

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**FERNANDA HONNEF**

**AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E  
NASCIMENTO: ESTUDO FENOMENOLÓGICO NA PERSPECTIVA  
DAS MULHERES**

**Santa Maria, RS,  
2019**



**Fernanda Honnef**

**AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: ESTUDO FENOMENOLÓGICO NA PERSPECTIVA DAS MULHERES**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestra em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

**Santa Maria, RS  
2019**

Honnef, Fernanda

AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO:  
ESTUDO FENOMENOLÓGICO NA PERSPECTIVA DAS MULHERES /  
Fernanda Honnef.- 2019.

132 p.; 30 cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, RS, 2019

1. Saúde Materno-Infantil 2. Autonomia Pessoal 3.  
Enfermagem 4. Fenomenologia 5. Parto I. Padoin, Stela  
Maris de Mello II. Título.

**Fernanda Honnef**

**Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: estudo fenomenológico na perspectiva das mulheres**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestra em Enfermagem**.

**Aprovado em: 29/01/2019**

---

**Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Valdecyr Herdy Alves (UFF)**  
(Membro da Banca)

---

**Cristiane Cardoso de Paula (UFSM)**  
(Membro da banca)

---

**Tassiane Ferreira Langendorf, Dra. (UFSM)**  
(Suplente da banca)

Santa Maria, RS  
2019



## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais Eda e Telmo, ao meu irmão Dionatas e ao meu namorado Alexssandro pelo apoio, carinho e atenção recebida em toda essa trajetória. Essa conquista é para vocês!





## AGRADECIMENTOS

À todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo, e realização deste sonho, em especial!

À **Deus**, pela vida e por todas as bênçãos recebidas.

À minha **Mãe Eda**, ao meu **Pai Telmo**, ao meu **irmão Dionatas**, pelo amor, pelo incentivo e suporte diário para seguir em frente, por me ensinarem a importância de nunca desistir dos meus sonhos!  
Jamais conseguirei expressar em palavras tudo que sinto por vocês!

Ao meu **namorado Alexssandro**, meu companheiro de vida, pela força, amor, incentivo e carinho incondicional e, principalmente, por entender os momentos que precisei me ausentar para a construção deste estudo.

À minha **orientadora, Profª Drª Stela Maris de Mello Padoin**, um exemplo de pessoa e de profissional pois tem suas ações permeadas por zelo, carinho e amor. Agradeço imensamente pela oportunidade, por acreditar em mim, pelo acolhimento, pela atenção, pelos conhecimentos compartilhados e por me tranquilizar nos momentos de dificuldade. Muito Obrigada por tornar este sonho possível.

Aos professores integrantes da banca examinadora, a **Enf. Dra. Critiane Cardoso de Paula**, ao **Enf. Dr. Valdecyr Hedy Alves** e a **Enf. Dra. Tassiane Ferreira Langendorf**, agradeço por aceitarem participar deste processo e pelas importantes contribuições no sentido de aprimorar a dissertação.

À **Universidade Federal de Santa Maria** por todas as oportunidades de aprendizado. Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** e seus professores pela contribuição na minha formação.

Ao **Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade**, obrigada pela recepção, apoio, companheirismo, pela convivência e por possibilitarem construções coletivas de conhecimento, ensinamentos. Em especial a **Jaqueline, Iris, Marília, Jacqueline, Polyana, Tamiris** com quem compartilhei ansiedades, dúvidas, durante a trajetória deste estudo.

As **mulheres** que participaram deste estudo espontaneamente, narrando suas histórias, medos, sentimentos, desejos, dando voz as nossas inquietações.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES)** pela concessão da bolsa de Mestrado.

As **demais pessoas** envolvidas nesse processo, que embora não tenham sido citadas, mas que de forma indireta contribuíram para minha conquista.

A todos vocês, **Muito Obrigada!!**

## RESUMO

### **AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: ESTUDO FENOMENOLÓGICO NA PERSPECTIVA DAS MULHERES**

AUTORA: Fernanda Honnef

ORIENTADORA: Stela Maris de Mello Padoin

O parto como um evento fisiológico da vida sexual e reprodutiva da mulher, deve ser acompanhado e assistido de maneira que a mesma o vivencie de forma ativa, exercendo o papel de protagonista do processo. Dessa forma, tem-se como questão norteadora: Quais as motivações das ações autônomas das mulheres no processo de parto e nascimento? Como objetivo, busca-se apreender as motivações das ações autônomas das mulheres no processo de parto e nascimento. Trata-se de uma investigação qualitativa, fundamentada na fenomenologia social de Alfred Schütz como referencial teórico-metodológico. Teve como cenário um hospital universitário na região sul do Brasil. Utilizou-se como técnica para produção de dados a entrevista fenomenológica com 15 puérperas que estavam internadas em alojamento conjunto, no período de setembro a dezembro de 2017. Análise dos dados ocorreu conforme os fundamentos do referencial adotado e com produções relacionadas com o objeto de estudo. Os resultados demonstram que os “motivos porque” das ações das mulheres durante o processo de parto e nascimento tanto aquelas ações durante a gestação como durante o trabalho de parto ocorrem devido ao medo daquilo que ouviu falar ou porque nos partos anteriores teve dor complicações e intervenções não desejadas. Pelo vínculo com o acompanhante e porque esse possui experiência ou vivência com processo de parto e nascimento. Já os motivos para das ações autônomas das mulheres tem em vista receber apoio físico emocional do acompanhante desde a gestação, desejam um parto tranquilo com menos dor, rápido e sem intervenções. E pretendem fazer as coisas certas para o bem estar do filho e que após o parto estejam sem dor e ativas para cuidar dos filhos. Concluímos que as ações autônomas das mulheres no processo de parto e nascimento estão inscritas em uma realidade social e são influenciadas pela sua situação biográfica determinada, e que suas ações iniciam desde antes da gestação, tendo em vista exercer sua autonomia. E que essa depende da relação com os profissionais, quando estes estimulam o protagonismo das mulheres por meio de uma relação face a face, ou quando reforçam a submissão das mulheres quando estas se sujeitam as diretrizes e adequam seu comportamento ao que está posto nas instituições.

**Palavras-chave:** Parto. Saúde Materno-Infantil. Autonomia Pessoal. Pesquisa Qualitativa. Fenomenologia. Filosofia. Enfermagem

## ABSTRACT

### FEMALE AUTONOMY IN THE BIRTH AND BIRTH PROCESS: A PHENOMENOLOGICAL STUDY IN THE PERSPECTIVE OF WOMEN

AUTHOR: Fernanda Honnef  
ADVISOR: Stela Maris de Mello Padoin

Childbirth as a physiological event of the sexual and reproductive life of women, must be accompanied and assisted so that it is experienced actively, exercising the role of protagonist of the process. In this way, the guiding question is: What are the motivations for the autonomous actions of women in the birth and birth process? As an objective, it seeks to apprehend the motivations of the autonomous actions of women in the process of birth and birth. It is a qualitative research, based on the social phenomenology of Alfred Schütz as a theoretical-methodological reference. In the southern region of Brazil, it had as scenario a university hospital. The phenomenological interview was used as a technique for data production with 15 puerperal women who were hospitalized in joint accommodation, in the period from September to December 2017. Analysis of the data occurred according to the basics of the adopted referential and with productions related to the object of study. The results show that the "reasons why" of the actions of women during the process of birth and birth both those actions during pregnancy and during labor occur due to fear of what they heard or because in previous births there was Pain complications and unwanted interventions. For the link with the companion and because he has experience or experience with the process of birth and birth. The reasons for the autonomous actions of women are aimed at receiving physical emotional support from the companion from the pregnancy, they want a calm delivery with less pain, fast and without interventions. And they intend to do the right things for the welfare of the child and that after the birth they are painless and active to take care of the children. We conclude that the autonomous actions of women in the process of birth and birth are inscribed in a social reality and are influenced by their specific biographical situation, and that their actions begin before pregnancy, in order to exercise their autonomy. And that this depends on the relationship with the professionals, when they stimulate the protagonism of women through a face-to-face relationship, or when they reinforce the submission of women when they submit the guidelines and adapt their behavior to what is placed in the institutions.

**Keywords:** Parturition. Maternal and Child Health. Personal Autonomy. Qualitative Research. Phenomenology. Philosophy. Nursing.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Linha do tempo das políticas no Brasil, direcionadas para retomada da autonomia feminina e humanização .....	26
Figura 2 – Passos para análise dos dados aplicados para o referencial de Alfred Schütz ...	65
Figura 3 – Ações das mulheres durante a gestação e o processo de parto e nascimento.....	74
Figura 4 – Categorias concretas do vivido .....	75
Figura 5 – Típico da ação das mulheres no processo de parto e nascimento .....	89



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>BR</b>	Brasil
<b>CAEE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CCS</b>	Centro de Ciências da Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CIPD</b>	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CPN</b>	Centro de Parto Normal
<b>DECS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>GAP</b>	Gabinete de Projetos
<b>GP-PEFAS</b>	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedades
<b>HPV</b>	Papiloma vírus Humano
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MESH TERMS</b>	Medical Subject Headings
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NEPESC</b>	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva
<b>ONG</b>	Organizações Não Governamentais
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>ODM</b>	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
<b>ODS</b>	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PAISM</b>	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
<b>PPGEnf</b>	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<b>PUBMED</b>	Public Medline
<b>REHUNA</b>	Rede pela Humanização do Nascimento
<b>RMM</b>	Razão de Mortalidade Materna
<b>RS</b>	Rio Grande do Sul
<b>SINASC</b>	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivo
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFSM</b>	Universidade Federal de Santa Maria
<b>UTI</b>	Unidades de Terapia Intensiva





## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(TCLE)....	118
APÊNDICE B – ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA.....	11820
APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE .....	1201
APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO .....	122



## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	127
ANEXO B – NORMAS REVISTA CIÊNCIA, CUIDADO E SAÚDE	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 130



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>23</b>
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>25</b>
3.1 AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO.....	25
3.2 DIMENSÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA DO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO.....	31
3.3 DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO .....	35
3.4 ESCOLHAS DAS MULHERES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA.....	37
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO .....</b>	<b>53</b>
<b>5 PERCUSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>59</b>
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	59
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	60
5.4 APROXIMAÇÃO E AMBIENTAÇÃO AO CENÁRIO DO ESTUDO .....	61
5.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	64
5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	66
5.7 DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO .....	67
<b>6 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA.....</b>	<b>68</b>
<b>6.1 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA.....</b>	<b>68</b>
6.2 SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DAS MULHERES .....	68
6.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS PARTURIENTES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO.....	73
6.4 CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO .....	74
<b>6.4.1 Categorias concretas do vivido relacionadas aos motivos por que .....</b>	<b>75</b>
<b>6.4.2 Categorias concretas do vivido relacionados aos motivos para .....</b>	<b>80</b>
6.5 TÍPICO DAS AÇÕES .....	87
<b>7 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA .....</b>	<b>89</b>
7.1 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA DOS MOTIVOS PORQUE.....	89
7.2 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA DOS MOTIVOS PARA .....	94
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa insere-se na discussão acerca da autonomia feminina no processo de parto e nascimento. Este estudo vincula-se a um projeto matricial intitulado “Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: um estudo fenomenológico”, desenvolvido junto ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade – GP-PEFAS, vinculado a Linha de Pesquisa do GP denominada **Políticas e práticas de cuidado na saúde da mulher: vivências em violência**. O referido grupo é certificado pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM.

O projeto matricial objetivou apreender a motivação de ações promotoras do exercício da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento na perspectiva dos atores sociais envolvidos nesse contexto, sendo esses os profissionais, os acompanhantes e as mulheres. E, obteve aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFSM, no parecer nº 1.387.340 (ANEXO A).

O objetivo de apreender as ações promotoras do exercício da autonomia realizada pelos profissionais de saúde envolvidos na assistência às mulheres em processo de parto e nascimento foi respondido por meio do desenvolvimento da dissertação intitulada “Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: um estudo fenomenológico na perspectiva de profissionais” defendida por Thamiza Laureany da Rosa dos Reis, no ano de 2017.

O objetivo de apreender a motivação de ações promotoras do exercício da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento na perspectiva dos acompanhantes, por sua vez, foi respondido por meio do desenvolvimento da dissertação intitulada “Motivações dos acompanhantes no apoio para a autonomia das mulheres em processo de parto e nascimento defendida por Íris Elizabete Messa Gomes, em 2018.

E, o presente estudo responde ao terceiro objetivo do referido projeto matricial de identificar as ações autônomas das mulheres no processo de parto e nascimento e apreender as motivações destas ações.

## 1.2 INTRODUÇÃO

Considerado um momento fisiológico da vida sexual e reprodutiva feminina, o processo de parto e nascimento, deve ser acompanhado de modo que a mulher o vivencie de maneira ativa, exercendo sua autonomia durante o processo (PEREIRA; BENTO 2011). Até o início do século XX, o parto era idealizado pelas mulheres, centrado na figura feminina, que era apoiada por parteiras, caracterizando a parturição como um evento da esfera familiar, o qual respeitava a fisiologia deste (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Após a institucionalização do processo de parto e nascimento, no século XX, instituiu-se um novo modelo de assistência, no qual este processo passou a ser concebido como um evento patológico, pautado em intervenções nem sempre necessárias, cujos protagonistas eram profissionais ao invés das mulheres (DINIZ, 2005; ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012). Com isso contribuiu para consolidar a visão tecnocrática do parto (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016; SANTOS; TAMBELLINI; OLIVEIRA, 2011).

Tal modelo intervencionista, ao desapropriar a mulher das decisões sobre o seu próprio corpo, gerou a crença de que as intervenções e tecnologias beneficiariam totalmente o processo parturitivo, até mesmo abolindo a dor. Desse modo, fortaleceu a submissão feminina diante do profissional de saúde, que por vezes causa desconfortos físicos e emocionais desnecessários (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

Este modelo propagou-se rapidamente, e apesar dos benefícios alcançados com a institucionalização, tem-se associado o aumento da morbimortalidade materna e perinatal a este modelo, presente no Sistema de Saúde Brasileiro tanto no âmbito público de saúde como no privado. Levando ao atual paradoxo da saúde que tem impedido a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012), evidenciado, no Brasil, pelo não alcance da 5ª meta estabelecida nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual era de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2014a).

Diante de críticas a este modelo de atenção, organizações de mulheres e profissionais insatisfeitos com o cenário vigente, nos anos de 1970 e 1990 reuniram-se em torno de pautas acerca da humanização da assistência ao processo de parto e nascimento. Neste contexto, buscando restituir a figura feminina sua autonomia, tem-se como marco internacional, a publicação das Boas Práticas de assistência ao parto em 1996 (OMS, 1996), e marco nacional

o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento em 2002 (BRASIL, 2002).

Assim para que as mulheres restabelecessem sua autonomia no processo de parto e nascimento, as políticas e programas de assistência ao parto e nascimento passaram-se a pautar-se humanização, sendo esta uma experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto (BRASIL, 2015). A autonomia das mulheres no cenário do parto e nascimento relaciona-se com condições que permitem que estas tomem livremente as decisões referentes aos seus corpos, à assistência que lhes é prestada e as intervenções que afetam as suas vidas e as de seus filhos (GUEDES; FONSECA, 2011).

Diante desse lacuna entre o que se sabe e o que se indica em políticas públicas e o que se faz na prática assistencial de um modelo tecnocrata, intervencionista e centrado no profissional médico, identifica-se a necessidade de investigar a autonomia da mulher no processo de parto e nascimento, na perspectiva das próprias mulheres. Ressalta-se ainda sua relevância, pela possibilidade de se ampliar a visão acerca do parto para além dos aspectos fisiológicos da mulher e do feto, focando no reconhecimento dos direitos femininos e o estabelecimento de uma atitude emancipatória para a conquista da sua cidadania.

Além da compreensão do parto como um evento que está permeado por relações sociais entre os atores envolvidos neste processo (BRASIL, 2002; WUNDERLICH, 2016). Ainda considerando que as pessoas organizam os seus cuidados em torno das significações, compreensões. Assim a compreensão dos significados, em torno dos fenômenos de saúde e doença, possibilita à enfermagem redirecionar, aprimorar, o cuidado na perspectiva da singularidade, visto que a prática de enfermagem é constituída fundamentalmente na relação entre seres humanos, cuja compreensão torna-se um importante sinalizador do cuidado de saúde e doença (JESUS et al., 2013).

A motivação para o desenvolvimento deste projeto deu-se a partir de inquietações oriundas das experiências acadêmicas, nas quais se constatou que as mulheres apesar de muitas vezes desconhecerem seus direitos humanos e reprodutivos, ao entrar na instituição hospitalar, desejam ser apoiadas e encorajadas neste momento tão especial que é o nascimento do seu filho. E ainda da observação de parturientes descrentes do seu papel de protagonista no trabalho de parto e parto, gerando questionamento sobre como elas percebem a autonomia e se realmente reconhecem este direito. Além do mais, a temática delineada, configura-se como Prioridade de Pesquisa em Saúde, apontando para questões relacionadas a morbimortalidade associada à utilização de tecnologias no parto (BRASIL, 2008). Ainda a publicação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que pactuam a redução da mortalidade



materna, e considerando que a mesma só pode ser alcançadas com maior protagonismo das mulheres no processo de parto e nascimento (ONU, 2015a).

Diante do exposto, tem-se como objeto de estudo: as ações autônomas das mulheres no processo de parto e nascimento. Como questão norteadora da pesquisa: Quais as motivações das ações autônomas das mulheres no processo de parto e nascimento?

## **2 OBJETIVO GERAL**

Compreender as ações autônomas das mulheres durante o processo de parto e nascimento

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Identificar as ações autônomas das mulheres no processo de parto e nascimento;
- b) Aprender as motivações das ações autônomas das mulheres no processo de parto e nascimento.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

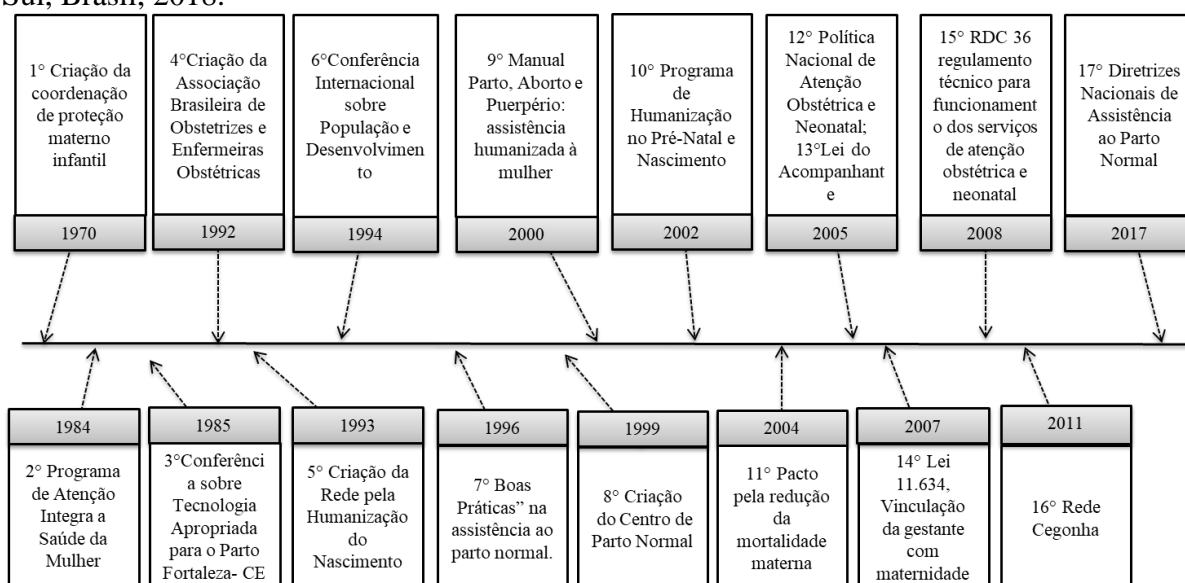
Este capítulo apresenta elementos teóricos necessários à construção da problemática de investigação, sendo elaborados os seguintes eixos: Autonomia feminina no processo de parto e nascimento no contexto histórico e político; dimensão epidemiológica e clínica do processo de parto e nascimento; dimensão assistencial do processo de parto e nascimento; o comportamento de escolha das mulheres no processo de parto e nascimento.

#### 3.1 AUTONOMIA FEMININA NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO

Historicamente em diferentes culturas e sociedades, o cenário do processo de parto e nascimento era o domiciliar junto à família, o que o caracterizava como um evento natural, que possibilitava a vivência do parto de maneira ativa pela parturiente, exercendo seu papel de protagonistas do processo. Nestes cenários as parturientes eram assistidas por mulheres conhecidas como parteiras, que possuíam experiências e conhecimentos em acompanhar os partos, passados através das gerações, caracterizando assim o parto um evento majoritariamente feminino e domiciliar (SOUZA, 2014; SODRÉ; LACERDA, 2007).

As modificações neste cenário foram desencadeadas com os avanços científicos, tecnológicos e consolidação do modelo biomédico na obstetrícia, na metade do século XX, que legitimaram a obstetrícia moderna e o modelo tecnocrático de assistência ao parto, e a adoção de práticas obstétricas que surgiram com finalidade de controlar o processo fisiológico do nascimento e implementar padrões de trabalho de parto. Desse modo gradativamente o processo parturitivo foi caracterizando-se como patológico e complexo, que necessitava de profissionais e intervenções para que ocorresse com segurança (CASTRO, 2014; MONGUILHOTT et al., 2018). A seguir na Figura 1, é apresentada uma linha do tempo com a evolução das políticas e programas direcionadas para retomada da autonomia feminina e humanização no processo de parturição, no Brasil no período de 1970-2018.

Figura 1 – Linha do tempo das políticas e programas no Brasil, direcionadas para retomada da autonomia feminina e humanização no processo de parturição. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.



Fonte: elaborado pela autora.

O descontentamento das mulheres em relação à assistência prestada, que se pautava na intensa medicalização do parto, configurou-se como um dos eixos de debates pelo protagonismo feminino. Visando a partir da década de 1970 a modificação do modelo vigente de assistência ao processo de parto e nascimento, tanto no cenário internacional quanto nacional. Nesta perspectiva, a busca pela dignificação e humanização do processo ganhou destaque nas discussões, resultando em cartas, políticas, programas, inaugurando a inclusão destas questões nas agendas de políticas públicas (RATTNER, 2009).

Destaca-se que nesta época as políticas, no Brasil, direcionadas a saúde da mulher caracterizavam-se por sua verticalização, e especificidade direcionada às demandas relativas à gravidez, parto, grupos de risco e situações de vulnerabilidade. Ressaltando uma visão restrita as especificidades biológicas das mulheres e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pelos cuidados com os filhos e outros familiares (BRASIL 2011a). Esta perspectiva reducionista com que as mulheres eram tratadas foi intensamente criticada pelos movimentos feministas brasileiros.

Frente a estas críticas, em 1970, as questões relacionadas à saúde das mulheres ganharam maior espaço nas agendas de políticas públicas, a partir da criação da coordenação de proteção materno infantil, com a finalidade de planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011b). Em 1984, foi lançado o Programa de Assistência Integral da Saúde da

Mulher (PAISM), considerado um marco na história dos direitos reprodutivos da mulher. Tinha como objetivos disponibilizar às mulheres um conjunto de ações com amplo acesso, esperando-se obter forte impacto na redução da morbimortalidade materna no país (BRASIL, 1984; RATTNER, 2014). Este programa foi criado na esteira da Conferência de Alma-Ata (1978). Ainda, destaca-se que neste mesmo período concebia-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que trazia em suas discussões princípios em especial o da equidade (BRASIL, 1990).

Em 1985, na cidade de Fortaleza, Brasil, ocorreu a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, outro marco para a saúde pública e para a defesa dos direitos das mulheres. Esta conferência resultou em um documento conhecido como Carta de Fortaleza (ROCHA; NOVAES, 2010), o qual recomendava a participação das mulheres na formulação e avaliação dos programas de saúde e também a necessidade de mudanças nas práticas de assistência ao parto e nascimento, sugerindo a estimulação da liberdade de posição no parto, da presença do acompanhante, e também o abandono de intervenções - como utilização de enema, tricotomia e amniotomia, episiotomia de rotina e a indução do parto (WHO, 1985; DINIZ, 2005). Em 1986 a lei n 7.498/86 regulamenta o exercício dos profissionais da enfermagem, que em seu artigo 9º regulamenta a profissão das parteiras (BRASIL, 1986).

No ano 1990 ainda predominava o modelo intervencionista com uso inadequado e excessivo de intervenções, bem como desrespeito aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres (RATTNER, 2009). Frente a esta situação, ampliaram-se expressivamente os movimentos de profissionais e usuários, que se posicionavam criticamente ao atual modelo (CASTRO, 2014). Ao final da década de 1990 a popularização da internet, estimulou o fortalecimento de movimento de ativistas pela humanização do parto, especialmente movimentos de usuárias, que se organizavam em Organizações Não Governamentais (ONG), “Amigas do Parto” e “Bem Nascer” (LEÃO et al. 2013).

Neste cenário de transformações e lutas pelos direitos de cidadania, no campo da saúde e da saúde da mulher, houve a criação da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO-Nacional), no ano de 1992, com o objetivo de transformar o modelo intervencionista no campo obstétrico. Uma vez que a atuação das enfermeiras obstétricas é reconhecida como primordial no cuidado, no estímulo à fisiologia do parir e à participação feminina (PRAGIANTI; MOUTA, 2009; BRASIL, 2001).

Outros movimentos também estimularam as discussões sobre a necessidade de tais mudanças. Neste sentido, em 1993 foi criada no Brasil a Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA), composta por profissionais de saúde e por usuárias desses serviços, e principalmente, por representantes de movimentos feministas (DINIZ, 2005; RATTNER et

al., 2010). Um marco na criação do REHUNA foi a elaboração do documento intitulado Carta de Campinas, que denunciava a violência, constrangimento e as condições subumanas a que eram submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento (REHUNA, 1993).

Ainda, as questões relacionadas ao descontentamento com o modelo de assistência prestadas no processo parturitivo, foram inseridas nas discussões da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) no Cairo, realizada em 1994. Nesta Conferência, temas como direitos sexuais e reprodutivos ocuparam grande parte das discussões, ficando pactuado que:

“Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade de mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências”. (ONU, 1994)

Neste sentido, os direitos reprodutivos são essenciais para que as mulheres exerçam o direito à saúde, incluindo serviços integrais e de boa qualidade, como privacidade, informações completas, livre escolha, confidencialidade e respeito (ONU, 1994; MAIA, 2010). Tais acordos foram ratificados no ano de 1995 na cidade de Pequim, durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (ONU, 1995).

Em 1996, reforçando o movimento na busca pela dignificação da assistência ao parto e para retomar o parto como mais fisiológico possível, a Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou um conjunto de recomendações, as “Boas Práticas” na assistência ao parto normal, que consistiam em uma síntese de uma revisão sistemática com mais de 40.000 estudos sobre práticas perinatais (MORORÓ et al., 2017; OMS, 1996). No Brasil, esta publicação ocorreu somente no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde (MS), sob o título Assistência ao Parto Normal - Um Guia Prático (OMS, 2000). Estas iniciativas inauguraram um processo mais amplo de humanização dos serviços (DINZ, 2005).

Em 1999, em contrapartida ao modelo hospitalar e buscando resgatar a autonomia das mulheres, o MS criou o Centro de Parto Normal - CPN (BRASIL, 1999; RATTNER, 2009). Nestes centros seriam prestados cuidados humanizados e de qualidade ao parto normal sem distócia, assistidos por enfermeiras obstétricas (DIAS; DOMINGUES, 2005). O lançamento pelo MS em 2001, do manual Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, que foi pautado na ciência e nas recomendações da OMS, reconheceu a importância da humanização da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal para melhorar a qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2001).

Um dos marcos do movimento da humanização do parto no Brasil foi o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2002 pelo MS. Tinha o objetivo de reduzir a morbimortalidade perinatal, garantir acesso, qualidade e cobertura do pré-natal, parto e puerpério e ampliar a rede de assistência ao pré-natal de risco. A partir deste programa o MS passou a recomendar que o parto e o nascimento fossem considerados como acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e, preponderantemente fisiológico (BRASIL, 2002; WUNDERLICH, 2016).

Em 2004, o MS lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma iniciativa para o enfrentamento da mortalidade materna (REIS; PEPE; CAETANO, 2011). Entre seus princípios norteadores estão: a mobilização política para investimentos na melhoria e humanização da atenção obstétrica e neonatal, o respeito aos direitos humanos, entre outras (BRASIL, 2004). Em 2005, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal com enfoque na assistência de qualidade e na humanização (BRASIL, 2005b).

Convém ainda, mencionar a publicação de outras legislações, que buscaram garantir a humanização e ao resgate da autonomia da mulher. Ressalta-se a Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito de ter um acompanhante. Considerando os benefícios do acompanhante para as parturientes que ficam mais tranquilas e seguras durante o processo, e com isso diminui o tempo de trabalho de parto, reduz também a necessidade de analgesia, a incidência de cesáreas (BRASIL, 2005c; SATURNINO et al., 2011).

Ainda a Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que estabelece a vinculação no pré-natal ao local de parto, afirmando como direito da gestante conhecer a maternidade onde receberá assistência, no âmbito do SUS, evitando a peregrinação da gestante (BRASIL, 2007; RODRIGUES et al., 2015). A Resolução nº 36 de 3 de julho de 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, incluindo a ambiência, o acolhimento e ações de humanização para a manutenção dos serviços dessa área. Uma vez que o ambiente adequado acolhedor, humanizado favorece o protagonismo das parturientes (SOUZA, 2014).

O movimento mundial pela humanização do parto refletiu em diversas iniciativas, no cenário internacional em 2008, como a I Conferência Nacional e I Conferência Internacional sobre os ODM no âmbito da Saúde, sendo um deles, “Melhorar a saúde materna”, com duas metas a serem atingidas: a redução da mortalidade materna até 2015 em 75% do nível observado em 1990 e a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2014a).

Somado ao arcabouço legal tem-se em 2011, a implantação pelo MS da Rede Cegonha, uma estratégia com a finalidade melhorar a assistência obstétrica. O programa sistematiza e institucionaliza um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento, visa implementação da rede de cuidados para assegurar às mulheres o acesso à informação a respeito de seus direitos sexuais e reprodutivos e à atenção qualificada, segura, humanizada, desde o pré-natal, parto até o puerpério, e garantir o direito ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011c).

O ano de 2015 marcou o fim da iniciativa dos ODM, proposto pela ONU, porém os esforços para reduzir a mortalidade materna, permanecem nas agendas de saúde global. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são iniciativas que sucedem os ODM, com o objetivo de eliminar a mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030, tem a meta de reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2015; ONU, 2015a).

Entre as estratégias brasileiras atuais, em 2017 foram aprovadas as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Essas são produto do esforço conjunto entre diversas áreas do MS e outras instituições, sociedades e associações de profissionais e das mulheres, no intuito de qualificar o modo de nascer no Brasil, com objetivo de reduzir intervenções desnecessárias e conseqüentemente os seus agravos, difundir práticas baseadas em evidências, e recomendar determinadas práticas considerando a parturiente e seu acompanhante no processo de decisão (BRASIL, 2017). No ano de 2018 a OMS, atualizou as recomendações para assistência ao processo de parto e nascimento, visando que o processo de parto e nascimento centrado nas necessidades das mulheres (WHO, 2018a).

Ainda em 2018 a OMS, publicou recomendações sobre intervenções não clínicas para reduzir número de cesarianas desnecessárias, nesta recomendação tem em vista a redução das altas taxas de cesariana. Para isso incorpora opiniões, medos e crenças de mulheres e profissionais de saúde acerca da cesarianas, considerando a complexidade que permeia estas altas taxas, relacionadas ao modelo de atenção obstétrica, as relações entre profissionais e as mulheres. (WHO, 2018b)

Na medida em que foram evoluindo as políticas direcionadas à saúde das mulheres, buscaram considerar o resgate da fisiologia do parto, a partir da integralidade do cuidado e da atenção humanizada (APOLINÁRIO et al., 2016). Porém ainda persistem grandes desafios, dentre estes as altas taxas de cesarianas, desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, ao serem utilizadas intervenções sem avaliar as necessidades das parturientes, e também a medicalização abusiva no processo de parto e de nascimento, para o resgate da autonomia e do protagonismo feminino na cena do parto (VICTORA et al., 2011).



### 3.2 DIMENSÃO EPIDEMIOLÓGICA E CLÍNICA DO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO

As modificações ocorridas na prestação da assistência às mulheres durante o processo de parto e nascimento tinham como finalidade a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Porém, estas modificações transformaram o processo de parto e nascimento em um processo complexo em que as vivências antes fisiológicas passam a necessitar de intervenções médicas para controlá-las, tornando o processo de parturição marcado por práticas nem sempre necessárias, e visto sob a perspectiva de evento patológico (LEÃO et al., 2013; WEIDLE et al., 2014).

Apesar de 98% dos partos no Brasil em 2011, terem ocorrido em ambientes hospitalares e outros estabelecimentos de saúde (NASCIMENTO et al., 2015), ainda existem aspectos que precisam ser aprimorados. Tais aspectos relacionam-se tanto no que se refere ao uso excessivo de intervenções, como cesariana, quanto no que se refere à humanização e autonomia das mulheres no processo de parto e nascimento. Uma vez que as rotinas ao desconsiderarem as evidências científicas, e as demandas das parturientes, as excluem de sua participação, e também podem resultar em desfechos desfavoráveis (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010; SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Epidemiologicamente relaciona-se o aumento da morbimortalidade materna e perinatal com o modelo intervencionista, podendo ser explicitado pelas altas taxas de cesariana, que ultrapassam os 15% preconizados pela OMS (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012). No ano de 2015, o Brasil teve um percentual de parto cesariana de 55,5% e de parto vaginal 44,5%. Neste mesmo período, segundo informações disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a razão de mortalidade materna foi de 57,7 mortes por 100 mil nascidos vivos (DATASUS, 2011).

A OMS, por meio da Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), define mortalidade materna, como:

A morte de uma mulher durante ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou a sua gestação, mas não devido a causas acidentais ou incidentais (WHO, 2010).

A mortalidade materna é considerada um indicador sensível das condições de vida da população, que reflete a qualidade da assistência prestada à saúde da mulher durante o ciclo gravídico puerperal. A mortalidade materna é estimada pela Razão de Mortalidade Materna

(RMM) a qual estima o risco de mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (SZWARCWALD et al., 2014). Mundialmente a razão de mortalidade materna modifica-se, e difere-se em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo que aceito pela OMS é de 20 mortes por 100 mil nascidos vivos (WHO, 2010).

Comparando os indicadores, é possível identificar que no período de 1990 a 2015, no Brasil, ocorreu uma significativa redução, pois em 1990 tinha-se 141 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, e em 2015 tinha-se 57,7 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos. Contudo, os índices ainda estão acima da RMM aceita pela OMS, que é de 35 mortes por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2014b).

Mundialmente, cabe salientar que mais de 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento e menos de 1% nos países desenvolvidos (WHO, 2011). No que se refere às causas das mortes maternas, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, existe o predomínio das causas obstétricas diretas, já nos países desenvolvidos relacionam-se às causas obstétricas indiretas (KHAN et al., 2006). No Brasil, em 2012, o risco de morrer por causas obstétricas diretas foi de 40,07 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, sendo que as duas principais causas no Brasil são a hipertensão e a hemorragia, que corresponderam, em 2012, a 20,2% e 11,9% do total de óbitos maternos, respectivamente. Outras causas obstétricas diretas importantes são a infecção puerperal e o aborto, que corresponderam no mesmo ano, respectivamente, a 7,3% e a 4,5% do total de óbitos maternos (BRASIL, 2014c).

Em relação ao período que ocorreram as mortes maternas, 17% ocorreram durante a gestação, 9% durante o parto e 56% no puerpério. Em relação ao local 92% dos óbitos maternos ocorreram no ambiente hospitalar (BRASIL, 2012). Com isso pode-se reafirmar os reflexos diretos da qualidade da assistência obstétrica com a mortalidade materna. Nesse sentido a mortalidade é um desfecho evitável em aproximadamente 92% dos casos, e viável para o Brasil, mas para isso é necessário incentivo às ações e estratégias voltadas à redução da morte materna, e garantia de assistência humanizada e integral a mulher. Outra estratégia é a identificação dos casos de *near miss* materno. (BOTELHO et al., 2014; SILVA et al., 2016).

Considera-se *near miss* materno como um evento de “quase morte” causado por complicações potencialmente letais ocorridas com a mulher durante a gravidez, parto ou puerpério, em que as mulheres somente sobrevivem devido ao acaso ou ao cuidado (SOUZA et al., 2006). Em países onde o índice de mortalidade materna é baixo, a qualidade da assistência é indicada pela morbidade materna grave (*near miss*) (REIS; PEPE; CAETANO, 2011; SAY; SOUZA; PATTINSON, 2009).

Dentre os esforços globais atuais para redução da mortalidade materna, os ODS,

objetivam reduzir a mortalidade materna global de 210 mortes por 100 mil nascidos vivos, para 70 mortes por 100 mil nascidos vivos. Para o Brasil isso significa até 2030 reduzir para 20 mortes para 100 mil nascidos vivos por ano, considerando as médias nacionais atuais (ONU, 2015; SOUZA, 2015).

Salienta-se que para cada morte materna, muitas outras mulheres apresentam graves complicações, durante a gravidez, parto ou puerpério (WHO, 2011). Como mostra estudo realizado entre 2013 e 2014, em que foram registrados 12 casos de óbitos para 492 casos de *near miss* admitidos em Unidade Intensiva Obstétrica. As principais causas dessas internações são as síndromes hipertensivas, os quadros hemorrágicos, sepse de causa obstétrica, ruptura uterina e também complicações graves por aborto (SAINTRAIN et al., 2016; AGUIAR; TANAKA, 2016).

Estudo realizado em oito países da América Latina mostrou a associação entre os riscos para mulher e recém-nascido devido as altas taxas de cesariana. Dentre os riscos estão o aumento da mortalidade materna, maior uso de antibióticos no pós-parto, morbidade materna grave, e ainda aos recém-nascidos, aumento das taxas de mortalidade fetal, maior número de recém-nascidos admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) por sete dias ou mais (VILLAR et al., 2006).

A cesariana é uma intervenção cirúrgica que possibilita que o bebê seja retirado do útero materno quando não é viável o parto normal, em virtude de riscos à sobrevivência de mãe e/ou criança. Estas situações podem ser classificadas em indicações absolutas, como por exemplo: prolapso de cordão, descolamento prematuro de placenta e placenta prévia (QUEIROZ et al, 2005). Ainda existem as indicações relativas de cesariana, nas quais as condutas devem ser individualizadas, a citar: o histórico de duas ou mais cesáreas anteriores, existência de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), condição em que se deve considerar a carga viral, alguns casos de Papiloma vírus Humano (HPV), dentre outros, que venham a complicar o bom andamento do parto. Sob esta perspectiva, a cesariana é um ótimo recurso disponível para proteger, ao mesmo tempo, a saúde da mãe e da criança, permitindo um parto sem maiores complicações (QUEIROZ et al., 2005).

Na ausência de indicação clínica de cesariana, mulheres e crianças ficam susceptíveis aos riscos associados a ela. Os riscos de infecção puerperais são quatro vezes maiores quando comparado ao parto normal, e três vezes maior ao risco de morbimortalidade materna, além do aumento dos riscos de prematuridade e a mortalidade neonatal (QUEIROZ et al., 2005). Considerando ser um ato cirúrgico, a parturiente passa a ser tratada como enferma, o que a impede de seguir seus instintos e adotar a posição mais cômoda e fisiológica (BRASIL,

2001).

O parto normal, segundo a Organização Mundial da Saúde OMS (1996) é aquele com início espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho de parto, permanecendo, assim, até a expulsão do feto. No entanto, com a institucionalização, o que era fisiológico passou a ser visto como patológico e assim é um evento que necessita de um médico, no qual a mulher deixou de ser a protagonista. Ainda, foram incluídas técnicas e práticas com o intuito de auxiliar a parturição, no entanto ao serem realizadas sem avaliar os benefícios das mesmas e as necessidades individualizadas de cada mulher estas condutas por vezes até causam complicações e desconforto materno, riscos ao feto (SANTOS; PEREIRA, 2012).

Essas ações, por vezes são desnecessárias e cumprem o papel de repetição de uma rotina que não considera nem a demanda clínica das parturientes, nem as evidências científicas (SANTOS; SHIMO, 2008). Dentre as práticas e intervenções utilizadas cita-se, o uso abusivo de ocitocina, imobilização, posição de litotomia no parto, amniotomia, a episiotomia, que apesar das evidências das recentes pesquisas e das recomendações, a intervenção ainda é realizada rotineiramente em mais de 90% dos partos vaginais ocorridos no Brasil, desconsiderando as reais necessidades (LEAL et al., 2014; SANTOS; SHIMO, 2008).

O desconhecimento das mulheres sobre os seus direitos sexuais e reprodutivos, das indicações, riscos e benéficos das intervenções reforça o poder dos profissionais e a exclusão e submissão da parturiente no ato decisório no processo de parto e nascimento (LANSKY et al., 2014; LEAL et al., 2014).

Soma-se ainda a crença gerada pelo atual modelo de assistência nas mulheres de incapacidade de parir sozinhas, o que as faz subordinarem-se as intervenções, acreditando que estas são indispensáveis para o nascimento de seus filhos. Essa resignação dá sustentação aos mecanismos de subordinação e opressão assumidos pelas mulheres no contexto hospitalar e, conseqüentemente, as levam a seguir as orientações dos profissionais sem questioná-las (LESSA et al, 2014).

Na busca pelo resgate da autonomia e participação feminina na cena do parto, destacam-se ações como qualificação dos profissionais e o fortalecimento das ações durante o pré-natal, parto e puerpério com vistas à humanização da assistência (LESSA et al, 2014; ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012). A partir do acesso à informação e conseqüente consciência plena dos direitos de cidadania, promove-se a mudança de atitudes passivas para posturas ativas, permitindo que o indivíduo seja capaz de saber o que é melhor para si, e assim enxergar o parto não apenas como um processo natural e fisiológico, mas um parto consciente e participado (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

### 3.3 DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO

As transformações ocorridas na prestação da assistência às mulheres, durante o processo de parto e nascimento, relacionaram-se tanto a conduta dos profissionais que a realizam, quanto à concepção da população em torno desse fenômeno e as formas de resolução. Essas mudanças visavam à redução da morbimortalidade materna e perinatal. Essas mudanças resultaram nas mulheres a perda do papel de protagonistas no processo de parturição (BESSA; AMEDE, 2010).

A institucionalização do parto impôs um enorme ritual ao ato de parir, permeado e sustentado por um saber, que impõem rotinas, padroniza as ações dos profissionais, e assim impossibilita, na maior parte das vezes, a participação da mulher como protagonista do seu próprio processo de ser mãe. (DODOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017). Frente este panorama, a partir da década de 1970 aumentaram as críticas a este modelo de atenção ao parto no Brasil, o que motivou e fortaleceu os movimentos em favor da humanização da assistência (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Nesse sentido a OMS, em 1996, publicou as recomendações sobre tecnologias para atenção ao parto e nascimento, classificando as práticas com base em evidências científicas em: Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada (RATTNER, 2009).

No Brasil, os esforços na tentativa de ampliar o cuidado na perspectiva da integralidade e humanização, protagonismo feminino, mostram-se a partir da instituição de programas e políticas, também por meio de ações dos profissionais, e da modificação fatores ambientais e estruturais.

Dentre os programas e políticas destacaram-se, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNHN), a criação da estratégia Rede Cegonha, e também a criação dos Centros de Parto Normal, e da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO-Nacional) (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011c; CARVALHO et al., 2012).

A atenção humanizada no processo de parturição, segundo o Ministério da Saúde, é ampla abrange um conjunto de conhecimentos, práticas atitudes para a promoção do parto e nascimento saudáveis e ainda a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia no pré-natal garantindo a realização de procedimentos comprovadamente benéficos para a

mulher, evitando intervenções desnecessárias e preservando a privacidade e promovendo a autonomia das mulheres (BRASIL, 2001).

Visando ampliar as questões da assistência humanizada no processo parturitivo, a estratégia da Rede Cegonha representa avanços, no sentido de proteção integral ao processo de gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida tanto em termos da gestão do cuidado e do sistema, incorporando os dispositivos do PNPH. Nela são incorporadas: a passagem da compreensão biomédica, com foco no corpo da mulher e da criança, para a abordagem humanizada, interdisciplinar, com foco na família; as concepções mais atualizadas das práticas de atenção, fundamentadas na Medicina Baseada em Evidências e numa abordagem humanizada que considera as mulheres como sujeitos partícipes da atenção (RATTNER, 2014).

Ainda, considerando que as rotinas hospitalares foram planejadas para atender as necessidades médicas e não necessariamente das parturientes (PINHEIRO; BITTAR, 2013). A instituição de CPN é uma alternativa, para a efetivação de um novo modelo de atenção obstétrica, uma vez que a assistência pauta-se no respeito às singularidades das mulheres, estímulo da participação de forma autônoma em todo evento parturitivo. No CPN o parto é realizado por enfermeiras obstétricas, que estão implicadas nos processos de dignificação da assistência (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Ressaltam-se também as condutas dos profissionais, para promover a autonomia das mulheres durante o processo de parturição, que iniciam no período do pré-natal. Sendo este oportuno, para a realização de práticas educativas, preparação para o trabalho de parto e parto (COSTA et al., 2011). Desta forma assegurando uma assistência digna, com informações necessárias para que a mulher possa participar realizando escolhas com tranquilidade, e agir segundo suas escolhas, respeitando sua participação e de sua família em todo esse processo (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Outras estratégias realizadas pelos profissionais para que as mulheres sintam-se valorizadas e confiantes, são o acolhimento e a comunicação. Nestas ações o diálogo deve ultrapassar os determinantes biológicos de saúde e doença (PEREIRA; BENTO, 2011). Ainda o acolhimento propicia aos profissionais de saúde reconhecer as demandas de cuidado das mulheres, e amenizar o medo decorrente do trabalho de parto e parto (SANTOS; PEREIRA, 2012).

Destacam-se também as ações de apresentação e explicação dos procedimentos, rotinas bem como suas razões, para promover a participação das mulheres (TORNQUIST, 2003). Considerando que para existir a participação ativa das mulheres, deve existir

previamente a consciência sobre as práticas que serão realizadas, assim como estímulos por parte da equipe de saúde para participarem através da apresentação de possibilidades (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). Ainda o plano de parto tem sido apontado com uma prática positiva, para expressar os desejos e escolhas das mulheres no processo de parto e nascimento (PEREIRA; BENTO, 2011).

No que se refere às questões estruturais e ambientais, dentre os vários fatores a iluminação, o silêncio, a privacidade, a estrutura física, a ambiência, influenciam na participação das mulheres. Uma vez que locais estruturados estimulam as mulheres a realizar escolhas, como por exemplo, posição do parto, local do parto, medidas não farmacológicas para alívio da dor (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015; TORQUINIST, 2003).

Porém, apesar de todos esses programas e políticas terem surgidos para nortear a melhoria na gestão, na assistência e no relacionamento entre profissionais e usuários, a humanização e a qualidade dessa atenção à mulher durante o parto e o puerpério ainda são desafios que os serviços de saúde e principalmente os profissionais devem assumir e conquistar (DODOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017). Assim é essencial trabalhar, o “como fazer” para propiciar que as mulheres (re) assumam o protagonismo do nascimento de seus filhos (RATTNER, 2009).

#### 3.4 ESCOLHAS DAS MULHERES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA

Nesta seção será apresentado o artigo científico intitulado “Escolhas das mulheres no processo de parto e nascimento: revisão integrativa, que teve como objetivo identificar as evidências científicas nacionais acerca das escolhas das mulheres no processo de parto e os aspectos que as influenciam.

O artigo foi submetido para revista *Ciência, Cuidado e Saúde*, em 21 de setembro de 2017. Ressalta-se que os elementos textuais do mesmo encontram-se em conformidade às normas específicas do periódico (ANEXO B), conforme orientações do Manual de Dissertações e Teses (2015) da UFSM.

**ESCOLHAS DAS MULHERES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO:  
REVISÃO INTEGRATIVA  
CHOICES OF WOMEN IN THE PROCESS OF BIRTH AND BIRTH:  
INTEGRATIVE REVIEW  
ESCUELAS DE LAS MUJERES EN EL PROCESO DE PARTO Y NACIMIENTO:  
REVISIÓN INTEGRATIVA**

**RESUMO**

O estudo teve como objetivo identificar as evidências científicas nacionais acerca das escolhas das mulheres no processo de parto e os aspectos que as influenciam. Trata-se de revisão integrativa, realizada nas bases eletrônicas de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scopus* e *National Library of Medicine*, em junho de 2017. Localizaram-se 1078 produções, destas incluíram-se 27. As evidências científicas apontaram que as principais escolhas das mulheres no processo de parto relacionam-se ao local, tipo e posição do parto, além de métodos não farmacológicos para alívio da dor. As influências positivas para essas escolhas centram-se no acesso à informação e na expectativa em relação ao tipo de parto. As negativas, por sua vez, no desconhecimento dos direitos e comunicação unilateral. Destacou-se na síntese desta revisão, a escolha do tipo de parto seguida do local para sua realização. As influências positivas para essas escolhas centram-se no acesso à informação, e as negativas, por sua vez, são a dor, medo e ansiedade. As escolhas das mulheres durante o processo de parto não são autônomas, evidenciando a necessidade de mudança do modelo intervencionista atual neste cenário.

**Descritores:** Saúde da mulher. Parto. Comportamento de escolha. Preferência do paciente. Tomada de decisões.

**Keywords:** Women's health. Parturition. Choice behavior. Patient preference. Decision making.

**Palabras clave:** Salud de la mujer. Parto. Conducta de elección. Prioridad del paciente. Toma de decisiones.

**Introdução**

O processo de parto e nascimento é um momento singular na vida reprodutiva das mulheres, que durante muito tempo ocorreu no domicílio, tendo como protagonista a figura feminina<sup>(1)</sup>. Contudo, os avanços científicos e a institucionalização deste processo acabaram destituindo as mulheres de seu papel de protagonistas, desapropriando-as de decisões sobre seu próprio corpo, reforçando a submissão diante dos profissionais e das diretivas institucionais<sup>(2-4)</sup>.

A partir da década de 70, a desaprovação em relação ao modelo de assistência ao parto e nascimento por profissionais e movimentos feministas, estimulou o desenvolvimento de programas e políticas para modificação desse modelo, que visavam restituir a participação das mulheres no processo de parto e nascimento. Ao encontro dessa proposta, tem-se uma visão



humanista, que respeita a mulher em sua totalidade, garantindo a ela seu direito de escolha e de participação ativa nas decisões que envolvem esse processo<sup>(3)</sup>.

Nessa direção, o direito de escolha no processo de parto e nascimento foi reportado em 1988 na Declaração de Adelaide (II Conferência Internacional de Promoção da Saúde). Esta propunha, dentre outros, a promoção de políticas públicas voltadas ao parto baseadas nas preferências e escolhas das mulheres<sup>(5-6)</sup>. Outro marco nesse movimento foi o guia prático para assistência ao parto normal, denominado de as Boas Práticas de Atenção<sup>(3,7)</sup>. O conceito de escolha é um princípio central do cuidado moderno da maternidade e afirma às mulheres o direito de tomar decisões autônomas. Possibilita que a mulher passiva frente às decisões dos profissionais, passe a ser ativa, tendo suas necessidades e preferências consideradas essenciais na tomada de decisões<sup>(8)</sup>.

Tais movimentos repercutiram no cenário brasileiro de atenção à saúde e desencadearam políticas públicas para promoção do protagonismo feminino e guardam convergência com os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) Nacional, sendo considerado um movimento contra-hegemônico ao modelo de assistência obstétrica. Com esta perspectiva tem-se como objetivo identificar as evidências científicas nacionais acerca das escolhas das mulheres no processo de parto e os aspectos que as influenciam.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que utiliza métodos criteriosos e sistemáticos de avaliação, com a finalidade de sintetizar evidências acerca de um determinado problema, em que se seguiram seis etapas metodológicas<sup>(9)</sup> descritas a seguir.

A elaboração da questão de revisão (etapa 1): “Quais as evidências científicas nacionais acerca das escolhas das mulheres no processo de parto e dos aspectos que as influenciam?”. Para sua elaboração utilizou-se a estratégia PICO: P (População): Mulheres; I (Fenômeno de interesse): Escolhas realizadas no processo de parto; Co (Contexto): SUS,

Brasil.

Os critérios de inclusão (etapa 2) foram: artigos de pesquisa desenvolvidos no Brasil, cujas participantes foram mulheres que experienciaram o processo de parto e nascimento, publicados em português, inglês ou espanhol, no período de 1996 a 2016 e que respondessem a questão de revisão. A inclusão de estudos do Brasil justifica-se pelo modelo de assistência obstétrica prestado no país, o recorte temporal deve-se ao intenso movimento desencadeado a partir “Recomendações da OMS - Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”<sup>(7)</sup>.

A estratégia de busca está apresentada no Quadro 1 e foi desenvolvida em julho de 2017 de forma independente por duas revisoras. Quando houve divergência quanto à elegibilidade, para minimizar vieses como erro de seleção e de interpretação, estas foram resolvidas por meio de consenso ou da análise de um terceiro revisor, *expertise* no tema.

**Quadro 1.** Base de dados e estratégia de busca, Santa Maria, Brasil, 2018

Base de dados	Estratégia de busca
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)	parto OR “parto humanizado” OR “parto normal” OR “parto obstetrico” OR “trabalho de parto” OR “saude reprodutiva” OR cesarea (DeCS) AND decisão OR autonomia OR direito OR preferencia OR escolha OR participação (palavras).
Scopus, e National Library of Medicine (MEDLINE) pelo portal PubMed	“Parturition” OR “Humanizing Delivery” OR “Natural Childbirth” OR “Labor Obstetric” AND “autonomy” OR “patient Preference”(palavras), selecionando o item “All Fields”.

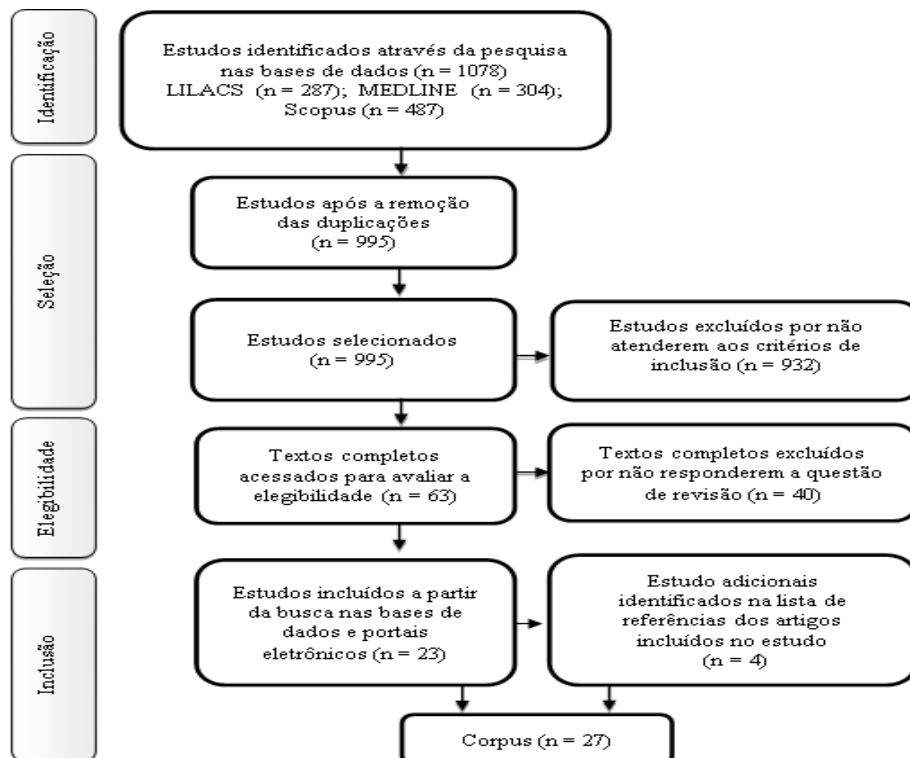
A extração (etapa 3) foi desenvolvida em uma planilha no *Microsoft Excel* com as informações: título, periódico, autor principal, ano de publicação, objetivo, delineamento (abordagem, participantes), nível de evidência, escolhas realizadas pelas mulheres no processo de parto e os aspectos que influenciaram tais escolhas.

A apreciação crítica dos artigos selecionados (etapa 4) compreendeu a classificação hierárquica do nível de evidência, considerando o tipo de questão clínica do estudo primário. Questão de tratamento/intervenção tem uma classificação hierarquizada em sete níveis; de prognóstico/etiologia em cinco níveis e de significado/experiência/compreensão do usuário em cinco níveis<sup>(10)</sup>.

A interpretação dos resultados (etapa 5) foi pautada na resposta da pergunta de revisão e em sugestões para novas pesquisas. A apresentação da revisão (etapa 6) compreende a síntese do conhecimento, desenvolvida pela categorização por similaridade acerca das escolhas das mulheres durante o processo de parto, bem como aspectos que as influenciam tanto positivamente quanto negativamente. A partir das evidências, foi desenvolvida a crítica fundamentada pelas boas práticas de atenção ao processo de parto e nascimento e nas diretrizes de assistência ao parto normal<sup>(7,11)</sup>.

## Resultados

Na busca foram localizadas 1078 produções, sendo as duplicadas contabilizadas apenas uma vez, totalizando 995 produções para a aplicação dos critérios de inclusão. Havendo a elegibilidade de 63 artigos para leitura na íntegra, dos quais 23 foram incluídos no corpus do estudo. Foi realizada a busca manual na lista de referências dos incluídos, sendo agregados quatro artigos (acessados via *Scielo*), totalizando 27 artigos na revisão. A Figura 1 descreve o fluxograma da seleção dos artigos para a revisão integrativa, baseado no modelo PRISMA.



No Quadro 2 são apresentadas as características dos artigos quanto ao autor principal, ano de publicação, objetivo, delineamento (abordagem do estudo, participantes) e nível de evidência (NE) de acordo com a questão clínica (QC).

**Quadro 2.** Características dos artigos selecionados para revisão integrativa.

<b>Autor/ Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento</b>	<b>NE/ QC</b>
Iorra MRK. 2011 <sup>(13)</sup>	Identificar a via de parto de preferência de mulheres e quais fatores que influenciam na escolha	Quantitativa - 456 puérperas	N4/S
Pinheiro TMP. 2016 <sup>(14)</sup>	Conhecer os fatores que influenciam na escolha da via de parto, na perspectiva de gestantes, puérperas e médicos obstetras	Qualitativa - 20 gestantes, 26 puérperas, 06 médicos obstetras	N2/S
Apolinário D. 2016 <sup>(15)</sup>	Evidenciar as práticas na atenção ao parto e ao nascimento em uma maternidade na perspectiva das puérperas	Quantitativa - 100 puérperas	N4/S
Nascimento RRP. 2015 <sup>(16)</sup>	Conhecer os fatores relatados por puérperas que concorreram na escolha do tipo de parto	Qualitativa - 25 puérperas	N2/S
Sanfelice CFO. 2015 <sup>(17)</sup>	Conhecer as representações sociais sobre o parto domiciliar de mulheres	Qualitativa - 14 puérperas	N2/S
Vale LD. 2015 <sup>(18)</sup>	Identificar os fatores obstétricos e socioeconômicos que influenciam a preferência pelo tipo de parto	Quantitativa - 233 puérperas	N4/P
Silva ALS. 2015 <sup>(19)</sup>	Conhecer as práticas de cuidado utilizadas por enfermeiras implicadas nos processos autonomia, dignificação e participação de mulheres durante o parto normal	Qualitativa - 30 mulheres	N2/S
Darós DZ. 2010 <sup>(20)</sup>	Conhecer a importância de se desenvolver um processo educativo na ótica das mulheres que viveram esta experiência na gestação e parto	Qualitativa - 9 mulheres	N2/S
Velho MB. 2014 <sup>(21)</sup>	Conhecer as representações sociais do parto normal e da cesárea de mulheres que os vivenciaram	Qualitativa - 20 mulheres	N2/S
Pereira ALF. 2011 <sup>(22)</sup>	Descrever o cuidado de enfermagem obstétrica ao parto normal e analisar o exercício da autonomia pelas mulheres durante esse cuidado	Qualitativa - 16 puérperas	N2/S
Benute GR. 2013 <sup>(23)</sup>	Descrever e comparar a preferência pela via de parto entre gestantes nulíparas e primíparas, e verificar se a vivência anterior do parto exerce influência no processo de parturição	Quantitativa - 100 mulheres	N4/P
Oliveira ASS. 2010 <sup>(24)</sup>	Conhecer a percepção de puérperas acerca da vivência do trabalho de parto e parto	Qualitativa - 14 puérperas	N2/S
Silva LM. 2011 <sup>(25)</sup>	Compreender as experiências das mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e parto em um hospital	Qualitativa - 8 puérperas	N2/S
Mandarino NR. 2009 <sup>(26)</sup>	Conhecer os desejos das parturientes relacionados a cada via de parto; verificar e comparar a frequência de cesarianas; identificar as suas indicações e outras variáveis determinantes da via de parto em nosso meio	Quantitativa - 252 puérperas	N4/P
Santos JO. 2008 <sup>(27)</sup>	Identificar o conhecimento e a participação das parturientes nas decisões sobre a episiotomia durante o processo de parturição	Qualitativa - 16 puérperas	N2/S
Griboski RA. 2006 <sup>(28)</sup>	Conhecer o impacto da política de humanização ao parto e nascimento, para mulheres e profissionais de saúde	Qualitativa - 29 mulheres e 16 profissionais	N2/S

Zambrano E. 2003 <sup>(29)</sup>	Identificar o conhecimento da puérpera sobre os tipos de parto e as orientações ministradas no pré-natal referentes a tal assunto	Qualitativa - 44 puérperas	N2/S
Faúndes A. 2004 <sup>(30)</sup>	Conhecer a preferência de mulheres quanto às vias e formas de parto, e a opinião de médicos a respeito dessa preferência	Quanti-qualitativa - 656 mulheres	N4/S
Barbosa GP. 2003 <sup>(31)</sup>	Investigar a “cultura da cesárea” a partir da visão de um grupo de parturientes	Quanti-qualitativa - 909 puérperas	N4/S
Tornquist CS. 2003 <sup>(32)</sup>	Observar as diferenças entre estas usuárias no que tange à escolha de acompanhante e experiências de dor e de amamentação	Qualitativa - 27 mulheres	N2/S
Aguiar CA. 2016 <sup>(33)</sup>	Analisar as memórias coletivas presentes em narrativas de mulheres que vivenciaram tal evento	Qualitativa - 12 mulheres	N2/S
Domingues RMSM. 2014 <sup>(34)</sup>	Descrever os fatores referidos para a preferência pelo tipo de parto no início da gestação e reconstruir o processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil	Quantitativa - 23.940 sujeitos	N4/S
Wei CY. 2011 <sup>(35)</sup>	Conhecer a experiência e a percepção de um grupo de mulheres em relação à deambulação e à dieta durante o trabalho de parto	Qualitativa - 35 mulheres	N2/S
Gama AS. 2009 <sup>(36)</sup>	Verificar as representações e experiências atuais das mulheres quanto às formas de parturição e sua assistência em serviços de saúde diferenciados	Qualitativa - 23 mulheres	N2/S
Lessa HF. 2014 <sup>(37)</sup>	Descrever o processo de opção das mulheres pelo parto domiciliar planejado	Qualitativa - 17 mulheres	N2/S
Santos AA. 2014 <sup>(38)</sup>	Analisar os motivos que levam as mulheres a escolherem o parto domiciliar	Qualitativa - 10 mulheres	N2/S

Legenda: (NE) Nível de Evidência; (QC) Questão Clínica; (S) classificação a partir das questões clínicas relacionadas ao significado; (P) classificação a partir das questões clínicas relacionadas a Prognóstico ou etiologia.

As evidências foram sintetizadas e agrupadas considerando sua similaridade quanto às escolhas da mulher acerca do parto, bem como situações que poderiam influenciar de modo positivo ou negativo tais escolhas. Foram identificadas as escolhas das mulheres no parto: métodos não farmacológicos de alívio da dor<sup>(15,19-20,22,25)</sup>; posição do parto<sup>(19-20,22,25,32)</sup>; acompanhante<sup>(22,32)</sup>; alimentar-se<sup>(35)</sup>; expressa-se acerca de seus desejos<sup>(19,22,24)</sup>; transferir para os profissionais as decisões<sup>(28)</sup>; local do parto<sup>(17,19,22,25,32,37-38)</sup>; e tipo de parto<sup>(13-14,16-18,20-21,23,26,29-31,34,36,39)</sup>.

Também foram destacados os aspectos que influenciam positivamente tais escolhas: acesso à informação<sup>(16-18,20,22,25,27,29,32,37-38)</sup>; oportunidades de escolha<sup>(25,35)</sup>; relações livres de coerção<sup>(19,24)</sup>; apoio, conforto e incentivo<sup>(20,22,24)</sup>; ambiente adequado as necessidades da parturiente<sup>(17,19,35,38)</sup>; experiências prévias<sup>(16,34,37-38)</sup>; e atores do convívio como influência para escolha do tipo de parto<sup>(14,16,23)</sup>. E os aspectos que influenciam negativamente:

desconhecimento dos direitos<sup>(24,28)</sup>; comunicação unilateral<sup>(16)</sup>; dor, medo e ansiedade<sup>(14,24-25)</sup>.

## **Discussão**

Por sofrerem um processo doloroso intenso, muitas vezes, as mulheres não estabelecem uma participação efetiva<sup>(25)</sup>. Desse modo, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor pode melhorar a experiência do parto, uma vez que a intensidade e a duração da dor fazem com que as mulheres compreendam o processo de parto positivamente ou negativamente<sup>(24)</sup>, e tenham ou não uma postura ativa durante o mesmo.

Dentre os métodos encontravam-se: a bola obstétrica, banheira, chuveiro, deambulação, técnicas de respiração, agachamento e massagens<sup>(15,19-20,22,25)</sup>. Estes são alguns dos métodos mais difundidos e indicados pelas mulheres. As diretrizes recomendam aos gestores nacionais e locais, que proporcionem readequação das unidades de assistência ao parto, para que as mulheres tenham acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor<sup>(11)</sup>.

Outras escolhas relacionaram-se à posição do parto<sup>(19-20,22,25,32)</sup> como o parto verticalizado na banheira<sup>(22)</sup>. Há indicação de que o acompanhante deva ser escolhido pela mulher<sup>(22,32)</sup> (esposo, mãe, cunhada ou irmã). Os benefícios dessa presença devem-se a confiança, a qual promove apoio nas escolhas e o protagonismo das mulheres, questão já firmada em diretrizes nacionais e recomendações internacionais<sup>(7,11)</sup>.

A escolha por alimentar-se ou não durante o trabalho de parto<sup>(35)</sup> é uma possibilidade respalda pelas boas práticas e pelas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal<sup>(7,11)</sup>. No entanto, evidenciada em apenas um estudo, o que pode indicar falta de esclarecimento dos profissionais para as mulheres, a partir da evidência de sua utilização de maneira equivocada<sup>(35)</sup>. Ainda, tem-se a possibilidade de expressar-se, conversando acerca de suas necessidades e desejos no momento do trabalho de parto e parto<sup>(19,22,24)</sup>, sem receio dos julgamentos dos profissionais.<sup>(19)</sup> Esta encontra-se apoiada no princípio da escuta e do

respeito entre os profissionais e as mulheres.

O plano de parto também é uma estratégia que possibilita às mulheres expressar seus desejos acerca do momento do parto.<sup>(22)</sup> Ao instituir tal dispositivo torna-se possível aumentar a chance de que o protagonismo seja respeitado e, ainda reduzir as intervenções durante o parto. Por outro lado, evidencia-se uma desvinculação das mulheres das decisões, pelo desconhecimento acerca dos seus direitos, por isso transferem aos profissionais as suas decisões<sup>(28)</sup>.

Visando maior participação as mulheres escolhem locais que possibilitem seu protagonismo<sup>(17,19,22,25,32,37-38)</sup>. Tais como, o domicílio, pois se centra em suas necessidades<sup>(17,37-38)</sup>. Esta opção de parto não está disponível pelo SUS, e por isso não pode ser recomendado, mas as diretrizes de assistência ao parto normal, recomendam que as mulheres ao optar pelo parto domiciliar devem ter assegurado o acesso as maternidades em tempo hábil, para caso ocorra alguma intercorrência<sup>(11)</sup>.

Outros locais escolhidos são os Centros de Parto Normal<sup>(19,25)</sup>, e as Casas de Parto<sup>(22)</sup> ou as Maternidades estruturadas para proporcionar a participação das mulheres<sup>(32)</sup>. Tais instituições tem ampliado a autonomia profissional do enfermeiro, bem como a contribuições para a implementação das políticas públicas.

Outra evidência em relação às escolhas das mulheres é o tipo de parto. Nesse sentido, mais da metade dos estudos sobre a preferência das mulheres apontaram a preferência pelo parto normal<sup>(13,16-18,20,23,26,30-31,34,36,39)</sup>. Em menor número a preferência pelo parto cesáreo<sup>(14,21,29)</sup>. Estas evidências contrastam com a excessiva realização de cesariana no Brasil, muitas vezes, justificada sob o discurso de que é uma escolha das mulheres. Evidenciou-se que diversos aspectos influenciam positivamente as escolhas das mulheres no processo de parto, como o acesso às informações acerca desse<sup>(16-18,20,22,25,27,29,32,37-38)</sup>. Algumas mulheres recebem informações desde o pré-natal<sup>(16,18,20,22,25)</sup>, por meio de processo educativo

realizado em visitas domiciliares<sup>(20)</sup> ou em grupos de gestantes<sup>(22,37)</sup>. Nestes, as mulheres podem expressar suas dúvidas e medos, e compreender o processo de nascimento em sua totalidade<sup>(20,22)</sup>, além de rever sua postura durante esse processo<sup>(20)</sup>. O que indica a necessidade de maior investimento em tecnologias educativas de modo individual, grupal e sempre com a inclusão do parceiro, tendo em vista a paternidade responsável e a vivência plena da sexualidade do casal.

A valorização dos conhecimentos de familiares e amigos durante os processos informativos possibilita compartilhar experiências e fortalecer as escolhas<sup>(20)</sup>. Recomenda-se o uso linguagem compreensível, adequada ao nível de escolaridade das pessoas<sup>(11)</sup>, e de relações horizontais entre os atores sociais envolvidos, sem autoritarismo. Também a informação obtida pelas mulheres por conta própria, deu suporte as que optaram pelo parto domiciliar, diminuindo o medo<sup>(37)</sup>. Ao conhecerem as boas práticas as mulheres tornam-se capazes de questionar e realizar escolhas informadas e de tecnologias que se familiarizavam<sup>(17,20)</sup>.

As oportunidades de escolhas<sup>(25,35)</sup> acerca dos métodos não farmacológicos de alívio da dor<sup>(25)</sup> e da posição do parto<sup>(35)</sup> estimularam a participação da parturiente. As relações livres de coerção<sup>(19,24)</sup> contribuíram para que escolhessem o que era mais conveniente para o seu bem-estar, agindo conforme suas necessidades, sem imposições dos profissionais<sup>(19)</sup>. O apoio e conforto à parturiente<sup>(20,22,24)</sup>, bem como o incentivo influenciaram positivamente o seu protagonismo<sup>(24)</sup>.

Outro aspecto que influência de modo positivo as escolhas das mulheres é o ambiente adequado<sup>(17,19,35,38)</sup>, visto que estas buscam ambientes que proporcionassem segurança, bem-estar e alívio das sensações dolorosas<sup>(24)</sup>. Estudo evidencia que as mulheres escolheram o ambiente doméstico, por esse assegurar seu protagonismo e autonomia, podendo colocar em prática seus hábitos e adaptar o ambiente às suas crenças<sup>(38)</sup>. As experiências prévias das



mulheres também influenciam nas suas escolhas<sup>(16,34,37-38)</sup>. Quando possuem experiências negativas no ambiente hospitalar, buscam alternativas para que seus desejos possam ser respeitados, a exemplo do parto domiciliar<sup>(37)</sup>.

Situações que por vezes vem ao encontro da posição de profissionais, quando cesáreo, tem a expectativa de um parto rápido, com tempo de internação hospitalar reduzido, que garanta o bem estar materno e do recém-nascido<sup>(23)</sup>. Então a cesariana é escolhida pela mulher na expectativa de que sinta menos dor, e ocorra com maior rapidez<sup>(13,18,21,26,30)</sup> além de possibilitar o planejamento do dia do nascimento do filho<sup>(21, 30)</sup>.

No que se referem aos aspectos que influenciam as escolhas das mulheres em relação ao parto normal ou cesáreo, estudos evidenciam o medo da dor<sup>(14,23)</sup>, a expectativa de parto rápido, tempo de internação hospitalar reduzido. Quando a mulher faz a escolha pelo parto normal discorre a compreensão de que é mais seguro, tem recuperação mais rápida e dor de menor intensidade após o parto, possibilitando ainda a participação ativa das mulheres no nascimento do seu filho<sup>(14,17-18,20-21,26,30-31)</sup>.

Pôde-se identificar que a escolha pelo tipo de parto sofre influência de atores presentes como pessoas do convívio diário e profissionais da saúde<sup>(14,16,23)</sup>. Diante dos aspectos citados, ressalta-se que para que a mulher possa fazer escolhas acerca do tipo de parto, são requeridos conhecimento, informações e poder<sup>(16)</sup>. Evidências apontam que a escolha pelo tipo de parto e o tipo de parto ao qual as mulheres foram submetidas, nem sempre convergiram<sup>(16,18,24)</sup>. Nesse aspecto, estudo revelou que embora mais da metade das mulheres tenham escolhido o parto normal, a maioria delas foi submetida à cesárea, repercutindo no sentimento de frustração, perda de controle e do seu protagonismo<sup>(16)</sup>. As dificuldades podem estar atreladas à atual medicalização do processo de parto e nascimento, que projeta sob as parturientes a visão de indivíduos dependentes e incapazes de lidar de modo autônomo com os eventos deste processo<sup>(17)</sup>.

No que se relaciona aos fatores que influenciam negativamente nas escolhas das mulheres, destaca-se o desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos<sup>(24,28)</sup>, a ausência de informações acerca do processo de parturição durante o pré-natal<sup>(16,20,27-29)</sup>. Ainda que grande parte das mulheres realizaram o pré-natal com uma média de 6 a 8 consultas<sup>(13,26,29)</sup>, as informações, muitas vezes, são insuficientes, refletindo no despreparo das mulheres para vivenciar o parto e o nascimento de maneira ativa e participativa<sup>(20,29,36)</sup>, pois o desconhecimento pode levar as mulheres a não saber como agir<sup>(16,27-29)</sup>.

A comunicação unilateral, linguagem técnica e informações insuficientemente caracterizam a influência negativa<sup>(16,36)</sup>, resultando em decisões unilaterais<sup>(33)</sup> e no controle dessas decisões pelos profissionais, favorecendo a passividade e submissão das mulheres<sup>(16,24,27)</sup>. Soma-se os aspectos que compreendem a dor, o medo e a ansiedade<sup>(14,24-25)</sup>, que podem ser superados através do acesso as informações durante o pré-natal<sup>(20)</sup>.

Entendemos que os aspectos negativos podem ser minimizados por meio da informação e do envolvimento das mulheres desde o planejamento reprodutivo, o pré-natal até o parto e puerpério. Destaca-se a recomendação de que durante o pré-natal ocorram atividades educativas e informações. Porém estas necessitam ir além dos aspectos biológicos do período gravídico-puerperal, possibilitando às mulheres ter ciência dos seus direitos durante este processo<sup>(11)</sup>.

Os resultados desta revisão contribuem para repensar a prática dos profissionais que atuam na assistência de mulheres, no Brasil, desde o pré-natal até o puerpério. A análise de estudos brasileiros limita ampliar o contexto de atenção ao parto a nível internacional. Mas, fornece subsídios para o redirecionamento e a qualificação da atenção às mulheres no parto e indica a necessidade de pesquisas acerca de como essas escolhas podem restituí-las de seu protagonismo e autonomia no parto.

## **Conclusão**

Destacou-se na síntese desta revisão, a escolha do tipo de parto seguida do local para sua realização. As influências positivas para essas escolhas centram-se no acesso à informação, e as negativas, por sua vez, são a dor, medo e ansiedade. Foi possível depreender que estão atreladas à expectativa de um processo de parto em que seja ampliado o acesso à informação, por meio de visitas domiciliares, participação em grupos de gestantes e durante as próprias consultas médicas ou de enfermagem.

Ao considerar a apreciação crítica dos artigos por meio da classificação de evidência dos estudos primários, segundo o tipo de questão de pesquisa, aponta-se a lacuna de estudos de revisão de metassíntese, uma vez que a maioria dos estudos primários foram qualitativos, em resposta a uma questão de significado. Assim como dos artigos de tipo prognóstico/etiologia, todos de nível 4, mostrando que é necessário desenvolver estudos com delineamento experimental ou quase experimental do tipo coorte ou caso controle e revisões sistemáticas. Nessa revisão, artigos do tipo intervenção não foram recuperados, indicando lacunas na produção do conhecimento neste tema. Isso remete a reflexão da possibilidade do desenvolvimento de estudos na temática da autonomia feminina com vistas a ampliar e fortalecer evidências de que as decisões autônomas das mulheres no processo de parto serão fundamentais para a mudança do modelo intervencionista hegemônico.

## Referências

1. Matos GC, Demori CC, Escobal APL, Soares MC, Meincke SMK, Gonçalves SMK, Dias K. Groups of pregnant women: space for a humanization of labor and birth. *Rev pesqui cuid fundam* [on-line]. 2017abr./jun.[citado em 02 set 2018].9(2):393-400]. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.393-400>
2. Benyamini Y, Molchoa ML, Dan U, Gozlanb M, Preis H. Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women Birth* [on-line]. 2017oct.[citado em 02 ago 2018]30(5):424-30]. Disponível em: [https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(17\)30047-1/fulltext](https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(17)30047-1/fulltext)
3. Melo LPT, Doudou HD, Rodrigues ARM, Silveira MAM, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Practices of health professionals in delivery and birth care. *Rev Rene* [on-line]. 2017 jan-fev.[citado em 05 jul 2018].18(1):59-67]. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v18i1.18870>
4. Cooper M, McCutcheon H, Warland J. A critical analysis of Australian policies and guidelines for water immersion during labour and birth. *Women Birth* [on-line]. 2017

- oct.[citado em 05 jul 2018]30(5):431-41]. Disponível em:  
[https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(16\)30219-0/fulltext](https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(16)30219-0/fulltext)
5. Declaração de Adelaide. Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Austrália; 1988.
6. Reis TR, Toebe TRP, Padoin SMM, Paula CC, Quadros JS. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Rev gaúch Enferm* [on-line]. 2017 abr.[acesso em: 03 jun 2018];38(1):e64677]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677> .
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
8. Feeley C, Thomson G. Tensions and conflicts in 'choice': Womens' experiences of freebirthing in the UK. *Midwifery* [on-line]. 2016 oct.[citado em 03 jun 2018];41:16-21]. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.014>
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto & contexto enferm*[on-line]. 2008out/dez.[citado em 03 jul 2017];17(4):758-64]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
10. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt, (Eds.). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 25-39.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PloS med* [on-line]. 2009 jul.[citado em 03 jul 2017];8(5):336-41]. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
13. Iorra MRK, Namba A, Spillere RG, Nader SS, Nader PJH. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. *Rev AMRIGS* [on-line]. 2011jul/set.[citado em 05 jul 2017];55(3):26068]. Disponível em: [http://www.amrigs.com.br/revista/55-03/0000045956-Revista\\_AMRIGS\\_3\\_artigo\\_original\\_aspectos\\_relacionados.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/55-03/0000045956-Revista_AMRIGS_3_artigo_original_aspectos_relacionados.pdf)
14. Pinheiro TMP, Marques SIR, Matão MEL, Miranda DB. Fatores que influenciam na indicação da via de parto. *Rev enferm Cent-Oeste Min* [on-line]. 2016 jan/abr.[citado em 05 jul 2017];6(1):206680]. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.986>
15. Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Souza SRRK, Leal GCG. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev Rene* [on-line]. 2016 jan/fev.[citado em 05 jul 2017];17(1):20-8]. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2601/1990>
16. Nascimento, R.R.P.; Arantes, S.L.; Souza, E.D.C.; Contrera, L.; Sales, A.P.A. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev gaúch Enferm* [on-line]. 2015.[citado em 05 jul 2017];36(esp):119-26]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
17. Sanfelice CFO, Shimo AKK. Representações sociais sobre o parto domiciliar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [on-line]. 2015 out/dez.[citado em 05 jul 2017];19(4):60613]. doi: 10.5935/1414-8145.20150081
18. Vale LD, Lucena EES, Holanda CSM, Cavalcante RD, Santos MM. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. *Rev gaúch Enferm* [on-line]. 2015jul/set.[citado em 05 jul 2017];36(3):8692]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.50032>
19. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras para promoção da

- dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [on-line]. 2015 jul/set.[citado em: 05 jul 2017];19(3):424-31]. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>
- 20.Darós DZ, Hess PT, Sulzbach P, Zampieri MFM, Daniel HS. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. *Rev eletrônica enferm* [on-line]. 2010 abr/jun.[citado em 05 jul 2017];12(2):30814]. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.10355>
- 21.Velho MB, Collaço VS, Santos EKA. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev. bras. enferm.* [on-line]. 2014 mar/abr.[citado em 05 jul 2017];67(2):28989]. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>
- 22.Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene* [on-line]. 2011 jul/set.[citado em 05 jul 2017];12(3):471-77]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/4262/3290>
- 23.Benute GR, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MC, Francisco RP. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev bras ginecol obstet* [on-line]. 2013.[citado em 05 jul 2017];35(6):281-85]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000600008>
- 24.Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev Rene* [on-line]. 2010[citado em 05 jul 2017];11(esp):3241]. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4655>
- 25.Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev bras enferm* [on-line]. 2011 jan/fev.[citado em 05 jul 2017];64(1):6065]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100009>
- 26.Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Jr FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, 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* [on-line]. 2009 jul.[citado em 05 jul 2017];25(7):1587-96]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700017>
- 27.Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [on-line]. 2008 dez.[citado em 05 jul 2017];12(4):645-50]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400006>
- 28.Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto & contexto enferm* [on-line]. 2006 jan/mar.[citado em 05 jul 2017];15(1):10714]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100013>
- 29.Zambrano E, Barizon J, Luchesi LB, Santos CB, Gomes FA. Cesárea: percepções da puérpera frente à escolha do tipo de parto. *Rev enferm UERJ* [on-line]. 2003.[citado em 05 jul 2017];11(2):17781]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a09.pdf>
- 30.Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto *Rev saúde pública* [on-line]. 2004 ago. [citado em 06 jul 2017];38(4):48894]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400002>
- 31.Barbosa GP, Giffin K, AnguloTuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias. *Cad Saúde Pública* [on-line]. 2003no/dez.[citado em 06 jul 2017];19(6):161120]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600006>
- 32.Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Pública* [on-line]. 2003.[acesso em: 06 jul 2017];19(s2):41927]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>
- 33.Aguiar CA, Tanaka AC. Collective memories of women who have experienced maternal near miss: health needs and human righ. *Cad Saúde Pública* [on-line]. 2016 set.[citado em 06

- jul 2017];2(9):e00161215]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00161215>
- 34.Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: From the initial preference of women to the final mode of birth *Cad Saúde Pública* [on-line]. 2014.[citado em 09 jul 2017];30(SS1):s101-116]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
- 35.Wei CY, Gualda DMR, Santos Jr HPO. Walking and diet during labor: Perceptions from a group of postpartum women. *Texto & contexto enferm* [on-line]. 2011 out/dez.[citado em 09 jul 2017];20(4):717-25]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010>
- 36.Gama AS, Giffin KM, Tuesta AA, Barbosa GP, D'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saúde Pública* [on-line]. 2009 nov.[citado em 10 set 2017];25(11):2480-88]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100017>
- 37.Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. *Texto & contexto enferm* [on-line]. 2014 jul/set.[citado em 10 set 2017];23(3):665-72]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000930013>
- 38.Santos AA, Nunes IM, Coelho EAC, Souza KRF, Torres TCC, Lima JS. Discursos de mulheres que vivenciaram o parto domiciliar como opção de parto. *Rev enferm UFPE on line*. 2014;8(8):2716-22. doi: 10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.0808201419
- 39.Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev eletrônica enferm* [on-line]. 2008[citado em 10 set 2017];10(2):337-46]. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v10i2.8032>

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Para compreender as motivações das ações autônomas das mulheres durante o processo de parto e nascimento, optou-se pelo referencial teórico metodológico da fenomenologia social, pois permite ao pesquisador acessar o universo das emoções, perspectivas, crenças, valores, ações, comportamentos e significados construídos (MORSE, 2012), neste estudo pelas mulheres acerca de suas experiências. Considerado tais experiências únicas, singulares, sociais, uma vez que, ocorrem em um contexto de relações interpessoais e permeadas pela historicidade e cultura (GIAXA; FERREIRA, 2011).

A fenomenologia social foi proposta por Alfred Schütz (1899-1959), que realizou especialização em Direito Internacional, e dedicou-se em contribuir para estabelecer os fundamentos da fenomenologia Social, a partir da filosofia de Edmundo Husserl e da sociologia de Max Weber. A fenomenologia social de Alfred Schütz, busca a compreensão do mundo com os outros em seu significado intersubjetivo. Propõe a análise das relações sociais, admitidas como relações mútuas que envolvem pessoas mediante relações intencionais. (WAGNER, 2012).

A fenomenologia social refere-se à compreensão da ação de pessoas no mundo da vida, como sujeito em si ou na relação intersubjetiva, mediada pela descrição eidética, isto é, por uma estrutura invariável, a priori única, de uma sociedade composta por mentes viventes e conscientes do mundo onde estão inseridas (CAPALBO, 1998). Para isso, Alfred Schütz apropriou-se dos conceitos de intersubjetividade, intencionalidade e mundo vivido, de Husserl, uma vez que Husserl não os sistematizou. E confrontou a fenomenologia com a sociologia de Max Weber, por meio dos conceitos de ação e relações sociais, buscava também trazer a tona uma perspectiva de interpretação da realidade social pautada na significação dos atos pelo sujeito que os pratica (CAPALBO, 1998; WAGNER, 2012).

A contribuição de Schütz ao postulado de Weber foi aprofundar o significado da ação do homem no mundo social. Nesse sentido, buscou em Husserl o arcabouço filosófico que lhe permitiu compreender os fenômenos sociais a partir do significado atribuído pelo sujeito à ação, amparando-se nos conceitos de intencionalidade e intersubjetividade (JESUS et al., 2013).

Estes estudos influenciaram Schütz em sua teoria e concepção acerca das relações sociais que envolvem as pessoas, bem como o modo que estes se relacionam no mundo da vida (PADOIN et al., 2018). Schütz em seus estudos apresenta e descreve diversos conceitos para proceder ao seu referencial teórico-metodológico, dos quais neste estudo foram

utilizados os que fundamentaram o fenômeno de interesse, tais como: mundo da vida, relações sociais, atitude natural, intersubjetividade, situação biográfica, bagagem de conhecimentos, ação social e tipificação. Interessa, neste estudo, compreender as ações autônomas das mulheres no processo de parto e nascimento. Nesse sentido, faz-se necessário contextualizar tais ações como um tipo de relação social que se dá entre os atores que dela participam.

Para Schütz viver no mundo da vida, compreende viver em interação com outras pessoas, em um relacionamento social. Assim o mundo da vida cotidiana é o cenário das interações. Por meio das relações sociais que ocorrem no mundo da vida, denominado por Schütz por mundo social, cotidiano e intersubjetivo, as mulheres interagem com profissionais, familiares e pessoas próximas (PADOIN et al., 2018; SCHUTZ, 2012).

Desse modo o mundo da vida é um elemento fundamental para interpretação dos significadas da ação autônomas das mulheres durante o processo de parto e nascimento, constitui-se em cenário e objeto das ações, no qual os indivíduos exercem influência e são influenciados por seus semelhantes para transformá-lo de maneira a possibilitar concretizar os propósitos que buscam realizar nele (SCHÜTZ, 2012).

O mundo da vida encontra-se pré-estruturado antes de seu nascimento, e é a partir da leitura dessa realidade estabelecida, que o indivíduo passa a agir de modo natural, a partir do que lhe é apresentado como realidade social. Podendo intervir naturalmente nesse mundo, influenciando e sendo influenciado, transformando-se continuamente e alterando as estruturas sociais. O mundo da vida cotidiana estruturado foi interpretado por outros, os predecessores que passam suas experiências e interpretações, fundamentadas em um estoque de experiências anteriores. Esse mundo é cenário e também objeto das ações e interações (WAGNER, 2012).

O mundo cotidiano é considerado um mundo cultural e intersubjetivo, pois os indivíduos coexistem e convivem entre si, não só ocupando o mesmo espaço físico, mas também como seres dotados de uma consciência que é essencialmente similar. Esse mundo é intersubjetivo, pois o indivíduo se vincula a diferentes relações sociais, compreendendo e sendo compreendido por meio delas. É cultural, pois desde o princípio esse mundo é um universo de significações que deve ser interpretado para orientar e conduzir o ser humano (JESUS et al., 2013).

Neste sentido, intersubjetividade é uma categoria ontológica fundamental da existência humana, um pré-requisito para toda experiência humana, é algo aceito como inquestionável. Sobre a qual se estrutura qualquer atividade do eu em relação e da própria ciência social. Já a intencionalidade, é o fenômeno que aparece na reflexão, sendo o objeto intencional da intenção, sobre o qual existe consciência (SCHUTZ, 2012).



Desse modo a intersubjetividade pressupõe vinculação das pessoas em diferentes relações sociais possibilitando a compreensão mútua. Conclui-se que a simultaneidade é a essência da intersubjetividade, e o *alter ego* um fluxo contínuo de pensamento, com o qual o *ego* experimenta o presente vivido (CAPALBO, 1998; SCHUTZ, 2012). Nestas interações, as experiências com os indivíduos acontecem de vários modos, pode ser uma relação com o predecessor (passado), sucessor (futuro) ou contemporâneo (presente, intercâmbio social atual). A relação com o contemporâneo destaca-se, pois é fundamental e origina as demais relações, estas relações ocorrem no presente vivido (CAPALBO, 1998; WAGNER, 2012).

Tais interações inscritas nas relações sociais do tipo face a face, só se produzem quando tempo e espaço são compartilhados, e é uma experiência direta entre pessoas. Nela que se pode ocorrer a maior parte do intercâmbio social junto aos contemporâneos, em que pode haver a compreensão genuína entre os indivíduos. Para tanto, necessita-se existir uma direção do eu para o tu e vice-versa, carecendo de interesse, envolvimento, trocas, e consciência da presença do outro. Contrário a isso, transformo o outro em anônimo (POPIM,; BOEMER, 2005; CAPALBO, 1998).

Assim estas relações influenciam as ações de cada indivíduo, que é o principal ator deste mundo da vida. O modo como ele desenvolve suas ações, interpreta suas possibilidades enfrenta os desafios, são definidas por sua situação biográfica (CAPALBO, 1998; WAGNER, 2012).

Esta situação é resultante segundo Schütz de todas as experiências no mundo da vida, que permite aos indivíduos interpretarem o mundo a partir das suas perspectivas, interesses, motivos, ideologias e crenças, pois são seres sociais, enraizados em uma realidade social e intersubjetiva (SCHUTZ, 2012). Desse modo os determinantes na conduta de cada indivíduo, considerados a matriz de toda ação, está intrinsecamente relacionada a totalidade da experiência que a pessoa constrói no curso de sua existência (SCHÜTZ, 2012), toda ação social tem um senso do comum, contido em cada pessoa, que se situa de maneira específica no mundo da vida (CAPALBO, 1998).

Neste sentido, os fatos no mundo de vida não são isolados, estão interligados uns aos outros. E todos os fatos das experiências no mundo da vida do indivíduo, coloca-o em uma situação biograficamente determinada (CAPALBO, 1998; WAGNER, 2012). Esta situação jamais poderá ser vivenciada da mesma forma por outra pessoa, pois é a sedimentação de todas as experiências anteriores deste indivíduo. Cada pessoa chega a sua situação atual tendo em mente seus próprios propósitos e a avaliação decorrente está enraizada no seu passado, na história singular de vida (WAGNER, 2012).

Conforme a situação biográfica cada indivíduo terá uma bagagem de conhecimento disponível, uma sedimentação de significados, que é utilizada durante sua existência para interpretar o mundo na perspectiva de seus próprios interesses, motivos, desejos, compromissos ideológicos. Apesar de a realidade do senso comum ser passada de modo cultural como universal, fazendo parte da bagagem de conhecimento, a maneira como serão utilizadas na vida individual depende da totalidade das experiências que sujeito constrói no curso de sua existência concreta (JESUS et al., 2013).

Desse modo, na sua vida diária o indivíduo tem a qualquer momento sua bagagem de conhecimento à mão, que serve como código para interpretação de suas experiências passadas e presentes. Ainda, a bagagem de conhecimento não é homogênea, apresenta uma estrutura especial, um núcleo que é claro, distinto e consciente; que é cercado de zonas de gradação variadas de vagueza, obscuridade e ambiguidade, além das zonas que são ignoradas completamente. Assim a bagagem de conhecimento tem um fluxo contínuo que muda de qualquer agora para o seguinte, não sendo livre de contradições, pois o interesse dos homens é que determinam a relevância de seus objetivos (WAGNER, 2012).

Primeiramente a situação biográfica é constituída por meio de seus predecessores, que se somam aos outros conhecimentos passados aos indivíduos por meio dos professores, e também as experiências concretas dos indivíduos (JESUS et al., 2013). Assim a situação biográfica e a bagagem de conhecimento disponíveis e acessíveis, condicionam a projeção da ação. Ao realizar a ação, seu sentido inicial como havia sido projetado, poderá ser modificado, considerando o modo como ela se efetivou, possibilitando infinitas reflexões (JESUS et al., 2013).

Em sua atitude natural, o indivíduo colocar-se no mundo da vida e opera uma postura que o faz reconhecer fatos objetivos. É a aceitação pelo homem do mundo como pressuposto, e com isso, é pressuposta a presença de semelhantes, a vida consciente, a estrutura social e histórica, do mundo onde nasceu, e assim o indivíduo dá como inquestionável, o modo como seus semelhantes se comportam diante da sua realidade. Essa realidade é o seu mundo

O indivíduo orienta-se pelo modo como define o cenário da ação, interpreta suas possibilidades, e enfrenta seus desafios. Essa orientação é precedida pelo reconhecimento atual do sujeito, constituída por uma história sedimentada em todas as suas experiências prévias (CAPALBO, 1998).

Por outro lado, o indivíduo recorre a sua bagagem de conhecimento, e adotar uma ação racional, reflexiva em pontos críticos de sua vida, quando seu principal interesse é dominar determinada situação, buscando encontrar a solução mais adequada. Ele poderá descobrir

várias soluções, e a partir daí terá que sistematizar em sua bagagem de conhecimento, consultar outras pessoas, e agir segundo a solução que poderá ter mais chances de sucesso (WAGNER, 2012).

Assim estas ações são orientadas, pelo sistema de interesse, que origina o projeto, e cria um sistema de relações na bagagem de conhecimento. Por isso as situações são diferenciadas e não tem a mesma relevância na bagagem de conhecimento, em razão de um projeto futuro. Desse modo, alguns conhecimentos destacam-se ou ganham relevância em vista do projeto pretendido, ordenando um sistema relações. Assim os interesses determinam esses projetos. E o sistema de interesse determina, de certa forma, o engajamento na tipicidade (WAGNER, 2012).

Nesse sentido, ação é definida por Schutz como conduta humana projetada pelo sujeito de maneira intencional, dotada de propósito. Quando projeta uma ação a pessoa antecipa um comportamento, de modo a imaginá-lo como e tivesse sido realizado, sendo que as possibilidades de fazê-lo estão diretamente ligadas aos elementos do presente vivido (CAPALBO, 1998; WAGNER, 2012).

Do exposto, podemos afirmar que as ações autônomas das mulheres no processo de parto e nascimento são ações socialmente construídas e tem origem no contexto existencial, sendo impulsionada pela motivação humana. A ação é uma conduta humana projetada pelo sujeito de maneira consciente e intencional. Ela nunca está isolada, ou desvinculada do mundo de relações.

A interpretação das suas ações é realizada a partir dos motivos existenciais, derivados das vivências inscritas na subjetividade, que constitui o fio condutor da ação humana no mundo social. A teoria da motivação tem duplo caráter, por um lado os homens agem buscando atender suas expectativas e projetos, estes motivos envolvem as ações são os motivos em vista de que são subjetivos. Os outros, fundamentados na bagagem de conhecimento, experiências, são os motivos porque, que formam uma categoria objetiva. Na medida em que o ator vive suas ações ele não tem em vista os motivos porque, somente após a ação terminada ele pode voltar-se para a ação e investigar os motivos que determinaram a sua ação (WAGNER, 2012).

Para Schütz, a apreensão da realidade social é feita através da tipificação dos fatos do mundo; seja qual for o individuo pesquisador, ou individuo do senso comum, ele irá seguir seus motivos e interpretar a realidade segundo sua situação biográfica. A tipologia sintetiza os traços típicos de um fenômeno social, tornando possível sua inteligibilidade. O seu procedimento consiste em colocar em evidência o que há de original, específico e típico no

fenômeno (POMPIM; BOEMER, 2005).

O mundo social é pré-organizado e estruturado, resulta de um processo histórico. Em cada cultura existem traços comuns a todos os mundos, pois estes enraízam-se na condição humana. Desse modo em todas as partes existem as hierarquias de superioridade e subordinação, por exemplo, assim como em todos os lugares estilos de vida aceitos, ou seja, modos de fazer aceitos como naturais soberanos. Esses costumes são heranças sociais. Assim o indivíduo é guiado por instruções dadas por outros, quando ele constrói sua própria visão de mundo a faz com auxílio da continua exposição dos homens e seus semelhantes (WAGNER, 2012).

O típico da ação constitui uma característica comum a um grupo que está vivenciando um mesmo fenômeno construído por meio da observação da vida real, daquilo que se capta da realidade e da vivência. Tipo vivido é a expressão de uma estrutura vivida na dimensão social, uma característica de um grupo social, um conceito expresso pela inteligência, cuja natureza vivida é essencial, é invariante. Chega-se ao tipo vivido a partir da análise das relações sociais (WAGNER, 2012; SCHUTZ, 2012; CAPALBO, 1998), por exemplo das mulheres, acompanhantes e profissionais.

## 5 PERCUSO METODOLÓGICO

Este capítulo versa sobre aspectos referentes ao percurso metodológico, tais como, tipo de estudo, cenário do estudo, participantes do estudo, produção dos dados, análise e interpretação dos dados e os aspectos éticos.

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa fundamentada na fenomenologia. Esta possibilita olhar as coisas como elas se apresentam, contribuindo para o viver cotidiano, reconhecendo a essência do ser, da vida, das relações em um determinado tempo e espaço (TERRA et al., 2006). A natureza fenomenológica objetiva a compreensão dos fenômenos (MERIGUI, 2002).

Com base nos pressupostos descritos, será utilizado o referencial teórico metodológico da fenomenologia social de Alfred Schütz, que busca a descrição e compreensão das experiências vividas (MERIGUI, 2002). Este referencial fundamenta-se naquele que vivencia a experiência de determinado fenômeno, pois só o próprio indivíduo é capaz de dizer o que pretende com a ação. Desse modo, valoriza o indivíduo, suas vivências e suas ações conscientes. Propõe que em toda a ação que o indivíduo estabelece há um sentido intencional e busca aí atender suas expectativas, suas necessidades (SCHÜTZ, 2012).

### 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi a Unidade Toco-Ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), hospital público, geral, de nível terciário, que atua como hospital de ensino por ser órgão integrante da UFSM. Este hospital tem sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão. A instituição é integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo sua assistência pautada nos princípios e diretrizes do referido sistema. O HUSM atende a demanda de gestantes de alto risco, sendo referência na região central do estado do Rio Grande do Sul.

A unidade Tocoginecológica está situada no 2º andar do HUSM e nesta unidade são atendidas mulheres durante o período gravídico puerperal dispõe de 31 leitos destinados à obstetrícia atendendo mulheres em tratamento clínico para complicações durante o período gestacional, bem como puérperas em pós-parto imediato e seus recém-nascidos. As acomodações configuram-se como alojamento conjunto, em que as mulheres permanecem

24h por dia com seus filhos. Em sua estrutura física, a unidade conta com enfermarias de dois, quatro e seis leitos, possuindo ainda acomodações para o acompanhante junto a estes leitos.

Além disso, a unidade conta com sete leitos de internação ginecológica, sendo utilizada por mulheres em tratamento oncológico, pré e pós-operatório de cirurgias ginecológicas, pacientes pós-abortamento, entre outras situações. E também uma sala de avaliação destinadas a pediatria, sala de procedimentos, sala de ensino, e sala de descanso, sala da equipe de enfermagem, sala da medicina e sala para equipe multiprofissional.

A unidade possui atendimento de equipe multiprofissional, composta por psicólogo, assistente social, nutricionista, enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, fonoaudiólogo. Ainda, recebe equipe da residência médica e residência multiprofissional.

### 5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes da pesquisa foram puérperas internadas no Alojamento Conjunto da Unidade Toco-Ginecológica do HUSM. Os critérios de inclusão foram: puérperas que tiveram seu trabalho de parto e parto assistidos no HUSM, no período de até uma semana após o parto. Como critérios de exclusão elencaram-se: puérperas com indicação de cesárea prévia ao trabalho de parto, patologias maternas graves ou óbito fetal.

A captação das participantes do estudo aconteceu de forma intencional, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo. O acesso ao prontuário das mulheres possibilitou coletar dados acerca do seu histórico obstétrico, tendo em vista a compreensão das informações coletadas durante a entrevista, e construção da situação biográfica das mulheres. Para tanto, inicialmente realizou-se o contato prévio com a chefia da unidade para apresentação da proposta do projeto e após, com as participantes do estudo.

Para a escolha das participantes, primeiramente elaborou-se uma lista das puérperas que atendiam aos critérios de inclusão. Após, procedeu-se a aproximação com as puérperas selecionadas através de uma conversa informal em seguida, eram convidadas a participar do estudo. Algumas mulheres recusaram-se a participar, pois referiam que relembrar o momento do processo de parto não era algo de seu interesse, pelos aspectos negativos que o mesmo traria ao relembrar o sofrimento vivenciado. As que aceitavam eram convidadas para ir até uma sala reservada para a entrevista fenomenológica.

Por ser um estudo de natureza fenomenológica, o número de participantes não foi previamente definido, pois esse tipo de estudo busca a essência do que se mostra e não a quantidade de entrevistas realizadas. Deste modo, o encerramento da produção de dados ocorreu na 15<sup>a</sup> puérpera, quando houve a convergência e suficiência dos significados

expressos nas falas, possibilitando o desvelamento do sentido, ou seja, a essência (BOEMER, 1994; MINAYO, 2017).

#### 5.4 APROXIMAÇÃO E AMBIENTAÇÃO AO CENÁRIO DO ESTUDO

A aproximação e ambientação ao cenário do estudo teve a finalidade de conhecer o cenário de estudo. Ocorreu após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. Para isso, primeiramente foi realizada a apresentação da proposta do estudo para a enfermeira responsável pela unidade cenário do estudo, buscando verificar em quais horários, e locais as entrevistas fenomenológicas poderiam ser realizadas. Já a ambientação possibilitou o desenvolvimento e um compromisso entre pesquisador e as pessoas que fazem parte do cenário a ser pesquisado. Conforme Simões e Souza (1997), a ambientação do pesquisador no cenário de estudo, dá início a etapa de campo sendo um momento essencial para o desenvolvimento da investigação. Neste momento, buscou-se conhecer a dinâmica de trabalho, organização do serviço, locais onde ficavam disponíveis os prontuários, estabelecendo atitudes que servem de apoio para seleção do local para realização da entrevista e acesso aos participantes da pesquisa (PAULA et al., 2014).

A aproximação e ambientação iniciou em setembro de 2017, três semanas antes do início das entrevistas fenomenológicas. Para a ambientação realizaram-se duas visitas nos turnos da manhã e da tarde. Considera-se que esta etapa foi essencial, pois permitiu estabelecer relações de familiaridade em que procurou-se observar como acontece o processo assistencial, sendo possível identificar quais as rotinas da unidade. A partir desta observação, optou-se por evitar os horários no início da manhã/tarde, final da manhã/tarde, pois nestes eram realizados medicações, exame de glicemia capilar, e envolver as mulheres na entrevista fenomenológica nestes horários poderia as deixar inseguras. Assim, optou-se pelo horário da metade da manhã ou tarde.

No cenário de estudo foi disponibilizada uma sala reservada, facilitando desenvolvimento da entrevista. Por vezes, antes das entrevistas fenomenológicas realizaram-se alguns cuidados de enfermagem, o que possibilitou maior aproximação com as mulheres. Tal estratégia tem em vista criar um ambiente favorável, em que a participante se sinta à vontade, pois a entrevista fenomenológica ocorre sob a forma de encontro existencial, mediada pela subjetividade (PADOIN; TERRA; SOUZA, 2011).

Ao longo dos encontros da entrevista, foi necessária adaptação em relação à presença do recém-nascido, em algumas entrevistas esteve junto com a puérperas, ou permanecia com acompanhante. Em algumas situações quando a mulher encontrava-se sozinha era conversado

com a mesma para que a pesquisadora esperasse o momento em que o acompanhante chegasse ou enquanto a equipe médica realizava o exame físico de rotina do recém-nascido no turno da manhã. Para garantir à privacidade das mulheres, as mesmas eram conduzidas até uma sala pela pesquisadora, quando se iniciava uma conversa informal.

### 6.5 ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA

Para realizar a entrevista fenomenológica foram seguidos os seguintes passos: ambientação, aproximação e encontro informal. Antes da entrevista a pesquisadora aproximou-se das puérperas que possivelmente poderiam participar da pesquisa, as possíveis participantes foram elencadas por meio da consulta no prontuário. Esta aproximação ocorreu durante o período do puerpério, ainda na maternidade, quando já estavam no alojamento conjunto. Neste momento, houve uma conversa informal, para que as puérperas sentissem-se à vontade com a pesquisadora, sendo que após as mesmas eram convidadas para participar do estudo. Se concordassem em conversar, dirigíamo-nos à sala destinada às entrevistas, apresentava o estudo e objetivos. Se a mulher manifestasse disponibilidade para o encontro fenomenológico, consentindo voluntariamente ser entrevistada, apresentava-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A) para leitura e assinatura e iniciava-se entrevista (SIMÕES; SOUZA, 1997).

Pautada na metodologia fenomenológica para a descrição e compreensão das ações das mulheres promotoras de autonomia durante o processo de parto e nascimento, foi utilizada a entrevista fenomenológica, pois possibilita acessar o vivido do ser humano, por meio de um movimento de compreensão (CARVALHO, 1991).

Esta entrevista conduz para compreensão da intencionalidade e típico das ações das mulheres durante o processo de parto e nascimento. Destaca-se que a entrevista fenomenológica ocorre como um encontro existencial mediado pela subjetividade entre pesquisador-pesquisado, que possibilita compartilhar compreensões, interpretações e comunicações no âmbito da intersubjetividade e propicia a escuta além do aparente para alcançar a expressão dos significados, acessando a verdade mesma do existir, seja ela qual for, sem qualquer falseamento ou deslize, sem qualquer preconceito ou impostura (MARTINS; BICUDO, 1989). Para isso a pesquisadora centra-se no que é relatado e demonstrado pelos participantes, e busca a compreensão segundo este.

Assim, o encontro da entrevista exige do pesquisador um posicionamento de descentrar-se de si, para direcionar-se, intencionalmente, a compreensão do participante da pesquisa. Esse posicionamento denomina-se atitude fenomenológica. Também solicita do



pesquisador interesse em desvelar o fenômeno e compreender os significados, explorando-os na maior diversidade possível. Para isso, esta entrevista tem características particulares como a empatia e a intersubjetividade, desenvolvida como um encontro, singularmente estabelecido entre o sujeito pesquisador e cada sujeito pesquisado por meio da relação face a face (PAULA et al., 2014; CARVALHO 1991).

Nesta direção, considerando que a entrevista fenomenológica necessita de questões que evoquem a motivação que fundamenta as ações (JESUS et al., 2013), elaborou-se um roteiro (APÊNDICE B) semiestruturado com questões abertas, que versavam acerca da situação biográfica das mulheres e de suas ações no processo de parto e nascimento. Tal roteiro possibilitou a expressão espontânea das vivências das mulheres, a retomada de tópicos e temas relatados pelas mulheres durante a entrevista, e com isso o desvelamento da intencionalidade das ações autônomas realizadas pelas mulheres. As questões possibilitaram o conhecimento ontológico do fenômeno, naquilo que parte da consciência e do vivido em relação ao pesquisado (MOREIRA; MONTEIRO, 2012). Destaca-se que neste tipo de entrevista quem conduz o conteúdo da entrevista são os indivíduos entrevistados, assim o exercício do pesquisador é identificar nos relatos as ações e buscar compreender o significado das suas ações e a intencionalidade destas (SIMÕES; SOUZA, 1997; CAPALBO, 1998; CAMURRA; BATITELA, 2009). A partir da análise dessa significação, determina-se: como perguntar, como encerrar a entrevista e para quantos perguntar (PAULA et al., 2014).

A entrevista fenomenológica iniciou com a seguinte questão indutora: “Fale-me acerca do processo de parto e nascimento” e “o que você fez durante este processo?” “Você sentiu-se participativa?”. Na sequência, a questão fenomenológica orientadora: “O que você tinha em vista quando realizou tal ação?”. Essa questão foi adaptada conforme a necessidade de entendimento das mulheres. Adaptava-se a questão substituindo a expressão “O que você tem em vista” por: o que você espera; o que você pretende [...]. As entrevistas foram realizadas individualmente mediante autorização de cada uma das participantes, no período de setembro a dezembro de 2017.

Para criar um ambiente favorável e com o intuito de preservar a identidade e a confidencialidade das informações fornecidas pelas mulheres, pactuou-se o uso das salas de descanso da enfermagem, que fica em um local de pouca circulação de pessoas. Ainda, tendo em vista evitar interrupções a equipe de enfermagem era avisada do início de cada entrevista. Durante a entrevista a pesquisadora posicionava-se de frente para as participantes, sem que nada ficasse entre elas, na posição sentada, uma vez que esta postura demonstra disposição para ouvir (SIMÕES; SOUZA, 1997). O gravador era posicionado ao lado, em uma distância

que assegurasse a qualidade da gravação e que, se possível, não interferisse na relação e interação durante a entrevista (PAULA et al., 2014). As falas foram gravadas por meio de um gravador digital (áudio), o qual possibilitou à pesquisadora a disponibilidade de ficar mais livre para escutar as mulheres e permitiu a apreensão das suas expressões.

Durante os relatos das mulheres foram realizadas anotações para que posteriormente pudesse aprofundar os aspectos expressados pelas mulheres, buscando assim compreender a intencionalidade das ações. Cabe destacar que todas as participantes concordaram com a gravação dos depoimentos, o que foi expresso na assinatura do TCLE. O tempo de duração das entrevistas variou conforme cada mulher necessitava para relatar a experiência vivida por elas. Desse modo, a variação temporal das entrevistas oscilou entre 15 e 30 minutos. Em relação número de participantes, este não foi previamente estabelecido, uma vez que na pesquisa fenomenológica pretende-se alcançar a variação e a amplitude do fenômeno e não a sua quantificação (BOEMER, 1994). Assim, ao passo que as entrevistas eram realizadas elas eram transcritas e lidas. Tal estratégia fundamentou a decisão pelo encerramento da etapa de campo, no momento em que os significados expressos nos depoimentos mostram suficiência de estruturas essenciais para compreender o fenômeno investigado (PAULA et al., 2012; MINAYO, 2017). Assim, integraram o corpus da pesquisa 15 entrevistas, quando se obteve suficiência de significados convergentes com os objetivos do estudo.

Destaca-se que, a fim de manter o anonimato, as participantes da pesquisa foram identificadas por meio da utilização do sistema alfa numérico com a letra “P” relacionada à mulher, seguida da numeração de acordo com a ordem de realização da entrevista. Assim, P1 representa a primeira mulher entrevistada, P2 a segunda e assim sucessivamente, até a P15.

## 5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para apreender as motivações das ações autônomas das mulheres durante o processo de parto e nascimento, descrevem-se os passos seguidos neste estudo, que foram fundamentados em recomendações descritas por estudiosos da fenomenologia social de Alfred Schütz (TOCANTINS, 1993; JESUS, 1998; LIMA; TOCANTINS, 2009).

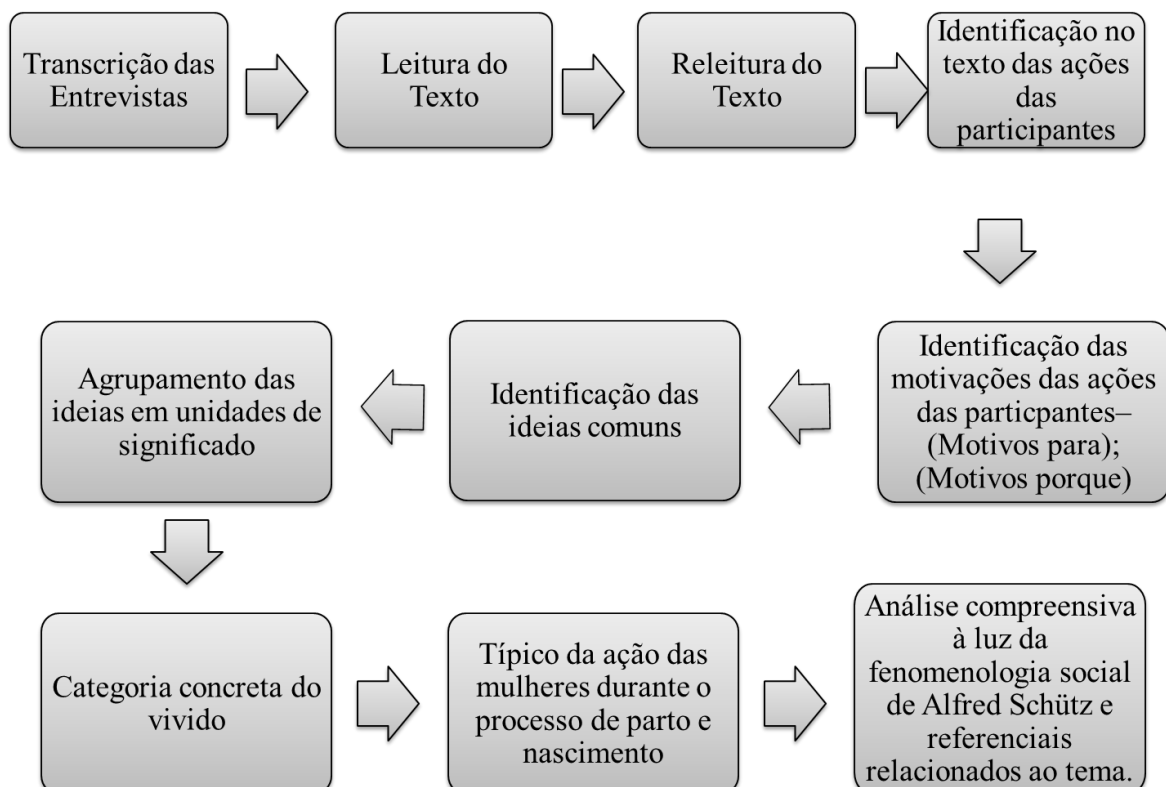
Primeiramente, realizou-se a transcrição das entrevistas; posteriormente foram realizadas leituras e releituras visando identificar as ações desenvolvidas pelas mulheres, e identificar as ações e as motivações das ações, e identificar ideias comuns; captação dos motivos porque e dos motivos para, em que foi realizado um recorte das respostas à questão central. De tal forma, pode-se descrever a motivação e a intencionalidades das ações realizadas pelas mulheres durante o processo de parto e nascimento. Por meio da identificação

dos “motivos porque” enraizados no aprendizado acumulado por toda a vida, e os “motivos para que” projetado com vistas ao futuro (SCHUTZ, 2012; ZEFERINO; CARRARO, 2013).

Ressalta-se que a leitura cuidadosa e a análise crítica do conteúdo das entrevistas possibilitaram a identificação e descrição das motivações das ações das mulheres durante o processo de parto e nascimento, a categorização, e com isso a compreensão do fenômeno investigado. As categorias são denominadas concretas por constituírem sínteses objetivas dos diferentes significados da ação emergidas das experiências dos sujeitos (SCHUTZ, 2012; JESUS, et al, 2013).

Finalmente foi identificada a relação das categorias entre si, obtendo-se assim ao típico da ação das mulheres durante o processo de parto e nascimento, ou seja, aquilo que representa a essência, o que é comum nas ações das mulheres durante o processo de parto e nascimento (NERY, TOCANTINS, 2006; VIEIRA, 2011; JESUS, et al, 2013). Os resultados foram interpretados conforme os fundamentos da Fenomenologia Sociológica de Alfred Schütz, e com produções relacionadas com o objeto de estudo. A figura 2 demonstra os passos seguidos para a análise dos dados.

Figura 2 – Passos para análise dos dados aplicados para o referencial de Alfred Schütz, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.



## 5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização da pesquisa, observaram-se os aspectos éticos, de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, enfatizando os compromissos éticos com os participantes de pesquisas (BRASIL, 2012). Para isso primeiramente, o estudo foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) e no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM.

Posteriormente, foi submetido à apreciação da Direção de Ensino Pesquisa e Extensão do HUSM, a fim de obter o aceite para o desenvolvimento da pesquisa, seguindo para o registro na Plataforma Brasil e avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFSM, sendo aprovado sob o parecer nº 1.387.340 (ANEXO B).

Após a aproximação e ambientação no cenário de pesquisa, em momento oportuno as puérperas foram convidadas pela pesquisadora a participar da pesquisa. Neste momento apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), que foi assinado voluntariamente em duas vias, ficando uma cópia com a participante e outra para a pesquisadora. A confidencialidade dos dados foi assegurada mediante assinatura do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C). Ambos os termos foram assinados pela pesquisadora responsável, para garantir a privacidade e confidencialidade das informações.

A participação das mulheres não envolveu qualquer tipo de remuneração, sendo que as pesquisadoras se dispuseram a esclarecer dúvidas que eventualmente poderiam aparecer no transcorrer da pesquisa. Quanto aos riscos, a participação nesse estudo não apresentou nenhum risco físico. No entanto as questões da entrevista poderiam mobilizar sentimentos ou desconfortos, como lembranças, questionamentos e/ou conflitos de dimensão emocional, pelo fato de que foi realizada uma entrevista na qual a participante refletiu sobre a sua vivência no processo de parto e nascimento. Neste sentido, em caso de desconforto, seria sugerido que a participante interrompesse sua participação no estudo.

Os benefícios desta investigação foram diretos, e consistiram em dar maior visibilidade ao tema contribuindo para a compreensão das ações autônomas das mulheres durante o processo de parto e nascimento. Ainda, os dados gerados forneceram subsídios para a construção de conhecimento na Área de Enfermagem, e Saúde bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas acerca dessa temática.

As participantes do estudo foram identificados pelo a partir da letra P, referente a entrevistado, seguido do número ordinal (ex. P1, P2...P15). Os materiais oriundos da

produção de dados constituíram um banco de dados, que foi arquivado e será mantido sob a responsabilidade da orientadora da pesquisa, Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin, em armário chaveado do GP-PEFAS por um período mínimo após o término da pesquisa de 5 anos, na sala nº. 1336, prédio 26, no Centro de Ciências da Saúde da UFSM.

#### 5.7 DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

A apresentação dos resultados do estudo ao serviço cenário deste ocorrerá logo após a defesa da dissertação, mediante metodologia a ser combinada com os responsáveis do serviço. Ainda, será realizada por meio da construção de artigos para a publicação em periódicos e apresentação dos resultados em eventos como Congressos e Seminários, dentre outros.

## 6 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

### 6.1 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

Na perspectiva da fenomenologia social, o protagonismo feminino no processo de parto e nascimento não é entendido como uma característica intrínseca das mulheres, este protagonismo inicia-se a partir da interação entre pessoas, e é sempre dotado de intenção. Nesse sentido as primeiras experiências no processo de parto e nascimento são adquiridas com familiares e pessoas próximas, que transmitem o que aprendem.

No caso das mulheres durante o processo de parto e nascimento, estas possuem experiência e vivências de senso comum acerca deste processo. As ações durante o processo de parto e nascimento, podem refletir um comportamento socialmente apreendido, passado de geração em geração, o que orienta as mulheres sobre sua conduta neste processo (conduta ideal). E também é um processo dinâmico, pois cada geração modifica-o agregando ou retirando determinado aspecto.

### 6.2 SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DAS MULHERES

As ações das mulheres durante o processo de parto e nascimento estão relacionadas com sua situação biográfica determinada. Esta situação é construída a partir das experiências das mulheres no mundo da vida, as quais estão interligadas umas as outras. A situação biográfica determinada é a sedimentação de todas as experiências e vivências das mulheres até um determinado momento, sendo que esta situação jamais poderá ser vivenciada igualmente por outra pessoa, sendo dinâmica, pois modifica-se conforme as vivências e experiências dos indivíduos (CAPALBO, 1998; WAGNER, 2012). Por isso, esta situação possibilita captar apreender a maneira como a pessoa se localiza no espaço da ação, interpreta a sua possibilidade e desafios (SCHUTZ, 2012).

A interpretação de uma situação é subjetiva do ator, e corresponde à sua situação biográfica. A situação, diz respeito à situação do ator, aos seus problemas e não àqueles que são objeto de observação do cientista (CAPABLBO, 1998).

Neste estudo, as mulheres têm em sua situação biográfica experiências e vivências relacionadas ao processo parturitivo, como partos anteriores, conhecimentos que lhes foram passados por seus predecessores ou contemporâneos, e ainda as que referem o processo de parto como totalmente desconhecido. A partir de sua situação biográfica as mulheres projetam suas ações para seus partos, alguns aspectos da situação biográfica das mulheres

foram identificados, tais como idade, estado civil, profissão.

A idade das participantes variou de 18 anos a 36 anos. Com essa variação de idade pode-se observar que as mulheres com idade mais avançada possuem um acúmulo de conhecimento que motivam as suas ações, ao passo que resgatam aspectos de processos de parto e nascimento anteriores. Ainda, a idade mais avançada as faz reconhecer aspectos que mudaram com os avanços na atenção ao processo parturitivo, tais como a presença do acompanhante, que não foi permitida nos partos anteriores. Ressalta-se que esta recomendação foi garantida a todas as participantes do presente estudo.

Ainda, as mulheres que possuem companheiros tendem a escolhê-lo como acompanhante durante o processo parturitivo, para que o mesmo participe deste processo e o conheça. A escolha do acompanhante tem a intenção de que o mesmo lhes auxilie no transcorrer do parto buscando que o mesmo ocorra da melhor forma, ou seja, com menos dor, sofrimento e intervenções.

Outro aspecto da situação biográfica é a profissão das mulheres. Aquelas que trabalham ou já trabalharam em instituições de saúde tendem a refletir acerca das situações que observam enquanto desempenham suas funções e com isso, já projetam o que desejam para o seus partos. Os filhos também influenciam a situação, pois as mulheres buscam agir de modo que estejam bem, não tenham intervenções para que após o parto para cuidar dos demais filhos.

O contexto de atenção ao parto e nascimento em que as ações ocorreram revelou que para que sejam atendidas, muitas mulheres descreveram que necessitavam buscar mais de um serviço para chegar até a maternidade em que tiveram seus partos. Isso demonstra a falta de informações acerca dos serviços, e do momento em que devem buscar os serviços. Tais informações, segundo o programa Rede Cegonha devem ser esclarecidas as mulheres durante o pré-natal. Inclusive o referido programa prevê a vinculação da mulher a maternidade ainda durante a gestação.

Alguns aspectos da situação biográfica das mulheres participantes do estudo relacionados ao objeto de estudo serão descritos a seguir:

**PARTICIPANTE 1 - (P1)** 32 anos, casada, mudou-se para o Sul do país, trabalha em uma metalúrgica. Já teve outros partos, e tem mais dois filhos do sexo masculino, seus partos anteriores foram partos normais, com episiotomia. Pela primeira vez seu esposo acompanhou-a durante o parto, não teve acompanhante no primeiro parto, no segundo foi acompanhada por sua sogra. Refere sua experiência de parto como dolorida, mas tranquila. Suas ações foram

fundamentadas em seu parto anterior, para que não tivessem sofrimento. Refere que o parto foi melhor em pé do que na cama deitada.

**PARTICIPANTE 2 - (P2)** 22 anos, possui união estável. Trabalha como auxiliar de limpeza. Sem experiência de partos anteriores, teve um aborto há dois anos. Escolheu como acompanhante sua mãe, pois ela tinha conhecimento acerca do processo de parto. No início do trabalho de parto não o reconheceu pois não tinha experiência desse momento apenas tinha vivências de outras pessoas como sua mãe, que referiam a dor para o início do trabalho de parto. Não induziu o parto, sempre quis parto normal.

**PARICIPANTE 3 - (P3)** 36 anos, possui um companheiro. Trabalha em casa. Possui mais 5 filhos, 5 meninas. Seus partos anteriores foram normais, teve acompanhante nos partos anteriores exceto no primeiro que não era permitido. Neste o acompanhante foi seu companheiro, que esteve presente desde o planejamento da gestação. Em comparação aos partos anteriores refere que esse foi o mais dolorido de todos, teve pressão alta e o parto foi induzido. Para buscar assistência durante o trabalho de parto, por não residir na mesma cidade onde o parto ocorreu, buscou mais de um serviço, inicialmente foi até um o hospital em sua cidade, de lá foi encaminhada para um hospital que não a aceitou, e por fim chegou ao hospital em que teve seu parto. Refere que nunca quis cesariana, por ter trabalhado em um hospital. Ainda percebe mudanças neste parto com seus partos anteriores, em seu primeiro há 20 anos, não teve acompanhante, ficou em uma sala com outras mulheres sozinhas, conforme o relato: “sem ninguém te explicar o que estava acontecendo, porque naquele tempo não tinha orientação, nem a mãe orientava a gente.[...] o médico xingava a gente.”.

**PARTICIPANTE 4 - (P4)** 27 anos, possui companheiro. No momento não possui emprego. Este é seu primeiro filho. Foi acompanhada pelo seu companheiro. Durante a gestação teve hipotireoidismo o que lhe causou insegurança, pois não tinha certeza se poderia ter o parto normal conforme tinha escolhido. Em relação ao processo de parto e nascimento refere que foi dolorido, e desconhecia como era a forma correta de fazer a força. Teve seu parto induzido. Nunca quis cesariana, mas tinha medo relacionado ao parto normal em fazer episiotomia.

**PARTICIPANTE 5 - (P5)** 25 anos, tem companheiro. Trabalha como doméstica. Este é seu primeiro filho, durante o trabalho de parto foi acompanhada por seu esposo até a chegada de



sua mãe que era a pessoa escolhida para lhe acompanhar durante o processo. Ficou assustada por não conhecer o processo de parto e nascimento. Não precisou indução durante o trabalho de parto. Sempre quis ter o parto normal. Na busca pela assistência refere “fui direto para o hospital, mas lá está em greve, aí eu cheguei lá e me mandaram para cá, aí começou tudo [...] eu fiz a triagem no PA, daí eu estava com um dedo só [...]”.

**PARTICIPANTE 6 - (P6)** 20 anos, solteira, não tem emprego. Este é seu primeiro filho. Foi acompanhada por sua mãe. Refere que o parto foi bastante dolorido, suas ações foram para diminuir a dor. Teve episiotomia. Durante o trabalho de parto pediu para fazer cesariana, pois a via como alternativa para redução da dor.

**PARTICIPANTE 7 - (P7)** 36 anos, casada. Trabalha por conta própria. Tem três filhas e dois filhos. Os partos anteriores foram parto normal, sem necessidade de indução. Teve como acompanhante o companheiro, nos anteriores preferiu sua cunhada por ser mulher e conhecer o processo. Teve medo durante o trabalho de parto, pois ainda não estava na hora, e foi induzido. A sua religião lhe ajudou a ter força durante o processo de parturição. Escolheu parto normal por ter recuperação mais rápida e por ter medo da cesariana e da anestesia. Sua experiência de partos anteriores revelam que teve sofrimento relacionado a assistência recebida: “eu fiz força, mas ficou trancado, e ela disse- é tu e teu filho, ou teu filho morre. [...] entrei em desespero porque eu fazia, e fazia força e ela não saia.[...] o médico me xingou, - tu vai matar teu filho, não sabe ganhar. [...] ele poderia ter me explicado como fazer a força, porque eu não sabia.”

**PARTICIPANTE 8 - (P8)** 36 anos, estado civil casada. Trabalha como psicóloga. Este foi seu primeiro parto. Foi acompanhada pelo seu marido. Sempre quis parto normal pela recuperação. Refere que não sabia como fazer a força corretamente por ser seu primeiro parto. Teve o trabalho de parto induzido, e fez a episiotomia mesmo não sendo de sua vontade. Refere ter buscado assistência em uma maternidade que estava em greve, e por isso teve que buscar outra.

**PARTICIPANTE 9 - (P9)** 27 anos, estado civil casada. Não possui emprego, trabalha em casa. Tem uma filha e um filho. Teve dois partos normais. Foi acompanhada pelo seu esposo. Buscou durante a gestação prepara-se para não ter necessidade de indução e nem de cesariana, pois em seu parto anterior realizou indução do parto, e nesse não necessitou.

**PARTICIPANTE 10 - (P10)** 25 anos estado civil casada. Trabalha como cozinheira. Tem dois filhos e dois partos normais, nos dois foi acompanhada por seu esposo, presente desde a gestação. Buscou assistência durante uma semana, acreditando estar em trabalho de parto, não reside na mesma cidade em que ocorreu o parto. Em sua experiência refere ter sentido medo, por já ter vivenciado o processo de parto e conhecer a dor, por isso preparou-se durante a gestação fazendo caminhadas para auxiliar no parto.

**PARTICIPANTE 11 - (P11)** 18 anos, estado civil casada. Não possui emprego. Primeiro filho. Teve como acompanhante seu marido. Em sua experiência refere ter ficado nervosa, devido a dor, por ser seu primeiro parto e não saber o que fazer. A experiência de pessoas próximas lhe influenciou na escolha pelo parto normal, pois em seus depoimentos diziam que não tinha dor após o parto.

**PARTICIPANTE 12 - (P12)** 30 anos, estado civil casada. Possui emprego. Tem três filhas, três partos normais. Teve como acompanhante seu esposo. Refere que no início foi tranquilo o parto, após quando tiveram que induzir sofreu bastante. Sua experiência ajudou a reconhecer o início do trabalho de parto, quando perdeu o tampão mucoso. Ainda o nervosismo presente durante o trabalho de parto relaciona-se com suas experiências anteriores: “no outro parto que tive, em outro hospital o atendimento não foi o mesmo, eu sofri bastante, me deu hemorragia, não deram atenção, não deu tempo de fazer muita coisa.”.

**PARTICIPANTE 13 - (P13)** 24 anos, tem companheiro. Trabalha como auxiliar de padeiro. Tem duas filhas. Teve um parto normal e uma cesariana. Teve acompanhante no parto seu companheiro. Sempre preferiu o parto normal pela recuperação, mas solicitou cesariana por causa da dor, seu colo uterino inchou durante o parto e não possível parto via vaginal. Teve bolsa rota, e refere que realizaram muitos toques até o momento que começaram a indução, solicitou que retirassem o soro, mas não foi atendida. Acreditava que seu parto seria igual ao parto anterior, sempre teve medo de cesariana principalmente por ter acompanhado sua cunhada em partos anteriores, porém não viu alternativa na sua situação.

**PARTICIPANTE 14 - (P14)** 24 anos, tem companheiro. Não tem emprego. Tem dois filhos e uma filha de criação. Teve dois partos normais. Teve como acompanhante durante o parto. No primeiro parto ficou mais assustada, pois não sabia como seria e não tinha experiência,

não precisou de episiotomia, seus dois partos foram no quarto.

**PARTICIPANTE 15 - (P15)** 32 anos, tem companheiro. Trabalha como secretária. Tem um filho e uma filha. Teve dois partos normais. Seu companheiro acompanhou seus dois partos. Refere ser calma e por isso não demonstra a dor do parto. Buscou várias vezes o serviço de saúde antes do parto, não reside na mesma cidade em que o parto ocorreu. Não queira cesariana, pela recuperação, e por ter acompanhado sua cunhada que enfrentou dificuldades após a cesariana para amamentar.

Diante do exposto, as mulheres têm suas ações autônomas, durante o processo de parto e nascimento, apoiadas em sua situação biográfica e em sua bagagem de conhecimento, por meio destas criam um sistema de interesses. A partir desse sistema de interesse, sua bagagem de conhecimento é acessada, e os conhecimentos que estão relacionados ao processo de parto e nascimento ganham destaque. Desse modo o interesse das mulheres fundamenta seus projetos e ações, pois a partir deste elencam os problemas a serem solucionados e os objetivos a serem atingidos pelas ações (WGANER, 2012).

Esse aspecto relacionado ao interesse garante as ações autônomas das mulheres, a característica diferenciadas, pois não tem a mesma relevância na bagagem de conhecimento. Quando as mulheres projetam uma ação elas antecipam um comportamento, de modo a imaginá-lo como se tivesse sido realizado, sendo que as possibilidades de fazê-lo estão diretamente ligadas aos elementos do presente vivido.

### 6.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS PARTURIENTES NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO

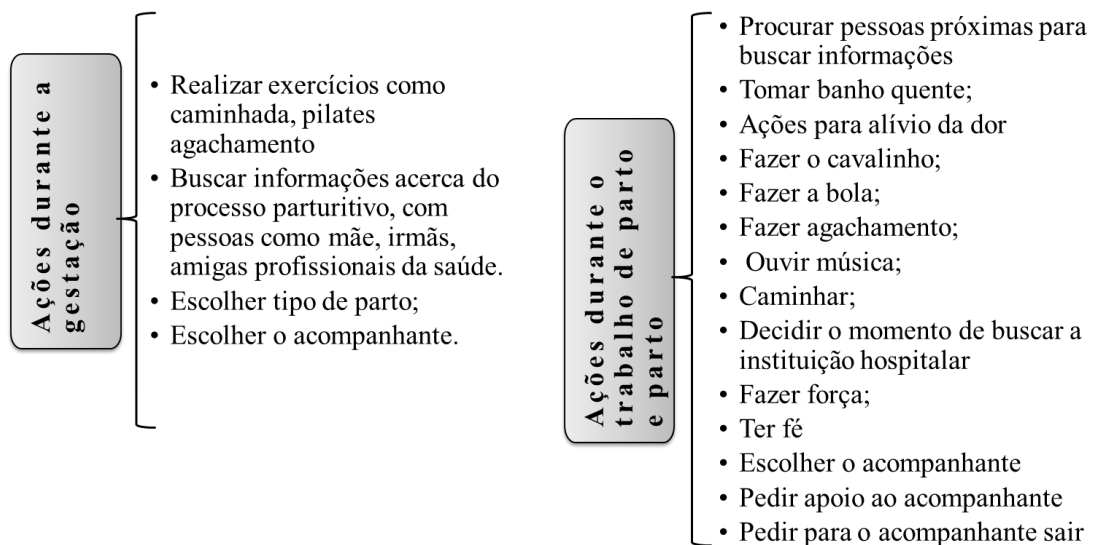
Por intermédio das ações sociais desenvolvidas pelas mulheres durante o processo de parto e nascimento, foi possível identificar quais são estas ações e sua relação com sua autonomia, bem como a influência dos atores sociais envolvidos. A ação é definida por Alfred Schütz, como conduta humana projetada pelo indivíduo de maneira intencional, dotada de propósito, que não é isolada do mundo da vida (CAPALBO, 1998; WAGNER, 2012; SCHUTZ, 2012).

As ações das mulheres durante o processo de parto e nascimento são resultantes de um comportamento socialmente apreendido, em que os predecessores passam de geração em geração seus conhecimentos, e estes são tidos como base para orientar as ações das mulheres durante o processo de parto nascimento. Ainda, cada geração pode ir agregando e modificando aspectos do processo de parto e nascimento.

Neste sentido pode-se depreender que as ações das mulheres durante o processo de parto e nascimento iniciam desde antes da gestação, para que as mesmas possam exercer sua autonomia, relacionam-se com a busca por informações, e preparação durante a gestação. Porém, pode-se identificar que sua autonomia depende da relação com os profissionais, quando estes estimulam o protagonismo das mulheres, quando ocorre a relação face a face, ou quando reforçam a submissão das mulheres. Isso porque ao adentrarem as instituições as mulheres acabam sujeitando-se as diretrizes da mesma, adequando seu comportamento ao que está posto nestas instituições.

No domicílio as mulheres tendem a agir conforme foi apreendido por elas exercendo sua autonomia; no hospital tem-se o conhecimento das mulheres e dos profissionais e neste local prevalece o conhecimento dos profissionais. A figura 3 mostra quais são as ações das mulheres durante o processo de parto e nascimento.

Figura 3 – Ações das mulheres durante a gestação e o processo de parto e nascimento, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2018.



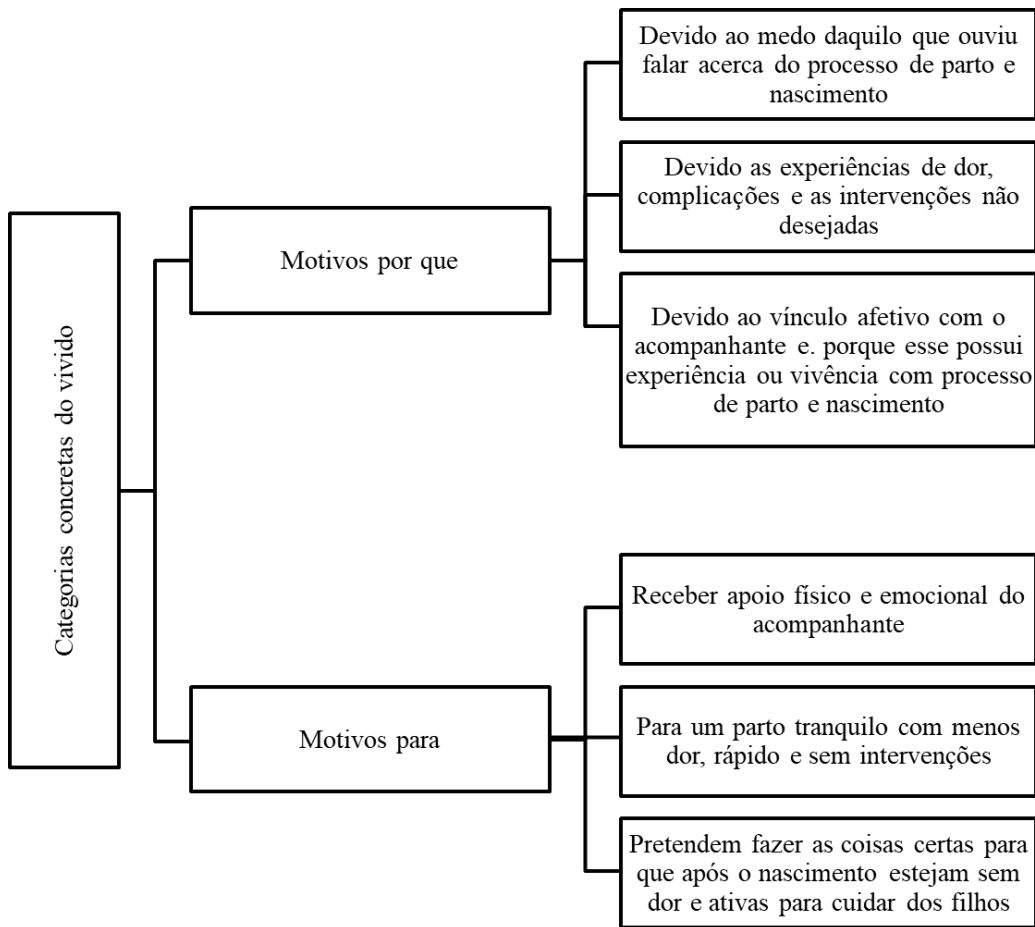
Fonte: elaborado pela autora.

#### 6.4 CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

A síntese objetiva das diferentes intenções das ações que emergem das experiências dos sujeitos é denominada de categorias concretas (SCHÜTZ, 2012). Tendo em vista a inter-relação das ações dos indivíduos, as intencionalidades podem estar interligadas. Ainda, elas emergem tanto da reflexão do indivíduo quanto do pesquisado, este último na fase de análise de dados (JESUS; CAPALBO; MERIGHI et al., 2013).

Nessa direção, as categorias concretas do vivido foram constituídas a partir do agrupamento das falas das mulheres/puérperas que experienciaram o processo de parto e nascimento. A apreensão da vivência e da realidade dos indivíduos sociais permitiu desvelar os significadas que se configuram em projetos para o futuro (motivos para) e aqueles que estão relacionadas ao passado e presente (motivos porque).

Figura 4 – Categorias concretas do vivido, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado pela autora.

#### 6.4.1 Categorias concretas do vivido relacionadas aos motivos por que

No presente estudo os “motivos porque” das ações das mulheres durante o processo de parto e nascimento tanto aquelas ações durante a gestação como durante o trabalho de parto ocorrem devido ao medo daquilo que ouviu falar ou porque nos partos anteriores teve dor complicações e intervenções não desejadas. Pelo vínculo com o acompanhante e porque esse possui experiência ou vivência com processo de parto e nascimento. Assim os motivos porque das ações das mulheres estão fundamentados no passado, na bagagem de conhecimento, na experiência vivida no âmbito biopsicossocial da pessoa (SCHUTZ, 2012; JESUS et al., 2013),

e nas ações preditivas pelos profissionais no cenário de parto e nascimento

*Devido ao medo daquilo que ouviu falar acerca do processo de parto e nascimento*

Durante a gestação iniciam-se as ações fundamentadas no que as mulheres conhecem ou que ouviram falar acerca do processo de parto e nascimento. A ação autônoma de escolha pelo tipo de parto é motivadas pelo medo que as mulheres tem em relação à cesariana, a dor, as intervenções e as complicações. Este medo advém do que ouviram falar de pessoas próximas, e com isso elas identificam aspectos negativos da cesariana, o que as faz não querer tal intervenção.

[...] porque eu nunca quis ter cesárea. Sempre tive muito medo de passar por um parto cesárea [...] eu comecei a ficar nervosa por causa da recuperação, do corte da anestesia, sempre tive muito medo[...] já trabalhei em hospital, vi muita coisa, as vezes uma cesárea complicar (P3)

Tinha medo de uma cesariana, [...] minha irmã no segundo filho teve cessaria e teve tipo uma parada cardíaca [...](P7).

Eu sempre quis o parto normal, na cesariana olhei as outras duas que estão lá, é complicado pensado no cuidado [...] (P8)

[...] porque a cesárea tem os riscos é complicado depois (P9)

[...] porque todos dizem que é bem melhor, a dor é só na hora, sempre quis parto normal (P11).

O parto foi tranquilo eu tinha medo desde o início, como era a primeira, e todos falavam a vai doer, minha mãe dizia “tu vai ganhar de cesárea porque é uma criança muito grande”, eu tinha muito medo porque eu queria ganhar de parto normal [...] (P2)

[...] porque ai todo mundo fala, há cesariana tu não sente dor no parto tu vai sentir dor depois, o parto normal é melhor tu vai se recuperar [...] tem as pessoas que preferem cesárea, e as que preferem o parto normal. minha mãe nunca teve dilatação, sempre teve cesárea, ela gosta de cesárea.[...] minha amiga prefere parto normal. [...] (P4)

[...] as pessoas falam o negativo, mesmo eu tendo os outros eu nunca tive medo dos outros, mas desse sim, porque as pessoas falam – tu sabia na hora do parto é um pé no cemitério, na hora lembrei das palavra negativas (P07).

[...]falavam que ia morrer todo mundo fala uma coisa [...] minha cunhada ganhou aqui, fizeram cesárea [...]eu vi, e eu tinha medo [...] ai vi aquilo, fiquei pensando não quero ter cesárea. Mas ontem ai quando fizeram a cesárea pareceu um alívio [...] (P13)

Mas foi tranquilo, assim, todos diziam tu é louca fazer parto normal[...] Isso mais vem da família por que minha vó teve 15 parto normal, minha mãe teve 6 então eu nem procurei nada de ler assim , mais pela vivencia da família, e tive amigas que tiveram cesariana e demoraram dois três dias para pegar o peito, a criança não pegava[...] Minha cunhada teve cesárea ficou 20 dias assim ruim tinha que levar o bebe dela para ela, e eu não queria isso para mim. (P15)

Por outro lado, no início da gestação o medo da dor, remete as mulheres a escolher cesariana, principalmente por desconhecerem os benefícios do parto normal e acreditarem que cesariana seria uma solução para a dor.

Quando era o primeiro eu queria cesariana por causa da dor, não tinha esse entendimento que tenho, do normal tu ganhou assim já está bem. .(P7).

Olha eu queria cesariana no começo, mas como falavam que a recuperação é muito mais longa, e dos riscos, eu fiquei preocupada (P6)

*Devido às experiências de dor, complicações e as intervenções não desejadas*

Quando as mulheres já tiveram partos anteriores e o mesmo foi considerado dolorido, ou com complicações referem buscar alternativas para que tal experiência não aconteça novamente como no parto anterior. Assim agem para evitar as intervenções que lhes causaram sofrimento buscando uma nova experiência, sem sofrimento.

Porque nos meus partos anteriores, eu senti dor só no hospital [...] e não queria passar pelo processo de usar comprimidos e nem o soro[...] como nos outros[...] por isso eu esperei mais em casa (P1)

Porque assim no outro parto ficou trancado, e ela[ profissional] disse- é tu e teu filho, ou teu filho morre. Ai eu entrei em desespero por que eu fazia e fazia força e ela não saia. [...] a única parte que eu lembro foi do dela que foi bem marcante na verdade o medo.(P7).

Sempre fiz exercícios, porque era um desejo meu o parto normal, sem precisar o pique. [...] tinha trauma porque não gosto dessa questão de ponto[falando da episiorrafia] (P8)

Porque o primeiro filho eu não sabia[...] Eu queria tudo bem natural, eu não queria induzido [...] porque da outra, foi induzido e achei bem mais difícil. [...]Única coisa que eu escolhi, não queria que ela fosse forçada a vir a base de soro, e não queria cesárea[...] e como eu já conhecia a dor, eu me esforçava.[...].(P9)

Caminhei, porque estava com dor, mas como não tinha dilatação, [...] me ajudou bastante, me aliviava as dores nas pernas, e nas costas também.

[...] eu estava com soro eu pedia para tirar o soro porque cada vez que colocavam vinha uma contração atrás da outra, uma atrás da outra e aquelas dor aumentava. (P13)

[...] desde o inicio quando saiu o líquido mucoso ali, desde o inicio, já vi que estava início o trabalho de parto, por já ter os outros. Ai que eu fui controlando e fazendo exercícios e procurei o hospital [...] eu fiquei bem nervosa porque lembrei do parto anterior, que sofri bastante, me deu hemorragia, eles me não deram atenção [...] (P12)

[...] agora no final fiz bastante[exercícios, agachamento, caminhada], porque eu estava com medo de não ter dilatação, e não queria cesárea, queria parto normal, mesmo.(P15).

Por outro lado, essas mulheres que já vivenciaram o processo de parto e nascimento, tendem a agir solicitando intervenções, acreditando que estas são benéficas.

Eu queria que eles fizessem o pique [episiotomia], eu pedi ao doutor “faz um pique aí, pro menino nascer” aí ele falou –“ não tu consegue, e consegui, e não precisei levar que é o melhor porque dos outros eu levei pontos e os pontos incomoda bastante (P1)

Eu que pedi para romper minha bolsa, porque eu sabia que se rompesse ia vim mais ligeiro, porque eu me lembrava das outras, há rompeu minha bolsa, porque minha bolsa não rompe sozinha [...] porque eu já conheço meu corpo, se romper a bolsa vai ser muito mais rápido. (P3)

É que assim aqui mesmo, quando eles veem que tu não podes ganhar, eles puxam com o ferro [...] no primeiro mesmo eles viram que eu não tinha força eles me ajudaram a empurrar aqui (Fundo uterino). [...] ontem teve uma enfermeira que ficou junto comigo me auxiliando me apoiando (P7)

Não caminhei, fiquei deitada, pensava eu não vou caminhar para buscar o sofrimento, sabia que ia vim a dor uma hora. (P7).

*Devido ao vínculo com o acompanhante e porque esse possui experiência ou vivência com processo de parto e nascimento*

Dentre as ações está a escolha do acompanhante, que se fundamenta no vínculo afetivo com esta pessoa, e por já conhecer o processo de parto e nascimento. A escolha do companheiro como acompanhante se dá pela participação do mesmo durante a gestação, e por ele conhecer os desejos das mulheres pode lhes ajudar a conduzir o que foi planejado.

[...] agente fez tudo desde o começo da gravidez tudo junto desde que desconfiamos que já estava tentando engravidar levamos 7 meses né para conseguir, desde que a gente soube da suspeita foi tudo ele sempre participou muito. Então teria que estar ali. [...] (P3)

Segurou minha mão [...]. Ficou ali dizendo que não era para desistir, para continuar fazendo força, que ela já estava vindo [...] (P4)

[...] meu marido o tempo todo do meu lado me dando força, porque era um desejo meu o parto normal (P8).

[...] desde o começo da gravidez, que queria ele comigo[esposo], como ele já tinha assistido do outro, aí esse ele também ficou comigo [...] ele participou muito da gravidez sempre, desde massagem na barriga passar creme, óleo, era sempre ele que fazia, queria ele. E ele é muito racional, forte assim, não fica desesperado, ele fica mais calmo, me acalma. (P10)

Por outro lado, as mulheres reconhecem o despreparo de seus acompanhantes, pois estes não têm informações acerca do que fazer.

eu me admirei com a coragem dele achei que não ia ter coragem de assistir, e até ajudou(P1)



Desde o início a gente estava brincando que ele não ia conseguir, e na hora para mim também foi uma surpresa [o acompanhante ter acompanhado] (P4)

Frete ao desconhecimento e despreparo dos acompanhantes as mulheres referem sentirem-se nervosas sendo que por vezes solicitam que os acompanhantes as deixem sozinhas. Ainda o receio da presença do acompanhante por ele não estar familiarizado com o processo de parto e nascimento.

[...] ele não tinha aquele preparação que uma mulher tem [...] minha cunhada nos outros ela contava as contrações e os minutos, chamava os médicos, sabia a hora que estava para nascer (P7).

Ele ficava me olhando, não me ajudava, que me desse a mão e aquilo me irritou, ele ficar me olhando eu ali morrendo de dor, eu disse para ele sair porque não ajudava. (P3)

[...] eu queria que ele assistisse, mas ele acha que ele não ia aguenta [...] (P4)

Eu queria a presença dele comigo. Ele sempre falou desde o início que não teria coragem. [...] (P8)

Ele ficou nervoso (P11)

[...] ele [esposo] não segurava acho que ele já estava cansado.(P13)

porque a gente fica meio com receio, do marido participar, do marido ver, ou meio tímida, alguma coisa assim(P1)

Já a escolha por acompanhantes mulheres, como mãe ou irmã, ocorre porque estas já vivenciaram o processo de parto e nascimento, e seu conhecimento auxilia as mulheres durante o processo, diminuindo o medo causado pelo desconhecido. Pois acreditam que experiência anterior da mulher lhes ajudará, deixando-as menos inseguras.

Escolhi minha madrinha [...] mas na hora do parto queria que fosse ele, que ele passasse pelo processo e visse também, o que passa, que não é tão fácil assim, então no fim escolhi ele. [...] pouco foi falta de opção e um pouco de querer também(P1)

Com minha mãe me senti segura. (P2)

A mãe, [...] Na hora do parto foi tranquilo minha mãe estava comigo. [...] mãe é mãe, só ela por ser mãe sabe o que eu ia passar.[...] marido não é a mesma coisa, tua mãe, que é um porto seguro eu acho.[...] toda minha gravidez dizia, mãe é a senhora que vai vir ficar comigo na sala, meu marido já sabia disso. (P5)

Estava com minha irmã, preferi ela, porque ela é mais tranquila, não fica me perguntando, ela já tem filhos. (P14)

#### 6.4.2 Categorias concretas do vivido relacionados aos motivos para

O projeto é a antecipação de uma conduta futura antevista por via da imaginação, ou seja, a mulher se vê imaginando uma “ação futura”, ainda durante a gestação e com isso estabelece projetos para o processo de parto e nascimento ocorra conforme o seu imaginada, garantindo a sua autonomia. Entre a antecipação e o preenchimento, existe um elo, caminho que leva a esse preenchimento (SCHUTZ, 2012). Esta projeção motivam as ações autônomas das mulheres, que tem em vista receber apoio físico emocional do acompanhante desde a gestação, desejam um parto tranquilo com menos dor, rápido e sem intervenções. E pretendem fazer as coisas certas para o bem estar do filho e que após o parto estejam sem dor e ativas para cuidar dos filhos.

##### *Esperam receber apoio físico e emocional do acompanhante*

A escolha do acompanhante é projetada durante a gestação pelas mulheres, que escolhem ou seus companheiros ou alguma mulher próxima como mãe, irmã ou amigas. Para que tenham alguém ao seu lado de sua confiança para que torne o processo menos dolorido, mais confortável, com vista a receber apoio do acompanhante desde a gestação, e no momento do parto. Para ir fortalecendo os vínculos familiares. Mesmo que em sua experiência durante o parto percebam o despreparo dos companheiros.

Diferente foi a participação do meu esposo[...] nos outros partos, o primeiro eu fui sozinha, o segundo com minha sogra[...] na hora eu queria que fosse ele[...] para ele ver como que é o processo, por que muitos homens não conhecem, é fácil chegar em casa com o nenê nos braços[...]É bom eles os pais participar. [...]ajudou segurando minha mão, levantando minha cabeça na hora que eu já estava perdendo minhas forças [...] ele me ajudou bastante. (P1)

Sim eu disse que ele ia ficar todo tempo comigo, Coitado dele, porque estava o tempo todo comigo, daí eu comecei a sentir muita dor, comecei a ficar muito nervosa, ele ficava me olhando aquilo me deixou nervosa, pedi para ele sair dali, [...]. (P3)

[...] a presença do meu namorado, também foi essencial, foi ele que estava ali do meu lado me dando força. [...]ele ficou do meu lado segurando minha mão, todo momento dizendo que não era para eu desistir, que era para continuar fazendo força, que ela já estava vindo. (P4)

[...]dos outros eu preferi minha cunhada que era mulher, já sabia. ela foi mais desenvolvida que ele, mas ele foi bem até, achei que não era tão desenvolvido como ele foi. [...] fez massagem nas minhas costas, me abanou porque eu senti muito calor, me dava a mão. Pedi para ele [acompanhante] fazer massagem. Assim que eu senti parece que aliviava a dor, da uma alívio nas contrações. (P7)

Eu queria a presença dele comigo. Ele sempre falou desde o início que não

teria coragem. [...] Mas ele por ver o meu sofrimento acabou encorajando, então foi bem tranquilo, até foi na frente ver na hora que ela nasceu. (P8)

Dessa vez eu queria ele, do meu lado, assim vi que precisava que ele estivesse junto [...]Eu pedia para ele (acompanhante) agarrar minha mão, é muito insuportável a dor, muito forte foi um momento que eu queria muito ele do meu lado, ele ficava assim atrás da maca me dava a mão, eu não quis ninguém estranho comigo, só ele. (P9)

queria ele[...] me ajudava fazendo massagem nas costas para aliviar um pouco [...] Isso já dá um conforto, já tu não se sente sozinha, eu tinha medo de ganhar sozinha [...] mas ele pode ficar comigo aquilo dá um alívio, uma sensação de segurança de tu poder contar com alguém nessa hora.[...] (P10)

Ele ficou nervoso, eu elas falaram que eu saí bem tranquila, assim para ser o primeiro [...] (P11)

pedia para ele segurar minha mão, mas não segurava. (P13)

### *Desejam um parto tranquilo com menos dor, rápido e sem intervenções*

Na busca por um parto tranquilo com menos dor, rápido e sem intervenções as mulheres preparam-se desde a gestação. Buscando informações, para que durante o processo de parto e nascimento saibam como agir. Essas informações auxiliam as mulheres no planejamento de suas ações autônomas durante o processo de parto e nascimento.

As informações visam também diminuir a ansiedade, pois a partir das informações as mulheres passam a se familiarizar com o processo de parto e nascimento, conhecendo o que poderão fazer em cada situação que ocorrer. Destaca-se que a busca pelas informações ocorre com pesquisas, e na relação com atores sociais do convívio diário das mulheres, como os profissionais, amigos e familiares. Destaca-se que estas ações ocorrem durante a gestação.

Na gestação todo dia eu procurava uma coisa nova para estar pesquisando e me informando.[...] para descobrir, se acontecer alguma coisa fora daquilo, tu sabe como conduzir a situação. O que tu tem que fazer ou deixar de fazer então tu vai se atualizando, se não tu fica para trás. Me informava pela ansiedade, de chegar o momento[...], por mais que eu tenha minha experiência de 5 filhas hoje o mundo evoluiu muito rápido.(P3)

[...] eu li procurei em artigos e minha médica também disse que se eu tivesse me sentindo bem poderia caminhar, fazer os exercícios de agachamento na cadeira. (P15)

Ainda, a busca por informações pode ocorrer por meio das relações com pessoas próximas, seus contemporâneos e predecessores, que transmitem seu conhecimento às mulheres. Neste sentido ao perceberem o início do trabalho de parto as mulheres buscam por pessoas que já tenham passado por essa vivência, para compreender o processo de parto e nascimento, e saber o que fazer, e buscar apoio.

[...] não sabia o que era [...] chamei minha mãe, aconteceu isso (escorreu

líquido), não sei se é minha bolsa que arrebentou, minha mãe que disse foi a tua bolsa que arrebentou (P2).

Eu não sabia, eu já tinha conversado [...] A mãe tinha conversado alguma coisa antes como era, [...] isso ajudou bastante para aguentar a dor. (P5)  
eu não sei nada, sou iniciante. [...] disse está acontecendo assim, [...], ela disse foi a tua bolsa que estourou, pega tuas coisas e as do bebê e vai para o médico, cadê teu marido. [...] avisei a minha outra colega[...] Eu assustada, sozinha dentro de casa, eu queria agilizar arrumar as coisa só que parece que minha cabeça não ajudava, porque eu estava nervosa, não sabia de nada. (P5)

[...] eu senti aquele jato sabe, fiquei assustada, pensei, mas nem é a hora ainda, o que está acontecendo. [...] liguei para minhas duas colegas, porque elas já são mães [...] (P5)

A médica do posto me encaminhou para cá [...] ai fui na minha irmã, e fiquei chorando [...] aquele conforto de proximidade de família é com eu e eles. Eu sabia que ela ia me dar uma palavra assim de me fortalecer sabe, e minha cunhada também eu liguei para ela [...] ai fui lá no serviço da minha irmã, e fiquei chorando, porque eu entendia que seria um parto forçado, não estava na hora [...] (P7)

Ainda na gestação, quando as mulheres possuem as informações acerca do processo parturitivo as utilizam na sua preparação para um parto tranquilo, fazendo exercícios com vistas à preparação para o parto normal sem intervenções, e com isso exercem sua autonomia.

Em casa eu tomei um banho bem quente para ajudar a induzir o parto, e relaxa. [...] fui beber um pouco de água, [...] voltei pro banheiro e tomei um banho fiquei uns 20 min, em baixo do chuveiro com água batendo nas minhas costas, relaxa bastante, e depois enrolei na toalha (P1).

Sempre fiz pilates, musculação, assim eu sempre me preparei para o parto normal. [...] eu pensava que ia ser mais tranquilo, porque eu fiz um preparo antes, mas na hora não é bem aquilo que imaginava[...]comecei o pilates por conta da gravidez. (P8)

eu caminhei bem na semana, já estava caminhando todos os dias de tardinha para dilatar, [...] eu já estava me preparando, para ganhar.(P9)

Caminhei bastante. [...]O banho em casa eu tomava banho ficava em baixo do chuveiro na água morna ajudava bastante, dava uma aliviada. Acalma a dor se tu esta muito parada parece que fica mais forte, e embaixo do chuveiro acalma. [...] Comecei a fazer caminhada, estava com dor, mas como não tinha dilatação, [...] (P10)

[...] quando vi que estava início o trabalho de parto, eu fui controlando e fazendo exercícios e procurei o hospital.(P12)

[...]meu trabalho tem que caminhar muito na rua[...] Eu acho que nesse sentido eu colaborei para vir mais rápido.[...] tem mulheres que acham que gravidez é doença que tem que parar. E eu não, só se me sentisse mal, mas eu não senti em momento nenhum, assim que tivesse que ficar parada.(P15)

Durante o trabalho de parto as ações autônomas das mulheres tem a finalidade de que o parto seja tranquilo, com menos dor e sem intervenções. Para diminuir a dor apontada como

um aspecto negativo do processo de parto e nascimento, as mulheres lançam mão dos métodos não farmacológicos de alívio da dor que também as proporcionam relaxamento, por vezes estes lhes são indicados pelos profissionais. Ainda a religiosidade de cada mulher ajuda a ficarem tranquilas durante o processo de parto e nascimento.

Eu só dizia Deus me ajuda, tomara que essa dor passe de uma vez, [...] Só pedia força para Deus porque eu tenho muita fé nele, acho que ele me ajudou também. (P5)

[...] na hora tive bastante fé, porque eu sou evangélica, lembrei das falas, do pastor dizia para mim [...] porque naquela hora ali tu vê, que é só tu e Deus, não tem outra pessoa que pode te ajudar na verdade. Eu pedia bastante para Deus na hora, a única coisa que eu tinha para fazer, era isso. (P7)

tomar o banho, da uma redução da dor de 70 %, eu não queria sair do chuveiro, só que elas falaram para mim que eu tinha que cuidar para não ser muito demorado quando eu tive que sair foi tão ruim daí voltou tudo aquela tensão, aí eu fui para o cavalinho também é bom, para a bola mas a bola eu achei mais perigosa. (P3).

[...] eu tinha que fazer alguma coisa para aquela dor passar[...] (P5)

[...] achava que ia diminuir a dor, porém acho que deu uma aumentada, mas as vezes relaxava, elas vinham faziam massagem nas costas, isso melhorava um pouco [...] Fiz o banho, daí foi melhor, daí eu entrei em 7 cm de dilatação, foi mais rápido, porém teve muitas horas ali de muita resistência.(P6) [...] estava no banho acalmava bastante[dor] [...] [a bola]eu acho que deu uma acalmada assim na dor,[...] (P6)

Só fiquei caminhando, passava um pouco a dor. Eu caminhei, não consegui ficar sentada em nenhum momento, eu fiquei bastante nervosa (P11).

ai fui tomando banho, durante a dor, fiquei jogando agua nas minhas costas para aliviar a dor.[...]. E ai eu ficava de pé [...](P13)

Eu fiz a força, tive que fazer agachamento, caminhar. Para ganhar de uma vez, porque a dor da contração te incomoda, nem é a dor de ganhar, mas da contração incomoda (P14).

Por mais que utilizem algum método não farmacológico para alívio da dor, este por vezes não atende a expectativa destas no alívio da dor. Assim a cesariana é solicitada com vistas à solução da dor durante o trabalho de parto, realizada quando as mulheres não suportam mais a dor a veem como única solução possível naquele momento para o alívio da dor. Reforça-se com isso a importância da relação entre profissionais e parturientes, pois estas tendem a seguir as orientações dos profissionais na busca de sucesso no parto, como já referido este sucesso para as parturientes relaciona-se com parto com menos dor, sem intervenções e que ocorra com rapidez, sem causar sofrimento.

[...] eu pedia para fazer cesárea, daí elas diziam que não por causa dos riscos para mim e para o bebe, [...] e que eu ia sofrer só ali naquele momento e

depois passava, e é verdade mesmo agora só os pontos, que eu nem cheguei a ir na sala de parto foi bem ali no quarto. (P6)

[...] teve um momento antes de saber que estava com 10 cm de dilatação, cheguei a falar com um dos residentes- diz que eu estou com contração forte e preciso de uma cesariana [...] eu pensei não quero mais sentir dor e quero a cessaria, porque a dor era muito forte, eu não queria mais sentir dor.(P8).

Fiquei mal estava com fome, não aguentava mais eu pedi para ela, desesperada para fazer cesárea. [...] A médica me disse que não tinha como fazer cesárea [...] e não tinha porque fazer. [...] Daí depois, resolveu fazer. [...] disse para eu ir para sala [...] caminhando e parecia que não chegava nunca de tanta dor, eu queria alguma coisa para passar aquela dor. [...] Foi a melhor coisa, eu tinha pavor de fazer cesárea de anestesia, de cirurgia, e acabei fazendo até que gostei. [...] pior coisa a recuperação, mas para passar a dor na hora. (P13)

Ainda na busca por exercer sua autonomia as mulheres agem para um parto rápido e tranquilo sem intervenções, tais como episiotomia, indução. Para isso as mulheres veem a dilatação como pré-requisito para atender o desejo de parto tranquilo e rápido, e conseqüentemente diminuir a dor o mais rápido possível com o nascimento. Para alcançar à dilatação as mulheres realizam exercícios, como caminhar, fazer força, utilizar o cavalinho obstétrico.

[...] fiquei caminhando todo corredor, eu passei o dia todo caminhando, o dia todo para ver se chegava a ter toda dilatação. (P5)

[...] queria fazer a força para que ela saísse mais rápido (P2)

[...] principalmente no banho foi melhorzinho. (P6)

A dilatação rápida, foi pela questão da indução, dos comprimidos, e dos exercícios, porque eu fazia os exercícios antes. [...] Não gosto dessa questão de ponto [falando da episiorrafia] nessas regiões. Então eu nunca quis, ai fazia força, força para ver se ela vinha, rápido antes de ele precisar fazer.[...] tinha uma expectativa, que o parto fosse ser mais tranquilo, sem precisar o pique. (P8)

Eu só tinha vontade de fazer força, bastante força, eu tentava me ajudar para ver para ser mais rápido. (P9)

Para acelera o parto, quanto mais acelerava menos era o sofrimento, e mais cedo ele viria [...] desde quando começaram a induzir o parto eu fiz exercício, mais mesmo assim, demorava bastante para a dilatação. (P12)

[...] mesmo com a dor ia ao cavalinho, para ver se aumentava a dilatação, mas aumentava, mas não tinha como passar. (P13)

Acho que em todos os momentos [participa] é a gente que faz o trabalho, eles [profissionais] só pegam o bebe. (P14)

Eu fazia uns exercícios, bastante, e caminhar, foi por isso que foi fácil a dilatação [...] (P15)

A escolha pelo tipo de parto converge com a expectativa de um parto com menos dor, rápido e sem intervenções, efetiva-se no decorrer do parto normal.

Queria parto normal [...] a recuperação é melhor e tinha medo da anestesia (P2).

[...] prefiro passar por todo o que eu passei, que foi horrível, do que encarar um cesárea, a recuperação (P3)

Eu sempre quis o parto normal, pela recuperação depois eu sempre quis o parto normal. (P8)

[...] sempre optei pelo parto normal, apesar de ser sofrido, optei pela recuperação depois [...] é melhor. (P12)

*Prendem fazer as coisas certas para que após o nascimento estejam sem dor e ativas para cuidar dos filhos*

Segundo as falas das mulheres, observa-se que durante o processo de parto e nascimento, estas devem ter um comportamento ideal, com suas ações direcionadas a não causar transtorno para o hospital e para os profissionais. Nesse sentido, referem que a expressão excessiva de suas emoções, como a ansiedade, a dor e nervosismo podem não ser benéficas, e que suas ações devem convergir com o que na sua concepção, os profissionais consideram ideal, referidas nas falas das mulheres como fazer as coisas certas.

[...] tem mãezinhas que chegam muito ansiosas, para ter o parto, para ver o bebe e para ter logo chega muito cedo ao hospital [...] às vezes não está na hora [...] não trazer muito transtorno para o hospital [...]mas com 2cm 3cm, ai a mãezinha não sente dor, eles acabam colocando no soro (P1)

Eu gritava, só que quando eu gritava fazia força errada, não fazia por isso ela não descia [...] queria fazer a força certa como a médica dizia.[...] daí a doutora me ensinou [...] e disse agora tu está pronta. (P2)

[...] porque se tu não faz a força o neném não vem assim [...] Me falaram há mas tu vai ficar tranquila já teve 5 filhos, poderia ter 10 não muda, esse parecia que era o primeiro filho. [...] Eu me senti mal, envergonhada, por sempre ter esse mito, falei me sinto envergonhada. [...] Tinha esquecido até da dor como era, e o médico me ensinava. [...] e não consegui de tanto nervoso, muita dor, acabava me atrapalhando fazendo força errada. Eu queria fazer certo, ajudar a empurrar. (P3)

[...] eu não tinha sentido ainda nada de contração [...] não sabia a quantidade, como era a força que tinha que fazer. [...] eu queria conversar com ele [médico] na hora do parto, ele dizia que não, para ser mais rápido sabe, estava demorando muito, eu tinha que ajudar se não ela não ia nascer. (P4)

Não pedi nada, não tinha noção de como ia ser, tudo foi elas que foram me dizendo, eu só sabia que tinha que fazer força na hora que elas dissessem [...] muitas mulheres que gritavam, se desesperavam sabe, e não se ajudavam, quanto menos elas caminhavam, menos se locomoviam, mais, mais gritos elas davam e mais demorava. (P5)

Muito doloroso, tiveram que induzir, eu tinha pouca dilatação, daí estouraram a bolsa, mesmo assim e não ajudou muito no começo, daí eu coloquei o soro [...] eles falaram que era melhor [fazer a bola] que abre as pernas [...] assim elas [profissionais] falavam para eu me acalmar [...] quanto mais a gente grita, e tenta mostrar a dor, acho que é pior. [...] tem que relaxar, mesmo que a dor esteja insuportável, e dar uma acalmada, que ele já está vindo, é bem

melhor assim. [...] eu ficava bem concentrada na minha dor, eu tentava não gritar muito, não mostrar tanto minha dor, e adiantava assim, eu vi que quando eu tentava mais assim gritar aumentava a dor. (P6)

Eles que induziram entendeu, isso que eu não queria ter feito, mas eu vim porque o médico mandou para cá [...] foi um parto forçado, não foi um parto natural.[...] o parto normal sempre vem alguma coisa, [...] vim porque sei que a criança entra em sofrimento, quando a pressão está alta, deu um pouco de medo, nunca tive tanto medo. (P7)

[...] fazia força errada, eu tive a dilatação bem rápido, mas para encaixar mesmo eu tinha que fazer a força certa, e não conseguia me concentrar na força certa, como eles [os profissionais] queriam, e por isso ela não descia. [...] Ela [profissional] me fazia ficar balançando, fazia um pouco de agachamento [...] Então ficamos balançando eu meio que dançando com ela uma musica lenta, tentando relaxar (P8)

[...] já conhecia, porque na primeira, eu gritava, eu falava besteira, que tipo ela não ia sair, coisas bem guriazinha, meu marido eu não queria perto de mim na primeira, porque ele é muito calmo, [...] eu tentava nem prestar a atenção no sofrimento das outras, porque se não eu me atacava e não ia me esforçar, se a gente gritasse não fazia a força, a bebe voltava para cima, e isso eu escutava ele [médico] falar lá no outro parto. [...] tem as de primeira viagem, sempre gritam, e eu fazia no tranco assim quando ela vinha forte eu me esforçava. (P9)

Fazer força, na hora [...] às vezes vem a contração, e tu não está preparada. (P10)

Não sabia de nada cheguei aqui não sabendo de nada. [...] eu não sabia nem como fazer [...] elas falavam para me ajudar a empurrar [...] Na hora que elas falavam, eu sempre ajudava (P11).

[...] eu tive complicação nos dois partos anteriores [...]Tentei me aclamar, mas não conseguia, tem que ser forte, [...] agora estou bem. eu me senti [participativa], eu comecei a caminhar, fazer exercício, ir no chuveiro tomar banho, agachamento. A Dra. me orientou a fazer os exercícios [...] (P12)

[...] ia para o chuveiro, que as mulheres disseram [profissionais] [...] A fisioterapeuta dizia para eu respirar, e eu respirava mas não tinha condições. Porque desde domingo de madrugada até às 2 horas ai não aguentava mais de dor, estava morrendo de fome não tinha comido nada, desde domingo [...] eu fazia tudo que ela[médica] dizia, mas tinha horas que me deitava e respirava, respirava e soltava o ar pela boca. E tinha horas que fazia só força para ver se ela vinha. [...]Eu queria ficar quieta para ver se passava, não foi igual todo mundo, que ganhou normal e foi rápido. (P13)

[...] no primeiro parto não sabia nem que tinha que fazer força, ai na hora da contração tem que fazer força isso não sabia do primeiro. Na segunda já sabia [...] A enfermeira (falou), para fazer o agachamento, e o banho ela disse que poderia ser feito para aliviar a dor, eu fiz os dois, o que der para fazer para aliviar a dor a gente faz. Das dores de ficar assustada de não saber o que fazer [primeiro parto]. Sabia fazer a força [atual], no momento certo na hora certa. (P14)

Eu sou muito calma, quando eu entrei em trabalho de parto, [...] ai cheguei com dor a Dra disse tu tem que fazer cara de quem está sentindo dor. (P15)

As ações para tem em vista o nascimento e bem estar do filho, por vezes para que isso



ocorra às mulheres acabam eximindo-se de seu protagonismo. Outra ação relacionada com o nascimento é a escolha do tipo de parto, motivada para ter um parto mais saudável, com menos intervenções, e que as possibilite estar ativas e bem no puerpério para cuidar de seus filhos.

Queria parto normal [...] a recuperação é melhor e tinha medo da anestesia (P2).

Eu ajudei, queria me livrar da dor, e ajudar ele (filho), porque eu sei que ele sofre também. E eu tenho minhas filhas em casa, como que eu vou cuidar das minhas outras filhas [...] (P3)

[...]eu teria que ajudar se não ela não ia nascer. (P4)

[...] tinha que ganhar de uma vez para a dor passar [...] eu quero ganhar meu filho, como ele não deve estar dentro de mim, sem líquido, eu queria mais era me ajudar para ganhar ele de uma vez e saber como ele estava. (P5).

[...] ao mesmo tempo que eu queria que fosse natural, eu sabia que não dava para correr risco [...] eu não queria ter feito [...] ela [médica] me explicou as complicações que poderia ter para o bebe.[...]isso me levou a vir [...] mas eu sei que foi para o bem dele (P7).

[...] mas eu pensava que tinha que ser forte, precisava ajudar ela [...]como eu sabia que ela precisava de mim para nascer logo. [...] para não ter o sofrimento para ela, ele fez, [episiotomia] agora estou aceitando[...] Eu sempre quis o parto normal, pela recuperação depois eu sempre quis o parto normal (P8)

Só pensava nela, em ela sair [...] dependia só de mim, só pensava em ver ela, comigo, que ela nascesse bem, [...] Eu preferi normal, bem melhor. [...] tu fica livre, depois se levar pontos só cuidar dos pontos direitinho. (P9)

[...] sempre optei pelo parto normal, apesar de ser sofrido, optei pela recuperação depois [...] é melhor. (P12)

Na hora da dor tu não pensa, estava incomodada com a dor. Só queria que nascesse. (P14)

[...] para a criança nascer, tem que ser comigo. [...] tenho que fazer vir ao mundo [...] a maior responsabilidade é tua [...]. Ver o rostinho do teu filho é isso que te impulsiona. [...] eu dizia eu quero parto normal até pela recuperação depois, e até pela criança que é realmente a hora de ela nascer, não tem o perigo de dizer não está bem formado ou coisa assim, ai sempre quis por causa disso [...] a recuperação da cesariana não é rápida. (P15)

## 6.5 TÍPICO DAS AÇÕES

Na fenomenologia social, a tipificação é uma das concepções mais importantes e representativas, a qual oportuniza a apreensão de um conhecimento anônimo e objetivo do fenômeno estudado, que se desvelará a partir das vivências e experiências subjetivas e intersubjetivas (JESUS; CAPALBO; MERIGHI et al, 2013). Remete-se a um esquema conceitual, o qual reúne as vivências conscientes de um indivíduo ou de um grupo no mundo

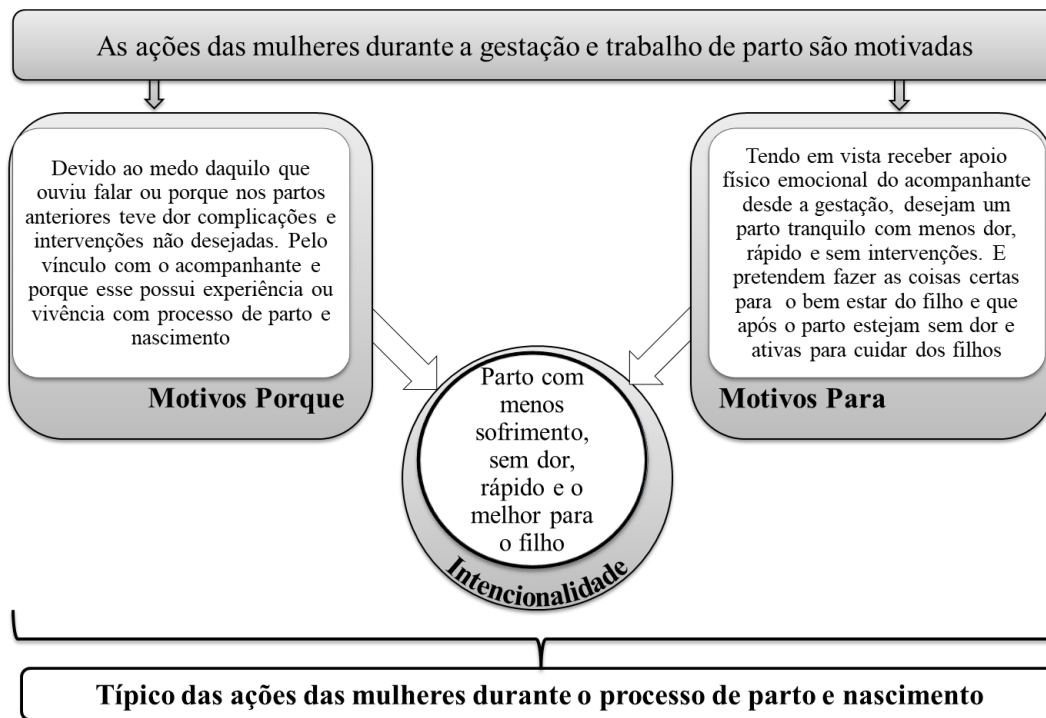
social; consiste na representação da ação, do indivíduo ou grupo, que a torna homogênea, em detrimento das características singulares de cada ação, e assim sintetiza traços típicos de um fenômeno social, tornando-o compreensível (CAPALBO, 1998; SCHUTZ, 2012).

A apreensão do típico da ação das mulheres durante o processo de parto e nascimento, permitiu compreender que a ação destas fundamenta-se em suas intenções, desveladas na análise compreensiva, que foram fundamentadas nas concepções de Schütz. Desse modo para a apreensão do típico da ação, realizou-se o exercício de redução de pressupostos, que possibilitou a construção do típico da ação, pro meio das categorias concretas do vivido (VIEIRA et al., 2011).

Assim os motivos porque das ações da mulher no processo de parto e nascimento iniciam durante a gestação com a escolha do acompanhante, do tipo de parto e as ações preditivas pelos profissionais no cenário de parto. Devido ao medo daquilo que ouviu falar ou porque nos partos anteriores teve dor, complicações e intervenções não desejadas. Os motivos para das ações tem em vista receber apoio físico emocional do acompanhante desde a gestação, desejam um parto tranquilo com menos dor, rápido e sem intervenções. E pretendem fazer as coisas certas para o bem estar do filho e que após o parto estejam sem dor e ativas para cuidar dos filhos

Desvelando a intencionalidade de suas ações as mulheres de um parto com menos sofrimento, sem dor, rápido e o melhor para o filho, conforme ilustra a figura 5.

Figura 5 – Típico da ação das mulheres no processo de parto e nascimento. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado pela autora.

## 7 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

A interpretação compreensiva das categorias concretas do vivido foi realizada a partir do agrupamento dos motivos porque e dos motivos para da ação das mulheres durante o processo de parto e nascimento, fundamentando suas interpretações na fenomenologia social de Alfred Schütz. Ressalta-se que os motivos “para” relacionam-se com o futuro, com o que as mulheres pretendem realizar com suas ações autônomas durante o processo de parto e nascimento. Já os motivos “por que” reportam-se ao passado, a situações que o ator já possui em sua bagagem de conhecimento, que fundamentarão seus projetos (SCHÜTZ, 2012).

Para a interpretação compreensiva realizou-se um diálogo entre os resultados do estudo com, a fenomenologia social e as evidências relacionadas com o objeto do estudo. Este diálogo permite visualizar de maneira contextualizada e teoricamente embasada o fenômeno estudado. Ainda assegura a confiabilidade científica dos modelos construídos, a significação subjetiva da ação e compatibilidade entre as construções do pesquisador e as experiências do sentido com da realidade social (JESUS; CAPALBO; MERENGHI, 2013).

### 7.1 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA DOS MOTIVOS PORQUE

As motivações das ações das mulheres expressas na categoria concreta do vivido **devido ao medo daquilo que ouviu falar acerca do processo de parto e nascimento**, relacionam-se com às relações sociais inseridas no mundo da vida (JESUS, CAPALBO, MEREGHI et al., 2013). O mundo da vida é o cenário das ações sociais das mulheres, este mundo segundo a fenomenologia social é intersubjetivo e também se configura como um mundo social, que se encontra pré-estruturado por outros predecessores. As particularidades deste mundo são resultantes de um processo histórico diferente em cada cultura e sociedade, que são significadas e ressignificadas a partir das relações e vivências (SCHUTZ, 2012).

Os motivos porque remetem ao passado sedimentado, a situação biográfica em que o ator já possui em sua bagagem de conhecimentos disponíveis (gostos, preferências, preconceitos) e que irão determinar o projeto. Desse modo a ação é determinada por sua situação biográfica, tais motivos somente podem ser expressos a partir do ato já concluído pelos atores sociais e, para compreensão desses motivos, há que se fazer uma reflexão do passado, reconstruída a partir da reflexão do ator em relação ao seu próprio ato (SCHÜTZ, 2012).

As mulheres a partir de sua situação biográfica possuem a mão códigos os quais utilizam para fundamentar suas ações (SCHUTZ, 2012) durante o processo de parto e nascimento. Da mesma forma as mulheres durante a gestação têm variadas ambições e expectativas, de acordo com sua situação biográfica e bagagem de conhecimento, que dão suporte para validar suas escolhas durante o processo de parto e nascimento. Assim, estas escolhas são reflexos do mundo da vida (SANDERS; CROZIER, 2018), das construções culturais, e das suas experiências vividas.

A motivação para a escolha do tipo do parto inicia-se nas relações sociais inseridas no mundo da vida. Por meio destas relações as experiências são compartilhadas, e sedimentadas na bagagem de conhecimento e situando as mulheres biograficamente (SCHUTZ, 2012). Para Schütz (1979), a maior parte dos conhecimentos são transmitidos através de uma relação face a face. Estes conhecimentos são passados pelos predecessores como formas aceitas pelo grupo social em que o indivíduo nasce e cresce. Assim ele recebe uma visão do mundo e uma série de tipificações e de como se comportar para alcançar certos fins típicos, os quais são os costumes e normas que regulam a conduta humana (SCHÜTZ, 1979).

O estudo em tela aponta que escolher o tipo de parto tem sua intencionalidade permeada pelo o que ouviu falar, pelo medo da cesariana, da dor durante o processo de parto, das intervenções e das complicações. Tal escolha está sustentada em um discurso socialmente

construído acerca do processo de parto e nascimento (NASCIMENTO et al., 2015).

Nos relatos das mulheres identifica-se que as vivências do processo de parto compartilhadas por familiares ou amigos, ganham destaque na constituição de seus códigos e contribuem para formar seu sistema de interesse, em relação as suas opiniões e escolhas acerca do processo de parto. Assim, é possível depreender que a escolha pelo tipo de parto é uma construção em que as mulheres utilizam-se das vivências de predecessores, contemporâneos (SCHUTZ, 2012), que ainda estão fortemente imbuídas pelas concepções do modelo obstétrico intervencionista. Desse modo para que as mulheres consigam efetivar sua autonomia, necessitam reafirmar constantemente, suas concepções e desejos para além da atitude natural (OLIVEIRA; PENNA, 2018; GAIXA et al., 2011).

Uma possibilidade para efetivação dos seus desejos é o acesso e disponibilidade das informações na gestação, que pode ocorrer durante o pré-natal e as relações com os atores sociais, uma vez que além das informações a escolha do tipo de parto, também envolve aspectos familiares e culturais (OLIVIEIRA; PENNA, 2018). A preferência pelo parto normal ou pela cesárea, para além de um discurso individual, se insere no espaço social, condicionando a forma como estas mulheres concebem a experiência de parto e influenciando diretamente em sua escolha (WEIDLE et al., 2014).

Nesta perspectiva, as experiências durante a gestação e parto são importantes ao passo que irão acompanhar as mulheres pelo resto de suas vidas, e serão utilizadas como fonte de informações para futuras experiências, bem como serão compartilhadas com outras mulheres. Desse modo quando as vivências ocorrem de maneira humanizada, em geral, são compartilhadas nas relações sociais como experiências positivas, e isso certamente influenciam outras mulheres a optar por este tipo de parto (PIMENTA et al., 2013; ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

Com isso as informações passadas durante o pré-natal e a gestação, desempenham um papel fundamental na escolha das mulheres (OLIVEIRA; PENNA, 2018), pois estas informações possibilitam modificar as concepções das mulheres e fundamentar a escolha pelo tipo de parto (OLIVEIRA; PENNA, 2018; COPELLI et al, 2015; NASCIMENTO et al., 2015; GAIXA et al., 2011; LAGOMARSINOM et al., 2013).

Na categoria **devido às experiências de dor, complicações e as intervenções não desejadas** evidencia-se o acesso na bagagem de conhecimento (SCHUTZ, 2012; WAGNER, 2012) pelas mulheres de aspectos do parto anterior, que repercutiram negativamente e geraram sofrimento. Tais aspectos fundamentam suas ações sociais autônomas buscando que tais acontecimentos não ocorram novamente. Os referidos aspectos relacionam-se com o

sofrimento gerado pelas intervenções, como a indução do parto.

Esta situação deve-se à experiência com intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e não atendimento das expectativas das mulheres. Com essas experiências o que seria um acontecimento normal passa a ser considerado desumanizado, aumentando ainda mais as sensações dolorosas e os medos. Isso contribui para que as mulheres busquem alternativas para partos futuros e até mesmo aceitem e/ou solicitem a cesariana (NASCIMENTO et al, 2015). Intervenções como a indução do trabalho, episiotomia reforçam práticas de parto dolorosas, que podem repercutir no temor pelo parto normal, e reforçar o prestígio da cesariana (LEAL et al.,2014).

Assim respaldadas pelo desejo de evitar a repetição de uma experiência de parto anterior, que causaram sofrimento, as mulheres buscam subsídios para conseguirem controlar seus partos, buscando que em seus partos não ocorram intervenções (SANDERS; CROZIER, 2018). Frente às repercussões negativas de tais vivências, as mulheres assumem uma atitude reflexiva, voltando-se intencionalmente para tal experiência, buscando o significado deste fenômeno para a compreensão da situação vivida. Tal compreensão possibilita mudar suas ações (SCHÜTZ, 2009).

Nesta atitude reflexiva as informações da bagagem de conhecimento e a busca por informações permitem as mulheres situar-se em relação as suas decisões relacionadas ao processo de parto e nascimento e fortalecer sua autonomia (SANDERS; CROZIER, 2018). Possibilitando as mulheres criar códigos em sua bagagem de conhecimento e os utilizar em suas ações (SCHUTZ, 2012), de reconhecer o início do trabalho de parto, de saber como agir para aumentar a dilatação, e reduzir a dor. Em posse destes códigos, as mulheres têm no exercício de sua autonomia ações motivadas a não ter sofrimento durante o parto, e para isso utilizam métodos não farmacológico de alívio da dor, atividades para dilatação, as quais realizam em suas residências, usando assim algumas das práticas também recomendadas pelas OMS (OMS, 1996).

Em consonância com os resultados deste estudo, estudo aponta que a construção do conhecimento é entendida como ponto de partida para vivências respeitadas e participativas durante o parto institucionalizado. Esse entendimento perpassa as questões relacionadas à escolha pela via de parto em si para algo mais complexo, em que é estabelecida uma nova ordem para pensar e viver o parto. E isso implica em construir um saber próprio que viabilize o exercício do papel de protagonistas, em todo o processo, sendo esta uma forma ativa, dialogal e emancipatória (BASSO; MONTICELLI, 2010).

Essa ação promove a autonomia das mulheres e favorece o processo de humanização

da atenção ao parto, visto que as mulheres procuram questionar determinados procedimentos e defender seus desejos de parir de acordo com seu estilo de vida e suas crenças (CARNEIRO, 2015; QUEIROZ et al., 2017). As informações e o conhecimento acerca do processo de parto e nascimento são uma possibilidade para que as mulheres tenham seus partos conforme desejam, sem intervenções e exerçam sua autonomia. Por outro lado, a falta de informações acerca deste processo pode resultar em atitudes passivas das mulheres, reforçando a ideia que o parto é melhor conduzido pelos profissionais e os benefícios das intervenções (SODRE; MERIGHI; BONADIO, 2012).

Por outro lado também é possível identificar, neste estudo, que as intervenções em partos anteriores são consideradas benéficas, por isso são solicitadas de maneira autônoma. Nesse sentido, pode-se verificar que se por um lado a experiência no processo parturitivo traz as mulheres conhecimento acerca do processo, esse conhecimento pode estar fundamentado em decisões que favoreçam os profissionais, e reforcem práticas não respaldadas/recomendadas pelas Boas práticas de atenção ao processo de parto e nascimento (OMS, 1996).

Esta concepção pode estar atrelada com a experiência durante a assistência ao parto e nascimento da subestimação da importância da experiência do parto, para focar-se principalmente nos seus desfechos sob discurso de evitar a morbidade e mortalidade, mesmo que as parturientes sejam mulheres saudáveis dando à luz bebês saudáveis. Tal situação demonstra a concepção de evento patológico ao processo parturitivo (DINIZ et al. 2014).

Na categoria **devido ao vínculo afetivo com o acompanhante e, porque esse possui experiência ou vivência com processo de parto e nascimento**, demonstra que a escolha do acompanhante associa-se com a relação estabelecida com este ator durante a gestação, como é o caso dos companheiros/maridos. Ou ainda associa-se com a bagagem de conhecimento, como é o caso da escolha por outras mulheres (mãe/irmã). A escolha do acompanhante está fundamentada na relação de vínculo que as mulheres estabelecem com tal ator.

A presença de outras mulheres diminui o medo, pois, estas mulheres tem familiaridade com o processo de parto e nascimento, e podem auxiliar as mulheres a conduzir tal processo, a partir de suas experiências e vivências com o processo parturitivo. Neste estudo a maioria das mulheres escolheu o companheiro, seu contemporâneo, pois este esteve presente durante a gestação e conhece os desejos das mulheres. Tal escolha possibilita melhorar o vínculo como companheiro, e a presença paterna. Estudo aponta que a inserção do companheiro possibilitou redefinir seu papel, e que esta inserção repercute positivamente ao propiciar maior intimidade com a mulher e sensação de orgulho e satisfação com a chegada do bebê (GONZALEZ et al.,

2012).

## 7.2 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA DOS MOTIVOS PARA

O projeto é a antecipação de uma conduta futura antevista por via da imaginação, ou seja, a mulher se vê imaginando uma “ação futura”, ainda durante a gestação e com isso estabelece projetos para o processo de parto e nascimento ocorra conforme o imaginado, este projetos motivam suas ações garantindo a sua autonomia. Entre a antecipação e a concretização, existe um elo, caminho que leva a esse preenchimento (SCHUTZ, 2012). Os motivos para das ações autônomas das mulheres, que Tendo em vista receber apoio físico emocional do acompanhante desde a gestação, desejam um parto tranquilo com menos dor, rápido e sem intervenções. E pretendem fazer as coisas certas para o bem estar do filho e que após o parto estejam sem dor e ativas para cuidar dos filhos

Na categoria **receber apoio físico e emocional do acompanhante**, evidencia-se que a escolha do acompanhante é projetada pelas mulheres durante a gestação, tendo em vista ter ao seu lado uma pessoa de sua confiança que torne o processo menos dolorido, mais confortável, com vista a receber apoio desde a gestação até o momento do parto. Pode-se identificar que o vínculo afetivo e os conhecimentos acerca do processo de parto e nascimento foram considerados na ação de escolha das mulheres pelo acompanhante. A maioria das mulheres referiu escolher o companheiro, pois o mesmo esteve presente durante o pré-natal, e por vezes já participou dos partos anteriores. Outras escolheram mulheres, como suas mãe e irmãs, pois as mesmas já tinham conhecimentos acerca do processo de parto e nascimento.

A presença do acompanhante durante o processo de parto e nascimento é um direito das mulheres que está respaldado por legislação vigente desde 2005, alguns estudos apontam que tal direito não é assegurando para todas as gestantes (LEAL et al, 2014; DINIZ et al. 2014; DULFE et al., 2016). Neste estudo todas as mulheres tiveram garantindo o direito a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, porém identificou-se que nem a legislação nem o decreto que regulamenta a lei fazem referência à atuação do acompanhante, e sua preparação para participar no processo de parto e nascimento, promovendo exercício da autonomia feminina (BRASIL, 2005c.).

Essa indicação pode ser observada na publicação da OMS das boas práticas e nas diretrizes de atenção ao processo de parto e nascimento do MS, as quais indicam que o acompanhante poderá mediante suas ações promover um parto menos intervenções, pois suas podem dar suporte às mulheres na utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor,



deambulação, apoio emocional e físico (OMS, 1996; BRASIL, 2017). Porém estes documentos não faz referência ao momento que o acompanhante poderá preparar-se para desempenhar tais ações.

Dentre os benefícios da presença do acompanhante, tem-se tal presença como uma forma de transmitir apoio e segurança às mulheres, sendo que as ações do acompanhante podem tornar o processo de parto e nascimento mais tranquilo, a partir do momento em que a presença de uma pessoa da escolha da parturiente lhe transmite calma e as encoraja a seguir suas ações autônomas. Assim o papel do acompanhante associa-se a presença física ou também como provedor de suporte no processo de parto (APOLINÁRIO et al, 2016).

O aspecto físico contempla segurar a mão, fazer massagem e auxiliar na troca de posição, que são formas importantes de apoio. Já o aspecto emocional abrange o carinho oferecido pelos acompanhantes. Este é enfatizado pelas mulheres para conseguirem realizar suas ações durante o processo de parto e nascimento (APOLINÁRIO et al, 2016; SOUZA; GUALDA,2016).

Considerando que no mundo da vida, os companheiros culturalmente ainda recebem poucas referências em sua bagagem de conhecimento de como agir durante o processo de parto. Neste sentido, quando as ações do acompanhante não contemplam as expectativas das parturientes, por estes não as auxiliar, estas solicitam ficar sozinhas. Assim, para desempenhar tais papeis a preparação do acompanhante é primordial. Esta preparação, quando ocorre durante o pré-natal pode auxiliar no exercício da autonomia feminina, promovendo a autoconfiança e questionamento das práticas profissionais. (APOLINÁRIO et al, 2016).

Na categoria **para um parto tranquilo com menos dor, rápido e sem intervenções** mostram-se as intencionalidades das mulheres relacionadas à projeção de ter um parto tranquilo, com menos dor rápido e sem intervenções. Para isso as mulheres agem preparando-se durante a gestação, a partir da busca por informações, as quais fundamentarão suas escolhas durante o parto, e ainda tornam possível que as mulheres durante a gestação familiarizem-se com o processo de parto. As mulheres informadas acerca do processo parturitivo o vivenciam com menos ansiedade.

A preparação para um parto tranquilo com menos dor e rápido inicia quando a mulher deixa de agir em sua atitude natural e tem uma atitude reflexiva, para ter uma conduta consciente. Nesta atitude as mulheres voltam-se para suas experiências apreendidas, distintas, marcadas uma com relação à outra, que se tornam agora objeto de sua atenção, tendo seu sistema de interesse voltado para tal finalidade. Ao se tornar objeto de sua atenção, a bagagem de conhecimento é acessada para o planejamento da ação (WAGNER, 2012).

Neste sentido, as mulheres constroem seus desejos acerca do modo de parir ideal, quando ideia imagética da gravidez se torna uma realidade, toda sua bagagem de conhecimento internalizada torna-se o pano de fundo sobre o qual se projeta seus desejos e aversões (SANDERS; CROZIER, 2018). Para realizar seus projetos realizam buscas de informações durante a gestação, por meio de pesquisas em jornais, internet, e na relação com atores sociais do convívio diário das mulheres, como os profissionais, amigos e familiares. Essa troca de informações entre os atores sociais ocorre mediante relação face a face que só se produz quando há comunidade, espaço e tempo, caracterizando uma experiência direta entre pessoas. Essa relação é estabelecida pela comunicação interpessoal e pela intersubjetividade, próprias do mundo social. A intersubjetividade pressupõe a vinculação das pessoas em diferentes relações sociais e possibilita a compreensão mútua (SCHUTZ, 2012) e com isso possibilita ultrapassar os aspectos biológicos do processo de parto e nascimento.

A importância das informações acerca dos processos fisiológicos do parto durante a gestação repercute no sentimento das mulheres de estar mais preparadas para o processo de parto e nascimento. Dentre as fontes de informação tem-se as informações oriundas de relatos de pessoas próximas, a busca por informações na internet, e também as interações face a face com os profissionais de saúde, vistas como influência importante nas escolhas das mulheres (KINGDON; DOWNE; BETRAN, 2018).

Destaca-se que as informações fornecidas pelos profissionais às gestantes durante a gestação acerca dos procedimentos e práticas que podem vir a ser realizados durante o parto, devem ser claras. Para que a mulher possa ter a autonomia de fazer escolhas conscientes, e também possam desenvolver os conhecimentos, atitudes, habilidades e autoconhecimento necessário e assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões a serem tomadas durante o parto (SODRE et al., 2010; SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2016).

Neste sentido, as informações proporcionam tranquilidade e confiança, pois na falta de informações as mulheres concebem o processo de parto e nascimento como desconhecido repercutindo no medo e incerteza do que pode acontecer (APOLINÁRIO et al, 2016).

As informações adquiridas por meio das relações com pessoas próximas, seus contemporâneos, a busca por pessoas que já tenham passado por esse processo visa compreender o processo de parto e nascimento, e saber o que fazer, e ainda buscar apoio emocional. Nesse contexto, constrói-se um somatório de aprendizados tanto empíricos quanto científicos, que podem contribuir para que a mulher e sua família vivenciem plenamente o período gravídico-puerperal (SANTOS et al., 2016).

Durante a gestação as informações permitem a preparação para um parto tranquilo.

Esta preparação compreende fazer exercícios para um parto normal sem intervenções, e com isso exercem sua autonomia. Ainda as informações respaldam ações que visam alívio da dor, apontada como um aspecto negativo do processo de parto e nascimento, que também as proporcionam relaxamento, por vezes as ações são indicados pelos profissionais.

Tais informações tornam possível o exercício da autonomia das mulheres. Neste sentido elas agem para um parto rápido, tranquilo sem intervenções, tais como episiotomia, indução. Para isso as mulheres veem a dilatação como pré-requisito para atender o desejo de parto tranquilo e rápido, e conseqüentemente diminuir a dor o mais rápido possível com o nascimento. Para alcançar a dilatação as mulheres realizam exercícios, como caminhar, fazer força, utilizar o cavaleiro obstétrico.

Para alcançar tais expectativas as mulheres referiram mover-se livremente e utilizar métodos de relaxamento durante o trabalho de parto. A literatura aponta que tais ações possibilitam tornar em média, o trabalho de parto mais curto do que na posição de litotômia, e também proporciona alívio da dor. Traz ainda os métodos de relaxamento, também relatadas pela mulheres deste estudo, como a bola obstétrica e deambulação, as quais favorecem a descida e o encaixe do bebê na pelve; também o banho que diminui a dor e auxilia no relaxamento, a respiração, o agachamento, que favorece a descida da apresentação fetal, e ainda a massagem, que ao ser realizada pelo acompanhante, traz sensação de alívio e de proximidade com o companheiro (APOLINÁRIO et al., 2016).

Estas ações convergem com as recomendações da OMS e MS, para o manejo do trabalho de parto, que recomendam oferta de líquidos; o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscando aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto; e o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor (OMS 1996; BRASIL 2017, LEAL et al., 2014).

Algumas revisões evidenciam os benefícios da utilização de práticas utilizadas pelas mulheres, para ter um parto tranquilo, as quais segundo a OMS e MS devem ser estimuladas. Dentre as práticas referidas pelas participantes deste estudo, a adoção de posições verticalizadas durante a primeira fase do trabalho de parto, no estudo em tela foi utilizada a deambulação, as revisões sistemáticas apontam que esta prática reduz o tempo de trabalho de parto e a ela não foi associada aumento da intervenção ou efeitos negativos sobre o bem-estar das mães e bebês (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012; LAWRENCE et al., 2009). Já os métodos não farmacológicos, também referidos pelas participantes deste estudo para alívio da dor, são métodos não invasivos e seguros para a mãe e o bebê. (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010). Outro aspecto presente na busca por um parto tranquilo é a religiosidade de

cada mulher que ajuda as mulheres a ficarem tranquilas durante o processo de parto e nascimento. Estudo aponta que a dor do parto normal suscitou diferentes sentimentos e expectativas, assim como, a manifestação de crenças religiosas quanto à vivência futura da dor do parto normal (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012).

Por outro lado, quando as mulheres não estão familiarizadas com o processo parturitivo, tem suas ações guiadas pelos profissionais. Nas falas observa-se que por não terem conhecimento acerca do processo parturitivo realizam suas ações porque os profissionais orientam. Neste sentido estudo aponta que o suporte dos profissionais durante o processo de parto e nascimento, possibilita promover a autonomia das mulheres, quando o mesmo implica no cuidado centrado nas necessidades das mulheres. E com isso estimula o protagonismo das mulheres, para isso é essencial que a equipe de saúde apresente possibilidades de práticas com algum embasamento científico, para que as mulheres possam refletir se realizam ou não tal recomendação (SILVA; NASCIMENTO; COELHO 2016).

As mulheres expressam um sentimento de expectativa e desejo em relação ao nascimento, que emana de um entendimento interno pertencente a um conhecimento não articulado do que acontecerá, sendo que para Schütz este conhecimento são os códigos (SCHUTZ, 2012). Na eminência do parto faz emergir os códigos que são organizados para planejar como deseja experienciar este processo (SANDERS; CROZIER, 2018).

Assim a cesariana é solicitada com vistas à solução da dor durante o trabalho de parto, pois por mais que utilizem algum método não farmacológico para alívio da dor, este por vezes não atende a expectativa destas no alívio da dor, e quando as mulheres não suportam mais a dor a veem como única solução possível naquele momento para o alívio da dor. Reforça-se com isso a importância da relação entre profissionais e parturientes, pois estas tendem a seguir as orientações dos profissionais na busca de sucesso no parto, como já referido este sucesso para as parturientes relaciona-se com parto com menos dor, sem intervenções e que ocorra com rapidez, sem causar sofrimento.

Estes dados demonstram que as significações acerca do processo de parto e nascimento são marcadas pelos significados agregados com o modelo tecnocrático, em que a vivência da mulher durante o parto é atrelada a dor, sofrimento, angústias e repressão (ALMEIDA; MEDEIROS, SOUZA, 2012). E ainda que a mulher não é capaz de suportar as dores do trabalho de parto e de comandar o seu próprio corpo para parir. Desse modo cultua a crença de que se faz necessário a presença de um profissional de saúde, muitas vezes, a presença do profissional médico para que o parto se torne possível (SODRE; MERIGHI; BONADIO, 2012).

Esta concepção neste estudo foi identificada, uma vez que as mulheres em sua atitude natural aceitam as intervenções rotineiras e as hierarquias. Assim por mais que não era o seu desejo ter intervenções como indução, episiotomia, toques vaginais, tendo em vista o bem estar dos filhos aceitaram as intervenções. Uma vez que consideram que os benefícios das mesmas são maiores que o sofrimento, a dor, medo e ansiedade gerada por estas práticas. Então as mulheres acabam as aceitando em sua atitude natural (WAGNER, 2012).

Na categoria **pretendem fazer as coisas certas para que após o nascimento estejam sem dor e ativas para cuidar dos filhos**. Observa-se que durante o processo de parto e nascimento, que as mulheres tem em vista ter um comportamento ideal, com suas ações direcionadas a não causar transtorno para o hospital e para os profissionais. Nesse sentido, referem que a expressão excessiva de suas emoções, como a ansiedade, a dor e nervosismo podem não ser benéficas, e que suas ações devem convergir com o que na sua concepção, os profissionais consideram ideal, referida na fala das mulheres como fazer as coisas certas.

Estas ações também são motivadas para o bem estar do filho e que estejam bem para cuidar dos filhos após o parto. Outra ação relacionada com o nascimento é a escolha do tipo de parto, motivada para ter um parto mais saudável, com menos intervenções, e que as possibilite estar ativas e bem no puerpério para cuidar de seus filhos.

Em sua atitude natural as mulheres agem conforme o comportamento ideal esperado delas pelo profissionais. Tal concepção é resultante da institucionalização do parto, com a qual os profissionais assumiram o controle do processo de parto e nascimento. Identificam-se hierarquias no cenário do processo de parto e nascimento. Para Alfred Schütz em todos contextos existem as hierarquias de superioridade e subordinação, os quais são aceitos como naturais soberanos. Esses costumes são heranças sociais, que guiam os indivíduos por instruções dadas por outros, quando ele constrói sua própria visão de mundo a faz com auxílio da contínua exposição dos homens e seus semelhantes (WAGNER, 2012; SCHUTZ, 2012)

Existem alguns determinantes da conduta dos indivíduos no mundo da vida. A matriz de toda ação social tem um senso do comum, contido em cada pessoa, que se situa de maneira específica no mundo da vida. Ainda os fatos no mundo da vida não são isolados, estão interligados uns aos outros. E todos os fatos das experiências do indivíduo colocam-no em uma situação biograficamente determinada (CAPALBO, 1998). Estas experiências acumuladas auxiliam no projeto de ação relacionado ao presente vivido. Desse modo, as pessoas podem orientar-se no mundo da vida, utilizando estas experiências para criar códigos de interpretação de vivências passadas e presentes (SCHÜTZ, 2012).

No contexto do parto tais heranças sociais relacionam-se com a medicalização do

processo de parto e nascimento, em que as práticas intervencionistas abusivas e desnecessárias são largamente utilizadas, sem privacidade e respeito à vontade da mulher. O trabalho de parto não é acompanhado de forma adequada, e faz-se uso de rotinas rigorosas para todos os casos (PONTES et al., 2014). Durante o processo de parto e nascimento as mulheres devem ter uma conduta adequada, em que sua vontade deve ser suprimida para atender as orientações dos profissionais.

A insuficiência de conhecimento das mulheres acerca de sua condição clínica se constituiu em uma situação geradora de angústia. Outro aspecto gerador de angústias e desconforto são os procedimentos, realizados sem prévia informação sobre o que está acontecendo (REIS, et al., 2017).

No estudo em tela foi possível depreender que as mulheres tentam controlar a fisiologia do processo de parto e nascimento ao passo se seguir o ritmo do trabalho de parto recomendado pelos profissionais. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão dos profissionais de saúde e não na dinâmica do corpo da mulher (DOUDOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017, LEAL et al., 2014; PASCHE et al., 2014).

Apesar dos esforços para modificar tal cenário de atenção ao parto que prima pela ideia de passividade das mulheres frente às intervenções que abreviam o tempo de nascimento. A essência cultural em que tais condutas estão submersas, na verdade, práticas de poder sobre o corpo da mulher, que, de uma forma implícita, determinam a forma como esta deve agir, se posicionar e até mesmo se expressar durante sua experiência de parto. Estas são passadas intergeracionalmente no decorrer do tempo e são aceitas naturalmente, dificultando uma mudança no comportamento (DOUDOU; RODRIGUES; ORIÁ, 2017, LEAL et al., 2014, CARVALHO et al., 2012, BRASIL, 2011).

## 8 CONCLUSÃO

Na perspectiva da fenomenologia social, foi possível conhecer as questões vividas relacionadas ao objeto desse estudo, bem como a intencionalidade das ações das mulheres e reconhecer que estão fundamentadas nas relações sociais e mediadas pelas experiências no mundo da vida em que estão inseridas.

Desse modo as relações sociais que emergiram foram com familiares e pessoas próximas como amigos, estas relações foram importantes porque são resgatadas no processo de parto e nascimento, principalmente aspectos relacionados às vivências destes atores, as questões culturais que são passadas nestas relações e orientam como agir durante o processo de parto e nascimento. Nestas relações também são disseminados aspectos que relacionam-se a autonomia tendo pontos de ancoragem e de limite nessas relações sociais.

Tais pontos estão relacionados com as experiências e vivências das mulheres somadas com as informações e conhecimentos, que compõem sua situação biográfica e bagagem de conhecimento. Destacamos que experiências que causam sofrimento determinam ações, que por um lado faz com que as mulheres estabeleçam atitude reflexiva e busquem não reviver novamente tal sofrimento. Por outro lado identificou-se que frente a tal experiência as mulheres tendem a ter suas ações dirigidas por profissionais, indicando a submissão as orientações desses, e à práticas obstétricas que poderiam ser evitadas, limitando aquelas ações que poderiam ser autônomas.

As ações das mulheres iniciam na gestação escolhendo o acompanhante, destaca-se que as mulheres deste estudo, devido ao contexto em que foi realizado, tiveram garantido o direito a presença de um acompanhante de livre escolha, assim estas relataram a importância do apoio emocional psicológico da pessoa por elas escolhida. Ainda pode-se, a partir das falas das mulheres, perceber o despreparo destes atores para auxiliar as mulheres no exercício de sua autonomia, e para desempenhar outro papel que não seja o de oferecer apoio e seguir as orientações dos profissionais. Frente a isso se recomenda atingir os atores sociais envolvidos para que em suas relações sociais ocorra a disseminação de informações que possam auxiliar as mulheres no exercício de sua autonomia, mudando assim sua atitude natural de fazer as coisas certas, conforme posto pelo modelo obstétrico intervencionista vigente.

As mulheres também desenvolvem ações durante a gestação tendo em vista um parto tranquilo, sem intervenções. Tais ações ocorrem devido as suas experiências e informações presentes em suas relações sociais, e são desenvolvidas no domicílio. Porém ao adentarem nas

instituições hospitalares as mulheres têm suas ações autônomas atreladas com a relação estabelecida com os profissionais, pois quando os profissionais mantêm uma relação face a face promovem a autonomia feminina, no contrário estes tendem a impor condutas às mulheres. Assim as instituições de saúde devem estar engajadas para promoção do protagonismo das mulheres, e não reforçar a autoridade e saber dos profissionais durante o processo de parto e nascimento.

Neste cenário recomenda-se como alternativa para que o cuidado em saúde promova a autonomia das mulheres, perpassa em seu planejamento aspectos que ultrapassam as diretrizes e protocolos, contemplando as necessidades específicas de cada mulher e ainda que envolvam suas famílias, centrando assim na relação face a face. O envolvimento das famílias e pessoas próximas nestes cuidados é importante quando se pretende modificar o modelo obstétrico atual, que é aceito culturalmente e passado na bagagem de conhecimento como a melhor forma de parir, para que as boas práticas de atenção ao parto e nascimento sejam acessadas e compreendidas por estes.

Este envolvimento poderá contribuir para que a disseminação da conduta esperada das mulheres passe a ser uma conduta de protagonista, que desempenhe sua autonomia. Pois foi unânime nas falas das mulheres a intenção de realizar suas ações para atender ao que acreditam que os profissionais esperam de uma boa parturiente. Outra evidência foi o desconhecimento acerca do processo de parto e nascimento, relatado por primíparas, tal situação reforça sua submissão às decisões dos profissionais.

Desse modo a modificação do modelo de assistência ao processo parturitivo, envolve modificação na assistência desde a gestação, para que no momento do parto as mulheres retomem como desejam parir e possam agir segundo estes desejos – a exemplo dos planos de parto que é indicado pela OMS como um dispositivo no qual as mulheres projetam suas escolhas para o processo de parto e nascimento, e está na caderneta das gestantes distribuída pelo MS. O plano de parto é realizado durante a gestação e estimula as mulheres a buscar por informações.

No que se refere ao ensino das práticas obstétricas o estudo permite inferir a necessidade de que durante a formação seja um tema transversal os direitos sexuais reprodutivos que perpassa a autonomia feminina no processo de parto e nascimento e a promoção do protagonismo dessa mulher pautado em ações que contemplem os seus valores e convicções, frutos da sua natureza e cultura. O que esta convergente com a resposta aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Com destaque para a manutenção da educação permanente dos profissionais da área da saúde tendo como foco a interdisciplinaridade, uma



vez que a atenção à saúde nesse cenário deverá convergir para um processo de parto e nascimento seja conduzido nos princípios da fisiologia humana.

Reconhece-se a necessidade do desenvolvimento de pesquisa bem como a inserção dos grupos de pesquisa em espaços sociais por meio da extensão, tendo em vista o desenvolvimento de ações educativas que promovam entre os atores sociais envolvidos a discussão da importância das mulheres reassumirem o papel de protagonistas na vivência do parto, bem como nas suas escolhas e sistemas de interesses, ou seja, na sua vida. A articulação de ensino, pesquisa e extensão poderá diminuir as lacunas entre o que se conhece como as melhores práticas para o processo de parto e nascimento e o que se faz.

Convém destacar que o desenvolvimento desta pesquisa apresenta algumas limitações, pois os dados foram coletados em um único contexto de estudo e, por isso, não se tem a pretensão de generalizar os resultados. Todavia, proporciona contribuições preliminares.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C.A.; TANAKA, A.C.A. Collective memories of women who have experienced maternal near miss: health needs and human right. **Cad Saude Publica**. 2011.
- ALMEIDA, N.A.M; MEDEIROS, M.; SOUZA, M.R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto contexto - enferm**, v. 21, n. 4, p. 819-827, 2012.
- APOLINÁRIO, D.; RABELO, M.; WOLFF, L. D. G.; SOUZA, S. R. R. K.; LEAL, G. C. G. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev Rene**, v.17, n,1, p.20-8, 2016.
- BARBOSA, G. P.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; GAMA, A.S.; CHOR, D.; D'ORSI, E.; REIS, A.C.G. V. dos. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. saúde pública**, v.19,n.6,p.1611-20, 2003.
- BASSO, J.F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3,09 telas, 2010.
- BENUTE, G.R.G.; NOMURA, R.Y.; SANTOS, A.M.; ZARVOS, M.A.; LUCIA, M.C.S.; FRANCISCO, R.P.V. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes múltiparas e primíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.35 ,n.6,p.281-85, 2013.
- BESSA, L.F.; AMEDE, M.V. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 11-22, 2010.
- BOEMER, M.R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Rev Latinoam Enfermagem**, v.2, n.1, p. 69-82. 1994.
- BOTELHO, N.M.; SILVA, I.F.; TAVARES, J.R.; LIMA, L.O. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.36,n.7,p.0100-7203, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: 1984.
- \_\_\_\_\_.Lei 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, em 25 de junho de 1986.
- \_\_\_\_\_.Lei 8.080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990.
- \_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 1999.
- \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal, Parto e Nascimento**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n.1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e da outra providencias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 jul. 2005b.

\_\_\_\_\_. Lei n.11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. 2011b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de junho de 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de Situação de Saúde do Brasil 2011** : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação**: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o

acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea : MP, SPI, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de Situação em Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014b.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal** : segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : ANVISA, 2014c.

\_\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento a mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília; 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BATISTELA, C. C.; CAMURRA, L.. A entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. Psicopedagogia On Line.2009

CARNEIRO, R.G. Cenas de parto e políticas do corpo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

CARVALHO, A.S. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir,1991.

CARVALHO, V.F.; KERBER, N.P.C.; BUSANELLO, J.; GONÇALVES, B.G.; RODRIGUES, E.F.; AZAMBUJA, E.P. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, 2012.

CASTRO, M.R. **Ressignificando-se como mulher na experiência do parto: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto**. Tese (Doutorado)- Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. 174p., 2014.

CAPALBO, C. Fenomenologia e ciências humanas. 3. ed. Londrina: UEL, 1998.

COPELLI, F.H.S.; ROCHA, L.; ZAMPIERI, M.F.M.; GREGÓRIO, V.R.P.; CUSTÓDIO, Z.A.O. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enferm.** v.24, n.2,p.336-43, 2015

COSTA, A.P.C.; BUSTORFF, L.A.C.V.; CUNHA, A.R.C.; SOARES, M.C.S.; ARAÚJO, V.S. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. **Rev Rene**, v.12,n.3,p.548-54, 2011.

DIAS, M. A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, Set. 2005.

DINIZ, C.S.G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; TORRES, J.A.; DIAS, M.A.B.; SCHNECK, C.A. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Sup.S140-S153, 2014.

DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; ORIÁ, M. O. B. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online), v. 9, n. 1, p. 222-30, jan. 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J.A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A.P.E.; et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: From the initial preference of women to the final mode of birth. **Cadernos de Saude Publica**, (SS1), v.30, 2014.

DULFE, P.A.M.; LIMA, D.V.M.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.; BARCELLOS, J.G.; CHEREM, E.O. Presença do acompanhante de livre escolha no processo parturitivo: repercussões na assistência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, v.1,n.4,p.01-08, 2016.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. Fatores associados a preferência por cesareana. **Rev. Saúde Pública**, v.40,n.2,p.226-32, 2006.

FAÚNDES, A.; PÁDUA, K.S.; OSIS, M. J. D.; CECATTI, J. G.; SOUSA, M. H. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto, **Rev. saúde pública**, v.38,n.4,p.488-94, 2004.

GIAXA, T.E.P.; ES FERREIRA, M.L.S.M. Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz. **Investigación y Educación en Enfermería**, v.29, n.3, p.363-69, 2011.

GONZALEZ, A.D.; FERNANDES, E.S.; SILVA, E.F.; RABELO, M.; SOUZA, S.R.R.K. A percepção do acompanhante no processo do nascimento. **Cogitare Enferm**, v.17, n.2,p.310-4, 2012.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & contexto enferm**, v.15,n.1,p.107-14, 2006.

GUEDES, R.N; FONSECA, R.M.G.S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo; 45 (Esp. 2): 1731-5, 2011.

GUITTIER, M.J.; CEDRASCHI,C.;JAMEI, N.; BOULVAIN, M.; GUILLEMIN, F. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. **BMC**

**Pregnancy and Childbirth**, v.14,p.254, 2014.

GUPTA, J.K.; HOFMEYR, G.J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Rev**, v.5,CD002006,2012.

JESUS, M.C.P. **A educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes: uma abordagem Compreensiva da ação social**. 1998. 218p. tese (Doutorado em Enfermagem] Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, São Paulo, 1998.

JESUS, M.C.P.; CAPALBO, C.; MERIGHI, M.A.B.; OLIVEIRA, D.M.; TOCANTINS, F.R.; RODRIGUES, B.M.R.D.; CIUFFO, L.L. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n. 3,p. 736-41, 2013.

KHAN, K. S.; WOJDYLA, D.; SAY, L.; GÜLMEZOGLU, A. M.; VAN LOOK, P. F. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. **Lancet**, v.367, n.9516, p.1066-74, 2006.

KINGDON, C.; DOWNE, S.; BETRAN, A.P. Women's and communities' views of targeted educational interventions to reduce unnecessary caesarean section: a qualitative evidence synthesis. **Reproductive Health**, v.15, n.130, p. 1-14, 2018.

KINGDON, C.; DOWNE, S.; BETRAN, A.P. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section targeted at organisations, facilities and systems: Systematic review of qualitative studies. **PLoS ONE**, v.13,n.9,p.e0203274, 2018.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

LANSKY, S.; FRICHE, A.A.L.; SILVA, A.A.M.; DEISE CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S.D.A.; CARVALHO, M.L. et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da 99 assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saude Publica**, v.30, (S1), 2014.

LAWRENCE, A.; LEWIS, L.; HOFMEYR, G.J.; DOWSWELL, T.; STYLES, C. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database Syst Rev**, v.2, CD003934, 2009.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; THEME FILHA, M.M.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEÃO, M.R.C.; RIESCO, M.L.G.; SCHNECK, C.A.; ANGELO, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013.

LESSA, H.F.; TYRRELL, M.A.R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P. Informação para a opção pelo parto domiciliar planejado: um direito de escolha das mulheres. **Texto Contexto Enferm**, v.23,n.3,p. 665-72. 2014.

LESSA, H.F.; TYRRELL, M.A.R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P. A opção pelo parto domiciliar planejado: uma opção natural e desmedicalizada. **Rev Fun Care Online**, v.10,n.4,p.1118-22, 2018.

LIMA, C.A.; TOCANTINS, F.R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev. bras. Enferm.** v.62, n.3, p.367-373,2009.

LAGOMARSINO, BS, et al. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto:entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. *Rev Min Enferm*, v.17,n.3,p. 680-87, 2013.

LONGO, C.S.M.; ANDRAUS, L.M.S.; BARBOSA, M.A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf**, v.12,n.2,p.386-91, 2010.

MAIA, M.B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. ISBN 978-85-7541-328-9.

MANDARINO, N.R.; CHEIN, M.B.C.; MONTEIRO JÚNIOR, F. C.; BRITO, L.M.O.; LAMY, Z.C; NINA, V.J.S.; MOCHEL, E.G.; FIGUEIREDO NETO, J.A. 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**, v.25,n.7,p.1587-96, 2009.

MARQUE, F.C.; DIAS, I.M.; AZEVEDO,L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.10, n.3.p.: 439-47, 2006.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: EDUC, 1989

MARTINS, A.C.S.; SILVA, L.S. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, Suppl.1, p.677-83, 2018.

MELO, K. L. SILVA, L.A.; LEÃO, D. C.M. R.; RODRIGUES, D. P.; ALVES, V.H.; VIEIRA, B. D. G. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal, **Rev. pesqui. cuid. Fundam**, v.6,n.3,p.1007-20, 2014.

MERIGUI, M.A.B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da Fenomenologia social. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.10, n.5, p. 644-53, 2002.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**.v.5,n.7, p. 01-12, 2017.

MONGUILHOTT, J.J.C.; BRUGGEMANN, O.M.; FREITAS, P.F.; D'ORSI, E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev Saude Publica**.v.52, n.1, 2018.

MOREIRA, I.C.C.C.; MONTEIRO, C.F.S. A violência no cotidiano da prostituição: invisibilidades e ambiguidades. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.5,p.954-960, 2012.

MORSE, J.M. **Qualitative health research: creating a new discipline**. Left Coast Press. Walnut Creek, California. 2012.

MORORÓ, D.D.S.; ENDERS, B.C.; LIRA, A.L.B.C.; SILVA, C.M.B.; MENEZES, R.M.P. de. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.30, n.3, p. 323-32, 2017.

NASCIMENTO, R.R.P.; ARANTES, S.L.; SOUZA, E.D.C.; CONTRERA, L.; SALES, A.P.A. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev. gaúch. Enferm**, v.36,p.119-26, 2015.

NERY, T.A.; TOCANTINS, F.R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **R Enferm UERJ**, v.14,n.1,p.:87-92, 2006.

OLIVEIRA, A.S.S. DE; RODRIGUES, D.P.; GUEDES, M.V.C.; FELIPE, G.F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. RENE**, v.11,n.esp,p.32-41, 2010.

OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. **Rev Bras Enferm**, v.71,supp.3,p.1304-12, 2018.

ONU- Organização das Nações Unidas. **Objetivo do Desenvolvimento do Milênio Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Brasília: OPAS/USAID; 2000.

\_\_\_\_\_. **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra; 1996.

\_\_\_\_\_. Nova recomendação sobre intervenções não clínicas para reduzir número de cesarianas desnecessárias. 2018b. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5783:oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero-de-cesarianas-desnecessarias&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5783:oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero-de-cesarianas-desnecessarias&Itemid=820)

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Plataforma Cairo, 1994.

\_\_\_\_\_. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim. 1995. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao\\_pequim.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf)

PADOIN, S.M.M.; TERRA, M.G.; SOUZA, Í.E.O. Mundo da vida da mulher que tem HIV/AIDS no cotidiano da (im)possibilidade de amamentar. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.1, p.13-21, 2011.



PADOIN, S.M.M.; TERRA, M.G.; PAULA, C.C.; LANGENDORF, T.F.; SIQUEIRA, D.F., MOTTA, M.G.; SOUZA, I.E.O. Pesquisa qualitativa apoiada no referencial teórico da fenomenologia. In: Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde Org: LACERDA, M.R.L.; RIBEIRO, R.P.; COSTENARO, R.G.S. vol 2. Editora Moriá 2018. 445p.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 105-17, 2010.

PAULA, C.C.; CABRAL, I.E.; SOUZA, I.E.O.; PADOIN, S.M.M. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.25,n.6,p.984-9. 2012.

PAULA, C.C; PADOIN S.M.M.; TERRA M.G.; SOUZA Í.E.O; CABRAL I.E.; Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Rev. bras. Enferm**, v.67,n. 3,p. 468-472, 2014.

PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev. RENE**, v.12,n.3,p.471-77, 2011.

PIMENTA, D.G.; AZEVEDO, M.C.; DE ANDRADE, T.L.B.; DE OLIVEIRA E SILVA, C.S.; MOURÃO, L.X.G. O parto realizado por parteiras: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermeria**, n.30, 2013.

PINHEIRO, B.C.; BITTAR, C.M.L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal, Rev. Psicol**, v.25, n.3, p.585-602, 2013.

PINHEIRO, T.M.P.; MARQUES, S.I.R.; MATÃO, M.E.L.; MIRANDA, D.B. Fatores que influenciam na indicação da via de parto. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min**, v.6,n.1,p.2066-80, 2016.

PIRES, S.FS.; BRANCO, A.U. Cultura, self e autonomia: bases para o protagonismo infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.415-421, 2008.

POPIM, R. C.; BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 677-85. 2005.

PONTES, M.G.A.; LIMA, G.M.B.; FEITOSA, I.P., TRIGUEIRO, J.V.S. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde**, v.12, n.1, p.69-78, 2014.

PRAGIANTI, J.M.; MOUTA, R.J.O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev Enferm UERI**, v.17,n.2,p.165-9, 2009.

QUEIROZ, M.V.O.; SILVA, N.S.J.; JORGE, M.S.B. MOREIRA, T.M.M. Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. **Rev Bras Enferm**, v.58,n.6, p.687-91,2005.

QUEIROZ, T.C.; FÓFANO, G.A.; ANDRADE, F.M.; OLIVEIRA, M.A.C.A.; FONTES, L.B.A.; COSTA, J.A. Violência obstétrica e suas perspectivas na relação de gênero. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v.2, 2017

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet**, v.8,n.2,p. 103-108, 2014.

RATTNER, D.; SANTOS, M.L.; LESSA, H.; DINIZ, S.G. ReHuNa A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento **Tempus, actas de saúde colet**, v.4, n. 4, p.215-28,2010.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, 2009.

Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA). **Carta de Campinas**. (Mimeo). 1993.

REIS, C.C.; SOUZA, K.R.F.; ALVES, D.S.; TENÓRIO, I.M.; NETO, W.B. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. **Ciencia Y Enfermeria**, n.23, p. 45-56, 2017

REIS, L.G.C.; PEPE, V.L.E; CAETANO, R. Maternidade segura no brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis (UERJ. Impresso)**, v.21, p. 1139-1160, 2011.

RISCADO, L.C.; JANNOTTI, C.B.; BARBOSA, R.H.S. Deciding the route of delivery in Brazil: themes and trends in public health production. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n.1, p. 262-6, 2016.

ROCHA, J.Á.; NOVAES, P.B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Revista Femina**, v. 38, nº 3, p.119-126, 2010.

RODRIGUES, D.P.; ALVES, V.H.; PENNA, L.H.G; PEREIRA, A.V.; BRANCO, M.B.L.R.; SILVA, .L.A. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc Anna Nery** , v.19,n.4,p.614-20, 2015.

ROSA, A.M.M.T.F. **O ensino da atividade assistencial- consulta de enfermagem: o típico da ação intencional**. 180 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro EEAN, Rio de Janeiro, 2003.

SAINTRAIN, S.V.; OLIVEIRA, J.G.; SAINTRAIN, M.V.; BRUNO, Z.V.; BORGES, J.L.; DAHER, E.F. ET AL. Fatores associados à morte materna em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras. Ter. intensiva**, v. 28, n. 4, p. 397-404, 2016 .

SANDERS, R.A.; CROZIER, K. How do informal information sources influence women's decision-making for birth? A meta-synthesis of qualitative studies. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.18,n.21, 2018

SCHÜTZ, A, 1899-1959. Sobre fenomenologia e relações sociais/ Alfred Schütz; edição e organização Helmut T.R. Wagner; tradução de Raquel Weiss.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

\_\_\_\_\_ **Fenomenologia e relações sociais.** Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SANFELICE, C. F. O.; SHIMO, A. K. K. Boas práticas em partos domiciliares: perspectiva 101 de mulheres que tiveram experiência de parto em casa. **Rev. Eletr. Enf**, v.18,e1159, 2016.

SANFELICE, C.F.O.; SHIMO, A.K.K. Representações sociais sobre o parto domiciliar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v.19,n.4,p.606-13,2015.

SANTOS, C.L.; BORTOLI, C.F.C.; PRATES, L.A.; GUIMARÃES, K.B.; MASSAFERA, G.I.; BISOGNIN, P. Preparo e percepções de gestantes sobre as vias de parto. **Rev Enferm UFSM**, v.6,n.2,p.186 -97, 2016.

SANTOS, J.O., SHIMO, A.K.K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12,n.4,p. 645-50, 2008.

SANTOS, J.O.; TAMBELLINI, C.A.; OLIVEIRA, S.M.J. A reflexion on the emotional support during childbirth. **REME - Rev Min Enferm**, v.15,n.3,p.453-8, 2011;

SANTOS, L.M.; PEREIRA, S.S.C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis**,v.22, n.1, 2012.

SATURNINO, A.S.O.; PAIVA, D.R.; CAVALCANTE, M.V.G.; FERREIRA, F.G.; GALIZA, F.T.; COLARES, L.M. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enfermagem**, v.16,n. 2,p. 247-53, 2011.

SAY, L.; SOUZA, J.P.; PATTINSON, R.C. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v.23,n.3,p.287-96, 2009.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc. Anna Nery**, v.19, n.3, p.424-31, 2015.

SILVA, L.M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S.M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. bras. Enferm**, v.64,n.1,p.60-65, 2011.

SILVA, T.C.; VARELA, P.L.R.; OLIVEIRA, R.R.; MATHIAS, T.A.F. Morbidade materna grave identificada no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, no estado do Paraná, 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.25,n.3,p.617-28, 2016.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-America Enfermagem**, v.05, n.03, p. 13-17, 1997.

SIMÕES, S.M.F.; JESUS, D.V.; BOECHAT, J.S. Childbirth and birth assistance: a quantitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6,n.2, 2007.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M. Restricting oral fluid and food intake during

labour. **Cochrane Database Syst Rev**, v.1, CD003930, 2010

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007.

SODRÉ, T.M.; BONADIO, I.C.; JESUS, M.C.P; MERIGHI, M.A.B. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em londrina-paraná. **Texto Contexto Enferm**, v.19n.3,p. 452-60, 2010.

SODRÉ, T.M.; MERIGHI, M.A.B.; BONADIO, I.C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc Cuid Saude**, v.11,p.115-20, 2012.

SOUZA JP, PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Suppl.1, S11-S13, 2014

SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev Bras Ginecol Obstet**,v.37,n.12,p.549-51, 2015.

SOUZA, J.P.; CECATTI, J.G.; PARPINELLI, M.A.; SOUSA, M.H.; SERRUYA, S.J. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.2,p. 255-64,2006.

SOUZA, S.R.R.K.; GUALDA, D.M.R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto Contexto Enferm**, v.25,n.1,e4080014, 2016.

SOUZA, S.R.R.K. **A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 217p, 2014.

SUÁREZ-CORTÉS, M.; ARMERO-BARRANCO, D.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTÍNEZ-ROCHE, M.E.. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Rev. Latino-Americana. Enfermagem**. Forthcoming 2015.

SZWARCWALD, C.L.; ESCALANTE, J. J. C.; NETO, D. L. R.; JUNIOR, P. R. B. S.; VICTORIA, C. G. Estimção da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011 **Cad. Saúde Pública**, v.30,,S83. 2014.

TERRA, M.G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.4, p.672-8, 2006.

TOCANTINS, F. R. **O Agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise das necessidades e demandas**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, rio de Janeiro, 1993.

TORQUINIST, C.S .Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil.Cad. saúde pública, v.19,(s2),p.419-27, 2003.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-14, 2005.

VALE, L.D.; LUCENA, E.E.S.; HOLANDA, C. S. M.; CAVALCANTE, R. D.; SANTOS, M. M. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Rev. gaúch. Enferm**, v.36,n.3,p.86-92, 2015.

VELHO, M.B.; COLLAÇO, V. S.; SANTOS, E. K.A. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. bras. Enferm**, v.67, n.2, p.289-89, 2014.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, 2011. Disponível em:  
<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf> .

VIEIRA, L.B. **Perspectivas de mulheres que denunciam o vivido da violência**: cuidado de enfermagem à luz de Schutz. 2011.124p. Dissertação (Mestrado Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2011.

VIEIRA, L.B.; PADOIN, S.M.M.; SOUZA, I.E.O.; PAULA, C.C.; TERRA, M.G. Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v.19, n. 3, p.410-4, 2011.

VILLAR, J et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **The Lancet** , v. 367, I.9525, p.1819-29, 2006.

WEI, C.Y., GUALDA, D.M.R., SANTOS JUNIOR, H.P.O. Walking and diet during labor: Perceptions from a group of postpartum women. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.20, n.4, p.717-25, 2011.

WEIDLE, W.G.; MEDEIROS, C.R.G.; GRAVE, M.T.Q.; BOSCO, S.M.D. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. **Cad. Saúde Colet**, v.22,n.1,p.46-53, 2014.

World Health Organization 1985. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet* 8452(ii):436-437

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International statistical classification of diseases and related health problems**, tenth revision. Vol. 1: Tabular list. Vol. 2: Instruction manual. Geneva: WHO Press, 2010.

\_\_\_\_\_. **Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications**. The WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: WHO Press, 33 p,2011.

\_\_\_\_\_. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018a.

\_\_\_\_\_. **Nova recomendação sobre intervenções não clínicas para reduzir número de cesarianas desnecessárias**. 2018b. Disponível em:  
[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5783:oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero-de-](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5783:oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero-de-)

cesarianas-desnecessarias&Itemid=820

WUNDERLICH, B.L. **O protagonismo da mulher em trabalho de parto em uma maternidade pública no sul do Brasil.** Dissertação (mestrado profissional) 89p – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos, 2016.

ZAMBRANO, É.; BARIZON, J.; LUCHESI, L. B.; SANTOS, C.B.; GOMES, F.A. Cesárea: percepções da puérpera frente à escolha do tipo de parto. **Rev. enferm. UERJ**, v.11, n.2, p.177-81, 2003.

ZEFERINO, M. T.; CARRARO, T. E. Alfred Schütz: do referencial teórico-filosófico aos princípios metodológicos de pesquisa fenomenológica. **Texto contexto -enferm.**, v. 22, n. 3, p. 826-834, 2013.

WAGNER, H.T.R. **Sobre fenomenologia e relações sociais:** Alfred Schutz. Petrópolis: Vozes; 2012.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 1**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Pesquisa:** Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico.

**Instituição/Departamento:** UFSM/ Pós-Graduação em Enfermagem

**Pesquisador responsável:** Enfa. Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

**Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo:**

(55) 3220-8938; Av. Roraima, s/n, prédio 26. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

**Pesquisadora mestranda:** Enfa. Mda. Fernanda Honnef

Telefones para contato: (55) 996307211

Eu, Fernanda Honnef, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSM, sob orientação da Dra. Stela Maris de Mello Padoin, o convidamos para participar como voluntário do estudo intitulado: **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico.**

Esta pesquisa pretende apreender a motivação de ações promotoras do exercício da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento na perspectiva dos atores sociais envolvidos. Acreditamos que ela seja importante para ampliar a visão sobre o parto para além dos aspectos fisiológicos da mulher e do seu filho.

Para sua realização será feito o seguinte: Você será esclarecida (o) sobre a pesquisa e as informações contidas aqui, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinará ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada (o) de forma alguma. Sua participação constará de uma entrevista sobre aspectos que envolvam a sua vivência da assistência ao parto e nascimento no serviço de saúde. SE você concordar, essa conversa será gravada e após será transcrita pela pesquisadora.

É possível que aconteçam **desconfortos ou riscos:** você poderá sentir-se cansaço pelo tempo que envolve a conversa e/ou desconfortável por ter de relembrar algumas vivências e que possam ter causado sofrimento ou constrangimento. Caso isto aconteça, conversaremos e decidiremos em conjunto sobre o encerramento da entrevista e/ou retomar em outro momento, e você terá direito à assistência gratuita que será prestada por profissionais do serviço cenário do estudo, conforme autorização institucional. **Os benefícios** que esperamos com o estudo são indiretos, porém a pesquisa poderá gerar maior produção de conhecimento acerca da temática, podendo auxiliar na qualificação da assistência, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

---

1 Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, 1000 - CEP: 97.105.900 - 2º andar do Prédio da Reitoria. Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Durante a pesquisa você terá de esclarecer qualquer dúvida, ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho



de Ética em Pesquisa da UFSM: Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, 1000 - CEP: 97.105.900 - 2º andar do Prédio da Reitoria. Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de desistência da participação no estudo a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, por meio de publicações científicas, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado seu anonimato e o sigilo sobre sua participação. É importante que você compreenda que é assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma.

Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e na forma de artigos científicos. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os instrumentos de pesquisa, a transcrição das entrevistas (em arquivo digital) e os TCLE serão guardados no laboratório de pesquisa, por um período de cinco anos, e após esse, serão destruídos.

A pesquisa não prevê gastos para os participantes, no entanto, se houver, os mesmos serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida a indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

#### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável pela pesquisa intitulada: **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico**, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura do participante voluntário

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável  
Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

\_\_\_\_\_  
Mda. Pesquisadora  
Enfa. Fernanda Honnef

**APÊNDICE B –ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Título do projeto: **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico.**

Pesquisadora responsável: Enfa. Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

Pesquisadora mestranda: Enf<sup>a</sup>. Md<sup>a</sup>. Fernanda Honnef

**Roteiro da entrevista com as mulheres e acompanhantes**

- Situação Biográfica

- 1) Idade;
- 2) Estado civil formal/Possui companheiro?
- 3) Possui emprego?
- 4) Tem filhos? Se sim, quantos?
- 5) Tem partos anteriores? Qual tipo (parto normal ou cesárea)?
- 6) Teve acompanhante durante o parto?

**- Ações realizadas:**

Fale-me como foi sua vivência do trabalho de parto e parto? Você se sentiu ativa/participativa/livre? O que você decidiu fazer por conta própria?

**- Questão fenomenológica orientadora:**

O que você tinha em vista quando tomou decisões por conta própria?

**As possibilidades de adaptação consistem em substituir a expressão O que você tem em vista por: o que você espera [...]; o que você pretende [...]; qual a sua intenção [...]; qual sua expectativa [...]**

**APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Pesquisa:** Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico.

**Instituição/Departamento:** UFSM/ Pós-Graduação em Enfermagem

**Pesquisador responsável:** Enfa. Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

**Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo:**

(55) 3220-8938; Av. Roraima, s/n, prédio 26. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

**Pesquisadora mestranda:** Enf<sup>a</sup>. Fernanda Honnef

**Telefones para contato:** (55) 996307211

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão produzidos por meio da entrevista fenomenológica, os quais serão gravados em uma sala previamente reservada na instituição cenário da pesquisa. Informam, ainda, que, estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto, construção de um banco de dados do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS) e os desdobramentos da pesquisa.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336 - 97105-900 - Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Enfa. Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin (orientadora desta pesquisa). Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, ..... de ..... de 2017.

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

**APÊNDICE D TERMO DE ASSENTIMENTO<sup>2</sup>**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Pesquisa:** Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico.

**Instituição/Departamento:** UFSM/ Pós-Graduação em Enfermagem

**Pesquisador responsável:** Enfa. Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin

**Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo:**

(55) 3220-8938; Av. Roraima, s/n, prédio 26. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

**Pesquisadora mestranda:** Enfa. Mda. Fernanda Honnef

Telefones para contato: (55) 996307211

**Nome da adolescente:** \_\_\_\_\_

Meu nome é Fernanda Honnef. Sou enfermeira e no momento estou cursando o mestrado em enfermagem da UFSM. O objetivo deste curso é que os alunos desenvolvam uma pesquisa de importância para a sociedade. No caso, o meu estudo tem por objetivo entender o que leva as mulheres a tomarem decisões por conta própria no parto e nascimento. Compreendendo isso pode ser que nos consigamos ajudar a melhorar a assistência às mulheres no momento do seu parto. Minha participação na pesquisa será como pesquisadora.

Você esta sendo convidado a participar de forma voluntária desta pesquisa, ou seja, não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Seus responsáveis legais no momento são seus pais, eles foram esclarecidos do objetivo da proposta e já concordaram com a sua participação e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mas se você não quiser, não precisa participar. Você também pode conversar com alguém antes de decidir participar ou não. Nada vai mudar para você, participando ou não. Inclusive você pode desistir de participar a qualquer momento.

Para seu entendimento sobre como será desenvolvida a pesquisa, será feita uma entrevista em um lugar a ser escolhido, onde ninguém possa interferir. Você poderá levar seu bebê ou deixa-lo com seu acompanhante, como preferir. Após combinarmos o momento adequado para você, eu vou usar um gravador para depois eu escrever tudo que foi falado, revelando aspectos importantes para esta pesquisa. Você poderá falar o que quiser. Pode existir o desconforto em falar das situações que aconteceram na instituição. Para isso existe esse documento, para garantir que nada será repassado à direção ou a qualquer funcionário. Em caso de qualquer situação de constrangimento, você terá assegurado o direito de atendimento por profissionais de saúde do serviço.

---

<sup>2</sup> Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, 1000 - CEP: 97.105.900 - 2º andar do Prédio da Reitoria. Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Quanto ao sigilo (segredo) e à confidencialidade, eu posso me comprometer que apenas eu e minha orientadora da UFSM, que teremos acesso a este material. Você não será identificado em nenhuma publicação. Não falaremos que você está na pesquisa com mais ninguém e seu nome não irá aparecer em nenhum lugar.

Os resultados estarão a sua disposição quando a pesquisa for finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão guardados com a pesquisadora responsável Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin, por um período de cinco anos em um armário chaveado em uma sala do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, por determinação das normas de pesquisa, e após esse tempo serão destruídos. Esse termo encontra-se em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Se você entender que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da UFSM. Ele é um comitê de ética em pesquisa em seres humanos é integrado por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. O endereço do CEP é: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com. Caso prefira, você entrar em contato sem se identificar.

Eu, \_\_\_\_\_ entendi que a pesquisa é sobre as decisões tomadas pelas mulheres no momento do parto e nascimento e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e que meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar deste estudo. Recbi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Assinatura da adolescente

---

Assinatura dos pais/responsável

---

Assinatura pesquisadora

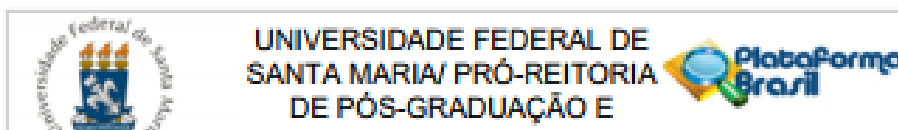


## **ANEXOS**





## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: Um estudo fenomenológico

**Pesquisador:** Stela Maris de Mello Padoin

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 52157215.9.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.070.987

## Apresentação do Projeto:

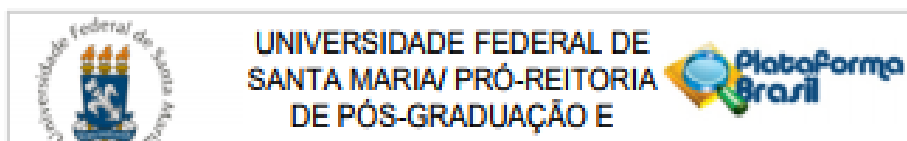
Trata-se da solicitação de uma emenda ao projeto que busca através de uma investigação qualitativa, estudar o parto, enquanto evento fisiológico da vida sexual e reprodutiva da mulher, o qual deve ser acompanhado e assistido de maneira que a mesma o vivencie de forma ativa, exercendo o papel de protagonista do processo. Dessa forma, tem-se como questão norteadora de pesquisa: Como se dá, para os atores sociais envolvidos, o exercício da autonomia da mulher no processo de parturição?

A emenda solicita extensão do cronograma para que sejam atingidos todos os objetivos do Projeto. O primeiro objetivo já foi contemplado através de uma defesa de dissertação, sendo necessária continuidade do projeto para atingir os demais objetivos propostos.

## Objetivo da Pesquisa:

**GERAL:** apreender a motivação de ações promotoras do exercício da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento na perspectiva dos atores sociais envolvidos.

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (51)3330-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.070.987

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não alterados pela emenda.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A metodologia e objetivos não foram alterados, apenas houve alteração no cronograma da pesquisa original, mantendo-se as condições para a continuidade do projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta justificativa para emenda e novo cronograma, prevendo finalização do estudo para o mês de março do ano de 2019.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_920272_E2.pdf	17/05/2017 20:58:59		Acelto
Outros	emenda_fernanda.pdf	17/05/2017 20:47:45	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Acelto
Cronograma	cronograma_fernanda.pdf	17/05/2017 20:43:20	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Acelto
Cronograma	cronograma_novo_iris.pdf	19/08/2016 16:13:24	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Acelto
Outros	emenda_iris.pdf	19/08/2016 15:35:10	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Acelto

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-900  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (51)3220-8262 E-mail: cepufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 3.070.067

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/12/2015 10:24:39	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	GEP_HUSM.pdf	23/12/2015 09:38:25	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
Outros	GAP_CCS.pdf	23/12/2015 09:34:08	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	18/12/2015 11:17:11	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_DISSERTACAO.pdf	17/12/2015 15:57:33	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ASSENTIMENTO.pdf	17/12/2015 15:54:55	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/12/2015 15:52:12	Thamiza Laureany da Rosa dos Reis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 18 de Maio de 2017

Assinado por:  
CLAUDEMIR DE QUADROS  
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-900  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (51)3233-9262 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

## **ANEXO B- Normas revista Ciência, Cuidado e Saúde**

### **Check list do artigo:**

Itens para verificação e normalização

#### **Título**

- X O título do artigo não exceder a 15 palavras.
- X O título deve vir com sua equivalência em Inglês e Espanhol.
- X Retirar os números dos títulos e subtítulos das seções.

#### **Página de identificação**

- X Não deve ser numerada, contendo título do trabalho e o nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores), conforme modelo disponível no site.
- X - Informar se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição;  
- Indicar a seção a que o texto se destina (tipo de estudo).
- X As notas de rodapé devem informar:  
- Se já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira;  
- Se é originário de dissertação ou tese;
- X Notas dos autores:  
- Nome dos autores deve ser completo, sem omissões nem abreviações;  
- Formação profissional, maior titulação e/ou cargo atual, instituição a que pertence(m) e endereço eletrônico;  
- Endereço do autor principal/correspondente para contato com telefone(s).  
- Favor informar por extenso a sigla da instituição e do grupo de pesquisa, quando a mesma aparecer pela primeira vez e nos demais autores só colocar a sigla.  
- Informar número do ORCID iD. Para os que não possuem, fazer cadastro no link a seguir: <https://orcid.org/>

#### **Resumo**

- X O resumo não pode ser estruturado (com introdução, objetivo...), tem que ser em texto corrido.
- X Evitar sigla em resumo. Se necessário, apresentar primeiro a “nomenclatura por extenso”, seguida da sigla entre parênteses.
- X Na submissão **NÃO** é necessário o envio do resumo nas versões Inglês e Espanhol.
- X Incluir procedimentos de coleta e de análise de dados.
- X O resumo deve ter no mínimo 150 e no máximo 200 palavras.
- X Os resumos devem ser seguidos pelas “palavras chave”, extraídas do Decs (<http://decs.bvs.br>), que traz a equivalência nos 3 idiomas. Informar de 3 a 5 palavras chave tal como aparecem no Decs em português (Palavras-chave), inglês (Keywords) e espanhol (Palabras clave).
- X As palavras-chave devem estar separadas por ponto e apenas a 1ª letra em maiúscula.
- X Retirar as palavras-chave do DECs nas três línguas

#### **Estrutura do Texto**

- X Artigos originais e de revisão devem limitar-se a 15 páginas, contadas a partir dos resumos. Artigos de reflexão e relato de experiência limitam-se à 12 páginas.
- X Artigos de Pesquisa devem ser estruturados com as seguintes seções e respectivas nomenclaturas: Introdução, Materiais e Métodos ou Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão ou Considerações Finais.

- X O artigo deve ser estruturado em papel A4, com margens de 2,5 cm, fonte **Times New Roman 12**, com **espaço duplo**, exceto títulos, resumos, depoimentos, citações de mais de 3 linhas e referências, que devem ser em **espaço simples**.
- X Não deverá conter notas de rodapé.
- X Se o artigo se originou de dissertação ou de tese, fazer indicação vinculada ao título, em nota de rodapé na página de identificação,.

#### **Introdução**

- X Inserir os objetivos como último parágrafo da Introdução, eliminando o subtítulo “Objetivos”.

#### **Metodologia**

- X Indicar: natureza do estudo, período e técnica de coleta de dados, local do estudo, técnica de análise dos dados.
- X Incluir informações relacionadas com a observação dos princípios éticos no desenvolvimento da pesquisa, no final da metodologia.

#### **Resultados e Discussão**

- X No caso de estudos qualitativos, as sessões de resultados e discussão podem ser, a critério dos autores, juntas ou separadas.  
Nos estudos quantitativos estas sessões devem ser, necessariamente, separadas.
- X No caso de depoimentos, utilizar itálico, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave { }.

#### **Citações no texto**

- X Substituir o nome dos autores por sua codificação numérica, conforme foram citados no texto, eliminando as expressões do tipo “Segundo...”, “De acordo com...”
- X A citação dos números índices dos autores, no texto, deve ser sobrescrito, entre parênteses e sem espaço entre a última palavra. Ex<sup>(14:3)</sup>.
- X Citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na sequência do texto. Já citações de mais de 3 linhas devem ser em espaço simples e fonte 10, com recuo de 4 cm. Não utilizar itálico e informar, nos dois casos, o autor do trecho (número da referência) e o número das páginas utilizadas entre parênteses e sobrescrito – Ex<sup>(14:3)</sup>.
- X Números sequenciais de autores, citar o primeiro e o último separados por hífen. Ex: <sup>(4,5,6 e 7)</sup> substituir por <sup>(4-7)</sup>.
- X Números sequenciais de apenas dois autores devem ser separados por vírgula. Ex: Estudo<sup>(3,4)</sup>.
- X Colocar o ponto final das orações após a citação do número do autor entre parênteses. Ex: Estudo<sup>(3,4)</sup>.
- X Substituir citação de terceiros (*apuds*) por citação original (fonte primária)

#### **Tabelas e Figuras**

- X Limitado a cinco figuras/tabelas.
- X Deve haver texto entre títulos de seção e figuras.
- X As figuras/tabelas devem ser apresentadas no decorrer do texto e não ao final do mesmo.
- X Ilustrações, excetuando tabelas, devem apresentar seu título e fonte (se houver) abaixo da figura. No caso de tabelas, o título deve ser apresentado acima da mesma.

#### **Conclusão**

- X Inserir o item Considerações Finais /Conclusão.

- X Não trazer dados que não foram apresentados ao texto.

#### **Lista de Referências**

- X Observar o Estilo Vancouver, conforme Normas para Publicação da Revista.
- X Incluir, se possível, uma referência de Ciência, Cuidado e Saúde.
- X A Lista de Referências deve ter no mínimo 10 obras e não ultrapassar o limite de 20 (vinte).
- X As referências devem ser constituídas por no mínimo 70% de artigos em periódicos.
- X Pelo menos 70% do total das referências devem ser dos últimos cinco anos.
- X No texto as referências devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez.
- X Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase.
- X Na relação das referências devem constar os nomes de todos os autores até o sexto. Quando ultrapassar este número, citar os seis primeiros e em seguida utilizar a expressão “*et al.*”.
- X Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Ibict <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>, informando volume, número e página inicial e final do artigo:
- X Para capítulos de livro, adicionar páginas inicial e final;
- X Para páginas eletrônicas incluir: cidade; instituição responsável pelo *site*; ano de atualização e data de acesso com dia, mês e ano.  
Os sítios eletrônicos devem estar ativados.
- X Para verbetes de dicionário, adicionar: palavra utilizada e página de onde foi extraída;
- X Substituir as referências de documentos não publicados como: palestras orais, transparências de aula, apostilas, etc.
- X Substituir Referências Bibliográficas por Referências.
- X Utilizar o título do artigo em inglês todas as vezes que o mesmo for publicado na íntegra nesta língua, mesmo quando o periódico é nacional.  
Atenção: isto só é válido quando o artigo na íntegra, e não só o resumo, é publicado em inglês.
- X Quando existir, informar o número de DOI dos artigos. Se não tiver DOI, deve ser informado o endereço de acesso dos artigos publicados on-line.

#### **Documentos suplementares**

- X Enviar Carta de responsabilidade e cessão de direitos autorais à Comissão Editorial da Ciência, Cuidado e Saúde, assinado por todos os autores, segundo modelo disponível no site.
- V Enviar cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.
- X Enviar comprovante do pagamento da Taxa de Submissão.

**Revista Ciência, Cuidado e Saúde**  
Universidade Estadual de Maringá – Campus Universitário – Av. Colombo 5.790 – Bloco 02  
CEP 87020-900 – Maringá – PR, Brasil  
Tel.: (55 44) 3011- 5156 E-mail: [revduem@gmail.com](mailto:revduem@gmail.com)