



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MILLENA ZAÍRA CARTAXO DA SILVA

EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE PRIMIGESTAS EM RELAÇÃO AO
PARTO

CAJAZEIRAS – PB

2019

MILLENA ZAÍRA CARTAXO DA SILVA

**EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE PRIMIGESTAS EM RELAÇÃO AO
PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Formação de Professores, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cecília Danielle Bezerra Oliveira

Co-orientadora: Prof^ª. Me. Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista

CAJAZEIRAS – PB

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-046
Cajazeiras - Paraíba

S586e Silva, Millena Zaíra Cartaxo da.
Expectativas e experiências de primigestas em relação ao parto /
Millena Zaíra Cartaxo da Silva. - Cajazeiras, 2019.
76f.: il.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Dra. Cecília Danielle Bezerra Oliveira.
Coorientadora: Profa. Ma. Jessika Lopes Figueiredo Batista.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2019.

1. Parto obstétrico. 2. Saúde da mulher. 3. Gestantes. 4. Cuidados de enfermagem. 5. Primigestas. I. Oliveira, Cecília Danielle Bezerra. II. Batista, Jessika Lopes Figueiredo Pereira. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 618.4

MILLENA ZAÍRA CARTAXO DA SILVA

**EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE PRIMIGESTAS EM RELAÇÃO AO
PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 04 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Cecilia Danielle Bezerra Oliveira

Profª. Dra. Cecília Danielle Bezerra Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista

Profª. M^{sc}. Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista (Co-orientadora)
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Roberta de M. H. Freire

Profª. Dra. Roberta de Miranda Henriques Freire
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico este trabalho aos meus familiares que foram substanciais para concretização deste sonho. E as mulheres que me permitiram participar de momentos tão íntimos como a gravidez, parto e puerpério.

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos ao nosso pai santíssimo, pois ele se faz presente em todas as etapas de minha vida, e não foi diferente na minha jornada como acadêmica de enfermagem, obrigada senhor por ter me abençoado com esta oportunidade, este curso foi além de profissionalizante, pois me fez um ser humano mais humano, permitiu olhar para o próximo como irmão que somos.

Agradeço imensamente a minha família, meu sustentáculo em nome de Marcos Antônio, Cláudia Lira, Isaac Cartaxo e Paulo Estrela, foram pessoas importantes para ter obtido existo nesta caminhada acadêmica, obrigada por cada palavra de incentivo, por não ter permitido fraquejar e quando o desanimo afligia, foram vocês que me ajudaram a levantar e seguir em frente. Tenha a certeza de minha eterna gratidão, pois sem vocês nada seria possível, obrigada por acreditarem em meu potencial, amo incondicionalmente.

Aos meus amigos de universidade, levarei cada momento em meu coração, foram dias de muita compreensão, ajuda, sorrisos e aprendizagem, serão excelentes profissionais, serei eterna admiradora do trabalho de vocês, que Deus abençoe seus passos. Em especial a Kandice, que foi a irmã que a universidade proporcionou, obrigada por estar em cada momento de minha vida, por estender a mão sempre que precisei, você foi um presente e te levarei eternamente em meu coração, minha amiga irmã minha eterna gratidão; A Wellyta, mulher de Deus, nossa vida cruzou-se no curso Técnico em enfermagem, mas foi no superior que nossa amizade fortaleceu, em você encontrei a alegria que somente uma consagrada em Deus tem, sei que será uma excelente profissional; A Luiz Eduardo, nosso ser de luz minha gratidão, obrigada por trazer brilho aos nossos dias, que esse seu vigor de ajudar ao próximo seja fortalecido e a Anna Beatryz, obrigada por estar presente na minha coleta de TCC sua companhia fez essa fase ser mais leve e fácil de enfrentar.

Sou grata a UFCG, por ter me presenteado com essa oportunidade, que levarei com toda certeza em meu coração, convivi com pessoas que me acolheram muito bem, com carinho e compreensão e que me fizeram uma pessoa melhor, tanto no âmbito profissional como social, obrigada professores que deixaram um pouquinho de vocês em minha vida, sei que deram o que tinham de melhor para oferecer, graças a essa contribuição irei me tornar uma profissional habilitada para cuidar da dor física e psicológica dos pacientes que passarem pelas minhas mãos.

As mulheres que compartilharam suas expectativas e experiências com relação ao trabalho de parto e parto, obrigada por ter permitido adentrar a aspectos tão delicados de suas vidas, sem vocês esta pesquisa não teria êxito.

Para encerrar, minha eterna gratidão aos meus anjos na terra, Cecília Danielle Bezerra Oliveira e Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista, obrigada pelo apoio através de palavras e ações, agradeço a dedicação em fazer meus anseios serem concretizados, pela paciência, os ensinamentos, ao longo da orientação desta pesquisa, foram de extrema importância, têm o meu respeito e admiração como profissionais competentes que trabalha com amor, ciência e afinco.

“Educação não transforma o mundo. Educação muda às pessoas. Pessoas transformam o mundo.”

(Paulo Freire)

SILVA, M. Z. C. **Expectativas e experiências de primigestas em relação ao parto**. 2019. 76 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

RESUMO

A gestação representa uma importante fase na vida da mulher, pois permite a vivência de inúmeras experiências e alterações em todas as nuances da sua vida e tem seu ápice de emoções no parto. Durante esse período o enfermeiro desenvolve papel primordial de acompanhar o ciclo gravídico-puerperal para que ocorra de maneira exitosa e com isso, favoreça a vivência de experiências positivas. O estudo teve por objetivo investigar as expectativas e experiências de primigestas acerca do parto. Trata-se de um estudo de campo, de caráter exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Realizado entre os meses de julho a outubro do presente ano, nas Estratégias de Saúde da Família da cidade de Cajazeiras, Pb, e no domicílio das participantes. A amostra obtida e apresentada no estudo foi composta por 11 primigestas. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, através de um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, com questões objetivas e subjetivas, as quais foram indagadas pela pesquisadora participante, com a utilização de um gravador portátil. As questões objetivas foram organizadas e apresentadas em tabelas, sendo utilizada a estatística descritiva simples. As respostas subjetivas foram submetidas à análise temática de conteúdo. A pesquisa seguiu respeitando os aspectos éticos e legais presentes na Resolução nº 466/12. Pode-se constatar que as expectativas das primigestas não foram condizentes com as experiências vivenciadas, objetivando elucidar esta informação a discussão teve as seguintes categorias no que competem as expectativas: Perspectivas positivas sobre o parto, Expectativas negativas acerca do parto, Preferência por parto cesáreo e no tocante as experiências vivenciadas surgiram as seguintes categorias: Expectativas acerca do parto não alcançadas, A escolha contínua por parto cesáreo e Experiências negativas acerca do parto. Com isso, concluiu-se que os profissionais de saúde precisam ser sensibilizados com relação à prestação de uma assistência qualificada para o bem estar materno-infantil, contribuindo para a desconstrução do atual cenário obstétrico, o qual tem o processo de parturição como algo desagradável e fonte de sofrimento para a parturiente, refletindo no aumento significativo dos partos cesáreos sem indicação.

Palavras-chaves: Saúde da Mulher. Gestantes. Parto Obstétrico. Cuidados de Enfermagem.

SILVA, M. Z. C. **Expectations and experiences of primigravidae in relation to childbirth.** 2019. 76 f. Completion of course work (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

ABSTRACT

Pregnancy represents an important phase in a woman's life, as it allows her to experience countless experiences and changes in every nuance of her life and has its apex of emotions in childbirth. During this period, the nurse develops a primordial role to follow the pregnancy-puerperal cycle so that it occurs successfully and, thus, favors the experience of positive experiences. The study aimed to investigate the expectations and experiences of primigravidae about childbirth. It is a field of study, exploratory, descriptive, qualitative approach. Held between July and October of this year, in the Family Health Strategies of the city of Cajazeiras, Pb, and at the participants' homes. The sample obtained and presented in the study consisted of 11 primigravidae. Data were collected through a semi-structured interview, through a script prepared by the researchers, with objective and subjective questions, which were asked by the participating researcher, using a portable recorder. Objective questions were organized and presented in tables, using simple descriptive statistics. Subjective responses were subjected to thematic content analysis. The research continued respecting the ethical and legal aspects present in Resolution No. 466/12. It can be seen that the expectations of the primiparous women were not consistent with the lived experiences. In order to elucidate this information, the discussion had the following categories regarding the expectations: Positive perspectives on childbirth, Negative expectations on childbirth, Preference for cesarean section and Regarding the lived experiences, the following categories emerged: Expectations about unreached childbirth, The continuous choice for cesarean section and Negative experiences about childbirth. Thus, it was concluded that health professionals need to be sensitized regarding the provision of qualified assistance for maternal and child welfare, contributing to the deconstruction of the current obstetric scenario, which has the process of parturition as something unpleasant and source of suffering for the parturient woman, reflecting on the significant increase in cesarean deliveries without indication.

Keywords: Women's Health. Pregnant women. Obstetric birth. Nursing care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição dos dados sóciodemográficos das participantes da pesquisa. Cajazeiras, Pb.....	30
Tabela 2 - Descrição dos dados obstétricos das participantes da pesquisa. Cajazeiras, Pb.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS-	Atenção Primária à Saúde
CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP-	Centro de Formação de Professores
DPP-	Data Provável do Parto
DUM-	Data da Última Menstruação
ESF-	Estratégia Saúde da Família
HIV-	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS-	Ministério da Saúde
OMS-	Organização Mundial da Saúde
PB-	Paraíba
PHPN-	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNH-	Política Nacional de Humanização
RAS-	Rede de Atenção à Saúde
RN-	Recém-Nascido
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG-	Universidade Federal de Campina Grande
VO-	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 PERÍODO GESTACIONAL	18
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL	19
3.3 ATENÇÃO AO PARTO	21
3.4 EXPECTATIVAS ACERCA DO PARTO E EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS	23
4 METODOLOGIA	25
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO	25
4.2 LOCAL DE ESTUDO	25
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	27
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PARTICIPANTES.....	30
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS OBSTÉTRICOS DAS PARTICIPANTES.....	31
5.3 ANÁLISE DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	65
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	68
ANEXO A -TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	70
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PARTICIPANTE.....	72
ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA.....	73
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	74

1 INTRODUÇÃO

A gestação corresponde a uma fase aguardada e idealizada na vida da mulher. Desde a infância, as meninas demonstram de diversas maneiras o desejo e admiração pelo ser mãe por meio de suas brincadeiras. Destacando assim, que a gestação é um fenômeno ímpar para a mulher, que permite a vivência de inúmeras experiências e alterações em seu corpo e sua vida como um todo (MOTA *et al.*, 2011).

Cada gestação é um momento único e a vivência de cada mulher ocorre de maneira singular. Logo, a gestante responde de maneira distinta e vivencia de forma particular sua gestação. Assim, a compreensão dos processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal deve ser potencializada na escuta e abordagem, realizada pelas equipes de saúde, principalmente no que diz respeito ao parto, já que é um dos momentos mais esperados, e a experiência vivenciada durante esta fase pode influenciar em gestações futuras (SILVA, 2013; BRASIL, 2012a).

Destaca-se que o momento da gestação e do parto deve ser conduzido com o propósito do bem estar do binômio mãe-filho. Assim, no ano de 2011 foi instituída a Rede Cegonha, que tem por objetivos qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil, reduzir as taxas de morbimortalidade, qualificar o pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. Para tanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada da gestante no sistema de saúde, por proporcionar um acompanhamento longitudinal e continuado (BRASIL, 2012a).

Este acompanhamento deve ser iniciado o mais breve possível. O Ministério da Saúde (2012a) recomenda que a gestante seja rastreada de forma precoce, ou seja, o início do pré-natal na APS deve ocorrer até a 12^a semana de gestação, além de preconizar que deve ser realizada no mínimo seis consultas, a fim de avaliar a evolução gestacional. Destaca-se que a assistência prestada no pré-natal deve ser integral à saúde da mulher, atendendo as suas reais necessidades, por meio da utilização dos conhecimentos técnico-científicos e recursos disponíveis.

O pré-natal é a principal ferramenta para acompanhar, prevenir e identificar agravos à saúde da gestante e do seu conceito bem como as expectativas da mulher para o parto, logo, consiste em medidas para apoiá-las neste novo papel social. Durante as consultas devem ser abordados temas relacionados às alterações no âmbito físico, psíquico, hormonal, social, como também a execução de ações educativas que busquem a promoção da saúde e o

empoderamento da gestante e da sua família. Além da preparação dos envolvidos para o momento do parto e todas as particularidades que esse período envolve (ARAÚJO; REIS, 2012; BRASIL, 2012a).

Vivenciar o parto de forma saudável faz uma grande diferença na vida da mãe e do recém-nascido (RN), pois o parto tem o potencial de marcar a vida da mulher, além de promover mudanças corporais, hormonais e psicológicas que levam a uma preparação natural para a maternidade, onde a gestante terá a chance de experimentar sensações e sentimentos que podem fortalecê-la enquanto mulher e mãe (BRASIL, 2018).

Apesar dessas alterações supracitadas que ajudam na preparação do papel materno, o nascimento do bebê, tem o potencial de desencadear ansiedades, portanto, é fundamental a presença do profissional de saúde para ofertar o suporte necessário à mulher no seu processo de reorganização psíquica quanto ao vínculo com o seu bebê, nas mudanças corporais e na retomada do planejamento familiar (BRASIL, 2005a).

Ressalta-se que a experiência vivenciada pelas mulheres durante a gestação e parto podem repercutir de diversas maneiras, podendo deixar marcas positivas e/ou negativas em sua história de vida. Principalmente nas primigestas, ou seja, mulheres que vivem a primeira gestação, devido à inexperiência, o medo ao enfrentar o desconhecido, além de todas as dúvidas que permeiam o momento do parto, como medo da dor, receio da própria morte ou da morte do bebê, medo da possibilidade de algum tipo de dano ou agravo ao seu filho. Assim, todos estes fatores podem, por vezes, ter efeitos estressantes e desgastantes sobre a vivência de parturição da mulher (MOURA, 2014; ARAÚJO; REIS, 2012).

Portanto, o papel do enfermeiro é de extrema importância para a gestante e seus familiares, pois atuará como facilitador no enfrentamento das mudanças ocorridas, a fim de ajudar na superação dos obstáculos que podem ter efeitos estressantes e desgastantes, e interferir na vivência da maternidade de maneira proveitosa e feliz. Para debelar esses eventos, o profissional deve adotar ferramentas junto ao seu público, como a escuta qualificada, realizar orientações acerca de todo o processo de pré-natal, trabalhar na superação de possíveis sentimentos negativos e suas prováveis consequências, problematizando expectativas quanto à representação social, temores, tabus e preconceitos que envolvem este ciclo (MENDES; FLATLEU; KUMAR, 2017).

Assim, diante da complexidade que permeia todo o processo de gestação e parto, principalmente para as primigestas, destaca-se a importância de explorar a vivência das mulheres durante este período, a fim de proporcionar subsídios que torne a realidade mais fidedigna aos conhecimentos teórico-práticos e ao que deve ser vivenciado pelas mesmas,

surgindo assim, a seguinte questão norteadora: Quais as expectativas e experiências de primigestas acerca do parto?

Face ao exposto, o interesse pelo tema surgiu pela afinidade da pesquisadora com a área de saúde da mulher em especial o campo obstétrico, que foi acrescido com a participação desta no projeto de extensão Maternar: Educação e Saúde na Atenção a Gestantes e Puérperas, desenvolvido na APS. O tema foi suscitado, a partir de relatos de mulheres, participantes do projeto, que se mostravam decepcionadas com o parto, demonstrando um distanciamento da expectativa criada e a experiência vivenciada, refletindo na construção de uma visão negativa deste momento único e singular que é o parto para o binômio mãe-filho.

Dessa forma, o estudo torna-se relevante, pois possibilita a análise da assistência prestada durante a gestação e o parto por meio dos sentimentos e experiências das primigestas, e assim, contribui na busca de um atendimento integralizado e humanizado para tornar as experiências que serão vivenciadas mais similares às expectativas. Neste cenário, observa-se a necessidade de um olhar mais atento à assistência prestada às mulheres, possibilitando experiências que sejam, além de benéficas, positivas em cada singularidade, reposicionando a mãe e o bebê como sujeitos ativos no processo de parir, por isso, a importância de estudos que tratem acerca das vivências durante o ciclo gravídico-puerperal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar as expectativas e experiências de primigestas acerca do parto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das primigestas;
- Identificar as expectativas de primigestas em relação ao parto;
- Descrever as experiências de primigestas vivenciadas durante o parto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PERÍODO GESTACIONAL

A gestação é um período no qual a mulher acomoda em seu ventre um ser, fornecendo meios necessários para a vida que é gerada. Corresponde a um momento em que a gestante passará por inúmeras alterações fisiológicas, decorrentes principalmente de fatores hormonais e mecânicos que envolvem vários sistemas do corpo, essas alterações observadas no organismo materno devem ser consideradas normais durante o estado gravídico, mas requer cuidados especiais para resguardar a saúde e o bem-estar da mulher e do concepto (ALMEIDA, 2005; MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

As modificações decorrentes da gestação no organismo e no corpo feminino marcam a vida da mulher, em especial, as primigestas, que estão vivenciando pela primeira vez o fenômeno da gestação, logo, todas essas mudanças acontecem de forma mais intensa. Algumas modificações são: alterações na postura e deambulação, predisposição a intensificar a hiperextensão da coluna cervical e lombar, congestão nasal, epistaxe, aumento da frequência respiratória, aumento das mamas, ganho de peso, náuseas e vômitos, dor pélvica, diminuição da pressão sanguínea, constipação intestinal, polaciúria, edemas em membros inferiores, entre outros (MONTENEGRO; REZENDE, 2014; MOTA *et al.*, 2013).

Ainda em relação às alterações corporais as gestantes apresentam hiperpigmentação no rosto (melasma gravídico), nas aréolas mamárias, no abdome inferior (líneanegra) e na vulva, todas ocorrem devido aos altos níveis de estrogênio e pela atuação do hormônio melanotrófico nos melanoblastos epidérmicos, aumentando a pigmentação. É comum o surgimento de estrias na região do abdome, mamas, nádegas e coxas, ocasionadas pela hiperdistensão da pele (MONTENEGRO; REZENDE, 2014; ARAUJO; REIS, 2012).

No âmbito psicológico há alterações significativas, como a mudança da imagem corporal, do papel social, e devido às mudanças no funcionamento do corpo, que por sua vez culminam com impactos no funcionamento psicológico, tornando a gestante com labilidade emocional aumentada (GUTMAN, 2016; ZAMMAR, 2016).

Ressalta-se que atualmente as mulheres vivenciam mudanças sociais importantes que podem concorrer com uma vida de dupla jornada, com atividades assalariadas e domésticas, o que pode levar a mudanças no projeto de vida, refletindo em dificuldade para vivenciar a maternidade, ou seja, as preocupações não estão relacionadas diretamente ao bebê, mas a vivência de situações limitantes, como a ausência do apoio da família, temor quanto ao futuro, medo concernente à aceitação da gravidez, ausência da figura paterna, questões financeiras,

desse modo, todos esses aspectos podem levar a gestante a vivenciar a maternidade negativamente, o que a deixa mais vulnerável ao desenvolvimento de perturbações emocionais (JESUS, 2017; LEITE *et al.*, 2014; VIEIRA; PARIZOTTO, 2013).

Logo, o acompanhamento da gravidez pela equipe de saúde é primordial para assegurar o bem-estar materno e fetal, pois este terá a função de favorecer a compreensão e adaptação às novas vivências da gestante, companheiro e familiares, além de empoderá-la quanto aos cuidados necessários para o parto, pós-parto e para o exercício da maternidade e paternidade (SANTOS, 2012).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

A gestação é um momento significativo tanto na vida da mulher como de sua família. É permeado por muitas dúvidas, curiosidades, mistura de sentimentos, como alegria, ansiedade e medo. Logo, todo esse período necessita ser acompanhado pela equipe de saúde, em especial o enfermeiro, para que transcorra da melhor maneira possível e prepare a mulher e seus familiares para o momento do parto e nascimento. Essa assistência ocorre por meio de uma atenção qualificada e humanizada, buscando compreender a pessoa em sua totalidade corpo e mente, considerando o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive, construindo uma cultura de respeito aos direitos humanos (OLIVEIRA, 2010; BRASIL, 2005a).

Diante disso, foi instituída pelo Ministério da Saúde a Rede Cegonha, que fortalece iniciativas como o cuidado integral durante a gravidez, parto e o nascimento, qualificação técnica da equipe da APS e maternidade, melhora da ambiência dos serviços de saúde para acolher a clientela, estimulação a adoção do parto fisiológico e a humanização de todos estes processos (BRASIL, 2012a).

Destaca-se que a assistência à saúde a gestante ocorre primordialmente através da APS, porta de entrada na rede de atenção à saúde (RAS). Este serviço acolhe a demanda garantindo um acompanhamento longitudinal e continuado. Evidencia-se que o pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível, com a finalidade de ofertar uma assistência digna à mulher, diagnosticar alterações e afecções antecipadamente e tratá-las, evitando que o conceito seja atingido, além de preparar a gestante para o momento do parto e nascimento (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2005a).

Neste contexto, o enfermeiro se insere na assistência ao pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde (2012a), o papel da enfermagem se inicia na consulta pré-concepcional com o casal que deseja ter filhos, no intuito de planejar a maternidade, identificar fatores de

risco ou doenças que possam trazer ameaças à ocorrência de uma futura gestação, logo, esta é uma ótima ferramenta para melhorar as estatísticas de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Assim, diante da suspeita de gravidez, qualquer profissional de saúde deve captar essa paciente para iniciar seu percurso na rede, ao adentrar na APS, a gestante deverá ser primeiramente acolhida, pois segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), esta se expressa em reconhecer como legítima e singular as necessidades de saúde, objetivando a construção de relação de confiança, compromisso e vínculo entre a equipe, o serviço e o usuário, pois quanto mais acolhedora à equipe for, maiores serão as chances das mulheres buscarem o aconselhamento pré-concepcional, realizarem a detecção precoce da gravidez e iniciarem antecipadamente o pré-natal (BRASIL, 2013).

No âmbito da assistência integral à saúde da mulher, o pré-natal deve ser direcionado com o objetivo de sanar às reais necessidades das gestantes, através dos conhecimentos técnico-científicos dos profissionais envolvidos e pelos meios e recursos disponíveis na rede. As ações de saúde devem cobrir toda a população-alvo pertencente à área da unidade de saúde, assegurando minimamente as gestantes seis consultas de pré-natais e continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação do impacto que as ações gerarão sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2012a).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) têm como objetivos assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, ao parto, puerpério e período neonatal, reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal com medidas complementares para melhorar a assistência à gestante. Durante as consultas são investigadas patologias, riscos de saúde, distúrbios emocionais, preparação psicológica para a maternidade e o parto, com a realização de orientações, ações de educação em saúde, dentre outras necessidades que a mulher e seus familiares apresentem (SILVA, 2013; ANDREUCCI *et al.*, 2011; BRASIL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), o profissional de enfermagem deve em suas consultas realizar orientações sobre a importância do pré-natal, número de consultas, agendamento destas, incentivar a participação ativa do pai nesse acompanhamento, durante o parto e nos cuidados com o RN, orientar sobre as mudanças físicas e psicológicas, incentivar a prática de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, alertar para o ganho de peso, os prejuízos que o consumo de drogas lícitas e ilícitas podem acarretar, entre outros.

Durante o período que antecede o parto é importante que seja realizado o preparo para o parto, através de condutas como a construção do plano de parto, incentivo ao parto

normal e ao protagonismo da mulher, potencializando a capacidade nata de dar à luz, os sinais e sintomas de parto, incentivo ao aleitamento, dentre outras questões. Assim, evidencia-se a importância da educação em saúde para o empoderamento da gestante e seus familiares, promovendo uma compreensão mais fácil do processo de gestação e parturição (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011).

Considerando as características preconizadas para a assistência no pré-natal, observa-se que a gestação corresponde a um dos principais indicadores do prognóstico do nascimento, importância justificada pelo seu caráter investigativo de agravos e pelo seu destacável papel de promoção à saúde. Entretanto, ainda há falhas durante essa assistência relacionadas às informações que as gestantes devem receber sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal, como também orientações para conduzirem o seu parto. Logo, vários são os fatores que podem influenciar o parto cesáreo, mas é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados e qualificados para acompanhar a mulher durante o pré-natal, garantindo práticas que abordem a promoção do parto normal (LEAL *et al.*, 2014).

3.3 ATENÇÃO AO PARTO

O momento do parto é uma experiência importante na vida da gestante, pois é único para cada mulher, uma vez que é regado por processos sociais, coletivos e biológicos, com envolvimento da família e do meio em que vive (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

Ressalta-se que a gestante tem o direito de participar ativamente das decisões sobre sua saúde, inclusive na escolha da pessoa que irá acompanhá-la durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e o tipo de parto que se submeterá, mas para que possa escolher a via de parto, deve ser ciente que o melhor tipo de parto é o que melhor se adequa às condições de sua gravidez, ou seja, a decisão deve considerar os ganhos em saúde e seus possíveis riscos e as opiniões precisam ser informadas claramente e compartilhadas entre a gestante e a equipe de saúde (BRASIL, 2016a; NASCIMENTO *et al.*, 2015; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2005b;).

As decisões relacionadas ao parto podem ser legitimadas através do Plano de Parto, que é um documento legal, escrito pela gestante com ajuda do profissional de saúde, realizado após a mulher ser informada sobre a gravidez e o processo de parto, deve considerar os valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre o parto ao longo da gestação, esse documento auxiliará na prestação de uma assistência qualificada e incentiva a autonomia da mulher, proporcionando o maior controle sobre o processo de parir (SANTOS *et al.*, 2019).

As alternativas ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para parir são o parto cesáreo e o parto normal. A Rede Cegonha tem como um dos seus objetivos aconselhar as gestantes sobre os benefícios do parto normal, destacando que a cesárea deverá ser realizada somente quando for necessária, a fim de diminuir os índices de mortalidade materna e neonatal que estão mais associadas a esse tipo de parto. O Brasil apresenta patamares elevados de mortalidade nesse público, por esta razão a mortalidade materna e a proporção de crianças que morrem antes dos 28 dias são consideradas indicadores sensíveis das condições de vida e saúde de uma população (BRASIL, 2004).

Com o propósito de reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal o Ministério da Saúde criou O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cientes que toda gestação está exposta a riscos e que o maior número de óbitos maternos ocorrem no momento do trabalho de parto, parto e nas primeiras vinte e quatro horas pós-parto, logo uma das maneiras de mudar esse cenário é através do diagnóstico e tratamento precoces (BRASIL, 2005c; CRM, 2019).

O parto normal também chamado de parto vaginal agrega inúmeras vantagens quando comparado com o parto cesáreo, logo, mostra-se como a forma ideal de dar a luz, pois é natural, têm menos custos, a recuperação é mais rápida, destacando que o parto vaginal contribui no término da maturação do bebê, pois ao passar pela bacia da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, facilitando que a água presente nos pulmões sejam expelidas, ajudando na respiração e diminuindo os riscos de problemas respiratórios (BRASIL, 2012a).

Já o parto cesáreo trata-se de um procedimento cirúrgico, que para ser realizado deve haver um motivo clínico, pois envolve vários riscos como o aumento da morbidade e mortalidade materna e neonatal, maiores riscos de prematuridade, infecções puerperais, por fatores como retardo da recuperação, maior tempo de internação, maior gasto para instituição, utilização de mais medicamentos e início tardio da amamentação (COLETI, 2014; MANDARINO *et al.*, 2009).

Clinicamente o parto é dividido em três fases principais, precedida do período premunitório, caracterizada pela decida de 2 a 4 cm do fundo uterino, nesta fase ocorre o amolecimento do colo de forma mais acentuada, caracterizando a maturidade, o final desta fase e início da próxima não é facilmente estabelecido. O trabalho de parto é subdividido em períodos e tem como primeiro período a fase de dilatação, que inicia com as contrações uterinas dolorosas, as quais realizam modificações na cérvix e termina quando a amplitude máxima for atingida, que é 10 cm de dilatação, nesta fase ocorrem dois fenômenos, o

apagamento do colo e a dilatação da cérvice, que são eventos distintos e ocorrem respectivamente nesta ordem nas primíparas (MONTENEGRO; REZENDE, 2014).

Segundo os autores supracitados, o segundo período é a fase de expulsão, esta se inicia quando a dilatação está completa e se encerra com a saída do feto, no transcorrer desta fase ocorrem contrações uterinas sucessivas de forma intensa e com intervalos progressivamente menores; para o seu êxito é necessário à existência de dois fatores, a sístole involuntária do útero e contração voluntária da prensa abdominal. O terceiro período é o secundamento, que é subdividido em três momentos, descolamento da placenta, decida e expulsão; este período ocorre após o nascimento do feto.

Destaca-se que a atenção adequada à mulher no momento do parto é substancial para garantir que a maternidade seja exercida de maneira segura e com satisfação, este é um direito fundamental e a equipe de saúde é essencial, logo, deve ser preparada para acolher a gestante, seu companheiro e familiares, respeitando todos os significados atribuídos a este momento, pois, essa conduta facilitará a criação de um vínculo, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade (CRM, 2019; BRASIL, 2001).

3.4 EXPECTATIVAS ACERCA DO PARTO E EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS

O fenômeno da gravidez é uma experiência complexa por desencadear nas mulheres diversos aspectos que diferem para cada indivíduo, as alterações abrangem dimensões biológicas, evidenciado por mudanças fisiológicas e anatômicas e no tocante social, envolvendo o coletivo, a família e o meio ao qual está inserida (SANTOS *et al.*, 2010).

A partir da descoberta da gestação, a mulher e os familiares criam expectativas no que tange o trabalho de parto e parto e esperam que ocorram da melhor maneira possível, pois caso suceda alguma intercorrência, o nascimento da criança poderá tornar-se uma dolorosa experiência, com potencial de desencadear problemas para a gestante no transcorrer da vida (SILVA *et al.*, 2015).

O parto é um momento esperado e regado de diversos sentimentos, dentre eles o de insegurança, medo e angústia, pois são experiências novas, e o despertar desses sentimentos está muitas vezes relacionado a aspectos como: a real efetivação da presença do acompanhante de sua escolha, a intensidade das dores e se suportará, o tratamento que a equipe de saúde irá ofertar, possíveis complicações durante o trabalho de parto, mudanças que irão ocorrer na vida social, morte, dentre outros fatores. Diante disto, faz necessária a efetivação de ação educativa durante o pré-natal, objetivando o preparo da gestante para vivenciar todo o processo que envolve a maternidade, empoderando-a para que possa

conduzir com mais autonomia a gestação e o parto, participando efetivamente de todo o processo (BRITO *et al.*, 2015).

As ações educativas refletem nessas experiências, pois estas são simbólicas, portanto, por meio da interação com outras mulheres que já passaram por estas vivências, as primíparas e múltíparas que cultivam sentimentos negativos, se aproximam de realidades diferentes, como a de um parto que pode ser uma experiência natural, de superação, fortalecedora, prazerosa, e única, levando a mulher a reinterpretar a realidade vivenciada (CASTRO, 2014).

No que tange as experiências vivenciadas, o estudo de Rodrigues (2017), destaca a dor como o principal aspecto evidenciado pelas mulheres, que a descreveram como desagradável e que com frequência coexistem com outros sentimentos, como desespero, preocupação, nervosismo, cansaço e principalmente, o medo, causando estresse, ansiedade e fragilidade emocional.

Diante dos eventos supracitados, fica claro que estes contribuem como fatores com grande potencial estressor, logo, os profissionais de saúde em conjunto com a puérpera e familiares devem trabalhar as vivências para que o vínculo mãe, pai, bebê e demais familiares não sejam afetados negativamente (ESPER; FURTADO, 2010).

Portanto, a atuação do profissional de saúde na preparação da mulher para gestação e para o parto é fundamental, com intenção de prepará-las para percorrer por esses momentos de forma satisfatória. Nesta conformação a significação do parto terá maior chance de ser positiva, contribuindo para a dinâmica de construção e reconstrução da cultura, uma vez que historicamente algumas culturas associam o trabalho de parto e parto a termos como agonia, provação, medo, terror, sofrimento, morte, podendo causar consequências para o puerpério e influenciar nas concepções e vivências da maternidade (TOSTES; SEIDL, 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, de caráter exploratório, descritivo com abordagem qualitativa.

Para Gil (2008), o estudo de campo preocupa-se em aprofundar a investigação nas questões propostas pela pesquisa, por esta razão, o planejamento deste se configura mais flexível, permitindo ao pesquisador reformular os objetivos do estudo no transcorrer do mesmo. O objeto de estudo pode ter como foco uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, já que pode ser voltada para qualquer outra atividade humana, evidenciando a interação entre seus componentes.

O estudo descritivo visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre estas. A principal característica do estudo está na aplicação de técnica padronizada para realizar a coleta de dados. Já o estudo exploratório tem como intuito, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com a finalidade de elaborar problemas com mais exatidão ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, à vista disso, o produto final deste processo será um problema mais esclarecido, passível de investigação (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010; GIL, 2008).

A abordagem qualitativa busca explicar o porquê das coisas, investiga profundamente os fenômenos que se pesquisa, como as atitudes das pessoas, coletividades ou organizações em seu ambiente ou contexto social, interpretando-os conforme o ponto de vista das pessoas. Os dados analisados são não-métricos e se valem de diferentes abordagens (KAUARK, MANHÃES; MEDEIROS, 2010; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Cajazeiras, que está situado no Estado da Paraíba, e se estende por aproximadamente 565.899 km², apresentando um clima tropical quente-úmido. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017) o mesmo conta com uma população de 62.187 habitantes, em estimativa de 2017. Esta cidade figura-se a 4^a Macrorregião de Saúde e 9^a Gerência Regional de Saúde da Paraíba.

A execução do estudo, de forma mais precisa, ocorreu tanto nos domicílios das participantes como nas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município em questão, que atualmente conta com 23 unidades, das quais 17 se encontram na zona urbana e seis se localizam na zona rural.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida como um conjunto que exhibe determinadas características, as quais serão observadas por meio de estudos, logo, é um grupo de elementos que mostram determinados atributos em comum. Por sua vez, a amostra é uma parte, a qual foi selecionada do conjunto universo, ou seja, da população, de forma pertinente ao estudo, logo, pode ser considerado um subconjunto do universo (GIL, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2003).

A população do estudo foi constituída por 165 primigestas cadastradas nas ESF no município de Cajazeiras, Pb, porém a amostra obtida e apresentada no presente estudo foi composta por 11 primigestas, que aceitaram participar da pesquisa e que foram selecionadas a partir dos critérios de inclusão e exclusão aplicados, assim como por meio de saturação teórica, ou seja, quando as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentavam ao material já coletado, não havendo a necessidade de persistir em sua obtenção.

Destaca-se assim, que não foi aplicado nenhum teste estatístico para composição da amostra, pois a coleta ocorreu de maneira aleatória e de acordo com a disponibilidade da gestante.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão que foram empregados para selecionar a amostra do estudo foram primigestas com idade igual ou superior a 18 anos, cadastradas nas ESF localizadas na zona urbana e que estavam no terceiro trimestre de gestação.

Os critérios de exclusão adotados pelo estudo foram primigestas com diagnósticos de transtornos mentais e/ou dificuldade de comunicação e mulheres que tiveram gestação anterior interrompida decorrente de um aborto ou uma perda fetal

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi solicitado da Rede Escola do Município de Cajazeiras, após apresentar a proposta da pesquisa, a emissão do Termo de Anuência para execução do estudo.

Posteriormente o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)/Centro de Formação de Professores (CFP), por intermédio da Plataforma Brasil, e após aprovação do mesmo foi realizada a coleta de dados propriamente dita.

Em seguida a pesquisadora entrou em contato com os enfermeiros atuantes nas ESF da zona urbana da cidade de Cajazeiras com o intuito de apresentar os objetivos da pesquisa e

identificar quais eram as primigestas acompanhadas por estas unidades de saúde, para assim, contatá-las e programar os encontros.

Após essa identificação inicial realizou-se contato pessoalmente para determinar a amostra, como também o agendamento de datas e horários para a realização da coleta que ocorreram tanto nas ESF como no domicílio das participantes. A coleta de dados foi realizada em dois momentos: O primeiro momento aconteceu nas ESF com a mulher ainda gestante, abordando as expectativas das primigestas sobre o trabalho de parto e parto e o segundo momento ocorreu no domicílio das participantes após o parto, pois abordou as experiências vivenciadas durante o processo de parturição.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, através de um roteiro elaborado pelas pesquisadoras (APÊNDICE A), construído com base nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e Cartilha sobre o Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, ambos são materiais disponíveis pelo MS.

Segundo Gil (2008), a entrevista é conceituada como uma técnica onde o investigador formula questionamentos e apresenta ao participante, com o objetivo de extrair dados que satisfaça o interesse da investigação. Sucintamente esta é uma forma de diálogo assimétrico, onde uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

O instrumento de coleta de dados foi composto por variáveis sociodemográficas, obstétricas e questões norteadoras que buscaram investigar as expectativas e experiências de primigestas acerca do parto.

Salienta-se que a entrevista só foi realizada após elucidação dos objetivos da pesquisa, metodologia, aspectos éticos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B). Destacando que tal documento foi assinado em duas vias, onde uma ficou com a participante e outra sob posse da pesquisadora.

As entrevistas foram gravadas com a utilização de um gravador portátil e posteriormente foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados sociodemográficos e obstétricos se deu por meio da estatística descritiva. Os mesmos foram tratados com auxílio do programa Statistics TM Software (SPSS® IBM company, version 17, USA) e organizados em tabela, apresentando as

frequências absolutas e relativas, e os resultados discutidos a partir do embasamento teórico sobre a temática.

Para análise das questões subjetivas foi adotado como base a técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, que conforme Bardin (2011), essa técnica torna possível a transcrição para textos escritos, portanto, tudo que pode ser transformado em textos são passíveis de análise, além de se poder utilizar de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Dessa forma, essa modalidade procura descobrir os núcleos de sentido que compõem a mensagem, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analisado.

De acordo com o autor supracitado a análise do conteúdo é composta por três etapas: A primeira é descrita como pré-análise, que tem como objetivo a seleção dos documentos que serão analisados, formulação das hipóteses, que são explicações antecipadas do fenômeno observado, ou seja, afirmações iniciais que podem ser comprovadas ou refutadas ao final do estudo e dos objetivos e por fim a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A segunda etapa, fase de análise, que corresponde na administração sistemática das decisões tomadas, em suma, constitui substancialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas na pré-análise, ou seja, remete-se à aplicação das idéias da etapa anterior, onde se codifica os dados, logo, configura-se um processo onde os dados são transformados sistematicamente e agregados em unidades de registro, que caracteriza no recorte que se dará na pesquisa.

Minayo (2013) afirma que na segunda etapa busca-se alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio de categorias, que são expressões significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

E por fim, o tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, cujos resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, para isto estes são submetidos a testes de validação, com o propósito de viabilizar ao analista resultados significativos e fiéis, possibilitando propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou com relação a descobertas inesperadas (BARDIN, 2011).

Portanto, com a análise das falas das participantes, no que tange as expectativas das primigestas com relação ao trabalho de parto, emergiram as seguintes categorias: Perspectivas positivas sobre o parto; Expectativas negativas acerca do parto e Preferência por parto cesáreo. E com relação às experiências vivenciadas pelas primigestas surgiram as categorias: Expectativas acerca do parto não alcançadas; Experiências negativas acerca do parto e A escolha contínua por parto cesáreo.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo prosseguiu cumprindo os princípios éticos presentes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, após parecer favorável de nº 3.438.188 pelo CEP, seguindo as normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, e no cumprimento do TCLE, que foi lido e assinado pela participante (BRASIL, 2012b).

É importante evidenciar que durante a execução da pesquisa foi respeitada a confidencialidade dos dados coletados, bem como as participantes foram informadas que as entrevistas seriam gravadas de acordo com o seu consentimento. Para garantia do sigilo das participantes, as mesmas foram codificadas por meio de nome de flores.

Foi direito das entrevistadas decidirem por participar ou não da pesquisa, sem que isto causasse danos, prejuízo ou constrangimento as mesmas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa são apresentados de acordo com a descrição das participantes, onde os dados sócio-demográficos e obstétricos estão expostos em tabela e as falas das entrevistadas encontram-se dispostas por meio do método de categorias temáticas, onde tem a intenção de atingir os objetivos apresentados no estudo, divididos em dois momentos, o primeiro corresponde às expectativas das primigestas acerca do parto e o segundo momento trata sobre as experiências vivenciadas durante o parto.

Foram analisadas 11 entrevistas de primigestas cadastradas nas ESF da cidade de Cajazeiras, Pb.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PARTICIPANTES

Na tabela 1 foram descritas as variáveis sociodemográficas das primigestas, objetivando conhecer as características das participantes.

Tabela 1 - Descrição dos dados sociodemográficos das participantes da pesquisa. Cajazeiras, Pb.

VARIÁVEIS	Frequência (F)	Porcentagem (%)
Idade		
18 a 22 anos	06	54,6
23 a 27 anos	02	18,2
28 a 32 anos	01	9,0
Maiores de 32 anos	02	18,2
Situação Conjugal		
Solteira	04	36,4
Casada	07	63,6
Escolaridade		
Fundamental incompleto	03	27,3
Ensino médio incompleto	01	9,0
Ensino médio completo	05	45,5
Superior completo	02	18,2
TOTAL	11	100

Fonte: Dados da pesquisa, (2019).

De acordo com a tabela 1 a idade das mulheres variou de 18 a 39 anos, com uma prevalência de mulheres na faixa etária de 18 a 22 anos de idade com 54,6%. Portanto, pode-se evidenciar que este dado não se concentra na faixa etária de risco, apresentada no Manual de Pré-natal de Baixo Risco, que preconiza como fator de risco, gestantes com idade menor que 15 anos ou superior a 35 anos (BRASIL, 2012a).

Isso pode está associado ao fato das mulheres estarem engravidando tardiamente e esse fenômeno tem como uma de suas explicações à inserção da mulher no mercado de trabalho e os efetivos métodos contraceptivos que estão sempre evoluindo, possibilitando que ocorra um planejamento familiar mais eficaz, oportunizando que a mulher escolha em qual momento da vida irá engravidar e o número de filhos que deseja (BAYLÃO; SCHETTINO, 2014).

Com relação à situação conjugal, 63,6% das mulheres relataram ser casadas, logo, os profissionais de saúde devem fortalecer a participação do pai durante a gestação e o processo de parir, que é um momento delicado na vida da mulher, por essa razão a presença do homem tem importância no enfrentamento das transformações corporais, bem como as mudanças psíquicas e hormonais inerentes a essa fase da vida. Ter o parceiro, que é uma figura íntima e de confiança da mulher ofertando cuidado e apoio, permitirá um melhor enfrentamento desse processo. Além de mudar o papel do homem, que passará de mero espectador do processo de gerar e parir geralmente exclusivo da mulher, para um papel de protagonismo desses momentos (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

No tocante a escolaridade, observa-se que 45,5% das mulheres têm ensino médio completo, resultados que se distingue de outros estudos, onde geralmente o maior público apresenta baixa escolaridade. O nível de escolaridade é importante na qualidade do pré-natal, pois a baixa escolaridade pode estar relacionada a condições socioeconômicas desfavoráveis e ser um fator de risco obstétrico, por interferir no processo de comunicação entre o locutor e interlocutor, onde este apresenta dificuldades para entender as informações repassadas, logo, a educação em saúde fica deficiente, refletindo diretamente na qualidade da saúde do binômio mãe-filho (BARBOSA *et al.*, 2013).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS OBSTÉTRICOS DAS PARTICIPANTES

De acordo com a tabela 2, foram evidenciadas as variáveis obstétricas para avaliar aspectos relacionados à gravidez e parto.

Tabela 2- Descrição dos dados obstétricos das participantes da pesquisa. Cajazeiras, Pb.

VARIÁVEIS	Frequência (F)	Porcentagem (%)
Gravidez planejada		
Sim	04	36,4
Não	07	63,6
Número de consultas de pré-natal		
1 a 5	03	27,3
6 a 12	08	72,7
Parto de preferência		

Vaginal	4	36,4
Cesáreo	7	63,6
TOTAL	11	100

Fonte: Dados da pesquisa, (2019).

Destaca-se que sete gestações (63,6%) não foram planejadas, incitando a atenção, pois no Brasil, a gestação não planejada é considerada um problema de saúde pública, por ser responsável por agravos relacionados à saúde reprodutiva, materna e perinatal, pois tem potencial de afetar diretamente nos cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal (BONATTI, *et al.*, 2018).

No tocante ao número de consultas, 72,2% das gestantes realizaram entre seis a doze consultas de pré-natal, sendo estas efetivadas de forma intercalada entre o profissional enfermeiro e médico. Demonstrando que as gestantes aderiram às consultas de pré-natal conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que considera seis consultas como total mínimo para as mulheres classificadas para o pré-natal de baixo risco. O acompanhamento do pré-natal é importante ferramenta para reduzir os indicadores de morbimortalidade materna e promover melhor qualidade de vida na gestação e puerpério (OLIVEIRA; BARBOSA; MELO, 2016b; BRASIL, 2012).

Em relação à escolha da via do parto de preferência das entrevistadas, 63,6% delas optaram pelo parto cesáreo, sem que houvesse nenhuma indicação médica, o que corrobora com a estatística do Brasil, onde os partos cesáreos estão em ascensão nos últimos anos, diante disso, o MS emitiu uma declaração que considera a taxa ideal de cesáreas entre 10% e 15% de todos os partos, pois estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal. Logo, os profissionais de saúde em especial os da classe médica e da enfermagem devem em suas consultas realizarem educação em saúde, abordando os tipos de parto com seus riscos e benéficos, destacando a associação de parto cesáreo com eventos indesejados para o binômio, pois a informação tem potencial de modificar o atual cenário no campo obstétrico, mulheres bem orientadas, geralmente preferem o parto normal, pois o medo está comumente relacionado à desinformação (OLIVEIRA *et al.*, 2016a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

5.3 ANÁLISE DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

As entrevistas com as participantes foram realizadas em dois momentos, no primeiro momento com as mulheres ainda gestantes, objetivando identificar as expectativas por elas

cultivadas acerca do parto, enquanto o segundo momento ocorreu após a vivência do trabalho de parto e parto, para que fossem extraídas as experiências adquiridas durante este período.

As falas das participantes do estudo foram minuciosamente analisadas e em relação às expectativas sobre o parto, foi possível extrair as seguintes categorias: Perspectivas positivas sobre o parto; Expectativas negativas acerca do parto; Preferência por parto cesáreo.

Considerando a resposta das participantes sobre o que seria um bom parto, foram analisadas e extraídas expectativas positivas, emergindo assim, a Categoria “**Perspectivas positivas sobre o parto**” a qual foi dividida em duas subcategorias: “Atendimento acolhedor durante o parto” e “Parto sem intercorrências”.

Categoria: “Perspectivas positivas sobre o parto”

Subcategoria 1 - Atendimento acolhedor durante o parto

A partir do relato de quatro participantes evidenciou-se que um bom parto corresponde à forma como serão atendidas pelos profissionais do serviço de saúde, ou seja, um bom parto para elas é sinônimo de acolhimento, apoio, escuta qualificada, respeito, como está expresso nas falas que seguem:

“[...] ter acolhimento, todo aquele preparo, uma conversa antes... você tem toda uma equipe disciplinar ou multidisciplinar para te acolher... isso torna tudo mais seguro, você sente mais amparada, protegida”. (LÓTUS)

“Ser bem atendida, ter os melhores médicos da maternidade [...]”.
(CAMÉLIA)

“[...] ser atendida com respeito [...]”. (GIRASSOL)

“Eu acho que primeiro o apoio que você tem da equipe da maternidade, você ser bem recebida, por que geralmente a mulher já chega no estado bem nervosa, preocupada, principalmente como eu, mãe de primeira viagem... é você ter um bom apoio, você ter uma segurança, chegar no ambiente onde tem profissionais que vai te acalmar, tranquilizar [...]”. (ÍRIS)

Pôde-se perceber que o processo de parturição em si não era o foco principal dessas mulheres, mas a forma como seriam recebidas por parte dos profissionais de saúde na maternidade.

Considerando que o parto constitui um momento único na vida da mulher e familiares, principalmente das primigestas, por estarem vivenciando este momento pela

primeira vez, como declarado por Iris, as mulheres chegam à maternidade temerosas e nervosas, e devido à repercussão destes sentimentos elas acabam se preocupando mais com a maneira que os profissionais irão agir do que com o próprio parto, por esta razão, os profissionais do serviço necessitam de estarem capacitados a recebê-las de forma humanizada, acolhedora e com escuta qualificada.

O acolhimento está atrelado ao princípio do SUS de acesso universal, seja às unidades e serviços, à qualidade da assistência que corresponde escuta ativa, vínculo, responsabilização, resolutividade e acesso à continuidade do cuidado. Portanto, acolhimento traduz-se em uma atitude de inclusão, é uma postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e à integralidade da assistência (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva, com objetivo de qualificar a atenção em saúde, foi criada a PNH pelo MS, objetivando estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto. Logo, a PNH, traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa e permitindo que expresse suas preocupações (BRASIL, 2013).

Desse modo, o acolhimento corresponde a uma diretriz da PNH e no que condiz a mulher durante a vivência do parto, é de extrema importância a forma como o profissional acolhe, pois por meio deste acolhimento é possível estabelecer um vínculo com a usuária, deixando-a mais segura, confiante e confortável diante a experiência nova, que é o parto, ofertando uma assistência diferenciada, e contribuindo assim, para que se sintam protagonistas do processo de parturição, respeitadas e importantes para a equipe de saúde (PEÑARRIETA; MOREIRA; LEAL, 2018).

Fica claro que as mulheres esperam encontrar nos profissionais de saúde pessoas fortes, que ofertem segurança, conhecimento e ao mesmo tempo sejam sensíveis, que possam acolhê-las e ampará-las no transcorrer de sua passagem ao serviço de saúde.

E dentre esses profissionais, o enfermeiro, é um dos primeiros funcionários da equipe que recebe a gestante no serviço, portanto, através do enfermeiro é possível fazer a diferença no atendimento, pois ele tem a oportunidade de acolher a mulher desde sua chegada, logo, com a realização de um cuidado integral somada ao processo de enfermagem possibilita prestar uma assistência individualizada à parturiente, baseada no conhecimento científico, mas tendo como foco principal o acolhimento. Assim, a função desse profissional é colaborar com este momento, criando condições favoráveis para um parto seguro e humanizado (ALVES *et al.*, 2017).

Com isso, é necessário que os profissionais cada vez mais se empoderem desses princípios, pois como evidenciado nas falas das participantes a maneira como são tratadas é algo muito importante para elas e representa o desejo de muitas.

Assim, a conduta dos profissionais frente ao acolhimento e assistência, ajuda as primigestas a enfrentarem de maneira positiva o trabalho de parto, modificando o entendimento da população acerca do assunto, tornando a mulher segura para que possa ser protagonista do seu parto (BRASIL, 2014).

Subcategoria 2 - Parto sem intercorrências

De acordo com duas participantes, um bom parto corresponde a um parto sem intervenção médica bem como sem a presença de intercorrências, como apresentado nas falas:

“Um bom parto seria na data planejada sem nenhum risco para mim e para o bebê, sem nenhum sofrimento e sem nenhuma alteração na minha situação principalmente na questão da pressão [...]”. (ROSA)

“Um bom parto para mim seria aquele que eu pudesse ter de forma natural, espontânea sem precisar de alguma intervenção médica [...]”. (LÓTUS)

As intercorrências são alterações no curso fisiológico da gestação, acometendo gestante de baixo e alto risco, por essa razão, é significativo evidenciar a importância de comparecer às consultas de pré-natal, pois um número alto de morte materna e fetal ocorre, por problemas relacionados à prevenção, ou seja, causas que poderiam ter sido evitadas durante as consultas de pré-natal, logo, é importante que as gestantes e seus familiares tenham consciência da relevância das consultas para o bom andamento do ciclo gravídico-puerperal (CALEGARI *et al.*, 2016).

Assim, para que as expectativas dessas gestantes sejam alcançadas durante o parto, é necessário um acompanhamento durante todo o período gestacional. As consultas de pré-natal são importantes para a saúde do binômio mãe-filho, portanto, devem iniciar o mais precocemente possível, uma vez que é preconizado pelo MS um número igual ou superior a seis consultas, pois objetiva assegurar o desenvolvimento saudável da gestação, oportunizando que o profissional identifique mulheres com risco aumentado para complicações durante a gestação e o parto e assim, sendo possível adotar recursos que viabilize uma gravidez e parto saudável, diminuindo as chances de intercorrências (DIAS, 2014; BRASIL, 2012a).

A participante Rosa compartilha do pensamento de que um bom parto é aquele sem intervenção médica, ao relatar que este deve acontecer sem riscos para sua saúde e de seu filho, bem como sem alterações, destacando em seu caso, acerca principalmente da pressão arterial.

A hipertensão arterial gestacional é uma intercorrência frequente, e responsável por um número considerável de óbitos maternos e fetais, um problema comum e pode ser tratado durante o pré-natal, está presente em cerca de 10% das gestações, sendo a maior causa de óbito materno se não for tratada previamente. Com relação ao bebê, a incidência de nascimento de prematuros, no grupo de mães que realizam o pré-natal não chega a 10%, sendo que os que não têm o acompanhamento apropriado chegam a 40%. Logo, o acompanhamento adequado está intimamente relacionado a benefícios para o binômio mãe-filho, por propiciar a detecção e o tratamento oportuno de morbidades (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016; DIAS, 2014).

É relevante também enfatizar que durante essas consultas uma importante ação a ser desenvolvida pelo profissional frente a este atendimento corresponde a ações de educação em saúde, pois oportuniza a formação de vínculo da gestante com o serviço de saúde, além de torná-la protagonista do processo e contribuir para orientá-la em relação a sua corresponsabilidade, assim, essa atitude ajudará a encarar a gestação e o momento de parir como um processo fisiológico, proporcionando condições para que seja uma experiência gratificante (MOREIRA, 2013).

Como relatado por Lótus, pois seu desejo permeia sobre a vontade de ter seu filho de forma natural, ou seja, por meio do parto vaginal, sendo assim, importante evidenciar acerca dessa sua expectativa, já que na maioria das vezes, as primigestas desejam o parto cesáreo justamente pelo medo do sofrimento, da dor associado ao parto vaginal. No entanto, a participante enfatiza essa sua vontade e ainda complementa que um bom parto seria sem intervenção médica.

Fica nítido na fala de Lótus, o desejo de fugir do modelo de assistência tecnocrática, no qual predomina soluções técnicas e racionais, desprezando os aspectos emocionais, sociais e culturais das mulheres, pois esta acredita que seu corpo é capaz de dar a luz sem intervenção (SANTOS *et al.*, 2018). De natureza igual no estudo de Velho *et al.*, (2014), uma parte da amostra declarou a preferência por esta via de parto, por ser um momento lindo, maravilhoso, gratificante, algo mágico, encantado, cheio de prazer e alegria.

O pré-natal tem um importante papel na concretização destas expectativas, pois durante as consultas deve haver uma preparação da mulher e seus familiares para o parto, isso

irá equilibra-la e torná-la protagonista do seu trabalho de parto e nascimento, culminando em uma ação participativa, informada, controlada e exultante por parte da mulher e da sua família (JANEIRO, 2013).

Ainda sobre a opinião das gestantes sobre o que seria um bom parto, foram identificadas também perspectivas negativas, apesar da pergunta ser de cunho positivo. Então, algumas mulheres em uma mesma resposta evidenciaram tanto expectativas positivas como mostrado anteriormente como expectativas negativas. Por isso, percebeu-se a necessidade de retratar sobre essas falas, surgindo à categoria: “**Expectativas negativas acerca do parto**”, subdividida em duas subcategorias: “Medo de vivenciar violência obstétrica” e “Medo da dor”.

Categoria: “Expectativas negativas acerca do parto”

Subcategoria 1 - Medo de vivenciar violência obstétrica

Analisando o conteúdo das entrevistas, sobressaiu o temor das mulheres em serem vítimas de violência obstétrica, percebe-se que por serem primigestas são mais influenciadas pelo discurso popular, e esse temor tem sua justificativa na vivência de outras mulheres, que orientam a estas não expressarem seus sentimentos e serem apenas objeto nas mãos dos profissionais.

“Que eu chegue na maternidade e não sofra igual o que algumas sofrem, com demora para receber o atendimento [...]”. (LAVANDA)

“[...] dizem que quando você chega com dor lá, você ficar chorando ou alguma coisa assim eles deixam você por ultimo então isso é errado, que eles tem um modo de dizer que não foi bom fazer?... a gente esta para ser atendida bem não desrespeitada com essa ignorância [...]”. (GIRASSOL)

“[...] Minha sogra fala direto... Que quando for para ter bebê não pode fazer muito escândalo lá, se não é atendida [...]”. (LISIANTO)

“[...] eu não sei como anda a maternidade hoje, mas antigamente as mulheres sofriam mais, elas sofriam tanto agressão psicológica, por que ouviam muitas piadas, muitas indiretas como fisicamente... eu me sentir agredida no parto, por que às vezes tem mulheres que sofrem muito na hora do parto e as vezes em vez de ser um parto saudável natural ele é praticamente explorado ali é uma agressão[...].” (LÓTUS)

Ao longo dos séculos, o processo do parto, que antes era tido como fisiológico e realizado em domicílio, com auxílio de uma parteira que era formada pelo conhecimento empírico, tornou-se complexo, de atribuição médica e sendo efetivado dentro de instituições, dando origem ao modelo tecnocrático. Com o surgimento deste modelo, que tem se tornado predominante nos dias atuais, a mulher e o bebê deixam de ser o foco central do processo de parto e o médico assume esse papel, sendo ele provido de avançada tecnologia capaz de regular o momento do parto de modo a facilitar o desempenho de seu trabalho (MAIA, 2010).

Desse modo, os profissionais de saúde munidos de sua autoridade técnico-científica, usam destas para manter a obediência e as regras, quebrando as interações humanas, logo, fragilizando o vínculo entre paciente e profissionais, refletindo na desconfiança da qualidade do cuidado prestado, além de causar a perda da autonomia da mulher e do livre direito de decidir sobre seu corpo. Assim, esse cenário é propício para a consolidação das diferentes formas de violência exercidas durante a assistência ao trabalho de parto e parto (JARDIM; MODENA, 2018).

A violência obstétrica (VO) caracteriza-se pela ocorrência da violação dos direitos das mulheres, que acontece geralmente por parte dos profissionais de saúde, onde estes se apropriam do corpo e processos reprodutivos e sexuais das mulheres, resultando em perda da autonomia e da capacidade de livre decisão sobre sua própria sexualidade e corpo. A VO pode ser categorizada em: violência institucional, violência física, violência sexual, violência verbal e psicológica (ZANARDO *et al.*, 2017).

Os tipos de VO citados pelas participantes foram negligência da equipe, ao relatar que se a mulher expressar sua dor por meio do choro, eles retardam o atendimento, bem como demoram a prestar o atendimento, além de agressão psicológica e verbal, através de falas irônicas dos profissionais de saúde.

Na perspectiva de acabar com VO e realizar boas práticas obstétricas, a equipe de saúde deve adotar em sua assistência a prática do acolhimento e do atendimento humanizado, preconizado pela PNH, além de estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuário, com o intuito de construir um processo coletivo de enfrentamento, visando inibir as atitudes e práticas desumanas que dificulta a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

Segundo Moura (2018), a equipe de saúde, como por exemplo o enfermeiro, deve trabalhar valorizando a singularidade, a essência humana e respeitando as emoções da parturiente de forma a não desvalorizá-la durante o parto, além de assegurar o acesso ao atendimento digno, permitindo que a gestante visite com antecedência o serviço de saúde que

será realizado seu parto, promover um ambiente que a mulher sinta-se a vontade, encorajá-la no momento de dor, ofertar ventilação e iluminação adequada, garantindo o máximo de privacidade, fornecer alimentação, garantir banho com água corrente e permitir que a mulher escolha a melhor posição para parir.

Uma assistência que utiliza dessas ações supracitadas facilitará a ocorrência de um parto marcante na vida da mulher, pois os cuidados despendidos são baseados no protagonismo da parturiente, tornado este momento humanizado e mais fisiológico, pois dar a luz é um processo natural, cabendo aos profissionais apenas o apoio emocional, acolhimento, atenção e humanização.

Subcategoria 2 - Medo da dor

O medo da dor prevaleceu nas falas da grande maioria das mulheres, e isso pode está associado ao fato principalmente de serem primigestas e estarem vivenciando esse momento pela primeira vez.

“[...] como é a dor, a força que tem que colocar”. (HORTÊNCIA)

“[...] como vai ser, qual o nível da dor, quanto tempo demora, se a criança sofre também [...]”. (ÍRIS)

“Um parto que não sentisse dor”. (EDNÁRIA)

“[...]vixe eu me sinto muito fraca então eu acho que normal sei lá eu acho que não consigo é muita dor eu nunca tive filho[...]”. (GIRASSOL)

“[...] um bom parto [...] seria sem sentir muita dor [...] o medo que toma conta de mim”. (MARGARIDA)

O parto normal, como um processo doloroso parece ser uma experiência tão antiga quanto à própria existência humana. No curso de tantos séculos a consagração da dor no parto como sofrimento tem sido incutida no imaginário feminino, deste modo, constitui um componente cultural de que o parto normal tem uma conotação e um significado de experiência traumática para a mulher, pois esta associada à ideia de sofrimento (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

Considerando que a significação do parto é construída e reconstruída dinamicamente na cultura em que está inserida a primigesta, este é um momento frequentemente temido, devido ao desconhecimento, imprevisibilidade, a possibilidade de sentir dor e o medo

decorrente disso são aspectos influentes nas expectativas relacionadas ao parto que geralmente são baseadas em experiências anteriores, informações obtidas por meio de conversas com pessoas leigas, reportagens da mídia, materiais informativos e em seu campo cultural (TOSTES; SEIDL, 2016).

As mulheres da contemporaneidade propagam uma cultura de incapacidade para parir, existe uma falta de crença na natureza da procriação, as gestantes acreditam não ter tolerância à dor, assim, a gestação e o parto que são fenômenos fisiológicos, sociais e culturais são permeados e influenciados diretamente por fatores psicológicos e emocionais, portanto, o medo da dor é um dos aspectos socioculturais que influenciam a crescente incidência de cesárea, atestando as afirmações citadas, destaca-se a fala de Girassol, em que relata se sente franca, ou seja, incapaz de ter seu filho por meio do parto vaginal (PINHEIRO; BITTAR, 2013; TOSTES, 2012).

Para ajudar no enfrentamento ao temor da dor de parir, o pré-natal é uma ferramenta notória, pois permite que informações sejam compartilhadas com as gestantes e familiares, possibilitando um amadurecimento do conhecimento, uma vez que adquirir orientações detalhadas sobre o parto, torna a mulher mais segura para um enfrentamento positivo com relação ao parto ou à dor (SANTOS, 2017).

Através das falas pode-se perceber que as consultas de pré-natal das entrevistadas, focam mais a dimensão fisiológica, deixando aspectos sociais, psicológicos e emocionais que podem influenciar as expectativas sobre o parto, como uma atenção parcial, justificando a insegurança e os temores que estas apresentam com relação ao trabalho de parto.

Ao serem indagadas sobre o tipo de parto de sua preferência, a maioria das gestantes relataram o desejo por parto cesáreo, devido à associação que fazem da dor ao parto normal, emergindo a seguinte categoria:

Categoria: “Preferência por parto cesáreo”

Esta categoria chama atenção pelo número expressivo de mulheres que escolheram pelo parto cesáreo, pois em décadas anteriores o parto de maior frequência era por via vaginal, sendo o parto cesáreo uma exceção, adotado apenas quando existiam riscos para o binômio, porém atualmente, o parto de maior número é o cesáreo, sendo rara a escolha pela via vaginal, logo se identifica nitidamente uma inversão no cenário obstétrico.

“O Cesáreo, por que acho melhor do que o normal por questão de dor”. (JACINTO)

“Cesáreo. Por medo da dor [...]”. (MARGARIDA)

“Cesáreo, por que é menos dor [...]”. (LAVANDA)

“[...] Cesáreo. Mas eu ainda fico em duvida assim por que é uma consequência que a mãe tem que sofrer [...]”. (GIRASSOL)

“Cesáreo. Eu pedir a Deus para que um dia quando eu chegasse a estar grávida não me desse um parto normal, por que eu não tenho coragem eu tenho medo, por que não suporto dores aí temo não aguentar as dores para ter um filho normal... Mas na minha gravidez surgiram umas bolhas, estava suspeitando de sífilis em mim e ela falou que possa ser que eu tenha um parto normal e possa prejudicar seu bebê é melhor fazer cesariana”. (CAMÉLIA)

“A cesárea por conta mais do medo mesmo, não é por conta da dor é o durante que me faz temer”. (ROSA)

“Cesariana, eu tenho muito medo da dor e de sofrer nas mãos desse povo [...]”. (LISANTO)

Por longo tempo o parto domiciliar não intervencionista era uma prática comum para a população, só a partir do século XX, após o período da segunda guerra mundial o parto foi incorporado às instituições de saúde, explicado pelas experiências adquiridas pelos profissionais no campo de guerra, como assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, para aquele momento este avanço minimizou a morbimortalidade materna, mas na posterioridade houve a adoção de intervenções desnecessárias, resultando no aumento progressivo e atualmente gritante do número de cesáreas (PIMENTEL; OLIVEIRA FILHO, 2016; FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

A taxa de operação cesariana no Brasil situa-se em torno de 56%, por esta razão o MS, publicou a portaria N° 306, de 28 de março de 2016, que considerou a necessidade de estabelecer parâmetros sobre a operação cesariana no Brasil e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ela submetidas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que taxas populacionais de operação cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (BRASIL, 2016b; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

O parto cesáreo é um recurso tecnológico com o propósito de salvar vidas que estão em risco, não há razão de se alterar de tal maneira e com tanta intensidade um evento tão humano como é o parto, de tão artificializado, o nascimento chegou ao ponto de não mais ser reconhecido como um processo ligado à reprodução e à natureza (BRASIL, 2014).

Nas consultas de pré-natal é fundamental que os profissionais de saúde orientem a gestante sobre os tipos de parto as suas vantagens e desvantagens, formas opcionais para controlar a dor durante o trabalho de parto, sobre a realização de diferentes atividades que facilitem ou contribuam para o desenvolvimento do trabalho de parto, a mulher e seus familiares precisam ser ajudados a compreender que não justifica se submeter à cesariana, apenas com a finalidade de evitar as dores do parto (VICENTE *et al.*, 2017).

Durante as orientações, deve ficar claro para a gestante que o parto vaginal é o método natural de nascer e por isso possui a proteção das forças da natureza, de tal forma que se a mãe não receber nenhuma assistência no momento de parir, em mais de 92% das vezes ela terá seu filho sem problema. Além das complicações deste parto serem menos graves, a amamentação facilitada e as infecções hospitalares menos frequentes (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

Em contrapartida, as cesáreas sem as devidas indicações estão associadas a maiores riscos para a saúde materna e infantil, para a parturiente, aumentam os riscos de intercorrências como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e morte materna; para o recém-nascido há mais chances de ocorrer problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia e mortalidade neonatal entre outras (VICENTE *et al.*, 2017).

Segundo o relato de Camélia, pelo fato desta possuir risco para sífilis, o parto cesáreo seria a via de escolha, pois minimiza a possibilidade de infecção vertical. Portanto, a cesariana deve ser opção para os médicos quando for baseado em motivos clínicos consistentes e em situações especiais, ocorrendo quando os riscos são maiores diante dos benefícios do parto normal, pois irá proporcionar provável proteção para a saúde do recém-nascido e da mãe como, por exemplo, sua importância em casos de descolamento prematuro de placenta, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), cardiopatia materna, má formação fetal, sofrimento fetal crônico, placenta prévia, rotura uterina, parto com desproporção céfalo-pélvica verdadeira e da eclampsia, dentre outras intercorrências obstétricas (SILVA *et al.*, 2017; VICENTE *et al.*, 2017).

Conforme o relato de algumas primigestas evidenciou-se que o motivo principal para escolherem o parto cesáreo é o medo da dor, logo os profissionais através da educação em saúde, poderiam abordar temáticas relacionadas ao parto o mais precoce possível durante as consultas de pré-natal, pois as mulheres teriam um tempo maior para maturarem as informações, mudando a percepção de que o parto é um momento apenas de dores e sofrimento, e a informação permitiria que o processo de parir fosse mais bem entendido e

assim, possibilitaria que as gestantes tomassem decisões com mais ciência, auxiliando na mudança do atual cenário obstétrico.

Ao analisar as entrevistas, sob a ótica das puérperas com relação ao seu trabalho de parto e parto, que corresponde à segunda etapa do estudo, buscou-se identificar as experiências destas mulheres. Assim, foram descritas três categorias temáticas: Expectativas acerca do parto não alcançadas; Experiências negativas acerca do parto; A escolha contínua por parto cesáreo.

Através da análise das falas das participantes do estudo ao serem questionadas como ocorreu o trabalho de parto e parto, observou-se que as expectativas criadas durante a gestação não foram efetivadas no parto, diante disso, foi possível extrair a categoria, **“Expectativas acerca do parto não alcançadas”**, a qual foi dividida em duas subcategorias: “Ausência de assistência humanizada” e “A dor durante o trabalho de parto”.

Categoria: “Expectativas acerca do parto não alcançadas”

Subcategoria 1 - Ausência de assistência humanizada

A partir do relato das participantes, evidenciou-se que a ausência de uma assistência humanizada, com uma escuta atenciosa e o acolhimento por parte da equipe, frustrou seus desejos, fazendo com que uma das expectativas positivas acerca do parto não tenha sido alcançada, como está expresso nas falas que seguem:

“Não, infelizmente não foi nada do que eu imaginava e nada do que havíamos conversado. O que mudou foi a questão do acolhimento, não tive esse acolhimento como deveria ter e também o descaso [...] eu fui para o bloco cirúrgico [...] Me deixaram no corredor lá sozinha, eu com barrigão enorme e eu em uma cadeira de plástico ressecada eu estava vendo a hora eu cair nessa cadeira... não chegava ninguém para pelo menos me deixar mais tranquila, para conversar, explicar [...] fui colocada no corredor parecia o corredor da morte, então eu não tive nenhuma assistência [...]”. (LÓTUS)

“Não. Eu imaginava que seria uma coisa melhor, mas realmente não foi do jeito que eu imaginava foi tudo diferente [...] A assistência [...] na hora que eu cheguei na sala de cirurgia foi tudo diferente, eu falava que estava sem fôlego eles falavam que era normal, era por que eu estava nervosa, mas eu não estava nervosa, de jeito nenhum! E aí depois com bem muito tempo que eles viram que estava quase desmaiando eles chegaram com uma bombinha para fazer a respiração em mim, pronto nessa hora eu não vi mais nada”. (CAMÉLIA)

“[...] não, foi muito sofrimento, eu passei um dia quase todo sofrendo lá, cheguei no hospital o pessoal mal falava comigo, parecia que eu não estava nem lá [...] Eu se senti muito abandonada, humilhada, constrangida e triste”. (GIRASSOL)

As falas das mulheres mostram que a ideia de humanização na assistência ao trabalho de parto e parto não foram colocadas em prática, ressaltando a dificuldade eminente dos profissionais lidarem com esse propósito, uma vez que se pretende humanizar o que já é humano.

A perda gradativa da humanização dos profissionais nos serviços hospitalares pode ter sua justificativa na implantação das tecnologias duras, levando a condutas mecanicistas. Logo, a humanização deve ser entendida como algo em metamorfose, pois se transforma com o passar do tempo assim como o homem, portanto, para haver de forma exitosa a implantação de um modelo de assistência humanizada precisa estabelecer uma pactuação entre os usuários, gestores e profissionais para a transformação da condição de saúde atual (SILVA *et al.*, 2017).

A ideia central do parto humanizado consiste em promover um parto em que a mulher dê a luz ao filho na forma natural dos acontecimentos, seguindo o ritmo e as especificidades do corpo de cada mulher, pois cada pessoa é um indivíduo distinto e, portanto com particularidades que devem ser respeitadas no momento de parir, com o mínimo de intervenções nesse processo de nascimento por parte dos profissionais da saúde (ALVES, *et al.*, 2017).

A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos; humanização e a qualidade da atenção são indissociáveis, esta última exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos, necessita de que o outro seja olhado com respeito e singularidade (BRASIL, 2009).

Diante do exposto fica claro que as participantes desse estudo não tiveram nenhuma formação de vínculo com os profissionais, nem suas singularidades respeitadas, logo, o processo de parturição foi classificado como um momento entristecedor, além de evidenciar a ausência da humanização, essas mulheres vivenciaram violência obstétrica, identificada durante a fala de Camélia, que relatava passar mal durante o procedimento cirúrgico, e os profissionais a ignoraram, atuando quando o quadro foi agravado com a perda da consciência da mulher, ou seja, houve negligência, que consiste em um tipo de VO, este termo agrupa atos de desrespeito, assédio moral e físico, abuso e negligência no parto (SILVA *et al.*, 2017).

Esta é uma realidade presente em outros serviços de saúde, onde muitas recomendações do MS ainda não foram introduzidas, ou encontram resistências para sua efetivação nos centros obstétricos. A realidade brasileira a adesão à humanização ainda é um

grande desafio, uma vez que mostra novas propostas relacionadas às práticas assistenciais e uma reformulação na relação entre paciente e profissional de saúde (ALVES *et al.*, 2017).

Outro estudo aponta a percepção dos profissionais para a dificuldade em implementar uma assistência humanizada, destacando como um dos empecilhos, a estrutura física da maternidade e da sala de parto que são inadequadas, a falta de materiais e de manutenção dos equipamentos, elevada demanda, despreparo de alguns profissionais e a resistência para trabalharem na coletividade, objetivando alcançar a assistência integral, todos esses fatores quando somados, geram uma insatisfação no profissional, comprometendo a qualidade do serviço, contribuindo para a desumanização da atenção a saúde, bem como para a insatisfação do usuário (DODOU *et al.*, 2017).

Pode-se perceber a atribuição enfrentada pelos profissionais para executarem uma assistência humanizada, essa dificuldade pode estar justificada nos empecilhos encontrados na estrutura física e de insumos, o que leva há um desgaste emocional dos profissionais, mas em contrapartida, prestar uma assistência humanizada, está no acolhimento, afeto, diálogo, compreensão, empatia e não somente em procedimentos de qualidade, logo, essas ações independe de matéria-prima. Além dos profissionais assistenciais, a gestão precisa trabalhar no favorecimento desta implantação, ofertando condições adequadas de serviço, para que tenham trabalhadores satisfeitos, refletindo em uma assistência positiva.

Subcategoria 2 - A dor durante o trabalho de parto

A intensidade da dor aliada à falta de empatia dos profissionais, que prestam uma assistência tecnicista e desvinculada da parte psicológica, emocional e social foi pontuada pelas mulheres como uma das experiências vivenciadas.

“[...] fiquei lá sozinha isolada no corredor, sentindo muitas dores, as dores foram tão intensas que eu cheguei a desmaiar e não chegava nenhuma enfermeira para me acalmar [...]”. (LÓTUS)

“Não, nada. Por que as dores são insuportáveis [...]”. (HORTÊNSIA)

“Não. Lá aconteceu que eu sofri um bocadinho. Os médicos não queriam operar queria que tivesse normal e minha dilatação não saía de 1 cm, eu comecei a sofrer com dores na quarta-feira e vinheram me operar na sexta- feira, aí quando foi de tarde resolveram operar”. (LAVANDA)

Segundo Lehugeur, Strapasson, Fronza (2017) a dor é uma experiência subjetiva, que envolve uma interação fisiológica do corpo, com o espírito e o ambiente, durante o parto

geralmente é uma experiência emocional, sensitiva e desagradável associada a lesão tecidual. Quando este momento é vivenciado sem o apoio da equipe de saúde, como relatado pelas participantes da pesquisa, a percepção e a intensidade da dor pode ser aumentada, pois a influencia de outros sentimentos como o medo e insegurança diante do desconhecido, principalmente quando estas são primigestas, somado ao abandono, solidão e prolongamento do período expulsivo, são critérios utilizados pelas mulheres para classificarem este momento em uma experiência negativa (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A dor segundo Montenegro e Rezende Filho (2014), representa um importante sinal do início do trabalho de parto, tendo como principal componente a contração uterina associada à dilatação do colo uterino, a distensão das fibras uterinas e do canal de parto, a tração de anexos e peritônio, a pressão na uretra, na bexiga e estruturas pélvicas, além da pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro.

No entanto, destaca-se que a dor transcende o processo fisiológico, pois também é uma construção simbólica, porém, a medicina não compartilha desse olhar, pois focaliza as manifestações orgânicas, universais e quantificáveis. Este fato é ilustrado nas falas das entrevistadas, quando estas colocam a ausência do profissional para dar um apoio emocional, sanar dúvidas e tentar minimizar o medo, ou seja, os profissionais não consideram a subjetividade das parturientes e as diferentes formas de vivenciar o trabalho de parto, além de expressarem expectativas de que essas mulheres tenham bons comportamentos, frente à dor (TOSTES; SEIDL, 2016).

Tentando romper essa visão tecnicista, surgem às políticas públicas para a melhoria e humanização do parto e nascimento, a exemplo da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, que visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, além de enfatizar que as mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações, serem incluídas na tomada de decisão, para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas (BRASIL, 2017).

A atuação da enfermagem humanizada no âmbito hospitalar é essencial para uma atenção de qualidade, bem como empática e sensível, pois estes acompanham intimamente a parturiente no pré-parto, parto e pós-parto, logo, poderão minimizar as dores com medidas não farmacológicas como massagem na região sacra, conforto nas instalações, banhos térmicos, mudança de posição, exercícios na bola, estimular a deambulação e a participação

do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, uma vez que a atenção sistematizada proporciona um melhor enfrentamento (ALVES, 2017; CAVALCANTE *et al.*, 2007).

Desse modo, o controle da dor no trabalho de parto, desde que não traga malefícios para o feto e/ou parturiente, é um dos principais objetivos do cuidado à mulher em processo de parturição, essa ação é justificada porque a diminuição da sensação dolorosa permite a parturiente uma participação ativa, aumenta a autoestima, possibilita uma melhor relação com o recém-nascido e favorece na construção de uma experiência positiva pós-parto (LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA, 2017).

Destaca-se que as puérperas, ao serem solicitadas a descreverem os momentos de trabalho de parto e parto, evidenciam a descrição de todo o processo parturitivo baseado na sensação dolorosa, que acrescidos da ausência do diálogo e o período expulsivo demorado, provocam aumento do desconforto das primigestas, que se sentem angustiadas, potencializando a ansiedade e o cansaço, o que reafirma a dor como algo muito forte de acordo com a cultura, e que provavelmente será transmitido às gerações futuras como um momento doloroso o conceito de parto, contribuindo para a reafirmação da visão de impotência da mulher em dar a luz, logo, optam pelo parto cesáreo, o que cooperam para o aumento do número de intervenções cirúrgicas.

Em relação à experiência vivenciada durante o trabalho de parto e parto, as falas das participantes do estudo demonstraram insatisfação com o processo de parturição, emergindo a categoria “**Experiências negativas acerca do parto**”, a qual foi dividida em duas subcategorias: “Ausência de acompanhante” e “Consequências psicológicas”.

Categoria: “Experiências negativas acerca do parto”

Subcategoria 1 - Ausência de acompanhante

Ao questionar as puérperas se o trabalho de parto e parto foram positivos, obtiveram-se avaliações negativas, justificadas por um ou mais motivos, e a ausência do acompanhante de escolha da mulher foi pontuada por três participantes.

“[...] a falta do apoio que eu não tive e o acompanhante que eu tanto queria ficou lá de fora no portão só esperando saber se eu estava viva ou estava morta, se o bebê nasceu”. (LÓTUS)

“[...] mas o que poderia melhorar era a participação do meu marido no momento do parto, não conhecia a lei”. (BOTAO-DE- OURO)

“[...] eu estou traumatizada eu imaginava um parto com presença do meu esposo, que tivesse apoio [...]”. (GIRASSOL)

Diante destas falas, fica explícito a violação dos direitos das entrevistadas garantidos por lei, mais especificadamente pela lei Nº 11.108 de 07 de abril de 2005 que trata sobre o subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde, assegurando a mulher um acompanhante durante todos os períodos de sua passagem no serviço, além de que, essa pessoa será de indicação desta, portanto independente do sexo (BRASIL, 2005b).

A ausência do acompanhante de preferência da mulher classifica-se como um tipo de VO, porém este, assim como outros tipos são ainda pouco reconhecidos enquanto um ato de violência, por as mulheres desconhecerem os direitos que lhes assistem como é o caso da participante Botão-de-ouro, ou pode até conhecer os seus direitos, porém o momento em que ocorrem não favorece a tomada de providência, pois as mulheres estão sob fortes emoções, que as fazem se calar, contudo, é necessário que essa temática seja abordada durante o pré-natal para orientá-las na tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição e que elas possam argumentar e denunciar situações de desrespeito (ANDRADE; AGGIO, 2014).

A ausência do acompanhante de escolha das primíparas da pesquisa ocorreu por um impedimento institucional, justificado pela inadequação da estrutura física da instituição, pois as enfermarias são coletivas e alguns procedimentos são necessários à exposição da mulher, devido a esse motivo o serviço não permite acompanhantes do sexo masculino. Velho *et al.*, (2012) identificou que a ausência de um acompanhante da rede de apoio da mulher, seja pela indisponibilidade dos familiares ou impedimento institucional, esteve associado aos sentimentos de solidão, o que foi notado na fala de Girassol, que sentiu-se traumatizada pela ausência do seu marido.

Os profissionais de saúde devem adaptar-se à presença do acompanhante, inclusive o do sexo masculino, pois este apoio é positivo e benéfico para a mulher, sabendo que o trabalho de parto requer da mulher a hospitalização, o que implica no distanciamento da família, logo a figura do acompanhante de sua escolha independente do sexo, irá ajudá-la no enfrentamento deste momento marcante em sua vida (FERREIRA *et al.*, 2013).

O pai no momento do parto pode ser considerado o acompanhante ideal, devido ao vínculo, a representação dos laços familiares, uma vez que, ao acompanhar o momento do

nascimento do próprio filho, ele estará enfatizando sua paternidade, assim como agregando valor ao seu novo papel (CAMPANATI, 2015).

Subcategoria 2 - Consequências psicológicas

Outra circunstância destacada pelas participantes como motivo que negativou as experiências vivenciadas durante o trabalho de parto e parto foi à repercussão que este momento teve no seu psicológico.

“[...] muito negativo eu não tô dizendo a tu que eu estou com vontade de fazer tratamento com Psicólogo”. (JACINTO)

“[...]eu fiquei triste pela forma que foi e hoje não sei se quero ter outro filho, fiquei com muito medo de morrer [...]”. (GIRASSOL)

O parto é uma experiência singular de repercussão em todos os âmbitos da mulher, inclusive no psicológico, podendo deixar marcas positivas e negativas, dependendo da experiência vivenciada por elas, pois este momento transcende o fisiológico, é cheio de significação no qual a parturiente deve ser protagonista. De acordo com as falas supracitadas fica nítida a insatisfação com o parto vivenciado, devido à qualidade da assistência concedida (ALVES *et al.*, 2017).

Segundo Santos *et al.* (2018) a experiência negativa do parto traz à tona outras vivências da vida da mulher, reforçando a rejeição por este momento, o que pode levar a um sofrimento psíquico, por esta razão os profissionais precisam ser sensibilizados para que respeitem a mulher como protagonista do parto, adotando em sua práxis métodos farmacológicos ou não farmacológicos para o alívio da dor, consideração aos direitos da parturiente, para que assim, a experiência seja menos dolorosa e mais gratificante.

A repercussão do vivido no psicológico está expressa na fala de Jacinto, que sente a necessidade de um apoio do profissional psicólogo para superar os traumas experienciados, a fim de que não haja interferência em sua vida futura, como o medo de engravidar que é o caso da participante Girassol.

De acordo com Souza (2014) a vivência que a mulher terá no período puerperal, dependerá de varias condições, desde aquelas intrínsecas a mulher, até aquelas ligadas diretamente ao serviço de saúde e aos profissionais, como a assistência ofertada pelos colaboradores que poderá repercutir no desenvolvimento de desordens psiquiátricas, incluindo a depressão pós-parto.

Para a determinação de transtornos e depressão pós-parto decorrente do parto, faz-se necessário estar presente um serie de combinação de fatores como biológicos, obstétricos, sociais e psicológico. A prática da assistência mecanicista a exemplo das vivenciadas pelas participantes, que causou o medo de morrer, está relacionado ao atual modelo de atenção obstétrica prevalente na maior parte das instituições de saúde, rompendo com os direitos legais e o protagonismo das mulheres no processo de parto e nascimento que não têm sido prioridade (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Uma ferramenta de prevenção desses agravos se encontra na comunicação que quando empregada de forma adequada, os profissionais conseguem estimular atitudes benéficas para a saúde dos usuários, também deve levar em consideração as crenças e valores culturais, pois a comunicação e o estabelecimento de relações fomentará um clima mais empático e humanizado (PIO; CAPEL, 2015).

Portanto, humanizar o nascimento mostra-se como a ferramenta potencial para minimizar os atuais problemas enfrentados pela esfera da obstetrícia, pois com a implantação exitosa desta, as intervenções desnecessárias seriam diminuídas, a forma de abordar as mulheres seria mais digna, logo, o parto seria algo mais natural, e as mulheres iriam sentir-se mais apoiadas e seguras para serem protagonistas do seu parto, diminuindo o número de parto cesáreo sem indicação, assim como, a incidência de VO diminuiria, pois o campo de trabalho não seria propício a esta ação, refletindo em mais puérperas satisfeitas com o processo de parturição, além de psicologicamente saudáveis.

Os profissionais devem ter sempre em mente que a técnica não pode tornar-se mais importante do que as pessoas envolvidas e o parto deve voltar a ser visto como um processo fisiológico natural e feminino.

Ao serem questionadas sobre qual a via de parto escolheriam em uma próxima gestação, as mulheres optaram em sua maioria pela cesárea, onde se pode depreender que a experiência do parto vivenciada influenciou na atual decisão, emergindo assim, a seguinte categoria:

Categoria: “A escolha contínua por parto cesáreo”

“Sem duvida continuaria no parto cesárea, principalmente por questão da dor e de não ter sentido nada”. (ROSA)

“Aí eu não sei. Eu ficaria em duvida ainda, mas eu ainda acho que eu preferia a cesárea”. (MARGARIDA)

“Ia escolher o parto Cesárea, por que o normal sente muita dor e o parto cesárea eu não sentir nenhuma dor”. (BOTÃO-DE-OURO)

“Antes eu queria o parto Cesáreo, e se tivesse outro filho queria cesáreo, por que normal a pessoa sofre muito é muita dor”. (LAVANDA)

“Não agora eu quero ser cirugiada não tem mais isso é só chegar lá faz um corte, tira o menino e pronto e vai para casa, no trabalho de parto normal a pessoa sofre demais é muita judiação esses médicos não tem pena não, parece que eu tô no matadouro”. (JACINTO)

“[...] no caso eu optaria agora pelo parto cesáreo em uma rede privada, onde eu pudesse ter mais acolhimento que eu pudesse ser gente como gente, essa é a realidade”. (LÓTUS)

Percebe-se que a dor e o temor de sofrer maus tratos por parte dos profissionais de saúde são as principais justificativas das mulheres para escolherem como via de parto o método cirúrgico, decisões que foram baseadas mais em aspectos psicossociais do que nos conselhos clínicos e o risco, neste cenário, as cesarianas não são compreendidas como uma cirurgia, e sim como um parto cuja face cirúrgica quase não se nota.

Corroborando com o presente estudo, na pesquisa de Velho *et al.* (2012), as participantes optaram pelo parto cesáreo, por considerarem ser a melhor forma de nascimento, pois está associado à ausência das dores de trabalho de parto, diminuição do medo do parto, além de ser um procedimento mais rápido e previsível, que permite desfrutar com segurança da criança, sendo assim, uma experiência agradável, levando a altos níveis de satisfação materna.

Além das mulheres, estudos destacam que os médicos optam com maior frequência por este tipo de parto, por ser um procedimento mais rápido, devido às deficiências encontradas nas instituições como: má remuneração, equipe auxiliar falha, faculdades que preparam pouco e que são centradas no curativismo e a judicialização da medicina, destaca-se que primíparas tem maior chance de realizar cesárea, pelo fato de alguns profissionais acreditarem que estas não saberiam lidar com as dificuldades do trabalho de parto, por essas razões os profissionais se convenceram de que a intervenção cirúrgica é a melhor opção, adotando de forma indiscriminada (PIMENTEL; OLIVEIRA FILHO, 2016; ANJOS; WESTPHAL; GOLDMAN, 2014).

Contata-se na atualidade que a cesariana é representada como inerente à condição humana, é uma evolução da maneira de conceber, passando a ser o modo normal de parir e nascer nos dias atuais, que contrapondo ao parto vaginal é visto como primitivo e uma prática

do passado, ou seja, a cesárea é classificada como a via de parto por excelência, pois é mais coerente com a forma de gerir a vida, o corpo e os riscos, proporciona controle e segurança, é nessa atmosfera que a cirurgia parece ter capturado a magia do nascimento e da experiência da maternidade (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015).

A fala de Jacinto deixa explícita que uma das justificativas para a escolha pelo parto cesáreo, seria para preservar-se de vivenciar maus tratos por parte dos profissionais. Nesta direção pesquisas demonstram que o apoio e o conforto oferecidos pela equipe são importantes na superação das dificuldades, como as sensações dolorosas e medo, esse amparo no momento do parto, configura-se em encorajamento e auxilia na vivência desse período, logo, quando os profissionais atendem de forma rude, agressiva, com indiferença e com ausência do apoio, origina uma insatisfação com a experiência do nascimento, gerando um sentimento de impotência para condução do parto normal, podendo encorajar a estas mulheres que em próximas gestações escolham pela cesárea (VELHO *et al.*, 2012; OLIVEIR *et al.*, 2010).

Outra motivação para esta via de parto está contida na fala da participante Lótus, a qual destaca que em uma segunda gestação optaria pelo parto cesáreo, mas na rede privada, pois acredita que terá um melhor atendimento, com humanização e acolhimento, dignificando-se como mulher, por que se sentiu violada na rede pública.

A possível distinção do atendimento do setor público e privado pode ser justificada pela remuneração dos profissionais, respectivamente, um recebe por carga horária trabalhada e o outro por procedimento realizado, portanto quanto maior o número de parto executado maior será sua remuneração, logo os profissionais tendem a tratar melhor o paciente, para aumentar sua clientela através da satisfação dos usuários, mas por outro lado contribui com a incidência das taxas de parto cesáreo alarmante no setor privado. Outra vantagem é o agendamento que consiste em um arranjo técnico-social e institucional, sendo uma garantia para mulher de ter uma equipe e lugar para dar a luz (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015; ANJOS; WESTPHAL; GOLDMAN, 2014).

Segundo Nakano, Bonan e Teixeira (2015) nota-se que o principal fator para a escolha pelo parto cesáreo se fundamenta na dor, sabendo que independente da via de parto a dor está presente, ressaltando que a dor da cesariana não é valorizada e dramatizada como a do parto vaginal, pois é uma dor classificada como normal, por ser vivenciada em outros momentos da vida, portanto já é conhecida e experimentada. Em vista disso, a sociedade está destituindo a natureza como responsável de fazer nascer, para liberarem seus corpos e a si da responsabilidade pela parturição, isso devido à confiança que a sociedade deposita nas tecnologias duras em prol da comodidade, levando a despersonalização das gestantes.

Assim, parece haver na atualidade uma espécie de feedback positivo com relação ao parto cesáreo, que pode ter sua explicação nos profissionais de saúde onde muitas vezes prestam uma assistência dissociada de boas condutas, levando a pacientes insatisfeitas, principalmente as mulheres que estão em trabalho de parto, devido os sentimentos de medo e insegurança, exemplificado na fala de Lótus, além disso, existe um estímulo dos profissionais, pelo o parto cesáreo, pois este permite um maior controle, desperdiça menor tempo, dentre outras justificativas supracitadas e um número significativo de mulheres escolhem esta via, por ver como um procedimento que não envolve dor e está relacionado a um atendimento digno e respeitoso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do estudo buscou-se identificar as expectativas e experiências de primigestas a fim de identificar se as expectativas elaboradas foram as experiências estabelecidas, este objeto de estudo surgiu após presenciar depoimentos de mulheres insatisfeitas com seu processo de parturição, mostrando uma incompatibilidade de sentimento, pois o que era para ser um momento marcante e encantador na vida da mulher estava gerando sentimentos de insatisfação e terror, portanto, esse foi um dos principais fatores que instigou a realização do presente estudo.

Através do mesmo, pode-se constatar que as participantes em geral tinham mais de uma expectativa com relação ao trabalho de parto e parto, algumas de cunho positivo, como ter um parto sem intercorrências tanto para ela como para o bebê e receber dos profissionais de saúde uma assistência acolhedora, por outro lado houve expectativas mais negativas, como o medo da dor e de vivenciar violência obstétrica, destacando nesta circunstância o poder do discurso do senso comum e da cultura a qual estas mulheres estão imersas, pois estas incutiram no imaginário que a dor do trabalho de parto é desumana e que os profissionais de saúde não respeitam suas individualidades e as tratam com rispidez.

Outra expectativa de destaque estar na escolha da via de parto, a maioria preferiu o parto cesáreo, pois temiam a dor e o medo de não suportar, além de acreditar que neste tipo de parto os riscos de sofrerem com os maus tratos dos profissionais de saúde era menor, pois não iam necessitar de muitos procedimentos e o tempo da cirurgia é menor quando comparado ao parto por via vaginal.

Diante do exposto observa-se a necessidade da atuação da Atenção Primária à Saúde no que compete à educação em saúde com as gestantes e familiares, com o intuito de prepará-los para a maternidade e paternidade e todos os momentos que fazem parte desta transição, assim sendo, as mulheres iriam sentir-se mais seguras para o trabalho de parto e parto, uma vez que estavam munidas de conhecimento, além de saber os seus direitos junto ao serviço de saúde.

No tocante as experiências acerca do trabalho de parto e parto, identificou-se que algumas não foram condizentes com as expectativas, como a ausência da assistência humanizada, classificada pela pesquisa como um resultado ruim, pois uma das expectativas positivas não foi concretizada, como também a vivência da dor, por outro lado as expectativas negativas sucederam como, por exemplo, a violência obstétrica através da ausência do

acompanhante de escolha das mulheres e a negligência, além das mulheres manterem a preferência pelo parto cesáreo em uma próxima gestação.

Em face disso existe uma necessidade iminente de sensibilizar os profissionais de saúde que estão tornando-se mecanicistas, faz necessário revigorar nestes que as primigestas que chegam em trabalho de parto estão ansiosas e temerosas, e a assistência integralizada e humanizada é a ferramenta potencial para tornar essas mulheres protagonistas, causando um sentimento de felicidade, levando a puérperas mais seguras de si e felizes com o seu processo de parturição e novo papel social.

Houve limitações na execução da pesquisa, o serviço apresentou resistência em aderir ao que foi proposto, os agentes comunitários de saúde não se disponibilizaram para ir ao encontro das gestantes em suas residências, por esta razão a primeira parte da entrevista foi realizado quando as primigestas iam para as consultas de pré-natal. Pode-se perceber uma alta evasão das mulheres nas consultas e as que estavam no serviço temiam perder a sua vez caso fossem realizar a entrevista.

Por fim, espera-se que este estudo alcance os profissionais de saúde para que sejam sensibilizados sobre a importância de uma assistência de qualidade, uma vez que repercute em todos os âmbitos da mulher, interferindo em sua vida e até mesmo na formação do vínculo com o seu bebê, portanto, que os mesmos sejam instigados enquanto servidores da saúde a marcar a vida de cada família que estão sob seus cuidados de maneira positiva, construindo experiências prazerosas do ciclo gravídico puerperal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. G. D. et al. Análise comparativa das PE e PI máximas entre mulheres grávidas e não-grávidas e entre grávidas de diferentes períodos gestacionais. **Rev. Saúde**. Bahia, n.1, ed.1, p. 9-17, 2005.
- ALMEIDA, N. A. M; MEDEIROS, M; SOUZA M. R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 819-27, 2012. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-819.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2019.
- ALVES, D. F. C. et al. Processo de humanização na assistência de enfermagem à parturiente: revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v.16, n.02, p.68-76, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1180>. Acesso em: 03 nov. 2019.
- ANDRADE, B. P; AGGIO, C. M. **Violência obstétrica**: a dor que cala. Londrina, 2014. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf. Acesso em: 06 nov. 2019.
- ANDREUCCI, C. B. et al. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, n. 5, ed. 45, p. 854-63, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500006. Acesso em: 28 ago. 2019.
- ANJOS, C. S; WESTPHAL, F; GOLDMAN R. E. Cesárea Desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 86-94, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/21-65-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/21-65-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 11 nov. 2019.
- ARAUJO, L. A.; REIS, A. T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BARBOSA, C. N. S. et al. Caracterização dos partos segundo aspectos obstétricos e sócio-demográficos das parturientes de Teresina-Pi, 2011. **Rev Enferm UFPI**, Piauí, n.5, v. 2, p. 40-7, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7891>. Acesso em: 02 set. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed ver e ampl. Edições 70; 2011.
- BAYLÃO, A.L.S.;SCHETTINO, E.M.O. Inserção da mulher no mercado de trabalho brasileiro. **XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. 2014. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/20320175.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.
- BONATTI, A. F. et al. Fatores associados ao tipo de gestação não planejada na estratégia de saúde da família. **Revista online de pesquisa cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 876- 871, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6256>. Acesso em: 20 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 07 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016 a. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em: 01 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N° 306, de 28 de março de 2016. **Aprova as diretrizes de atenção à gestante**: a operação cesariana. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016 b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html. Acesso em: 01 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 29 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 01 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012 a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 08 ago. 2019.

_____. Ministério da saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Disponível em: HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/CNS/2013/RES0466_12_12_2012.HTML. Acesso em: 28 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/143.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher** : princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/3054/rede-cegonha>. Acesso em: 27 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005 a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf. Acesso em: 24 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005 b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html. Acesso em: 01 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jul. 2005c. P.25. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.aspx. Acesso em: 01 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>. Acesso em: 24 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 24 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf. Acesso em: 23 set. 2019.

BRITO, C. A. et al. Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 4, p. 470-8, junho 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2738>. Acesso em: 12 out. 2019.

CALEGARI, R. S. et al. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. **Cogitare Enfermagem**. Paraná, n. 2, v.21, p. 01-08, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/44604-182083-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/44604-182083-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 29 out. 2019.

CAMPANATI, F. L. S. **Participação paterna no ciclo gravídico puerperal: vivências e sentimentos**. 2015. Dissertação (trabalho de conclusão de curso)- Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, 2015. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/10936/1/2015_FernandaLeticiaDaSilvaCampanati.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

CASTRO, M. R. **Ressignificando-se como mulher na experiência do parto: Experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto**. 2014. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CAVALCANTE, F. N. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 31-40, 2007. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/3910-9488-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/3910-9488-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 05 nov. 2019.

COLETI, F. A importância de escolher o melhor tipo de parto. **Justiça em Revista**, São Paulo, v. 8, p. 10-11, 2014. Disponível em: <http://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUCS/revista/2014/JR0044.pdf>. Acesso em: 06 set. 2019.

DIAS, R. A. **A importância do pré-natal na atenção básica**. Universidade Federal de Minas Gerais (Trabalho de conclusão de curso de especialização em atenção básica e saúde da família), Minas Gerais, 2014. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Importancia_pre_natal_aten%C3%A7ao_basica.pdf. Acesso em: 07 nov. 2019.

DODOU, H. D. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p. 332-338, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2017nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030082.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

LEHUGEUR, D; STRAPASSON, M. R; FRONZA, E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.12, n.11, p. 4929-37, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/22487-75606-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/22487-75606-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 10 nov. 2019.

ESPER, L. H; FURTADO, E. F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, São Paulo, v.6, n. especial, p. 368-86, 2010. Disponível: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38723>. Acesso em: 15 maio 2019.

FERREIRA, K. M.; VIANA, L. V. M.; MESQUITA, M. A. S. B. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura, **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 2, p. 134-148, 2014. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/245>. Acesso em: 07 nov. 2019.

FERREIRA, L. A. et al. Expectativa das gestantes em relação ao parto. **Pesq.: cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 3692-97, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24529&indexSearch=ID>. Acesso em: 03 nov. 2019.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GUTMAN, L. **Maternidade e o encontro com a própria sombra**. Rio de Janeiro: BestSeller, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**: Cajazeiras. IBGE, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>. Acesso em: 28 jan. 2018.

JANEIRO, P. D. P. **Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento**. Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2013. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9401/1/Tese_final.pdf. Acesso em: 01 nov. 2019.

JARDIM, D. M. B; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Belo Horizonte, v.26, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf. Acesso em: 02 nov. 2019.

JESUS, M. A. S. O pré-natal psicológico e a relação com a prevenção na depressão puerperal. **Psicologia.pt**, 2017. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1112.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

KAUARK, F.S; MANHÃES, F. C; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa**: um guia prático. Bahia: Via Litterarum, 2010.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. 517-447, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005 . Acesso em: 20 out. 2019.

LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/12.pdf>. Acesso em: 04 out. 2019.

MAIA, M. B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro p. 19-49, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2019.

MANDARINO, N. R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 7, p. 1587-1596, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700017. Acesso em: 05 out. 2019.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas 2003.

MENDIS, R.; FLATLEU, C; KUMAR S. Maternal demographic factors associated with emergency caesarean section for nonreassuringfoetal status. **J PerinatMed**, v. 2, n. 1, p. 185-94, 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. 2013.

MONTENEGRO, C.A. B; REZENDE FILHO, J. F. **Rezende obstetrícia fundamenta**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MOREIRA, M. G. M. M. **A importância da educação em saúde na atenção ao pré-natal**. Universidade Federal de Minas Gerais (Trabalho de Conclusão de Curso em Especialização), Campos Gerais- MG, 2013.

MOTA, E. M. et al. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. **Rev Rene**, v. 12, n. 4, p. 692-8, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4318>. Acesso em: 03 out. 2019.

MOTA, G. B. C. et al. Alterações posturais em gestantes: uma análise através da biofotogrametria computadorizada. **TEMA - Revista Eletrônica de Ciências**, v. 14, n. 20/21, 2013. Disponível em: <http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/view/165>. Acesso em: 20 out. 2019.

- MOURA, A. M. L. **A relevância do preparo no pré-natal de primigestas para o trabalho de parto**: relato de experiência sobre as consultas puerperais na unidade básica de saúde de Icoaraci. 2014. (Dissertação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- MOURA, R. C. M. et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Enferm. Foco**, Rio Grande do Norte, v. 9, n.4, p. 60-65, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333>. Acesso em: 02 nov. 2019.
- NASCIMENTO, R. R. P. et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Mato Grosso do Sul, v. 36, Número Especial, p. 119-26, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.
- NASCIMENTO, S. L. et al. Importância da participação paterna na gestação, parto e puerpério: revisão integrativa. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. 2018. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/cobeeon/63153-importancia-da-participacao-paterna-na-gestacao-parto-e-puerperio--revisao-integrativa/>. Acessado em: 28 set. 2019.
- NAKANO, A. R; BONAN, C; TEIXEIRA, L. A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 885-904, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2015.v25n3/885-904/pt>. Acesso em: 12 nov. 2019.
- OLIVEIRA, E. C; BARBOSA, S. M; MELO, S. E. P. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. **Revista Científica FacMais**, v. 7, n. 3, 2016 b. Disponível em: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Artigo-02-A-import%C3%A2ncia-do-acompanhamento-pr%C3%A9-natal-realizado-por-enfermeiros.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.
- OLIVEIRA, G. K. S. et al. Intervenções de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. **Revista Eletrônica de Ciências**, Caruaru, v. 3, n. 1, 2010. Disponível em: <http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/109>. Acesso em: 21 out. 2019.
- OLIVEIRA, R. R. et al. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.50, n.5, p.734-741, 2016a. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0734.pdf. Acesso em: 21 out. 2019.
- Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Rio de Janeiro: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=B13D2D0792E9D284F3F4E498105A3C73?sequence=3. Acessado em: 02 out. 2019.
- PEÑARRIETA, E. C. S; MOREIRA, R. C. R; LEAL, M. S. **Acolhimento à mulher em transcurso parturitivo** - estudo fenomenológico heideggeriano. Foz do Iguaçu, 2018. Disponível em: <https://sepq.org.br/eventos/vsipeq/documentos/33272620559/21>. Acesso em: 26 out. 2019.
- PIMENTEL, T. A; OLIVEIRA FILHO, E. C.. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 187-199, 2016. Disponível em:

<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/viewFile/4186/3279>. Acesso em: 06 nov. 2019.

PIO, D. A. M; CAPEL, M. S. Os significados do cuidado na gestação.

Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, v. 7, n. 1, p. 74-81, 2015. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100010. Acesso em: 07 nov. 2019.

PINHEIRO, B. C; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: Relato de um grupo de mulheres. **Fractal Revista de Psicologia**, São Paulo, v.25, n.3, p. 585-602, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n3/a11v25n3.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA.

Resolução CRM-SC Nº 193/2019. Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos fora do ambiente hospitalar; dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, incluindo o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na tomada de medidas para preservar o binômio materno-fetal. Catarina: Conselho regional de medicina do estado de santa catarina, 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/SC/2019/193_2019.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

RODRIGUES, D. P. et al. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.12, n.1, p. 236-46, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23523/26086>. Acesso em: 07 nov. 2019.

RODRIGUES, J. L. S. **“O que mais importa para as mulheres”**: Uma análise qualitativa das concepções e expectativas das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2017. Disponível em: <https://proceedings.science/qualihosp/papers/--o-que-mais-importa-para-as-mulheres--uma-analise-qualitativa-das-concepcoes-e-expectativas-de-mulheres-sobre-o-atendim>. Acesso em: 22 set. 2019.

SANTOS, A.L; RADOVANOVIC, C. A. T; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. **Rev. Rene**, v.11, n.especial, p. 61-71, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/4661-Article%20Text-8211-1-10-20160919.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019.

SANTOS, A.P. S. **Entre o esperado e o vivido**: expectativas e experiências de mulheres em relação ao momento do parto e nascimento. Dissertação (pós-graduação)- Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017. Disponível em: <http://tedebc.ufma.br:8080/jspui/bitstream/tede/1308/2/Alice%20Parentes%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2019.

SANTOS, F. S. R. et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v.35, n.6, 2019. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/773/os-significados-e-sentidos-do-plano-de-parto-para-as-mulheres-que-participaram-da-exposio-sentidos-do-nascer>. Acesso em: 26 set. 2019.

SANTOS, G. O. et al. Discurso de mulheres sobre a experiência do parto normal e da cesariana. **J. res.: fundam. care. Online**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 233-241, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/5931-34267-4-PB.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

SANTOS, I. M. G. B. **Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez**. Dissertação (Mestrado)- Escola Superior de Saúde de Viseu, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1492/1/SANTOS%20Ilda%20Maria%20Gil%20Barroca,%20Empoderamento%20da%20gr%C3%A1vida%20durante%20a%20avil%3%A2ncia%20da%20gravidez.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

SILVA, A. C. L. et al. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Minas Gerais, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.44139>. Acesso em: 30 out. 2019.

SILVA, D. O. et al. O desejo da mulher em relação à via de parto: uma revisão de literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 3, n. 1, p. 103-114, novembro 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2582>. Acesso em: 27 set. 2019.

SILVA, E. A. T. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n.2, p. 208-215, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/gestacao_preparo_parto_programas_intervencao.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.

SILVA, E. P; LIMA, R. T; OSÓRIO, M. M. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pernambuco, v. 21, n. 9, p.2935-2948, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000902935&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 nov. 2019.

SOUZA, K. J. De. **Violência institucional na atenção obstétrica**: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. Brasília, Programa de pós-graduação em processos de desenvolvimento humano e saúde, Universidade de Brasília, 2012.

TOSTES, N. A; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015. Acesso em: 02 nov. 2019.

VELHO, M. B. et al. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.2, p. 9-282, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

VICENTE, A. C. et al. Parto cesáreo e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 17, n.4, p. 24-35, 2017. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>. Acesso em: 9 set. 2019.

VIEIRA, B. D; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc e Ciência - ACBS**, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/2559-Texto%20do%20artigo-9585-1-10-20130610.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2019.

ZAMMAR, M. P. **Intervenção psicológica durante a gestação e empoderamento da gestante**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel)- Faculdade Santana, Ponta Grossa, 2016. Disponível em: <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/tcc/article/view/90/37>. Acesso em: 30 set. 2019.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, p. 1-11, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822017000100218&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 nov. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

Entrevistada N°: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____

2. Situação Conjugal/Condição Civil () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a)

() Separado(a) () Homoafetiva () Não informado

3. Escolaridade () Não alfabetizado(a) () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo

DADOS OBSTÉTRICOS

1. Gravidez planejada? () Sim () Não

2. NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL: _____.

3. QUAL O TIPO DE PARTO DE SUA PREFERÊNCIA? () Vaginal () Cesariano

QUESTÕES NORTEADORAS

PRIMEIRO MOMENTO

1. Para você, o que seria um bom parto?
2. Você possui dúvidas sobre o momento do parto? Se sim, quais?
3. O que você sabe sobre parto normal e parto cesário?
4. Você recebe ou recebeu orientações sobre o parto durante as consultas de pré-natal?
5. Qual o tipo de parto de sua preferência?

SEGUNDO MOMENTO

1. Durante o trabalho de parto e o parto, tudo aconteceu como você imaginou? Caso resposta negativa, explique os motivos.

2. Depois de vivenciar esse momento, você acha que durante o pré- natal recebeu informações suficientes sobre o trabalho de parto e parto?
3. Numa segunda gestação você optaria pelo mesmo tipo de parto?Por quê?
4. Você considera sua experiência em relação ao trabalho de parto e parto positiva? Explique sua resposta.
5. O que você achou da assistência de enfermagem ofertada durante o trabalho de parto e parto?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara gestante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**Expectativas e experiências de primigestas referentes ao parto: uma história contada**”, tendo como pesquisadora responsável a Profa. Cecília Danielle Bezerra Oliveira, vinculada a Universidade Federal de Campina Grande e a pesquisadora participante, Millena Zaíra Cartaxo da Silva, que tem como objetivo analisar expectativas e experiências de primigestas acerca do parto.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos, mas poderá ocorrer insatisfação da entrevistada em decorrência de abordar suas expectativas e experiências sobre algo que irá ocorrer e posteriormente como transcorreu o parto. Nesse caso, você terá a liberdade para decidir se participa ou não do estudo.

Ressaltamos que as informações obtidas durante a pesquisa serão mantidas em total sigilo e sua identidade não será revelada. É importante lembrar que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar, sem qualquer prejuízo ou dano. Os dados serão apenas veiculados em meio científico sem revelação de sua identidade.

Todas as participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, poderão entrar em contato com os pesquisadores por meio dos seus telefones: Acadêmica de Enfermagem: Millena Zaíra Cartaxo da Silva, (83) 9 9971-5012; Coorientadora da pesquisa: Prof^ª. Me. Jessika Lopes Figueiredo Pereira Batista, (83) 9 9320-7137; Orientadora da pesquisa: Prof^ª. Me. Cecília Danielle Bezerra Oliveira, (83) 9 8885-3596.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (083) 3532-2075 – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras, CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora responsável

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL



**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, **Cecília Danielle Bezerra Oliveira**, docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me pela orientação da discente do curso de Graduação em Enfermagem, Millena Zaira Cartaxo da Silva, cujo projeto de pesquisa intitula-se **“EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE PRIMIGESTAS REFERENTES AO PARTO: UMA HISTÓRIA CONTADA”**. Comprometo-me em assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras–PB, ____ de _____ de _____.

Cecília Danielle Bezerra Oliveira

Assinatura da Pesquisadora Responsável

ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE



**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

Eu, **Millena Zaira Cartaxo da Silva**, discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com minha orientadora, a docente **Cecília Danielle Bezerra Oliveira**, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado **“EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE PRIMIGESTAS REFERENTES AO PARTO: UMA HISTÓRIA CONTADA”**.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Millena Zaira Cartaxo da Silva.

Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE
CAJAZEIRAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROGRAMA REDE ESCOLA/DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM
SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE PRIMIGESTAS REFERENTES AO PARTO: UMA HISTÓRIA CONTADA”, a ser desenvolvida pela aluna *Millena Zaira Cartaxo da Silva*, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, sob orientação da professora *Cecília Danielle Bezerra Oliveira*, está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Este serviço municipal de saúde está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras – PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Sem mais,

Cajazeiras, 30 de Abril de 2019.

Kellyne Soraya Menezes Maciel
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola/Programa Saúde na Escola

Kellyne Soraya Menezes Maciel

Kellyne Soraya Menezes Maciel
Departamento de Educação em Saúde

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS DE PRIMIGESTAS REFERENTES AO PARTO: UMA HISTÓRIA CONTADA

Pesquisador: Cecília Danielle Bezerra Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14736619.3.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.438.188

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, que será realizada nas Estratégias Saúde da Família e Banco de Leite Humano do município de Cajazeiras-Pb, com primigestas assistidas nestes serviços. Os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista semi-estruturada, e os resultados serão analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin. A pesquisa seguirá respeitando os aspectos éticos e legais presentes na Resolução nº 466/12. Espera-se que o atual estudo possibilite a análise da assistência prestada durante a gestação e o parto bem como os sentimentos que envolvem as mulheres durante esse período, a fim de contribuir na rede de atenção materno-infantil na busca de um atendimento integralizado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Investigar expectativas e experiências de primigestas acerca do parto.

Objetivos Específicos

Identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico das participantes;

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 3.438.188

Caracterizar a assistência de enfermagem sob o olhar das primigestas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos, mas poderá ocorrer insatisfação da entrevistada em decorrência de abordar suas expectativas e experiências sobre algo que irá ocorrer e posteriormente como transcorreu o parto. Nesse caso, você terá a liberdade para decidir se participa ou não do estudo.

Esta pesquisa poderá subsidiar a assistência prestada às mulheres no período gravídico-puerperal e dessa forma, contribuir na qualidade de vida e necessidades de seu público, como também influenciar nas expectativas e experiências a serem vivenciadas, e isso sedará pela devolução dos resultados do estudo por meio da divulgação deste, além de incentivar os pesquisadores a desenvolver mais pesquisas voltadas para essa temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é importante por contribuir para melhoria da assistência relacionadas às informações que as gestantes devem receber sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal, como também orientações para conduzirem o seu parto. Os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término do estudo se faz necessário o encaminhamento do relatório final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1358763.pdf	28/05/2019 18:58:36		Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 3.438.188

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomillena.docx	28/05/2019 18:57:44	Cecília Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromisso.docx	28/05/2019 18:56:53	Cecília Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	21/05/2019 00:14:01	Cecília Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo.docx	21/05/2019 00:13:41	Cecília Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	21/05/2019 00:11:46	Cecília Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/05/2019 00:09:07	Cecília Danielle Bezerra Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	21/05/2019 00:05:50	Cecília Danielle Bezerra Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 04 de Julho de 2019

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br