



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Roberta Marielle Arik

**DECISÃO PELO TIPO DE PARTO: ESTRATÉGIA
EDUCATIVA PARA A PROMOÇÃO DO PARTO VAGINAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu

2017

ROBERTA MARIELLE ARIK

**Decisão pelo tipo de parto: estratégia educativa para a
promoção do parto vaginal**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Arik, Roberta Marielle.

Decisão pelo tipo de parto : estratégia educativa para a promoção do parto vaginal / Roberta Marielle Arik. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Capes: 40400000

1. Mulheres grávidas. 2. Parto normal. 3. Enfermagem obstétrica. 4. Educação. 5. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Acesso à informação; Enfermagem; Gestantes ; Parto; Pesquisa qualitativa.

Roberta Marielle Arik

Decisão pelo tipo de parto: estratégia educativa para a promoção do parto vaginal

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Comissão Examinadora

Prof(a). Dr(a).: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Faculdade de Medicina de Botucatu FMB-UNESP

Prof(a). Dr(a).: Fernanda Cristina Manzini Sleutjes

Faculdade: Faculdade Sudoeste Paulista-FSP

Prof(a). Dr(a).: Milena Temer Jamas

Faculdade de Medicina de Botucatu FMB-UNESP

Botucatu, 10 de Fevereiro de 2017.

Dedicatória

O que seria de um aluno sem o professor/orientador?

Sem um guia, alguém para conduzir os pensamentos e descobertas, diante de tanto conhecimento que estaria por vir?

A presença do professor passa a ser constante na vida do aluno... A cada passo dado podemos olhar ao lado e ver o professor guiando o longo caminho percorrido.

A cada descoberta, uma nova conquista alcançada. A cada orientação, a força para melhorar e qualificar os conhecimentos alcançados a partir da pesquisa.

A cada dúvida, um caminho apresentado. A cada ansiedade, um pedido de calma. A cada problema, uma palavra de entendimento e a busca por soluções...

Sempre levarei os ensinamentos que recebi da minha orientadora durante o Mestrado, momento primordial da minha vida, no qual realizei um grande sonho.

O orgulho por ter me tornado uma pessoa melhor, tanto na vida pessoal, quanto como profissional de saúde.

Então, não poderia ser diferente...

Dedico essa dissertação a minha orientadora, Prof^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada.

Agradeço a Deus por ser a minha orientadora e, mais que isso, uma mãe no meio acadêmico.

Muito Obrigada!

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por ter guiado os meus caminhos e por ter colocado pessoas que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

A realização desse trabalho só foi possível graças à participação e colaboração das gestantes, que aceitaram contribuir com a pesquisa. A cada gestante, o meu agradecimento nesse momento especial.

Gratidão aos membros da banca da qualificação e defesa. Primeiramente, por aceitarem o convite. A vocês, gratidão pelo compartilhamento desse momento de conhecimento e aprendizado. Além de um trabalho, um sonho realizado.

Agradeço imensamente a minha mãe, Maria Helena, pois não chegaria até aqui sem seu apoio, palavras de conforto e incentivo; meu pai, José Roberto (*in memoriam*), pela vida exemplar, de luta e superação, que tenho por base; meu filho, Eduardo, pelos gestos de carinho e palavras de incentivo... A força que move meus pensamentos e minhas atitudes por caminhos que nunca imaginei trilhar; o motivo de lutar sempre e repetir inúmeras de vezes a frase “Tudo por você, meu filho”.

A todos os professores da Instituição que contribuíram para o meu crescimento nesse tempo de grande convívio e aprendizado.

Agradeço também a Instituição em que trabalho, por me incentivar e colaborar com a realização do Mestrado.

Gratidão a todos os funcionários da Faculdade de Medicina de Botucatu, pelos serviços e orientações prestadas, sempre com carinho e excelência.

Epígrafe

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.

Leonardo da Vinci

Arik RM. Decisão pelo tipo de parto: estratégia educativa para a promoção do parto vaginal. 61p. (Mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, 2017.

Resumo

Introdução: Atualmente, o parto é visto como procedimento hospitalar, que quando humanizado, visa proporcionar processo de parturição seguro e confortável para a mãe e o bebê. **Objetivo:** Apreender as percepções, experiências e expectativas de gestantes quanto ao tipo de parto, no início e término da gestação e desenvolver estratégia educativa que favoreça a promoção do parto vaginal. **Método:** Utilizou-se abordagem qualitativa, adotando-se, como referencial teórico de análise de dados, os pressupostos da Humanização da Assistência Obstétrica, e o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2015 e maio de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 15 gestantes, em dois momentos: o primeiro, antes da 20ª semana de gestação e o segundo, após a 35ª semana. A questão norteadora utilizada foi: Fale sobre o tipo de parto que você deseja (na primeira entrevista) e, para a segunda entrevista repetiu-se esta e foram incluídas outras duas questões: Você mudou de ideia? Por quê? **Resultados:** As 15 participantes tinham média de idade de 27,5 anos, variando entre 18 e 37 anos; nove mulheres eram primigestas, três haviam sofrido um aborto e três realizaram cesárea em gestação anterior. Com relação à gestação atual, 13 gestantes realizaram atendimento pré-natal no serviço público, em unidades básicas de saúde e duas, no setor de saúde suplementar, em consultórios médicos privados. Todas as gestantes tinham companheiro e mais de oito anos de aprovação escolar; predominantemente eram donas de casa. Apresentam-se os dados obtidos em quatro temas: **1.** Vantagens do parto vaginal sobre a cesárea; **2.** Medo e Imprevisibilidade do parto vaginal; **3.** Importância do médico na definição do tipo de parto e **4.** Influência da família e amigos na escolha do tipo de parto. **Considerações finais:** À partir dos discursos, evidencia-se o conhecimento das gestantes acerca dos benefícios do parto vaginal em relação à cesariana, entretanto, emergiram destes discursos, forças contrárias em relação ao primeiro, conforme a evolução da gestação. **Produto do Mestrado Profissional:** A partir das principais dúvidas sobre gravidez, parto e puerpério apresentadas pelas gestantes foram

desenvolvidos cartões explicativos, com conteúdo claro e conciso, a serem utilizados em atividades educativas, como um jogo de perguntas e respostas, tendo por referência, os Manuais Técnicos do Ministério da Saúde.

Descritores: Gestantes, Parto, Acesso à Informação, Pesquisa Qualitativa, Enfermagem.

Arik RM. Decision by type of delivery: educational strategy for the promotion of vaginal delivery. 61p. (Master's). Faculty of Medicine of Botucatu, Paulista State University "Júlio de Mesquita Filho", 2017.

Abstract

Introduction: Currently, childbirth is seen as a hospital procedure, which when humanized, aims to provide a safe and comfortable parturition process for the mother and the baby. **Objective:** To understand the perceptions, experiences and expectations of pregnant women regarding the type of delivery at the beginning and end of pregnancy and to develop an educational strategy that favors the promotion of vaginal delivery. **Method:** A qualitative approach was adopted, adopting, as a theoretical reference of data analysis, the assumptions of the Humanization of Obstetric Care, and the methodological reference of the Discourse of the Collective Subject. Data collection was performed between October 2015 and May 2016, through semi-structured interviews, with 15 pregnant women, in two moments: the first, before the 20th week of gestation and the second, after the 35th week. The guiding question used was: Talk about the type of delivery you want (in the first interview) and for the second interview this one was repeated and two other questions were included: Have you changed your mind? Because? **Results:** The 15 participants had a mean age of 27.5 years, ranging from 18 to 37 years; Nine women were primigravidae, three had undergone an abortion, and three underwent caesarean section in a previous gestation. Regarding the current gestation, 13 pregnant women performed prenatal care in the public service, in basic health units and two in the supplementary health sector, in private medical practices. All the pregnant women had companion and more than eight years of school approval; Predominantly housewives. The data obtained in four themes are presented: **1.** Advantages of vaginal delivery on cesarean section; **2.** Fear and Unpredictability of vaginal birth; **3.** Importance of the physician in the definition of the type of delivery and **4.** Influence of the family and friends in the choice of the type of delivery. **Final considerations:** Based on the discourses, the knowledge of the pregnant women about the benefits of vaginal delivery in relation to the cesarean section is evident, however, contrary to the first, according to the evolution of gestation, emerged from these discourses. **Product of the Professional Master's Degree:** Based on the main doubts about pregnancy, delivery and puerperium pre-

sented by the pregnant women, explanatory cards were developed with clear and concise content to be used in educational activities, such as a question-and-answer game. Technical Manuals of the Ministry of Health.

Descriptors: Pregnant Women, Childbirth, Access to Information, Qualitative Research, Nursing.

Lista de Quadros

Quadro1- Tipo de parto e justificativa nos momentos 1 e 2 e no desfecho	26
Quadro 2- Temas e ideias centrais do estudo, segundo momentos 1 e 2	27

Lista de Siglas

SUS- Sistema Único de Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

Apresentação

Como Enfermeira da Rede Básica de Saúde, minha atuação principal está direcionada à área de Saúde da Mulher, especialmente ao trabalho de educação em saúde com gestantes, que realizam a assistência ao pré-natal em unidades básicas de saúde, bem como, na rede privada de saúde, por meio de atividades em grupos.

Sendo assim, desde o ano de 2009, realizo o Grupo de Orientações às Gestantes, com encontros mensais, em dois horários, para facilitar o acesso das participantes e seus familiares, em um município do interior Paulista. O grupo acolhe gestantes da rede básica e rede privada de saúde, e tem por conteúdo assuntos variados relacionados ao pré-natal, parto, puerpério, planejamento familiar e saúde da criança.

Desde o início do grupo, sempre realizei atividades que manifestassem as opiniões das participantes, como em rodas de conversa. Especialmente quanto ao tipo de parto, sempre tive a curiosidade de saber os pensamentos das gestantes, principalmente se as opiniões mudavam no decorrer da gestação, e os principais motivos para essas mudanças, como a influência familiar e médica.

Ao iniciar o curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, tive a oportunidade de direcionar meu projeto de pesquisa à esse tema, e além disso, ter por produto, cartões com conteúdo educativo a serem utilizados pelas gestantes e seus familiares durante os grupos, com intuito de transmitir informações de qualidade relacionadas aos tipos de parto, para que assim, cada gestante pudesse ter informações suficientes para a melhor escolha de nascimento de seu filho.

Os passos para a realização deste trabalho serão apresentados à seguir, bem como, os resultados dos questionamentos que percorreram a minha prática como profissional de saúde na área Materno-Infantil.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Modelos Assistenciais Obstétricos	11
1.2	O Parto Vaginal e a Operação Cesariana	13
1.3	Papel da Educação em Saúde e a Promoção do Parto Vaginal	16
2	OBJETIVOS	18
3	MÉTODO	19
3.1	Tipo do Estudo	19
3.2	Referencial Teórico	20
3.3	Referencial Metodológico	20
3.4	Local, Participantes e Coleta de Dados	22
3.5.	Aspectos Éticos	24
4	RESULTADOS	25
5	DISCUSSÃO	40
6	PRODUTO DO MESTRADO PROFISSIONAL	50
6.1	Cartões referentes ao período gravídico-puerperal	51
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
8	REFERÊNCIAS	59
	ANEXO 1- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	63

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo volta-se a compreender aspectos relacionados ao parto, a partir da experiência das próprias gestantes. Tem-se por pressuposto que o parto é um fenômeno intrinsecamente relacionado às mulheres e também se configura como prática social e, como tal, sofre influência de mudanças que operam historicamente. Assim, segue breve descrição sobre a história da organização da assistência obstétrica no contexto global.

1.1 Modelos Assistenciais Obstétricos

O parto era considerado, até o século XVIII, um ritual realizado pelas mulheres parteiras, sem a presença do médico. Com a criação dos hospitais, no fim do século XIX, o cenário do parto domiciliar foi gradativamente substituído pelo institucionalizado. Essa mudança conferiu novos significados, transcendendo de um evento fisiológico, familiar e feminino para um ato médico. Desde então, vivencia-se o modelo tecnocrático, médico-centrado, realizado em hospitais com alta tecnologia, em setores especificamente direcionados à área obstétrica^{1,2,3}.

Nesse novo modelo obstétrico, o protagonismo da mulher no parto foi sendo substituído pelo do profissional médico, a quem passou a caber todas as decisões e condução do processo de parturição. A cesárea passou a ser utilizada em grande escala, muitas vezes como procedimento rotineiro, sem qualquer indicação para sua realização². Nesse modelo médico-centrado, não há reconhecimento da importância dos aspectos emocionais nem da interferência do ambiente externo no processo de trabalho de parto e parto, favorecendo a ação intervencionista do médico, supervalorizando o uso de técnicas e tecnologias, em um processo de alienação da mulher, família e sociedade¹.

Atualmente coexistem três modos distintos de conduzir a parturição. O primeiro representa o modelo médico-centrado, anteriormente citado, no qual todos os partos, inclusive os de baixo-risco, são realizados em ambiente hospitalar, tendo o médico como o único profissional responsável pela assistência, com consequente elevação dos índices de cesárea⁴.

O segundo modelo, naturalista, é centrado na mulher e entende o parto vaginal como evento fisiológico, que pode acontecer no domicílio ou em centros de

parto, com intervenções consideradas mínimas, respeitando os critérios da boa evolução do trabalho de parto, ressurgindo a oportunidade de resgatar os valores e princípios do processo natural de parturição⁴.

Por fim, o terceiro modelo é intermediário, voltado ao parto humanizado que ocorre, na maioria das vezes, em ambiente hospitalar, com participação do médico em conjunto com outros profissionais, priorizando o fortalecimento do vínculo e do poder da mulher, reforçando sua capacidade de gerar e parir seu filho. Os profissionais atuantes buscam nova forma de trabalho: nesse caso, as intervenções ocorrem somente quando necessário e os índices de cesáreas são reduzidos, respeitando os critérios de indicação. Resgatam-se os valores relacionados ao processo do parto vaginal, devolvendo à mulher o protagonismo e a autonomia, no intuito de promover práticas saudáveis⁴. Nesse cenário, a equipe de enfermagem, principalmente as enfermeiras obstétricas, tem o trabalho reconhecido por obterem melhores indicadores na assistência materna e neonatal, os partos têm menos intervenções e os custos são reduzidos quando comparados à assistência ao parto tradicional em ambiente hospitalar, visto haver redução de procedimentos rotineiros, como a episiotomia e o uso de analgesia, resultando em maiores taxas de parto vaginal espontâneo^{1,4}.

A organização da assistência obstétrica é variada no sistema de saúde, principalmente quando se toma por base os serviços públicos e privados, cada qual com seu modelo característico de cuidado no momento do parto. As mulheres atendidas pelo sistema privado têm, em geral, a possibilidade de serem acompanhadas pelo mesmo médico durante o pré-natal e o parto, podendo também negociar o tipo de assistência médica que lhes convém. A opção pela cesárea eletiva é garantida para essas mulheres, resultando em maior probabilidade deste procedimento também em gestações futuras. Relaciona-se à preferência dessas mulheres pelo parto por operação cesariana, pela crença de que a melhor qualidade do atendimento está ligada com a tecnologia utilizada no parto operatório⁵.

Por outro lado, a maior parte da população brasileira é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde as gestantes são acolhidas ao pré-natal em serviços de atenção básica de diferentes modelos assistenciais, mas sem garantia de atendimento ao parto pelo mesmo profissional que realizou o acompanhamento pré-

natal. Nesse cenário, as mulheres podem peregrinar entre os serviços de saúde, pelo fato de a assistência ao pré-natal ser desvinculada da assistência ao parto, sem critérios de referência e contra referência estabelecidos. Além disso, essa (des)continuidade do cuidado acarreta sentimentos de insegurança e medo, pois a mulher irá ter seu filho, por vezes, em uma maternidade nunca visitada e com equipe de saúde com a qual não tem vínculo⁶. Essas condições são alimentadas por falhas na estrutura e organização do sistema de saúde, quando também se observa a retirada do papel de protagonista da mulher, tornando a experiência do parto vaginal ameaçadora e, a partir de então, a cesariana passa a ser vista como uma possibilidade de fuga e de proteção. Em geral, nos serviços públicos, a decisão pelo tipo de parto também é médica, muitas vezes sem qualquer participação da gestante e/ou família^{5,6}.

Na intenção de qualificar e organizar a Rede de Atenção Materna e Infantil, o Ministério da Saúde, instituiu a Rede Cegonha, considerada estratégia inovadora no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011⁷.

A Rede Cegonha prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade e em tempo oportuno, com garantia à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, por meio dos princípios do acolhimento, da resolutividade no atendimento, da vinculação da gestante desde o pré-natal ao local que será realizado o parto e estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços e atenção obstétrica e neonatal⁷.

Além disso, visa assegurar para a mulher, o direito ao planejamento reprodutivo, e à criança, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável, constituindo-se, em um modelo de atenção com estratégias voltadas à melhoria da prestação dos serviços de saúde na área materno-infantil⁷.

1.2 O Parto Vaginal e a Operação Cesariana

O parto vaginal visa, a partir de estratégias específicas, viabilizar processo de nascimento seguro e confortável para a mãe e para o bebê. Constitui, também,

estratégia para diminuir a quantidade de cesáreas desnecessárias, facilitando o adequado acompanhamento da assistência de pré-natal⁸.

Quando o início ao pré-natal se faz tardiamente, evidenciam-se falhas e fragilidades na organização dos serviços de saúde, enquanto que o início precoce facilita a detecção de riscos e a prevenção de complicações, decorrentes do período gestacional⁹.

A classificação de risco gestacional deve ser realizada em todas as consultas durante o pré-natal, garantindo o acesso aos serviços de referência para os casos necessários, tanto na gestação quanto no parto. O vínculo e o acompanhamento da assistência pré-natal entre as unidades devem ser mantidos e a informação e a vinculação ao hospital/maternidade devem estar claramente colocadas desde o início do pré-natal, evitando a posterior peregrinação das gestantes pelos serviços de saúde no momento do parto ou em caso de emergência⁹.

Considerando-se o parto vaginal, outras estratégias devem ser encorajadas, como o apoio físico e emocional, devolvendo à mulher a capacidade de ser protagonista no processo de parturição e de reconhecer os efeitos benéficos das práticas que auxiliam sua progressão. A posição e a movimentação da mulher, nesse processo, são estimuladas, apesar de muitas maternidades ainda terem por rotina a manutenção das parturientes em decúbito lateral esquerdo. Embora essa posição forneça maior aporte de oxigênio ao bebê, a movimentação, a liberdade de escolha e a deambulação não oferecem riscos, pelo contrário, estão relacionados a vários benefícios e proporcionam menor duração do trabalho de parto, diminuindo a necessidade de intervenções, como a analgesia. As mulheres tendem a avaliar o parto vaginal como evento saudável, com a possibilidade de postura ativa e de controle do seu próprio corpo².

Outras técnicas são válidas, como a imersão em água no primeiro estágio do trabalho de parto, estando relacionado a uma das melhores medidas de conforto para muitas mulheres, pois favorece o relaxamento e aumenta a capacidade de suportar o estresse e as contrações, reduzindo também o uso de analgesia, favorecendo a maior satisfação da mulher com a experiência do parto. As técnicas

de manejo da dor devem ser consideradas e estimuladas, visto que a dor extrema pode resultar em experiência traumática e negativa com relação ao parto².

As tecnologias utilizadas na prestação da assistência em saúde podem ser definidas em duras, leve-duras e leves⁶.

As tecnologias duras estão relacionadas aos medicamentos, equipamentos e outros instrumentos utilizados na prática profissional. As tecnologias leve-duras estão relacionadas à técnica e ao conhecimento necessário para obter os resultados na assistência. As tecnologias leves estão relacionadas às relações entre os prestadores do cuidado e seus pacientes⁶.

Em especial, na assistência ao parto vaginal, as do tipo leve devem sobressair a todas as outras, mesmo em situações de risco, visto que o apoio, o cuidado, a atenção e as informações devem ser prioritários, pela capacidade de potencializar os benefícios do cuidado⁶.

Outras práticas rotineiras e desnecessárias devem ser abolidas do cenário do parto, como o uso rotineiro de hidratação venosa, a tricotomia, a dieta zero, o enema e a episiotomia de rotina⁴. Essas práticas, excessivamente baseadas em tecnologias leve-duras e duras, podem trazer consigo o cuidado mecanizado, fragmentado e desumanizado, resultando em sentimentos de medo, insegurança e ansiedade na mulher, bem como em dificuldades na evolução do trabalho de parto¹⁰.

O cuidado ao parto vaginal deve favorecer a experiência positiva para a mulher, família e comunidade. Ao mesmo tempo, deve proporcionar a prevenção de complicações relacionadas ao processo de parturição e, para isso, faz-se necessário o reconhecimento das diferentes crenças, necessidades, valores culturais e expectativas relacionadas ao momento, proporcionando atendimento individualizado, centrado na mulher; todos os procedimentos necessários devem ser acompanhados de explicações e encorajamento dos envolvidos, assegurando que sejam realizados para o bem-estar da gestante e seu filho⁶.

Por outro lado, a operação cesariana é recurso empregado com objetivo de resolver situações de risco materno e fetal, com indicações estabelecidas na área da

obstetrícia. Com o passar do tempo, principalmente a partir da década de 1970, passou a ser utilizada de forma indiscriminada em vários países^{2,11}.

Essa situação mobilizou vários organismos internacionais voltados à saúde materno-infantil de forma que, nas últimas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Escritório Regional da OMS nas Américas, apontaram ações destinadas à melhoria da assistência e estabeleceram consenso sobre as taxas de cesáreas, indicando que não se justificam, em quaisquer regiões, taxas mais elevadas que 10-15% e, ainda, indicaram inadequações relacionadas ao parto cirúrgico¹². Além disso, estabeleceram-se práticas benéficas direcionadas à assistência pré-natal, evidenciando o papel central da mulher no cuidado, a valorização de fatores sociais, emocionais e psicológicos, para a compreensão e fornecimento de uma assistência obstétrica adequada.

É visto que, associada ao excesso de cesáreas, está a formação dos profissionais, em geral realizada em ambiente tecnocrático, voltada à capacitação para atuar em todas as possíveis complicações da gravidez e parto, com limitação de atuação sobre as variações fisiológicas do parto vaginal. A disponibilidade de variadas técnicas induz a viés para a intervenção, onde grande parte dos procedimentos relaciona-se a maior ocorrência de novos riscos^{3,4}.

1.3 Papel da Educação em Saúde e a Promoção do Parto Vaginal

Neste estudo, admitindo-se a importância da promoção do parto vaginal, parte-se do pressuposto que as práticas educativas são relevantes em todos os setores da saúde e que a enfermeira é agente potencial para a atenção obstétrica humanizada, capaz de desenvolver ações voltadas à orientação das mulheres, contribuindo no entendimento que podem estar no controle da situação para que, se indicado e desejado, possam realizar esse tipo de parto.

Ao partilhar saberes, se promove a prática de Educação em Saúde de forma positiva, pois sua constituição faz-se junto às necessidades da comunidade, com relação horizontal entre o profissional e as participantes, considerando as práticas culturais e favorecendo a abertura desses saberes, propiciando cuidado

humanizando na atenção obstétrica. Tem caráter libertador, na medida em que gera novos conhecimentos e comportamentos de saúde na população¹³.

É fundamental que as estratégias educativas sejam direcionadas à população geral, objetivando a disseminação de informações sobre os diferentes tipos de parto, de suas vantagens e desvantagens¹⁰, bem como, da participação das gestantes/família no processo de formulação das estratégias educativas, interagindo na definição do conteúdo, periodicidade e forma de apresentação, para que alcancem suas necessidades e favoreça a melhor tomada de decisão¹⁴.

Com grande significado para as mudanças das práticas e cada vez mais empregado na área obstétrica, o termo empoderamento, do inglês *empowerment*, refere-se a um estado de superação, em contraposição à subordinação anterior, por parte daquele que se empodera. É caracterizado como processo pessoal, com função de fortalecimento e evolução¹⁵. Continuadamente, como inerente ao processo de empoderamento, está o compartilhamento de vivências, o qual permite a mulher ou parturiente, o fortalecimento pessoal e a redução dos medos, à medida que remete a uma teia de conhecimentos acerca de saberes sobre os diferentes tipos de parto, suas vantagens e desvantagens, técnicas e exercícios respiratórios, os sinais de trabalho de parto e a identificação do momento correto para procurar a maternidade, aumentando a confiança para fazer a escolha, proporcionando maior segurança, à partir do pensamento crítico e reflexivo a respeito da autonomia¹⁴.

Diante dessa realidade, questiona-se: quais as percepções, experiências expectativas das gestantes sobre o tipo de parto?

Com o intuito de promover a reflexão sobre esses aspectos propôs-se a presente pesquisa, esperando obter subsídios para iniciativas de cunho educativo à população em geral e às gestantes, especificamente, sobre o parto vaginal humanizado, instrumentalizando-as para a participação ativa e pertinente da escolha do tipo de parto a ser realizado.

2. OBJETIVOS

Apreender as percepções, experiências e expectativas de gestantes quanto ao tipo de parto, no início e término da gestação, com vistas a desenvolver estratégia educativa que favoreça a promoção do parto vaginal.

3. MÉTODO

3.1. Tipo do Estudo

Optou-se, no presente estudo, por utilizar a abordagem qualitativa, modalidade de pesquisa indicada em estudos que tratam questões relativas ao coletivo, especialmente para explorar as percepções gerais de certa população sobre determinado assunto, com a capacidade de incorporar questões do significado e da intencionalidade inerentes às estruturas sociais, às relações e aos atos¹⁶. Neste tipo de abordagem, tais questões apresentam-se de forma mais clara e natural nos discursos, independentemente do método usado para coleta de dados¹⁷.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das representações, relações, percepções, crenças e opiniões, produto das vivências e das interpretações que os indivíduos fazem com relação a como vivem, aos sentimentos e pensamentos, propiciando a construção de novas abordagens, com a criação de novos conceitos, categorias, hipóteses, tipologias e variáveis, durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento, propagando-se pela compreensão da lógica interna de um grupo ou de um processo em estudo, com análises específicas e contextualizadas. Uma boa análise qualitativa considera que existe relação inseparável entre o mundo natural e o social; entre objeto e suas questões; entre pensamentos e a base material; entre a ação do ser humano e as determinações que as condicionam, apreendendo e analisando os acontecimentos, as relações e as etapas de um processo como parte do todo¹⁶.

Retrata o sentido adotado pelas pessoas em suas experiências e no mundo no qual vivem. Para tanto, os pesquisadores buscam explorar comportamentos, sentimentos e experiências de pessoas, para descobrirem o âmago de suas vidas. Assim, a base da pesquisa qualitativa, na abordagem interpretativa, reside na realidade social e na descrição das experiências vividas pelos seres humanos¹⁸. Permite a compreensão mais aprofundada dos campos sociais e dos sentidos nele presentes, na medida em que remete a uma teia de significados e a dados da realidade subjetiva, isto é, a maneiras de pensar, ideias, crenças, sentimentos,

opiniões, comportamentos do presente ou futuro e razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças¹⁷⁻¹⁸.

3.2 Referencial Teórico

Este estudo tomou por referencial a Humanização da Assistência Obstétrica¹⁹, considerando que os preceitos desta humanização estão relacionados às melhorias relativas ao acompanhamento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Assim, o quadro teórico do estudo, relaciona-se à melhoria das condições de assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e a importância da participação dos familiares. Para isso, contempla o desenvolvimento de atividades educativas com a gestante e sua família, respeitando as decisões destes atores quanto ao modo de nascimento.

Parte do pressuposto que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério, e fundamenta-se em aspectos como: o acolhimento e atendimento da mulher, seus familiares e recém-nascido com dignidade pela Rede de Atenção à Saúde; atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, instituindo ambiente acolhedor e confortável e rompendo com o isolamento da mulher no parto; e a adoção de medidas benéficas no acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas e muitas vezes desnecessárias, que com frequência acarretam maiores riscos para a mulher e o recém-nascido¹⁹.

3.3 Referencial Metodológico

O referencial metodológico de análise dos dados adotado foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) por favorecer a expressão do pensamento dos pesquisados. Sabe-se que na pesquisa qualitativa a natureza discursiva do pensar dos indivíduos é respeitada, tanto no plano individual, quando cada indivíduo emite respostas discursivas a questões abertas, quanto no plano coletivo, momento em que os discursos individuais são sintetizados sob formas igualmente discursivas, como no caso do DSC¹⁷.

O DSC agrega os depoimentos, sem reduzi-los a quantidades, em um discurso-síntese, na primeira pessoa do singular, a partir de procedimentos sistemáticos e padronizados, com o propósito de compreender e estruturar os comportamentos e ações frente a fatos inter-relacionados, além de permitir maior confiabilidade e objetividade na interpretação dos dados, favorecendo a representação dos indivíduos em estudo. Assim, para cada tema ou questão, deve emergir um quadro de DCS que irão representar as opiniões coletivas existentes, demonstrando que há diferentes tipos ou categorias de pensamento coletivo, atribuindo sentido entre os sujeitos envolvidos, incorporando determinada opinião^{17,20}.

Neste método, a problematização exige do pesquisador esforço e tomada de várias decisões que facilitarão a transformação do tema em objeto de pesquisa empírica, adotando pressupostos claros, expressando posicionamento próprio, original e específico frente ao tema apresentado. Não é visto como soma aritmética de discursos, mas sim, sua agregação, com a reunião de diferentes depoimentos que, pela complementariedade e intercompatibilidade, permitem compor um único discurso¹⁷.

Para a elaboração do DSC faz-se necessário a obtenção de depoimentos autênticos, verdadeiros e espontâneos, fugindo das respostas programadas, no qual a pergunta seja uma forma de interação entre o sujeito que deseja saber algo e o sujeito que tem condições de satisfazer esse desejo, proporcionando boa elucidação referente à questão da pesquisa¹⁷.

Na leitura das respostas e na organização dos dados, busca-se a identificação de uma palavra, conceito ou expressão, que mostre o sentido dos pensamentos, utilizando-se de quatro figuras metodológicas: Ancoragem, Ideia Central, Expressões-Chave e DSC.

A **Ancoragem** é observada em discursos com traços linguísticos existentes na sociedade e na cultura, internalizados no indivíduo. É a manifestação de uma teoria, crença ou ideologia que os autores dos discursos acreditam. Apresenta a ideia básica que sustenta o discurso, ou seja, na fala deve conter o que a pessoa expressa e acredita, fazendo uso de afirmação genérica para enquadrar uma

situação particular. As **Ideias Centrais** possuem afirmações que traduzem o essencial do conteúdo discursivo presente no depoimento dos atores sociais. É o sentido dos depoimentos, elaborado diante do discurso do entrevistado, utilizando as falas que indicam maior intensidade durante o agrupamento do discurso. As **Expressões-Chave** são pedaços, ou trechos, contínuos ou descontínuos do discurso, selecionados pelo pesquisador por revelar a essência do conteúdo do depoimento. São partes fundamentais para a construção do DSC, pois possui a essência do pensamento, tal como ela aparece nos discursos, excluindo os pensamentos não essenciais, para a construção dos discursos e o **DSC**, como técnica utilizada em pesquisas empíricas, permite elucidar o campo social pesquisado, uma vez que tem por objeto de estudo o pensamento da coletividade, resgatando o universo das semelhanças e diferenças entre as visões/percepções dos atores sociais ou sujeitos coletivos pertencentes àquela realidade pesquisada. A partir do DSC é possível reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar determinado modo de pensar sobre certo fenômeno^{17,21}.

3.4 Local, Participantes e Coleta de Dados

Na pesquisa qualitativa, a seleção da amostra deve considerar a quantidade, variabilidade e, principalmente, a qualidade dos participantes a serem entrevistados, para o fornecimento de dados interessantes, suficientes e ricos para compor o horizonte de pensamentos. Deve-se trabalhar com amostras intencionais e com critérios qualitativos de coleta e processamento de dados¹⁷.

Partindo-se desses pressupostos, foram convidadas a participar desta pesquisa mulheres em acompanhamento pré-natal no serviço público de município do interior paulista, bem como as participantes de Grupo de Orientação a Gestantes deste mesmo município, o qual também acolhe gestantes atendidas no período pré-natal pela rede privada de saúde. O único critério de inclusão foi relativo à idade gestacional: a gestante deveria ter, no máximo, 20 semanas de gestação no momento da inclusão no estudo.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos: o primeiro (M1), foi realizado até a 20ª semana de gestação e o segundo (M2) ocorreu na 35ª semana de

gestação. A todas as participantes foram prestadas informações sobre a pesquisa, sobre os objetivos e modo de coleta dos dados. Após sua concordância, agendou-se o dia, horário e local para M1, sendo a coleta realizada pela autora do estudo entre os meses de outubro e dezembro de 2015. A realização da segunda entrevista, no M2, ocorreu entre os meses de Fevereiro e Maio de 2016, contemplando com as mesmas gestantes do M1.

Empregou-se entrevistas semiestruturadas, por permitir o acesso aos dados da realidade, na perspectiva do informante, visto que a ele é dada a liberdade necessária para abordar as questões do estudo¹⁷. Estas foram realizadas na residência das participantes, com duração total variando entre 35 e 45 minutos. Foram utilizados dois aparelhos de gravação de voz e o material gravado foi transcrito na íntegra. Após a análise final, as gravações foram destruídas.

O número final de 15 participantes foi estabelecido durante o desenvolvimento do estudo, em sua primeira etapa, e considerou a possibilidade de obtenção de dados suficientes para responder ao objetivo proposto e o ponto de saturação teórica: ferramenta conceitual usada nas pesquisas qualitativas nos diferentes campos da saúde, para estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. Ou seja, quando os dados alcançados passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, atingindo a saturação, não sendo considerado relevante prosseguir com a coleta de dados¹⁶.

A questão norteadora utilizada foi: Fale sobre o tipo de parto que você deseja (na primeira entrevista) e, para a segunda entrevista repetiu-se esta e foram incluídas outras duas questões: Você mudou de ideia? Por quê? Na busca por depoimentos variados, utilizaram-se os conectores: Fale mais sobre isso, o que você pensa sobre esse assunto ou conte mais sobre suas ideias.

Após transcrição das entrevistas, realizou-se a leitura repetida e atenta das informações obtidas. Identificaram-se, primeiramente, as Ideias Centrais e as Expressões-Chave que emergiram das falas. Em seguida, identificaram-se as convergências existentes entre as Expressões-Chave, para elaboração do DSC.

Ressalta-se que esses foram construídos com vários depoimentos reunidos em um só discurso, como se um grupo falasse na primeira pessoa do singular¹⁷.

3.5. Aspectos Éticos

O projeto desta investigação foi submetido à apreciação e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, o qual está ligado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e, assim, atendeu a todas as normas previstas para pesquisas realizadas com seres humanos, com Parecer nº 1.258.819 (Anexo 1). Para sua execução, os serviços envolvidos autorizaram a coleta de dados com as gestantes e todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, estando uma de posse da pesquisadora responsável pela pesquisa.

4. RESULTADOS

As 15 participantes se caracterizam por apresentar média de idade de 27,5 anos, variando entre 18 e 37 anos; todas as gestantes tinham companheiro no momento da coleta de dados e mais de oito anos de aprovação escolar; predominantemente não trabalhavam fora de casa. Entre as mulheres que desenvolviam trabalho remunerado, foram citadas as profissões: empregada doméstica, babá, zeladora e calçadista.

No que se refere ao histórico obstétrico, nove mulheres eram primigestas, três haviam sofrido um aborto e três realizaram cesárea em gestação anterior. Com relação à gestação atual, 13 gestantes estavam realizando atendimento pré-natal no serviço público, em unidades básicas de saúde e duas, no setor de saúde suplementar, em consultórios médicos privados.

Os dados obtidos nas entrevistas seguem apresentados considerando-se o momento da coleta de dados, em M1 e M2. Para resguardar o anonimato, as participantes foram identificadas com a letra G (gestante) e números de 1 a 15, indicando a ordem de realização das entrevistas.

Entre as participantes entrevistadas no M1, oito (G1-G3, G10-G13 e G15) referiram o desejo de realizar parto vaginal, cinco (G4-G5, G7-G9) manifestaram a preferência pela cesárea e duas (G6, G14) mencionaram dúvidas quanto ao tipo de parto. No M2 não havia mais dúvidas quanto ao tipo de parto desejado: oito gestantes (G1, G4-G5, G7-G10, G14) preferiam cesárea e sete (G2-G3, G6, G11-G13, G15) desejavam parto vaginal. Síntese sobre o local de realização do pré-natal, as preferências das gestantes quanto ao tipo de parto, no início, termo da gestação e após o parto e os principais motivos apresentados, estão apresentados no Quadro 1. Destaca-se que no decorrer do estudo sentiu-se a necessidade de incluir o parto efetivamente realizado, sendo essa informação obtida na primeira ida da mãe à unidade de saúde, após o parto.

Quadro 1- Tipo de parto e justificativa nos momentos 1 e 2 e no desfecho.

G	Tipo de Pé-Natal	Momento 1		Momento 2		Desfecho	
		Parto	Justificativa	Parto	Justificativa	Parto	Justificativa
1	Início na UBS e término na assistência privada	Vaginal	Baixo Risco Favorece o bebê Rápida recuperação	Cesárea	Influência médica Percepção de segurança da cesárea	Cesárea	Decisão médico-gestante
2	UBS	Vaginal	Rápida recuperação Respeito ao tempo do bebê	Vaginal	Favorece aleitar Favorece o bebê Rápida recuperação	Cesárea	Bebê macrossômico
3	UBS	Vaginal	Rápida recuperação Internação curta	Vaginal	Benefícios do parto vaginal Rápida recuperação	Cesárea	Medo da dor
4	Início na UBS e término na assistência privada	Cesárea	Risco do parto vaginal para o bebê Não dilatou em gestação anterior	Cesárea	Medo da indução do parto vaginal Medo da dor	Cesárea	Decisão médico-gestante
5	UBS	Cesárea	Praticidade Medo do parto vaginal	Cesárea	Medo do parto vaginal	Cesárea	Decisão médico-gestante
6	UBS	Dúvida	Cesárea anterior Benefícios do parto vaginal	Vaginal	Saudável Rápida recuperação	Vaginal	Evolução rápida e tranquila
7	Início na UBS e término na assistência privada	Cesárea	Medo do parto vaginal Influência de amigos	Cesárea	Medo do parto vaginal Influência médica Facilidade da cesárea	Cesárea	Decisão médico-gestante
8	UBS	Cesárea	Cirurgia pélvica anterior	Cesárea	Problemas pélvicos	Cesárea	Decisão médico-gestante
9	Assistência Privada	Cesárea	Experiência ruim com parto vaginal	Cesárea	Experiência ruim com parto vaginal Percepção de segurança da cesárea	Cesárea	Decisão médico-gestante
10	Início na UBS e término na assistência privada	Vaginal	Benefícios do parto vaginal	Cesárea	Medo do parto vaginal Risco do parto vaginal	Cesárea	Decisão médico-gestante
11	UBS	Vaginal	Rápida recuperação Baixo risco Compreensão da dor do parto vaginal	Vaginal	Medo da cesárea Influência de práticas de incentivo ao parto vaginal	Cesárea	Aumento da PA (140X90 mmHg)
12	UBS	Vaginal	Benefícios do parto vaginal Baixo risco	Vaginal	Favorece o bebê Rápida recuperação Risco de infecção pós cesárea	Cesárea	Intervenção médica precoce (período premonitório)
13	UBS	Vaginal	Baixo risco Vantagens do parto natural	Vaginal	Rápida recuperação Risco de infecção pós cesárea Internação curta	Vaginal	Decisão da gestante
14	Assistência Privada	Dúvida	Vantagens do parto vaginal Praticidade da cesárea	Cesárea	Medo da dor no parto vaginal Praticidade da cesárea e baixo risco	Cesárea	Decisão médico-gestante
15	UBS	Vaginal	Medo da cesárea Internação curta Facilidade para cuidar do bebê	Vaginal	Risco de infecção pós cesárea Internação curta Facilita cuidar do bebê	Cesárea	Intervenção médica precoce (período premonitório)

Os dados (M1 e M2) são apresentados a partir de quatro temas e 33 Ideias Centrais, conforme consta do Quadro 2.

Quadro 2- Temas e ideias centrais do estudo, segundo momentos 1 e 2.

Tema 1- Vantagens do parto vaginal sobre a cesárea	
M1	IC1- Parto normal só dói na hora
	IC2- Prefiro parto normal por ser mais natural e permitir o melhor cuidado com o bebê
	IC3- Cesárea só em último caso
	IC4- Cesárea dificulta a adaptação mãe-bebê
M2	IC5- Continuo desejando parto normal por suas vantagens
	IC6- Tem que tentar normal, a menos que haja complicação
Tema 2- Medo da dor e da imprevisibilidade do parto vaginal	
M1	IC7-Tenho medo da dor, mas pelo meu bebê vale a pena ter parto normal
	IC8- Tenho medo de passar da hora e complicar para o bebê
	IC9- Tenho medo, podem acontecer várias coisas na hora do parto
	IC10-Tenho medo de ser sofrido como no parto normal anterior
M2	IC11- Tenho medo de sofrer, mas vou tentar parto normal
	IC12- A dor não é insuportável, não vou ser a primeira a ter parto normal
	IC13- Tenho medo da anestesia e de não conseguir ter o bebê
Tema 3- A importância do médico na definição do tipo de parto	
M1	IC 14- Eu e meu médico ainda não decidimos o tipo de parto
	IC15- Quero cesárea e o médico concordou numa boa
	IC 16- A doutora disse que ainda não é a hora de falar sobre isto
	IC 17- Ao internar a médica já escolhe cesárea
M2	IC18- A médica passou segurança e decidi fazer cesárea
	IC19- Tem que ser cesárea para não ter riscos
	IC20- O parto normal é um risco para o bebê
	IC21- No convênio a cesárea é garantida
	IC22- Já acertei o valor da cesárea para garantir o procedimento
	IC23- A médica me orientou sobre o parto normal
Tema 4- Influência da família e amigos na escolha do tipo de parto	
M1	IC24- Falaram muito contra o parto normal e mudei de ideia
	IC25- Tenho apoio da minha família para o parto normal
	IC26- Minha mãe e meu marido preferem cesárea
	IC27- Não ligo para o que falam, minha cabeça está no parto normal
	IC28- É a gente que decide, e eu quero cesárea!
M2	IC29- Tenho apoio familiar na decisão pelo parto normal
	IC30- Minha família acha que eu não aguento o parto normal
	IC31- Minha família prefere cesárea
	IC32- As opiniões se dividem entre os tipos de parto, mas a decisão é pela cesárea.

Tema 1. Vantagens do parto vaginal sobre a cesárea

M1

Pode-se identificar nos DSC 1 e 2 a preferência das gestantes pelo parto vaginal, apresentando suas vantagens. Constatou-se o desejo, a expectativa por esse tipo de parto antes mesmo da notícia da gravidez, pela possibilidade do nascer natural e a rápida recuperação da mãe, permitindo melhor cuidado do bebê. Ambos os discursos ancoram-se na ideia do parto associar-se à dor, independentemente do seu tipo e, já que é assim, é melhor o parto vaginal, pois consideravam que pelo menos a dor é antes do parto, facilitando o cuidado posterior ao recém-nascido.

DSC 1: *Então, o tipo de parto que eu quero é o parto normal, desde sempre tive essa vontade, mesmo antes de engravidar eu já pensava: “quando ficar grávida eu quero ter normal”, pelo menos ganho o neném e fica mais fácil, o corpo volta mais rápido, fica um dia no hospital e já está andando. Então, pronto, eu quero esse. Vou tentar até a última hora e se Deus quiser vai vir normal. (IC 1- Parto normal só dói na hora. Entrevistas: G1-G3, G10-G13, G15).*

DSC 2: *Eu preferia ter parto normal por ser mais natural, é o tempo do bebê! É mais fácil, rápido, são só coisas boas... Ganhou [o bebê] hoje, amanhã praticamente você pode ir embora, pode fazer as coisas, pode cuidar melhor da criança. Eu penso por esse lado, por poder estar mais tranquila para cuidar do neném. Prefiro mil vezes sentir as dores da contração e depois ficar bem! (IC 2- Prefiro parto normal por ser mais natural e permitir o melhor cuidado com o bebê. Entrevistas G1-G3, G10-G13, G15).*

O parto por operação cesariana está contemplado no DSC 3 como última opção, apenas com indicação médica precisa e, mesmo assim, o sentimento de medo surge associado a sua realização.

DSC 3: *Da cesárea eu tenho muito medo, tem que ficar no hospital três dias, de repouso, com os pontos, corre o risco de pegar bactérias e infecções por causa do corte e não pode pegar peso. Não é legal, tenho muito medo. Então, só se for último caso, no caso de não nascer mesmo, ou de ter alguma complicação... Aí sim, partir para a cesárea, aí não tem por onde correr. (IC 3- Cesárea só em último caso. Entrevistas: G1-G3,G10-G13, G15).*

O receio de sofrer intercorrências na cesariana que poderiam prejudicar a saúde da mãe e do recém-nascido e a interferência no cotidiano pós-parto, foi considerado, bem como, a relação entre cesárea e o risco de nascimento precoce, como apresentado no DSC 4.

DSC 4: *O normal é melhor para a criança e para gestante... Eu acho que na cesárea a criança nasce um pouquinho antes... Os riscos são maiores, eu li um pouco. A recuperação é lenta, complicada, estou pensando nisso, o bebê se adaptando a você, a sua casa e você se adaptando a ele. Estou bem preocupada com isso. (IC 4- Cesárea dificulta a adaptação mãe-bebê. Entrevistas: G4-G5, G7).*

M2

Observa-se, no DSC 5, a manutenção da preferência pelo parto vaginal em relação à cesariana, ainda devido a rápida recuperação, menor risco de infecção e respeito ao tempo do bebê. Especialmente, no DSC 6, observa-se a preferência pelo parto vaginal, porém sem descartar a cesariana, caso seja necessária, diante de intercorrências ou riscos.

DSC 5: *Continuo desejando o parto normal, é tudo mais fácil: a recuperação é mais rápida, falam que o trabalho de parto demora, mas a recuperação é imediata, não tem complicações, você ganha [em um dia] e no outro já pode ir embora, pode cuidar melhor do bebê, então dou preferência para isso, é mais saudável e não tem*

o risco de infecção. Tem tudo para ser normal, já está encaixada e [parto vaginal] tem menos riscos tanto para mim quanto para o bebê. (IC 5- Continuo desejando parto normal por suas vantagens. Entrevistas: G2-G3,G6, G11-G13, G15).

DSC 6: *É a hora que a criança quer nascer, não é uma coisa que você antecipa, é a natureza, o momento dele... Tem que tentar [parto] normal e se houver alguma complicação, de última hora, ou se não vier, faz-se cesárea. Se não tiver nenhum risco, eu acho que vale a pena tentar o normal! Então, vamos ver o que vai ser... (IC 6- Tem que tentar normal, a menos que haja complicação. Entrevistas: G3, G11-G13, G15).*

Tema 2. Medo da dor e da imprevisibilidade do parto vaginal

M1

O medo da dor permanece ancorando os DSC, apresentando-se, no DSC 7, a dor como aspecto central na abordagem relativa ao parto vaginal. É vista como algo necessário para o nascimento, sendo compensada pela chegada do bebê.

DSC 7: *Tenho receio da dor, porque todo mundo fala que a dor do parto é ruim. Imagino que ela é forte, não deve ser uma cólica... Mas, ao mesmo tempo em que vou estar sentindo aquela dor, vou estar pensando que é para ter o meu bebê, que vai valer a pena! Prefiro mil vezes sentir as dores da contração e depois ficar bem! (IC 7- Tenho medo da dor, mas pelo meu bebê vale a pena ter parto normal. Entrevistas: G2, G10-G11, G15).*

Além da dor, podem-se identificar a espera, o inesperado e o imprevisível no momento do parto como potenciais geradores de medo, destacados no DSC 8. Muitas vezes esses sentimentos influenciam a escolha pela operação cesariana, como pode ser observado no DSC 9.

DSC 8: *Eu fico pensando nas duas partes: parto normal e cesárea. Eu tenho medo dos dois. [O primeiro] é mais demorado, tem que ficar esperando, morrendo de dor, fazendo força. Eu tenho medo de ter algum risco ou problema, de chegar no final e passar mal, ter alguma complicação no trabalho de parto e acontecer alguma coisa com o bebê... Ou então, ficar sofrendo, na expectativa do parto normal e na hora não poder ter, de ficar tentando, de o médico ficar esperando e passar da hora. Na verdade, eu acho que a gente só fica em paz na hora que nasce o nenê, que você volta pra casa e vê que está tudo bem. (IC 8- Tenho medo de passar da hora e complicar para o bebê. Entrevistas: G1-G5, G10-G12, G15).*

DSC 9: *Eu acredito que toda mulher deva ter medo dos dois, tanto do parto normal, quanto da cesárea, porque você não se sabe o que vai acontecer... A única coisa que eu tenho medo da gravidez é a hora que a criança vai sair, porque podem acontecer várias coisas... Eu prefiro cesárea, porque eu não vou sentir dor na hora, eu vou sentir depois... O normal dói muito antes, tenho medo da dor, das contrações, medo que aconteça alguma coisa tanto comigo quanto com a criança. A turma fala que leva horas para ganhar normal, fica ali com dor, no soro, não sei... O medo que me fez mudar de ideia. (IC 9- Tenho medo, podem acontecer várias coisas na hora do parto. Entrevistas: G4-G6, G7, G9, G14).*

Também se encontraram em outros discursos, experiências pessoais negativas relacionadas ao parto vaginal influenciando na rejeição desse tipo de parto na gravidez atual, conforme pode ser observado no DSC 10.

DSC 10: *Tenho medo de não conseguir o [parto] normal... Na outra gravidez foi complicado, demoraram, mandaram fazer xixi, depois o bebê quase caiu dentro do vaso. Não tinha enfermeira para me socorrer na hora, foi bem na troca do plantão do hospital. Fiquei no banheiro, não podia levantar, sem contar que precisou dar ponto depois. Muito sofrido, pelo amor de Deus, muito desconfortável. Quando a gente*

ganha de parto normal, fala que nunca mais quer ter filho, pela dor, pelo o que a gente sofre lá... **(IC 10- Tenho medo de ser sofrido como no parto normal anterior. Entrevistas: G7, G9).**

M2

Observa-se no DSC 11, o receio no final da gestação, quanto ao trabalho de parto, no que se refere ao tempo de espera e outras dificuldades e, o DSC 12, revela a centralidade do medo da dor durante o processo de nascimento, muito embora a partir de atitude positiva, inclusive pela disponibilidade de métodos não farmacológicos de alívio da dor.

DSC 11: *Eu tenho medo de não ter dilatação, de demorar e ficar sofrendo, principalmente a nenê, passar da hora... Eu acho que quando a gente se torna mãe, se preocupava mais com eles do que com a gente... Tem gente que já tem medo e escolhe cesárea, eu não, eu quero tentar [parto normal] mesmo!* **(IC 11- Tenho medo de sofrer, mas vou tentar parto normal. Entrevistas: G2-G3,G6, G11-G12, G15).**

DSC 12: *A dor eu não me importo, porque já sei que vai doer, mas acho que não é insuportável... Não vou ser a primeira a ter [parto] normal e antigamente nem tinha a cesárea, eram todos [partos] normais. No hospital tem piscina, as bolas... É legal, então tem que tentar, né? Para mim será melhor, eu estou sozinha e os pontos [da cesárea] para mim fica difícil.* **(IC 12- A dor não é insuportável, não vou ser a primeira a ter parto normal. Entrevistas: G2-G3, G6).**

No DSC 13, verifica-se a falta de informações sobre o parto vaginal, bem como os benefícios de técnicas de respiração e relaxamento para o processo de parturição.

DSC 13: *Estou com medo mais pela anestesia porque já tomei uma vez e eu não gostei, fiquei com muita dor de cabeça... Já minha amiga perdeu muito sangue, não conseguia colocar o bebezinho para fora, tenho medo disso; [O médico] falou que é o corpo, às vezes aconteceu isso porque ela não sabia respirar, se desesperou na hora, cada mulher tem um corpo e um jeito... (IC 13- Tenho medo da anestesia e de não conseguir ter o bebê. Entrevistas: G1, G4- G5, G7-G8, G14).*

Tema 3. Importância do médico na definição do tipo de parto

M1

Nos DSC 14 e 15 abaixo, observa-se a possibilidade de decisão compartilhada, com o médico, quanto ao tipo de parto.

DSC 14: *O parto normal é mais saudável para a gestante, a recuperação é rápida, mas dizem que a dor é muito forte. Na cesárea, o problema é que fica dias com dor, aquela dorzinha chata para levantar, porque está com os pontos. Então, ainda tenho dúvidas, pretendo conversar com o médico para ver o que decidimos. (IC 14- Eu e meu médico ainda não decidimos o tipo de parto. Entrevistas: G6, G14).*

DSC 15: *Já está tudo certo, já conversei com ele [médico] quero fazer cesárea e ele concordou, numa boa. Falou para assinar um termo que quero por vontade própria, que não é o médico que está forçando. Perguntei se tinha objeção de não fazer [parto normal] e ele falou que não tinha problema algum, só assinando o termo que não tem problema de fazer cesárea. (IC 15- Quero cesárea e o médico concordou numa boa. Entrevistas: G4- G5, G7-G9).*

Do DSC 16, emerge a falta de informações do profissional responsável pelo pré-natal, quanto aos tipos de parto no início da gestação, transferindo a necessidade de orientações para o final da gestação.

DSC 16: *Sobre o parto, a médica só falou que é no decorrer da gestação que vamos saber... Ela [a médica] falou que quando estiver com 20, quase 30 semanas, a gente conversaria melhor, só disse assim pra mim, não disse se o parto normal ou a cesárea é melhor, só falou isso... (IC 16- A doutora disse que ainda não é a hora de falar sobre isto. Entrevistas: G1-G10, G13-G15).*

Verifica-se no DSC 17, a descontinuidade da assistência obstétrica, no qual o médico responsável pelo pré-natal não será o médico que realizará a assistência ao parto.

DSC 17: *Não é a médica [do pré-natal] que faz o parto, é a médica “X” ou a médica “Y”, sempre tem uma delas de plantão. Acho que o tipo parto a gente escolhe na hora, quando damos entrada no hospital. Ela pergunta: você vai querer cesárea? Mas sei de casos que ela já coloca direto cesárea... Não me perguntou nada ainda, acho que porque é de comecinho. (IC 17- Ao internar a médica já escolhe cesárea. Entrevistas: G3, G5, G11).*

M2

A sensação de imprevisibilidade do trabalho de parto vaginal, pode levar à escolha pela cesariana ainda durante a gravidez, em geral devido ao medo, e com apoio do médico para isso. Ocorre a despersonalização das mulheres e a transferência da responsabilidade de decisão para o profissional médico, seja por comodidade, conveniência ou sentimento de impotência para decidir, como se pode identificar nos DSC 18 ao DSC 20.

DSC 18: *Estaria tudo encaminhado para o parto normal, mas eu estou decidida a fazer cesárea, na verdade a gente tem um pouco de medo... Eu já conversei com o médico, ele já passou segurança, está tudo certinho, espero que o [bebê] venha na*

hora certa... (IC 18- A médica passou segurança e decidi fazer cesárea. Entrevistas: G1, G- G5, G7- G10, G14).

DSC 19: Escolhi a cesárea por ser mais tranquila, a médica achou mais adequado por saúde mesmo. Aqui no SUS teria que tentar [parto] normal e, se não “viesse” aí faria cesárea... É muito arriscado! O [médico] acha que eu posso desmaiar na hora e acontecer alguma coisa comigo ou com o bebê. Se não for a cesárea, eu posso arriscar minha vida e da minha filha! Se fosse o verdadeiro parto normal, tranquilo, aí eu queria... Mas não vou ficar sofrendo, induzindo o parto, não quero, de maneira alguma... Então está tudo certo, vai ser cesárea! (IC 19- Tem que ser cesárea para não ter riscos. Entrevistas: G1, G4-G5, G7-G10, G14).

DSC 20: A médica disse que eu posso até tentar [parto] normal, só que é um risco. No parto normal eu iria sentir muita dor na hora, para mim não iria ter risco algum, teria mais risco para o bebê e a cesárea já não teria nenhum risco para o bebê e teria mais para mim, no caso de uma infecção, alguma coisa... (IC 20- O parto normal é um risco para o bebê. Entrevistas: G1, G4-G5, G7, G9-G10, G14).

A influência de convênios e formas facilitadas de pagamento da operação cesariana observada, com maior frequência, na assistência suplementar à saúde, é identificada nos DSC 21 e 22. Incentiva-se a realização do parto cirúrgico, novamente apresentado com destaque na segurança do procedimento.

DSC 21: [O médico] falou que como é pelo convênio, que se eu quisesse a cesárea seria bem melhor, porque o tratamento iria ser diferente comigo no hospital. Está previsto para [data] com 40 semanas e se eu fosse fazer cesariana, ele não iria me deixar entrar em trabalho de parto, iria tirar o bebê com 38-39 semanas, para não entrar em trabalho de parto. (IC 21- No convênio a cesárea é garantida. Entrevistas: G1, G4-G5, G7, G9-G10, G14).

DSC 22: *Já acertei o valor [da cesárea] por um preço mais em conta, tanto que agora já vou fazer a avaliação com o anestesista para deixar tudo encaminhado. Uma semana antes a gente acerta a parte do pessoal que trabalha com a equipe e o pessoal do hospital. [O médico] passou bastante segurança...* **(IC 22- Já acertei o valor da cesárea para garantir o procedimento. Entrevistas: G1, G4, G8-G9, G14).**

De uma forma superficial, o parto vaginal se caracteriza no DSC 23 como sendo procedimento de confiança e a dor, relacionada ao trabalho de parto, não seria motivo para a mudança pelo tipo de parto.

DSC 23: *[A médica] disse que era para escolher o parto, para pensar, que dá para ter parto normal, é mais confiável e a dor não é motivo para partir para cesárea.* **(IC 23- A médica me orientou sobre o parto normal. Entrevistas: G3, G11- G13, G15).**

Tema 4. Influência da família e amigos na escolha do tipo de parto

M1

Do DSC 24, observa-se papel decisivo de pessoas do convívio das mulheres na escolha pessoal do tipo de parto.

DSC 24: *Quando eu engravidei eu queria ter normal, eu queria tentar, era o meu sonho ter o parto normal. É muito diferente, natural, você sente tudo... Mas ficaram falando muita coisa, que não pode... Aí eu fiquei com aquilo...* **(IC 24- Falaram muito contra o parto normal e mudei de ideia. Entrevistas: G4, G7, G9).**

Especialmente, a família também exerce importante papel em todo esse processo. No DSC 25, emerge claro apoio familiar quanto à via de parto escolhida: parto vaginal, enquanto que, no DSC 26, apreende-se indução familiar à cesárea.

DSC 25: *A família sempre apoia, está a todo momento perto da gente... Meu esposo apoia bastante e fala: “o que você quiser, você faz”. Minha mãe teve três filhos de parto normal, ela falou que é bom, disse que não é aquela dor que o povo fala, que não é uma dor que não dá para aguentar. Então eles apoiam!* **(IC 25- Tenho apoio da minha família para o parto normal. Entrevistas: G1-G3, G11).**

DSC 26: *Minha mãe fica apreensiva, ela fala que prefere cesárea para eu não sofrer, acho que ela imagina que a cesárea sofre menos que o parto normal... Meu marido fala “imagina que vai fazer [parto] normal, você tem que fazer cesárea”, que se quiser ele paga...* **(IC 26- Minha mãe e meu marido preferem cesárea. Entrevistas: G2, G10, G15).**

Em contraponto às influências de familiares, amigos e conhecidos na escolha pelo tipo de parto, apresentam-se os DSC 27 e DSC 28, em que a prevalece a decisão da mulher, respectivamente para o parto vaginal e a cesárea.

DSC 27: *Eu ouço muitas pessoas falando “nossa, você não vai aguentar [parto normal]”. A gente escuta tanta coisa... Eu penso: meu Deus, será que eu vou dar conta na hora? Minha mãe falou: “olha, eu acho que você não vai aguentar ter [parto] normal”. Mas cada um é de um jeito para ganhar, e por mais que eles falem, eu não ligo, falo: cada um é cada um e minha cabeça está no [parto] normal!* **(IC 27- Não ligo para o que falam, minha cabeça está no parto normal. Entrevistas: G1-G2, G10-G11, G15).**

DSC 28: *Na verdade é a gente que decide e eu quero cesárea. Não quero arriscar [parto normal]... Todas as pessoas que eu conheço falam que não sentiram dor, não sofreram nada e é rápido! Não tem o que falar, não reclamaram de nada, são aqueles pontinhos na barriga e a hora é marcada. Você vai ao hospital e já faz cesárea. (IC 28- É a gente que decide e eu quero cesárea! Entrevistas: G4-G5, G7, G9).*

M2

O contexto da assistência pré-natal está intimamente relacionado à atenção ao acompanhante e família da gestante que procura o serviço, fato que se deve a influência que essas pessoas tendem a ter quando se trata da decisão pelo tipo de parto. Boas histórias e vivências do parto vaginal poderão influenciar positivamente a escolha por esse tipo de parto. Esses aspectos constam do DSC 29.

DSC 29: *Todos querem que eu faça parto normal, minha família e meu esposo apoiam o que eu decidir... Minha mãe apoia, ela aconselha, porque teve a mim e minha irmã [de parto] normal. Ela fala que a recuperação e para acostumar com a criança é melhor. Estou tranquila, penso que tudo vai dar certo. (IC 29- Tenho apoio familiar na decisão pelo parto normal. Entrevistas: G2-G3, G6, G11- G13, G15).*

Em contrapartida, percepções negativas podem influenciar a escolha pelo parto cirúrgico, pela sensação simbólica de segurança e, por vezes, os discursos direcionam-se à influência familiar pela cesárea, o que se apreende dos DSC 30 e 31.

DSC 30: *Da minha mãe eu não tenho apoio para o parto normal; quando eu fiz o ultrassom o [bebê] estava com tamanho e peso ideal, mas minha mãe disse "como você vai ter parto normal?" Meu marido também quer cesárea, ele fala assim: "quero*

ver na hora se você vai aguentar mesmo". (IC 30- Minha família acha que eu não aguento o parto normal. Entrevistas: G2, G15).

DSC 31: *Minha mãe é super a favor da cesárea, outro dia eu comentei com ela sobre o parto normal e ela não gostou, é totalmente contra, apesar de ter feito dois partos... Ela disse "imagina você ter parto normal". Ela quer que eu tenha a cesárea, ela quer porque quer. Estão todos torcendo para que dê tudo certo, agora na reta final, todo mundo está contente, só esperando a chegada do nenê. (IC31- Minha família prefere cesárea. Entrevistas: G4- G5, G7-G9, G14).*

Evidencia-se, também no DSC 32, a importância da opinião das pessoas de convivência das gestantes e como essas ideias influenciam o pensar nesse momento.

DSC 32: *Agora na reta final vejo que as opiniões se dividem muito: as pessoas são a favor do parto normal, pelos benefícios, mas não têm coragem e tem mulheres que são a favor da cesárea. Escolhi [cesárea] conversando de "boca-a-boca" com o pessoal... Estou bem tranquila, a maioria falou bem da cesárea e meu marido deixou escolher, disse "é você que vai passar por isso...". (IC 32- As opiniões se dividem entre os tipos de parto, mas a decisão é pela cesárea. Entrevistas: G4, G7, G14).*

5. DISCUSSÃO

Como objetivado, com este estudo pode-se apreender a preferência pelo parto vaginal e suas vantagens; medo da dor relacionada ao trabalho de parto e a imprevisibilidade do parto vaginal; importância do médico e o papel influenciador da família e amigos na escolha pelo tipo de parto.

A escolha pelo parto vaginal é evidenciada em estudos, especialmente pelas suas vantagens como: ser natural, saudável e de rápida recuperação e por proporcionar maior autonomia para o autocuidado e cuidado com o recém-nascido^{8, 10, 22-25}, estando em consonância com este estudo, visto que, os discursos ancoram-se nas vantagens do parto vaginal, especialmente relacionando a rápida recuperação e a qualidade da relação com o bebê no pós-parto, identificados como aspectos que fazem o parto vaginal ser melhor para a mulher e o bebê.

Considera-se também que a recuperação mais lenta da cesárea está ligada à menor satisfação com esse tipo de parto em mulheres, principalmente de classes econômicas menos favorecidas, em decorrência do menor apoio para a realização das tarefas domésticas e dificuldades relacionadas ao cuidado com o recém-nascido²⁴. Observa-se, nos discursos deste estudo, que as mulheres reconhecem as desvantagens da cesárea, principalmente pela dependência de ajuda dos familiares com as atividades rotineiras, ocasionada pela lenta recuperação no pós-parto, descrita pela dor e pela presença dos pontos cirúrgicos, fatores também associados a dificuldades no cuidado mãe-bebê.

No presente estudo, verificou-se como importante vantagem do parto vaginal o respeito pela natureza e pelo tempo fisiológico necessário para o nascimento saudável do bebê. Estudo desenvolvido em município do interior paulista evidenciou a associação entre parto cesárea e nascimento prematuro, associando-se significativamente ao nascimento pré-termo a idade materna de 35 anos ou mais e a cesárea, o que se considera fatores passíveis de mudanças no âmbito da assistência obstétrica, além de outros fatores, como: ter menos de sete consultas pré-natais, nascer em hospital de alto risco, gestação gemelar e malformação congênita²⁶. Revisão sistemática relacionada à incidência mundial da prematuridade, demonstrou que o nascimento prematuro é problema significativo no âmbito da

saúde perinatal, pelo fato de existirem poucas medidas eficazes para a prevenção e diagnóstico do trabalho de parto prematuro. Com o uso de tecnologias modernas, conseguem-se grandes chances de sobrevivência de muitos recém-nascidos prematuros, mas esse resultado ainda é baixo nos países em desenvolvimento²⁷.

Esses resultados fazem-nos pensar o quão importante se faz a atuação dos profissionais de saúde que prestam assistência no pré-natal, avaliando as razões específicas por trás da demanda de cesariana, a fim de poder discutir os riscos e benefícios da cesárea em relação ao parto vaginal^{5,9}.

Apreende-se dos discursos, que muitas gestantes que optaram pela cesariana como desfecho gestacional, tinham a percepção que o parto vaginal estava associado, muitas vezes, ao sofrimento, influenciado por um modelo obstétrico médico-centrado, pela ideia de boa qualidade no atendimento e segurança no procedimento do parto cirúrgico. Entre as questões negativas relacionadas à cesárea, destacaram-se a difícil recuperação e a dor no pós-parto, aspectos pouco relevantes quando comparados a gama de problemas/consequências que este procedimento pode acarretar à saúde da mãe e bebê, quando utilizado indiscriminadamente e sem indicação precisa.

As orientações e esclarecimentos sobre a importância das práticas que beneficiam o entendimento e a essência do período gravídico-puerperal são fatores que impulsionam a realização de assistência de qualidade, de acordo com a necessidade de cada gestante^{5,9}.

O medo da dor durante o trabalho de parto revelou-se como sentimento frequente nos discursos. O suporte para a dor ofertado às mulheres pode ser físico e emocional, transmitindo segurança à parturiente, orientações sobre a evolução do parto e técnicas não farmacológicas de alívio, como os banhos mornos e a utilização de bolas Suíça/Pilates, sempre respeitando os limites fisiológicos de cada mulher, assegurando que, em caso de solicitação, métodos farmacológicos de alívio da dor sejam utilizados^{2,6}. Salienta-se, como visto neste estudo, que as gestantes reconhecem os efeitos benéficos de técnicas e manejos para o controle da dor, e que há necessidade de ampliar as ações educativas para as mulheres, na intenção de que reconheçam a importância e resultados dessas práticas.

Assegurar as técnicas e manejo da dor durante o trabalho de parto pode ser muito benéfico para a mãe, bebê e família. Estudo descritivo realizado com 60 mulheres após partos vaginais de baixo risco, em dois centros médicos do sudeste dos Estados Unidos, evidenciou que, mulheres que experenciam pouca dor no trabalho de parto referem maior satisfação, inclusive porque em geral sentir menos dor relaciona-se a capacidade de manter o controle pessoal, outro fator muito favorável ao parto. Assim, a satisfação no parto e nascimento também depende de como as mulheres percebem sua própria performance, ou seja, a habilidade de manter-se no controle. Por conseguinte, essa satisfação poderá ser influenciada pelas orientações obtidas durante toda a gestação e constituem-se em fatores determinantes para que a mulher sintam-se forte neste período²⁸.

Neste estudo, partiu-se do pressuposto que, quanto maior a oferta de orientações para as gestantes, maior será seu controle e satisfação no momento do parto vaginal. Assim, apreende-se em alguns discursos, expectativas positivas relacionado ao parto vaginal, influenciando a escolha por este tipo de parto. As informações ofertadas, durante todo o período de pré-natal, representam fatores potenciais para que a mulher perceba seu protagonismo e participe, ativamente, de todos os momentos do trabalho de parto. Para isso, o grupo de gestantes é visto como auxiliador no processo de aprendizagem, uma vez que oferece informações importantes referentes ao trabalho de parto, e de como as gestantes podem se preparar para que este momento seja satisfatório, principalmente no que se refere ao controle da dor, fator relevante nos discursos.

Por outro lado, a cesárea emergiu neste estudo como método de fuga da dor e da imprevisibilidade referida do parto vaginal. Os determinantes das altas taxas de cesárea são variados e incluem razões institucionais, organizacionais e culturais. Além disso, outros fatores podem contribuir para tal preferência, como a percepção que a cesárea é indolor, falta de informações referentes ao incentivo ao parto vaginal e aos riscos das cirurgias obstétricas e conveniência médica, principalmente na rede privada de assistência²⁹.

Mesmo que haja uma Política Pública de Saúde, os diversos níveis do SUS, principalmente os serviços de pré-natal e parto, não estabelecem um fluxo de referência e contra referência que resultem em efeitos positivos consideráveis na

ordenação da rede de atenção à saúde das gestantes nos períodos de pré-natal, parto e puerpério³⁰. Desta forma, o parto vaginal é associado à ideia de imprevisibilidade, enquanto que a operação cesariana é cada vez mais associada à condição de segurança²⁹. Evidenciou-se com os discursos, o receio pela espera excessiva, o medo relacionado ao parto vaginal, retratado como sofrimento e percepção de risco para a saúde da mãe e do bebê, muitas vezes, apoiado pelo médico, principalmente na assistência privada. Por consequência, a hospitalização por ocasião do trabalho de parto ocorre na expectativa da gestante receber assistência técnica especializada e de qualidade, oferecida pelo serviço de saúde.

Porém, apesar da qualificação que as práticas baseadas em evidência trouxeram para área obstétrica, muitos serviços de saúde ainda mantêm procedimentos rotineiros considerados intervencionistas e desnecessários⁸, como o uso de soro para manutenção de acesso venoso ou indução do parto. Identifica-se nos discursos, o receio de algumas mulheres com relação aos procedimentos considerados desnecessários, gerando sentimento de solidão e imprevisibilidade com relação ao momento do parto vaginal, muitas vezes, estando relacionado ao desfecho final da gestação pela cesariana².

Tais atitudes intervencionistas acarretam a percepção nas mulheres que esses procedimentos são rotineiros na assistência ao parto vaginal, com o entendimento que seu corpo/organismo não estaria possibilitado de começar o trabalho de parto de modo espontâneo. Diante disso, o parto deixa de ser visto como evento fisiológico, necessitando de assistência especializada, realizada muitas vezes em hospitais, com respaldo do médico².

Por consequência, a hospitalização, muitas vezes, ocorre em período anterior ao trabalho de parto, ou seja, no período premonitório, como evidenciado em alguns casos deste estudo, aumentando a possibilidade de assistência obstétrica com intervenções consideradas desnecessárias, o que acarretaria em dificuldades na evolução do parto vaginal.

Por conseguinte, ligado ao medo da dor e a imprevisibilidade, o parto vaginal desponta o sentimento de insegurança quanto ao cuidado durante o trabalho de parto, repercutindo negativamente no processo de parturição, assim como a falta de

centralidade e de protagonismo da mulher, que resultam em sentimento de incapacidade, no sentido de não corresponder às expectativas do momento. Esses sentimentos estão ligados a mitos, preconceitos e ausência de informações. Os temores afastam a mulher do verdadeiro sentido do trabalho de parto e ampliam a interação entre seu sofrimento e o saber do médico, favorecendo a realização de intervenções desnecessárias^{10,23,31}. Fazem-se necessários a valorização e o apoio à mulher nesse momento, reforçando o sentimento de capacidade de assumir sua identidade materna, com efeitos benéficos para o parto e a maternidade.

É necessário, como visto neste estudo, o encorajamento, a partir de técnicas simples, como o acolhimento e orientações sobre os procedimentos e de como melhorar o desempenho das mulheres durante o trabalho de parto. Os pensamentos negativos repercutem em dificuldades, e muitas vezes, em falhas no processo natural do trabalho de parto. Além disso, os sentimentos/percepção de não conseguir parir seu filho, amedronta e estreita a interação/participação das mulheres ativamente no trabalho de parto. Mesmo que isso ocorra, o apoio e encorajamento devem ser realizados em todos os momentos e, caso o desfecho não seja o parto vaginal, o sentimento de capacidade deve ser transmitido à mulher e família.

No presente estudo, algumas das mulheres demonstram o desejo de ter o trabalho de parto sem intervenções.

Para isso, é importante a participação dos familiares e profissionais de saúde para obtenção de resultados positivos, no fornecimento de orientações precisas sobre o papel feminino, as finalidades dos procedimentos e práticas desenvolvidas, respeitando as crenças e individualidade das parturientes, transmitindo tranquilidade e segurança para o momento³².

O receio de sofrer com as intervenções, como no caso da anestesia, poderia ser minimizada por estratégias como o encorajamento para a movimentação e a liberdade de posição da parturiente durante o trabalho de parto⁴. Além disso, técnicas de relaxamento específicas, como os exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral, tem sido apontadas como medidas para aliviar a dor, principalmente nas parturientes dilatação de 6cm ou mais, tendo efeito benéfico sobre a duração do trabalho de parto, devendo ser incentivada pela

disponibilidade, acessibilidade e por ser de baixo custo. Os exercícios respiratórios consistem em movimentos de inspiração e expiração suave, acompanhados pelo relaxamento do corpo, reduzindo a ansiedade e melhorando os níveis de saturação de oxigênio materno. Além disso, técnicas de relaxamento podem reduzir as reações comportamentais presentes no trabalho de parto, como o estresse e a ansiedade frente à dor e incluem a adoção de posturas confortáveis, em ambientes tranquilos e com iluminação adequada³²⁻³³.

A falta de informações precisas sobre o parto vaginal e o não reconhecimento das técnicas que auxiliam a progressão do trabalho de parto pode dificultar a manutenção da escolha por este tipo de parto, do início ao termo da gestação, como se observa neste estudo, além disso, a decisão médico-gestante foi apontada como fator principal para o desfecho gestacional ser a cesariana, contribuindo para a elevação das taxas deste procedimento, frequentemente adotado sem indicação precisa.

Evidencia-se que, na grande parte das instituições públicas e privadas, as taxas de cesarianas estão associadas às cirurgias eletivas e/ou decididas nas primeiras horas após a admissão hospitalar, configurando o modelo descrito como “cesariana eletiva intraparto”. Deve-se, ao médico responsável pela assistência, a determinação da indicação da cesárea, mesmo sem o surgimento de indicação obstétrica precisa⁴.

Estudo transversal, realizado em unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro, verificou que os principais fatores indicados pelas mulheres para a decisão pela cesariana foram: o desejo de laqueadura tubária, o desejo de não sentir dor no parto e histórico de cesárea anterior. Já na indicação médica, os principais fatores de indicação da cirurgia estavam relacionados à: presença de circular de cordão, bebê grande, histórico de cesárea anterior e complicações na gravidez, como a hipertensão. Tal estudo demonstrou que 92% das cesarianas foram realizadas eletivamente, sem ao menos a mulher ter entrado em trabalho de parto. Ao analisar os prontuários, grande parte dos registros estavam incompletos, com apenas a palavra “cesariana” ou a descrição “trabalho de parto”, o que deu a entender que a indicação da cesariana foi resultante do início do trabalho

de parto. Verificou que, o tempo entre a internação e o parto foi, em média, de quatro horas, evidenciando a cesariana como desfecho final da gravidez⁴.

O reconhecimento do tempo necessário para a progressão do parto vaginal deve ser elucidado para as gestantes e familiares, durante a assistência ao pré-natal, visto que a falta de conhecimento e (re)conhecimento sobre os períodos do trabalho de parto, pode ser fator gerador de insegurança para este momento. A cesariana, sem trabalho de parto anterior, pode acarretar consequências para o binômio mãe-bebê, e está relacionada, muitas vezes, à decisão/opinião médica no momento do parto, como visto, neste estudo.

Em consonância, outra explicação apresentada para o aumento da ocorrência de cesariana tem sido o desejo das mulheres por esse tipo de parto, apoiadas pelo médico. A preferência está relacionada à comodidade de agendar o procedimento, ter o mesmo profissional de saúde durante a assistência do pré-natal, parto e puerpério, preferência da família e a percepção que a cesárea é melhor para mãe e para o recém-nascido, aspectos evidenciados na literatura²⁴⁻²⁵.

Esse modelo biomédico de assistência à gestação e ao parto apoia-se nos riscos que o parto vaginal pode acarretar, apresenta a cesárea como modelo de segurança e modernidade^{3,10}.

Por consequência, como visto neste estudo, a assistência obstétrica baseada em técnica e alta tecnologia, está ancorada na falta de centralidade e protagonismo da mulher, conseqüente a ausência de informações inerentes aos benefícios do parto vaginal para a mãe e o bebê. Sem se apoderar dos conhecimentos acerca deste momento, as mulheres não discutem com o médico sobre o que seria melhor para elas e seus filhos, aceitando as orientações e condutas sem questionamentos, supervalorizando a opinião médica, no que diz respeito à escolha/indicação final do parto. Enfatiza-se que, mesmo quando parece ser a opção pela cesariana somente da mulher, não é, visto que ela está em um contexto social/familiar e que, para que o procedimento ocorra, é indispensável à ação do médico.

Por resultado, ocorre a despersonalização das mulheres e a transferência da responsabilidade de decisão para o profissional médico, seja por comodidade,

conveniência ou sentimento de impotência para decidir, principalmente no setor privado, onde há possibilidade de articular, junto ao pré-natalista, a via de parto de preferência, bem como os detalhes, como a data, horário e a forma de pagamento³. A esse profissional é oferecida confiança incondicional e a responsabilidade de conduzir e indicar o melhor para a gestante e o bebê. A indicação e a decisão sobre a cesariana torna o parto vaginal impossível, inclusive em futuras gestações³. Cabe ao profissional evitar o uso abusivo dessas práticas, ao contrário, adotando abordagem humanizada e com orientações¹³.

Outro fator relacionado à preferência manifesta por determinado tipo de parto está relacionada ao espaço social vivido, isto é, ao modo como as mulheres percebem a experiência e os métodos de parto^{8,10,34}, sendo que pouca ou insuficiente informação dá espaço ao imaginário, às crenças e à influência da mídia, que em geral corroborada com o modelo biomédico, potencializando a percepção que a cesárea tem vantagens sobre o parto vaginal. Sem informações precisas e sem se empoderar do processo de parturição, a gestante submete-se, muitas vezes, à cesárea programada para evitar a dor física e/ou emocional, principal motivos para a escolha do parto cirúrgico^{8,23,29,35}.

Entre os fatores que influenciam a decisão pelo tipo de parto, estão a influência de amigos e familiares. Estudo desenvolvido com 25 puérperas em um Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul, evidenciou a tomada de decisão baseada em experiências anteriores, no qual as mulheres que tiveram partos normais anteriores ainda referiam esse desejo; o mesmo aconteceu no caso da cesariana. Os familiares e amigos têm papel potencial para influenciar a decisão pelo tipo de parto e, geralmente, tomam por base experiências e vivências pessoais com relação a seus partos. Em um contexto de falta de informações precisas no pré-natal, e com o atual modelo de assistência nos setor público e privado, a insegurança e as frustrações quanto às experiências anteriores são comuns e, assim, muitas vezes a influência é negativa³⁶.

Neste estudo, pôde-se observar as opiniões dos familiares com relação ao parto vaginal e a cesariana. Entre os discursos, enfatizaram-se as experiências satisfatórias de familiares como fator positivo para a escolha do tipo de parto, principalmente com relação ao parto vaginal. Porém, ocorreram também falas

negativas relacionadas ao parto vaginal, por insegurança e falta de informação dos familiares, além da disponibilidade de pagamento da cesárea, caso a gestante desistisse do parto vaginal.

Os efeitos do suporte à parturiente estão associados a resultados benéficos, como a redução da taxa de cesariana, redução do uso de ocitocina, analgesia/medicamentos para alívio da dor, duração do trabalho de parto e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento ³⁷.

Diante da realidade da área obstétrica, configura-se desafio para os profissionais responsáveis pela assistência, tornar o trabalho e parto em experiências construtivas, de crescimento e essencial para a mulher e família. Nessa perspectiva, nova abordagem deve adotar o estímulo à participação ativa da gestante, com o encorajamento ao parto vaginal para, assim, buscar como resultados a diminuição de intervenções e o início de um modelo voltado ao cuidado integral. Tal proposta tem por intenção qualificar a atenção no setor público de saúde, para que o sistema não seja utilizado somente por aquelas mulheres que não têm outras opções, mas sim, que seja vista como assistência que devolve o direito de parir em condições seguras para a mãe e bebê. Além disso, a possibilidade da mulher atuar como protagonista do parto desvincula o nascimento ao modelo tecnocrático, e passa a ser uma experiência humana. A implantação e o início da mudança estará sempre ligada pela relação entre a mulher e o profissional de saúde, em busca de novos paradigmas para a assistência adequados às gestantes⁴.

Observou-se nesse estudo, aspectos positivos e negativos quanto ao tipo de parto e a importância das informações que garantam a melhor escolha para a gestante. No intuito de contribuir com a humanização do cuidado e potencializar as informações quanto aos tipos de parto, o grupo de orientações às gestantes do município da pesquisa também recebe os familiares, em especial mães e companheiros das participantes, a fim de orientar e propagar as informações para o contexto familiar.

No encontro, as mães das mulheres reconhecem as novas ações para a mudança do modelo, com o esclarecimento de dúvidas e o afastamento dos medos relacionados ao processo de nascimento. Nesse momento, discutem-se as

vantagens dos tipos de parto e como vivenciar de maneira saudável e seguir ao processo de nascimento, em especial, o parto vaginal.

Para isso, tem-se por desafio o pensamento crítico na assistência obstétrica, diante dos obstáculos inerentes ao modelo tecnocrático, baseando-se nos benefícios da assistência humanizada ao parto e ao nascimento e ancorando-se nos resultados de melhoria para os indicadores maternos e neonatais. Os resultados ressaltam o esforço da participação e responsabilidade dos profissionais, principalmente ao ponto de questionar o modelo instituído e provocar possíveis mudanças no modelo obstétrico⁶.

6. PRODUTO DO MESTRADO PROFISSIONAL

Para promover a necessária mudança no modelo obstétrico, de médico centrado para centrado na mulher, destaca-se o importante papel das ações de educação em saúde, especialmente no pré-natal. Tais ações influenciam o modo de pensar das gestantes, envolvendo o compartilhamento de saberes e vivências, favorecendo a tomada de decisão quanto ao tipo de parto^{9,35} e contribuem com a elaboração de sentimentos e expectativas em relação à gestação e ao parto^{8,22,38}, com a transformação pessoal das gestantes^{22,38} a promoção do desenvolvimento de potencialidades e seu fortalecimento em relação às decisões sobre o parto, além de proporcionarem maior relação interpessoal com o profissional de saúde²⁹.

As práticas de educação em saúde devem promover ações que envolvam o ensinar e o aprender, como via de mão dupla, com a construção compartilhada do conhecimento. A sensação de tranquilidade é fornecida para a gestante, ao sanar as dúvidas e ansiedades com relação ao período gestacional, proporcionando uma maternidade segura, pois desmistifica crenças e promove a reflexão sobre o período. Em algumas situações, faz-se necessário compreender a possibilidade de mudança com relação ao tipo de parto, preparando a mulher e sua família para eventuais intercorrências, diminuindo o sentimento de frustrações quanto ao parto desejado e o realizado¹³. O desenvolvimento de atividades educativas, em grupos de gestantes, pode configurar como instrumento fortalecedor da autonomia e do protagonismo das gestantes para o processo do parto e nascimento, uma vez que os relacionamentos estabelecidos ao longo dos encontros tendem a fortalecer certa parceria entre as gestantes/familiares e os profissionais de saúde, contribuindo para a decisão consciente e a valorização de seus potenciais, pois há reflexão sobre os diferentes tipos de parto e o reconhecimento de sua preparação para esse momento. Além disso, a participação no grupo estimula o contato mãe/pai/familiares desde a gestação, fortalecendo o vínculo e estruturando a nova família, estimulando a inserção de todos na participação do processo de nascimento. Nessa situação de trabalho em grupo, quem ensina aprende e quem aprende, ensina, havendo troca de conhecimentos e experiências¹⁴.

Constitui instrumento de socialização de saberes, de promoção da saúde e prevenção de doenças, na medida em que constrói e reconstrói a realidade com

base nos princípios da humanização do cuidado e autonomia da mulher, contribuindo para capacitação das mulheres e seus familiares para o parto ¹⁴.

6.1 Cartões referentes ao período gravídico-puerperal

Pensando nisso, foram criados cartões com perguntas e respostas, abordando-se as principais dúvidas das gestantes relativas ao período gravídico-puerperal, com ênfase no trabalho de parto e parto. Esses cartões serão utilizados de forma interativa, buscando a participação efetiva das gestantes. Sua construção tomou por base a literatura do manual técnico do Ministério da Saúde³⁹ e o uso rotineiro nos encontros do grupo de orientação às gestantes já foi iniciado, visando contribuir com a oferta de informações claras e concisas. Espera-se que possa contribuir com o empoderamento e fortalecimento da mulher no processo de decisão sobre seu tipo de parto. Parte-se do pressuposto que as gestantes tendem a avaliar espaços de educação em saúde como importante recurso para o aprendizado e compartilhamento de experiências⁸ e reiteram a carência de informações sobre a maternidade^{22,31,34-35,40-41}. Nos grupos, a possibilidade de serem ouvidas ao expor suas dificuldades e de serem compreendidas confere relação de confiança entre as mulheres e o profissional de saúde¹³, favorece a expressão das mulheres e suas experiências, promovendo espaço de discussão e desconstrução de mitos e falsas expectativas e permite que as gestantes expressem seus medos, expectativas, crenças e fantasias sobre o momento do parto^{8,41-42}.

Os cartões são facilmente manuseados e permitem a discussão de ideias nas rodas de conversa. A parte anterior do cartão destina-se a exploração de tema relacionado ao parto, e a parte posterior contém breve resposta que poderá ser lida pelo próprio grupo após o compartilhamento de saberes. Nos cartões foram utilizadas imagens do pintor Romero Britto, doadas quando da implantação da Rede Cegonha, e são apresentados a seguir.



**FALE SOBRE AS VANTAGENS DO PARTO
NORMAL PARA A MÃE**

É um processo fisiológico, natural;
Tem rápida recuperação, favorece o cuidado com o bebê e as atividades no lar;
Menor risco de complicações;
Favorece contato pele a pele e o estabelecimento de vínculo precoce entre mãe e recém-nascido;
Beneficia a amamentação nas primeiras horas de vida;



**FALE SOBRE AS VANTAGENS DO PARTO
NORMAL PARA O BEBÊ**

Na maioria das vezes, o bebê vai direto para o colo da mãe;

O bebê nasce no tempo certo, seus sistemas e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina;

Contato pele a pele com a mãe, beneficiando o início do aleitamento materno;



O trabalho de parto pode durar, em média, de 8 a 12 horas;

O medo e o estresse podem prolongar esse período;

A tranquilidade, a segurança e a confiança podem ajudar a diminuir esse período;

Quando surgir os primeiros sinais do trabalho de parto, você terá tempo de se organizar e chegar ao local do parto;



As contrações são irregulares quanto ao tempo e a duração da dor (Contrações de treinamento);

Pode haver perda do tampão mucoso (às vezes, com rajadas de sangue);

Sensação dolorosa nas costas;

Procurar posições confortáveis, tomar um banho morno, repousar;

Ainda é cedo para ir ao serviço de saúde;



As contrações são rítmicas e regulares, com intervalo de 3 a 5 minutos e duração de cerca de 60 segundos;

As contrações são as responsáveis pela dilatação do colo uterino e pela descida do bebê no canal de parto;

Podem vir acompanhadas de dor lombar e em baixo ventre;

Essa é a fase ideal para ir ao serviço de saúde;



As contrações ficam mais intensas e passam a ocorrer em intervalos menores. Pode ser o período mais desafiador do trabalho de parto, com ocorrência de sensação de cansaço, náuseas e vômitos;

Conforme o bebê desce pelo canal de parto, é comum a sensação de pressão cada vez maior na vagina e no reto, associada aos puxos espontâneos (vontade incontrolável de fazer força);

Acontece o nascimento do bebê e, em média, após 5 a 30 minutos ocorre a saída da placenta;



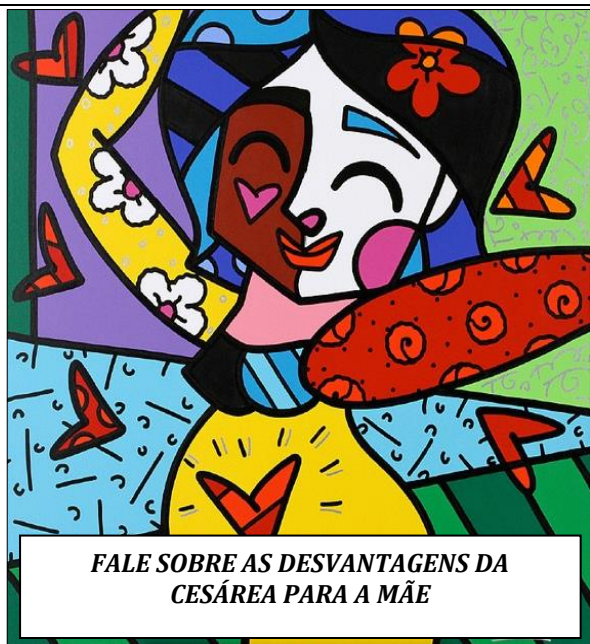
Caminhar e movimentar-se livremente e preferência por posições verticalizadas;

O uso de bolas Suíça/Pilates facilita o trabalho de parto, pois proporciona conforto, movimento, descida do bebê e alívio da dor;

Livre expressão das emoções e Apoio do acompanhante, com palavras de apoio e massagens de conforto;

Banho de chuveiro morno;

Liberdade para se alimentar e para ingerir líquidos durante o trabalho de parto;



Dor no pós-parto;

Dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia;

Maior risco de hemorragia;

Riscos de infecção e lesão de outros órgãos;

Maior risco de complicações na próxima gravidez;

 <p>FALE SOBRE AS DESVANTAGENS DA CESÁREA PARA O BEBÊ</p>	<p>Mais riscos de nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado;</p> <p>Mais riscos de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta;</p> <p>Mais riscos de ter interferência no início precoce do aleitamento;</p>
 <p>QUAIS SÃO AS INDICAÇÕES REAIS DE CESARIANA (Cartão do Profissional de Saúde)</p>	<p>Prolapso de cordão - com dilatação não completa;</p> <p>Descolamento da placenta fora do período expulsivo (DPP);</p> <p>Placenta prévia parcial ou total;</p> <p>Ruptura de vasa prévia (com a ruptura das membranas, os vasos sanguíneos fetais podem atravessar o colo uterino)</p> <p>Apresentação córmica (situação transversa);</p> <p>Herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto;</p>

 <p>NÃO SE CONSTITUEM INDICAÇÕES DE CESARIANA (Cartão do Profissional de Saúde)</p>	<p>Gestante adolescente; Baixa estatura materna; Presença de quadro de anemia;</p> <p>Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto;</p> <p>Ameaça de parto prematuro; Cesárea anterior;</p> <p>Circular de cordão umbilical; Diabetes gestacional;</p> <p>Desproporção cefalopélvica sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm;</p> <p>Gravidez prolongada; Falta de dilatação antes do início efetivo do trabalho de parto;</p>
 <p>CONDUTAS DE ROTINA CONTRAINDICADAS NA ROTINA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO (Cartão do Profissional de Saúde)</p>	<p>Lavagem intestinal;</p> <p>Episiotomia;</p> <p>Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê);</p> <p>Soro com ocitocina;</p> <p>Raspagem dos pelos pubianos;</p> <p>Imobilização durante o trabalho de parto;</p>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo, permitem afirmar que o processo de decisão sobre a via de parto envolve, para além da gestante, a família e o médico. Em geral, no início da gravidez as gestantes se dividiam entre a preferência pelo parto vaginal, devido às vantagens para a mãe e o bebê; preferência pela cesárea, por envolver menos dor e havia também dúvida quanto ao tipo de parto desejado. No termo não havia dúvidas, sendo mais citada a preferência pela cesárea, principalmente pela percepção de que há menos dor; garantia médica de segurança e a influência de familiares, favoráveis a operação cesariana.

A superação das dificuldades relativas ao parto passará pela desconstrução da cesárea como via de parto ideal e pela valorização do trabalho de parto como mecanismo essencial para a saúde do recém-nascido. Para isso, o reconhecimento dos direitos da mulher é essencial: ao atendimento pré-natal digno, humanizado, com segurança e qualidade; ao acesso a maternidade onde será realizado o parto, evitando a peregrinação e aos cuidados de parto centrado nela e em seu bebê.

Diante disso, valorizam-se as ações de âmbito educativo, como estratégia de mudança do paradigma obstétrico atual, de valorização do parto cesárea. Nesse sentido, o trabalho de grupos educativos/rodas de conversa voltados às gestantes pode ter papel decisivo para o empoderamento das mesmas quanto à escolha do tipo de parto. Aproveita-se esse momento propício para a propagação de informações sobre os diferentes tipos de parto, suas vantagens e desvantagens e o reconhecimento do papel feminino no momento do nascimento, na intenção de resgatar o protagonismo e a capacidade feminina de gerir e parir seu filho em segurança e com práticas humanizadas. Neste contexto, recursos tecnológicos como os cartões informativos apresentados no presente estudo têm papel relevante, pois de forma dinâmica podem ser apresentados nos referidos momentos, facilitando a discussão de cada tema por todas as participantes.

REFERÊNCIAS

1. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnoatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene*. 2014;15(2):362-70.
2. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):282-9.
3. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):336-43.
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
5. Patah LE, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):185-94.
6. Ministério da Saúde (BR). Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos HumanizaSUS; 4).
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 24 Jun 2011
8. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal Rev Psicol*. 2013;25(3):585-602.
9. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(7):999-2010.
10. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(3):414-21.

11. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*. 2010;30(8):417-22.
12. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
13. Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):257-63.
14. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):719-27.
15. Roso A, Romanini M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. *Psicol Saber Soc*. 2014;3(1):83-95.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14a ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
17. Lefevre F, Lefevre AM. *Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso de sujeito coletivo*. 2a ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.
18. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 3a ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
19. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília, DF; 2002.
20. Duarte SJH, Mamede MV, Andrade SMO. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. *Saúde Soc*. 2009;18(4):620-6.
21. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Disturb Comum*. 2013;25(1):129-36.

22. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev EletronEnferm*. 2008;10(2):337-46.
23. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar-experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(6):740-4.
24. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Publica*. 2014;30 Supl:S101-16.
25. Mazzone A, Althabe F, Gutierrez L, Gbbons L, Liu NH, Bonotti AM, et al. Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:34.
26. Balbi B, Carvalhaes MABL, Parada CMGLP. Tendência temporal do nascimento pré-termo e de seus determinantes em uma década. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(1):233-41.
27. Beck S, Wojdyla D, Say I, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The world wide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*. 2010;26(1):185-94.
28. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli, AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):212-9.
29. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(10):791-8.
30. Oba MDV, Tavares MSG. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(2):11-7.
31. Richard F, Zongo S, Ouattara F. Fear, guilt, and debt: an exploration of women's experience and perception of cesarean birth in Burkina Faso, West Africa. *Int J Women Health*. 2014;6:469-78.

32. Souza ENS, Aguiar MGG, Silva BSM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. *Enferm Rev.* 2015;18(2):42-56.
33. Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Espac Saúde.* 2015;16(2):37-44.
34. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Rev Bras Anesthesiol.* 2011;61(3):382-8.
35. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde Soc.* 2011;20(3):579-89.
36. Nascimento RRPN, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36 (esp);119-26.
37. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saude Publica.* 2002; 21(5):1316-27.
38. Shahraki SF, Rakhshani F, Ansari MA, Edalatian M. Reasons for elective cesarean section amongst pregnant women: a qualitative study. *J Reprod Infertil.* 2012;13(4):237-40.
39. 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. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; 32).
40. Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak-Rizkallah M, Ghorayeb F. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Soc Sci Med.* 2000;51:103-13.
41. Callister LC, Khalaf I, Semenic S, Kartchner R, Vehvilainen-Julkunen K. The pain of childbirth: perceptions culturally diverse women. *Pain Manag Nurs.* 2003;4(4):145-54.
42. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini CA. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicol Reflex Crit.* 2005;18(2):247-54.

Anexos

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética

O Projeto dessa pesquisa foi aprovado e deliberado em reunião do CEP no dia 05/10/2015, sem necessidade de envio à CONEP.

Número do Parecer: 1.258.819

CAAE 49230215.8.0000.5411