, S. G. *et al.* **A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde**. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação* (Botucatu), vol. 20, n° 56, mar 2016, pp.253-259.
- DOMINGUESR M.S.M., et al. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2015 [acesso em: 27 de dezembro de 2018];37(3):140–7. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/140-147/pt>
- DSM-5. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: Porto Alegre: Artmed, 2014.
- DUMONT-PENA, E. et al. **Relações de gênero e cuidados em saúde das mulheres**. Saúde das Mulheres & Enfermagem. Org. Kleyde Ventura de Souza e Laise Conceição Caetano. Belo Horizonte: Traço Atual, 2017. p. 16- 28.
- ESCOBAL, A. P. B.; SOARES, M. C. **Discursos operantes entre gestantes e obstetras na escolha pela cesariana: uma análise foucaultiana**. Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.
- ESTRADA, A. A. **Os fundamentos da teoria da complexidade em Edgar Morin**. Akrópolis Umarama, v. 17, n. 2, p. 85-90, abr./jun. 2009
- FRANKLIN J.S., BITTAR C.M.L.B. **A humanização do parto, relatos de puérperas que tiveram parto normal em um hospital privado no município de França**. Rev. Investigação ciências da saúde. 2015 [acesso em:10 de dezembro de 2018]; 14(2):139-48. Disponível em: <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/865>

- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - (UNICEF). Quem Espera, Espera. BRASIL, 2017. [acesso em: 23 de março de 2018] Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/unicef-em-acao>
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. -13. ed. - Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2017.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/17933-registros-de-nascimentos-caem-pela-primeira-vez-desde-2010.html> Acesso em 6 jan. 2018.
- KERR, L. R. F. S; KENDALL, C. **A pesquisa qualitativa em saúde**. Rev Rene, v. 14, n. 6, p.1061-1073, 2013.
- KLIEMANN, A.; BÖING, E.; CREPALDI, M. A. **Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: revisão sistemática de artigos empíricos**. Psicologia da Saúde, v. 25, n. 2, p. 69-76, 2017.
- KRIPKA R.M.L., SCHELLER M., BONOTTO L.B. **Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa**. Atas CIAIQ 2015 [acesso em: 07 de dezembro de 2018]; 2: 243-7. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252/248>
- LAGOMARSINO, B. S. et al. **A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais**. Rev. Min. Enferm. v. 17, n. 3, p. 680-687, 2013.
- MAIA F.R.M., et al. Factors that influence the choice of birth type regarding the perception of puerperal women. Rev Fund Care Online. 2017; 9(3):717-26. ULR: [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/53493/ssoar-revpesquisa20173feitosa\\_et\\_alFactors\\_that\\_influence\\_the\\_choice.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-revpesquisa-2017-3-feitosa\\_et\\_al-Factors\\_that\\_influence\\_the\\_choice.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/53493/ssoar-revpesquisa20173feitosa_et_alFactors_that_influence_the_choice.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-revpesquisa-2017-3-feitosa_et_al-Factors_that_influence_the_choice.pdf)
- MESQUITA A,A, et al. **Understanding the fear of being in the world in the last trimester of a low-risk pregnancy**. Cogitare Enferm. 2015; 20(4): 655-60. ULR: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40492/26620>
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed., São Paulo: Hucitec, 2014
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução Eliane Lisboa. - 5. ed. – Porto Alegre: Sulinas, 2015.

- NASCIMENTOR.R.P., et al. **Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas.** 2015. Rev Gaúcha Enferm. [acesso em: 17 de fevereiro de 2018]; 36 (esp):119-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/f/v36nspe/0102-6933-rge/f-36-spe-0119.pdf>
- NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. **Obstetizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva.** Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. v. 10, n. 34, p. 1-7, 2015.
- Organização mundial da saúde (OMS). **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.** Brasil: Who Pres; 2017. URL: [https://www.who.int/ageing/mulheres\\_saude.pdf](https://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** 2017.
- ONU MULHERES. United Nations Global Compact. **Princípios do empoderamento das mulheres.** [Internet]. 2016. Disponível em:< [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/cartilha\\_WEPs\\_2016.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/cartilha_WEPs_2016.pdf) > Acesso em 6 jan 2018.
- PIMENTA L.F., et al. **The culture interfering on the wish about the type of parturition. J. res.: fundam. care.** online 2014 [ acesso em 10 de abril de 2018]; 6(3):987-97. Disponível em: [https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750623013\\_2.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750623013_2.pdf)
- PIMENTA, A. C. **Resenha: introdução ao pensamento complexo de Edgar Morin.** Rev. Científica da FHO. v. 1, n. 2, 2013.
- ROHDE, A. M. B. **A outra dor do parto: gênero, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto.** 2016, 115 p. (Dissertação). Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres, As Mulheres na Sociedade e na Cultura. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Nova de Lisboa – UNL, Portugal, 2016.
- SÁNCHEZ, J. A. et al. **Explorando las emociones de la mujer em la atención perinatal: Un estudio cualitativo.** Aquichan. v. 16, n. 3, p.370-381, 2016.
- Schwartz HV, Prates LA, Possati AB, Ressel LB. Estratégias para alívio del dolor en trabajo de parto y parto: revisión integradora. J Nurs Health. 2016; 6(2):355-62. ULR: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/595>
- SHENN K, SLADE P. **What do women fear about childbirth? Clin Nurs.** 2018; 27 (13-14): 2523-35. ULR: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29243289>
- Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. 5º sinal vital: hospital sem dor [Internet]. São Paulo: SBED; 2014. ULR: <http://sbed.org.br/5o-sinal-vital/>

STRIEBICH S., MATTERN E., AYERLE G.M. **Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/ tokophobia – A systematic review of approaches and interventions.** 2018 Midwifery 61 (2018) 97–115. ULR: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29579696>

TOOHILL, J. A. et al. **Randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women.** Birth. v. 41, n. 4, p. 384-94, 2014.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. **Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto.** Trends in Psychology. v. 24, n. 2, 681-693, 2016.

UCHOA, A. M. C. et al. **Resenha do livro O Método – 6 – Ética de Edgar Moran.** Caicó, v. 14, n. 33, p. 205-9, 2013.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. **Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram.** Rev. Bras. Enferm. v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014

## APÊNDICE A



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) S.r. (a): Eu, \_\_\_\_\_ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado (a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: “**Sentimentos e vivências das puérperas em relação ao trabalho de parto e parto**”. Fui esclarecido (a) também, sobre os objetivos do estudo, sendo o geral compreender os sentimentos e vivências que ocasionam medo nas gestantes em relação ao trabalho de parto e parto e os específicos investigar se as gestantes recebem orientações e informações sobre o trabalho de parto e o parto durante o pré-natal e identificar se os sentimentos e vivências da gestante ao longo da vida e do pré-natal interferem no desfecho do trabalho de parto e parto. A metodologia utilizada será uma pesquisa qualitativa, com análise temática de conteúdo. De acordo com minha disponibilidade e vontade de fazer parte deste estudo, responderei aos questionamentos após a primeira hora de nascimento, sabendo que a qualquer manifestação minha o entrevistador aguardará que eu possa voltar a responder, de maneira confortável. Diante do exposto, afirmo que obtive esclarecimentos quanto à garantia de que não haverá riscos a minha integridade física e, em caso de constrangimentos poderei procurar a professora responsável pela pesquisa para quaisquer esclarecimentos e desistência da pesquisa, sem nenhum comprometimento relativo a mim, ao bebê e meu acompanhante. Tenho compreensão de que essa pesquisa pode trazer benefícios para a produção de conhecimento, melhorias na qualidade do cuidado, favorecimento de nascimentos seguros e humanizados, assegurando o protagonismo das mulheres, diminuição do risco de dificuldades na vinculação com o bebê, redução da ansiedade e prevenção da depressão pós-parto. Estou ciente ainda, da liberdade de participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; garantia de ter minhas dúvidas esclarecidas antes e durante o desenvolvimento desta pesquisa; segurança de ter privacidade individual e anonimato quanto a minha identidade, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização da pesquisa; garantia de retorno dos resultados obtidos assegurando-me condições de acompanhar esse processo e, também, a garantia de que serão sustentados os preceitos Éticos e Legais conforme a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Nome da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da responsável: \_\_\_\_\_

Local, data: \_\_\_\_\_

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra com a participante da pesquisa. Pesquisadora Responsável: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriane M. Netto de Oliveira. Rua General Osório, s/n - 96201-040 - Rio Grande/RS – Telefone para Contato: (53) 32374605.

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ENTITULADO: **SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO AO TRABALHO DE PARTO E PARTO**

#### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Tipo de relacionamento: \_\_\_\_\_  
 Renda Familiar: \_\_\_\_\_ Número de residentes no domicílio: \_\_\_\_\_

#### HISTÓRICO OBSTÉTRICO

G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Filhos Vivos: \_\_\_\_\_

Tipo de Gestação Atual: \_\_\_\_\_

Local de Acompanhamento de Pré-Natal: \_\_\_\_\_

Número de Consultas Realizadas: \_\_\_\_\_

Profissional que realizou o acompanhamento pré-natal: \_\_\_\_\_

Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ DUM: \_\_\_\_\_ Ecografia: \_\_\_\_\_

#### ENTREVISTA

- 1- Você recebeu orientações durante as consultas de pré-natal ou alguma outra fonte de informações sobre o trabalho de parto e parto? Quais eram?
- 2- Você já havia presenciado um trabalho de parto e parto?
- 3- Quais eram suas expectativas em relação ao trabalho de parto e parto?
- 4- Quais os sentimentos em relação ao trabalho de parto e parto? Por que?
- 5- Levando em consideração suas vivências anteriores e a gestação atual, a senhora sente-se preparada para o trabalho de parto e parto?
- 6- Se esta entrevista fosse realizada durante o trabalho de parto, você considera que suas respostas seriam as mesmas? Por que?

Obrigada pela participação!



**CEPAS / FURG**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**  
**Universidade Federal do Rio Grande - FURG**  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER Nº 91/2018**

**CEPAS 45/2018**

**Processo:** 23116.004101/2018-95

**CAAE:** 88871018.5.0000.5324

**Título da Pesquisa:** Sentimentos e vivências das gestantes que ocasionam medo em relação ao trabalho de parto e parto

**Pesquisador Responsável:** Adriane Maria Netto de Oliveira **PARECER**

**DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 90/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: **“Sentimentos e vivências das gestantes que ocasionam medo em relação ao trabalho de parto e parto”**.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2018.

**Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentadas no projeto devem ser reenviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.**

Rio Grande, RS, 21 de junho de 2018.

Profª. Eli Sinnott Silva

**Coordenadora do CEPAS/FURG**



EBSERH

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR MIGUEL RIET CORRÊA JR.  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

### Declaração

Declaramos para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como responsável pelo desenvolvimento de pesquisas na Instituição tomamos conhecimento do projeto: "**SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS DAS GESTANTES QUE OCASIONAM MEDO EM RELAÇÃO AO TRABALHO DE PARTO E PARTO**", coordenado pelo(a) **Profª. Drª. Adriane Maria Netto de Oliveira** e cumpriremos os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaramos, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizamos a sua execução nos termos propostos, desde de que aprovado pelo CEPAs desta instituição.

Rio Grande, 30 de maio de 2018

**Profa. MSc. Marilice Magroski Gomes da Costa**  
Gerente de Ensino e Pesquisa