

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO FRENTE AO INCENTIVO NA
ESCOLHA DO PARTO NORMAL EM BOM JESUS DO ITABAPOANA -
RJ**

**THE IMPORTANCE OF THE NURSE AGAINST THE INCENTIVE IN
THE CHOICE OF NORMAL BIRTH IN BOM JESUS DO ITABAPOANA
- RJ**

CABRAL, Claudia Aparecida Nascimento

Enfermeiro, Faculdade Metropolitana São Carlos. E-mail: claudiabico@hotmail.com

TEIXEIRA, Janini de Melo

Professor orientador: Doutora em Produção Vegetal - Química de Alimentos, Faculdade Metropolitana São Carlos. E-mail: nina.icm@hotmail.com

NUNES, Clara dos Reis

Professor orientador: Doutora em Produção Vegetal - Química de Alimentos, Faculdade Metropolitana São Carlos. E-mail: clara_biol@yahoo.com.br

Resumo: As gestantes, geralmente, são influenciadas na escolha do parto, pois as dúvidas, questionamentos e as informações são muitas vezes transmitidos de forma errada ou por determinadas experiências. Nesse sentido, o presente estudo objetivou mostrar o papel do enfermeiro na orientação da melhor escolha da via de parto para cada gestante e entender os medos e anseios por esta escolha. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratória, explicativa e de campo, baseada nas assistências tradicionais e humanizadas. Foi verificado que o enfermeiro em suas consultas ajuda a sanar dúvidas e incentivar na escolha do melhor parto, juntamente com a gestante e seus familiares, e que os partos devem ser cuidadosamente escolhidos, pois o conhecimento do mesmo traz segurança e conforto para ambos. Observou-se a preferência pelo parto normal entre as gestantes e que ainda evidencia-se a necessidade de um pré-natal mais elaborado e uma atuação do enfermeiro como educador em saúde. Concluiu-se, portanto, que o processo educativo na rede básica traz uma qualidade de vida.

Palavras-chave: Aceitação; Enfermagem; Equipe de Saúde; Medos.

Abstract: Pregnant women are usually influenced by the choice of birth, because doubts, questions and information are often transmitted in the wrong way or by certain experiences. In this sense, the present study aimed to show the role of the nurse in the orientation of the

best choice of the way of delivery for each pregnant woman and to understand the fears and desires for this choice. It is a bibliographic research of the exploratory, explanatory and field research type, based on the traditional and humanized assistance. It was verified that nurses in their consultations help to heal, question and encourage the choice of the best delivery, together with the pregnant woman and her relatives, and that the deliveries must be carefully chosen, since the knowledge of the same brings safety and comfort for both. It was observed the preference for normal delivery among pregnant women, and that the need for a more elaborate prenatal care and a nurse's role as a health educator is still evident. It was concluded, therefore, that the educational process in the basic network brings a quality of life.

Key-words: Acceptance; Fears; Health team; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um momento sublime para a mulher, onde as mudanças fisiológicas ocorrem a todo o momento para gerar uma vida. Sendo assim, neste período de transição, há dúvidas, questionamentos e informações que, muitas vezes são transferidas às gestantes, de geração a geração, tais como: que o parto normal é um sofrimento contínuo e prolongado, especificamente uma agressão ao corpo, que pode trazer alguns tipos de lesões vaginais (região perineal), dores (contrações), traumas ao bebê com relação ao tempo no decorrer do trabalho do parto, a episiotomia (corte no períneo para a facilitação da expulsão do bebê), entre outros.

Através de consultas e da atuação do enfermeiro há um esclarecimento para a melhor escolha do parto. Além disso, existem práticas cientificamente comprovadas, utilizadas por enfermeiros obstetras e baseadas nas assistências tradicionais e humanizadas que levam ao relaxamento pélvico, trazendo o conforto a todos os envolvidos no período do parto e pós-parto. Além disso, inúmeras práticas e tecnologias manuais são desenvolvidas e aplicadas para o melhor atendimento e uma recuperação mais rápida e saudável, práticas tais como a preparação psicológica, o banho morno, a respiração correta, o ambiente favorável, as posições, a deambulação, entre outros métodos.

Assim, estas estratégias podem diminuir o possível desconforto, sendo que esta assistência exige uma relação de informação e conscientização interpessoal de paciente/enfermeiro, estando envolvidas a ética, técnicas e cuidado humanizado para uma melhor assistência.

As pesquisas recentes têm questionado se a elevação no percentual de partos

cirúrgicos é realmente, à preferência das mulheres por este tipo de procedimento. Em decorrência existe uma tendência crescente na literatura a dar voz às usuárias dos serviços de saúde, almejando a identificação dos principais fatores que realmente norteiam a escolha pelo parto cesariano (FIGUEIREDO et al., 2010).

Todavia, a maioria das gestantes ainda não optou pelo tipo de parto normal. Nesse contexto, surge então, a questão: 'O que leva a gestante a ter dificuldade de escolha pelo parto normal? Este fato possivelmente acontece devido à ignorância dos benefícios que o parto normal proporciona tanto à mãe quanto ao bebê, ou então, pela falta de um pré-natal correto que passe segurança aos familiares e a parturiente. Pode estar também envolvido o medo da perda do filho, o medo de estar sozinha e sem privacidade, de não ter o suporte necessário para uma possível intercorrência, bem como, a falta de incentivo pela equipe médica, visando o custo-benefício e o seu comodismo.

Nesse sentido, objetivou-se no presente trabalho conhecer os motivos pelos quais as gestantes evitam o parto normal e o que o enfermeiro pode fazer para mudar esta cultura, orientando na melhor escolha da via de parto. Especificamente buscou-se esclarecer os vários benefícios que o parto normal traz e incentivar a prática do parto normal no âmbito público e privado, conscientizar as gestantes e seus familiares de que os enfermeiros podem ajudá-las com técnicas e palestras, consultas de pré-natal, técnicas de respiração e relaxamento e incentivo à participação do companheiro e teorias.

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa do tipo exploratória e explicativa. Inicialmente foi realizada pesquisa bibliográfica e, posteriormente, foi realizada uma pesquisa de campo. A busca bibliográfica foi realizada em: revistas, manuais do Ministério da Saúde, manuais do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e sites como Scielo, Web of Science, Science Direct e PubMed, no período de 2002 à 2016. Foram analisados artigos em português. Foram excluídas as publicações que não abordavam sobre o tema, não sendo feita busca em bancos de teses. Só foram selecionados artigos originais disponíveis na íntegra on-line. Ao final da análise de cada artigo, foram revisados vários aspectos tais como: tipo de estudo, local do estudo e pesquisa, ano de publicação, quantidade de gestantes, número de filhos de cada uma, visando uma maior diversidade e fidedignidade dos resultados.

A pesquisa de campo foi realizada após aprovação do Comitê de Ética (CAAE 61677416.2.0000.5674) mediante a aplicação de um questionário a mulheres grávidas em todas as idades que fazem pré-natal do SUS, no município de Bom Jesus do Itabapoana/RJ. O questionário fechado aplicado contou com 25 perguntas, não sendo necessária a identificação do indivíduo. A pesquisa de campo objetivou argumentar de forma prática o que a literatura apresenta sobre informações sociodemográficas, história obstétrica passada

e atual e atendimento de toda a equipe de saúde, sendo entrevistado um total de 60 gestantes atendidas em 2016, de forma a enriquecer e fundamentar a pesquisa.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 A Gestação

A gestação consiste em etapas fisiológicas e embriológicas que envolvem questionamentos e incertezas.

As mudanças que ocorrem durante a gravidez são marcantes, tais como: a 1ª fase da fecundação que consiste no encontro do espermatozóide com o óvulo, o qual se transforma em zigoto em dois a seis dias e passa a ser o blastócisto, a 2ª fase que consiste da terceira até oitava semana, onde se inicia o período embrionário, ocorrendo o desenvolvimento do sistema vascular, cardíaco, nervoso e os demais órgãos, e a 3ª fase que consiste da nona semana ao nascimento, e que é chamada de período fetal, onde os principais órgãos estão formados, caracterizando o desenvolvimento do feto e o amadurecimento dos órgãos. Em média, o feto cresce 5 cm por mês, sendo que nas oito últimas semanas este ganha de 550 a 700 gramas por mês. Assim, a mãe já reconhece os movimentos do bebê (MOORE et al., 2012).

A gestação é um momento único e de importante mudança na vida da mulher. A transformação do seu corpo é evidente, os hormônios são alterados para uma boa nutrição fetal e com isso, o psicológico da futura mamãe é afetado, e sentimentos como ansiedade, medo, temor, mitos e verdades ganham destaque neste período. Principalmente, as mudanças físicas e fisiológicas, que são as alterações na mama, ganho de peso, dilatação dos vasos sanguíneos, cloasma gravídico (manchas na pele principalmente na face), estrias, edemas, aparecimentos de acnes, infecções vaginais devido à queda da imunidade; o que leva, em alguns casos, à irritação e à variedade de humor na gestante. Todas essas alterações têm como principal objetivo gerar um filho com saúde (COSTA et al., 2010).

2.2 A Origem do Parto

A mais remota explicação conhecida para a dor está contida na Bíblia Sagrada, no livro do “Gênesis” (3:16), onde Deus disse à mulher: “multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores...”

O ato do parto passou historicamente por modificações de acordo com as características e disposições da sociedade de cada época (FIGUEIREDO et al., 2010). Nesse contexto, surge a ciência da obstetrícia, saindo o parto normal da esfera familiar e da atuação e auxílio das parteiras, para ser um evento institucionalizado, aparado por tecnologias e equipamentos. Todas essas mudanças geraram na mulher a crença de que poderiam abolir a dor, perdendo assim, sua essência diante o controle do processo parturitivo e o gerenciamento do corpo feminino, deixando a posição de protagonista para colaboradora (ALMEIDA et al., 2012).

No mundo atual e tecnológico existem vários fatores que contribuíram com a alta taxa de cesáreas, tais como: ligadura de trompas, o medo da dor, a falta de recursos para uma anestesia durante o parto vaginal, pouco conhecimento sobre os riscos de uma intervenção cirúrgica, vontade médica, falta de equipamentos adequados para mãe e feto (TEDESCO et al., 2004).

Com isto a parturiente se vê afastada de seus familiares e muitas vezes sozinha, em um ambiente frio, desconhecido e mecânico, onde se sentem perdidas e não têm mais o domínio de seu próprio corpo, desprovidas de sua autonomia, expostas e susceptíveis a pessoas estranhas que agem mecanicamente como “só mais um” (NAKANO et al., 2007).

Sendo assim, tecnologia e humanização devem andar juntas, visto que as duas são necessárias para uma boa assistência e com a tecnologia obstétrica a mulher passou a ser assistida por um profissional capacitado a atender todas as suas necessidades, apesar desta não ser a realidade de todas as mulheres. Pesquisas mostram que o acompanhante é de grande importância para a parturiente, pois auxilia psicologicamente, no conforto de ter alguém íntimo próximo e para um melhor parto normal. Deste modo, reduzindo o número de cesarianas, na duração do trabalho de parto e no aleitamento materno imediato. Porém, mesmo diante de resultados satisfatórios, esta prática não é bem aceita por profissionais e algumas instituições (NAKANO et al., 2007).

2.3 Tipos de Partos

Com os avanços técnicos e científicos, o parto teve diversas mudanças. O ato do gestar e parir são fenômenos fisionaturais que estão sendo transformados em um processo patológico e medicalizado, sendo que a institucionalização do parto criou um melhor controle dos riscos materno-fetais, porém, teve um aumento de intervenções cirúrgicas desnecessárias (OLIVEIRA et al., 2002).

Com a evolução do tempo, originaram-se diversos tipos de partos, a saber: parto natural ou humanizado, onde não há intervenções como a episiotomia, medicamentos e nenhum tipo de procedimento invasivo, podendo ser na instituição ou na própria casa, e na qual a gestante escolhe a maneira mais confortável para que o parto flua normalmente. Há também o parto normal, muitas vezes confundido com o parto natural, porém, diferencia-se pelo fato de que podem ser usadas técnicas invasivas, materiais sintéticos (ocitocina), corte na região perineal, anestésias, lavagem intestinal e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), procedimentos estes que não são mais indicados (DOMINGUES et al., 2014).

Além disso, existe o parto a fórceps ou parto por vácuo extrator, que se dá por via vaginal utilizando um instrumento cirúrgico fórceps para prender, rodar e puxar a cabeça do feto. Esta manobra é feita para evitar complicações durante o parto, como a morte da gestante e do feto, o rompimento do útero e, em casos de gestantes com complicações cardíacas e respiratórias, as quais devem ser privadas de grandes esforços (CUNHA, 2011).

Outro tipo de parto é o cirúrgico ou cesáreo que, por sua vez, é um procedimento invasivo, utilizando-se de técnicas como anestésias, peridural e, geralmente, faz-se um corte na região de baixo ventre por onde é retirado o bebê. Como pode apresentar complicações, é indicado em casos especiais como: circular de cordão umbilical, bebês maiores de 4.500 g, gestantes portadoras de Doença Sexualmente Transmissíveis (DSTs), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), descolamento prematuro de placenta e má formações fetais (MARTINS-COSTA et al., 2002).

2.4 O Acompanhante no Processo do Parto

A Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, obriga as entidades de saúde conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), a aceitarem um acompanhante, junto à gestante durante todo o processo de trabalho de parto, parto e puerpério imediato. No entanto, ainda existe uma grande dificuldade de adequação no âmbito do SUS (SANTOS e NUNES, 2009).

De acordo com a Portaria^o 1.020, de 29 de maio de 2013, orienta-se que a gestante decida sobre a presença do acompanhante que será de sua escolha, para que haja um melhor conforto no período da internação, e dessa forma, sentindo-se mais segura e confiante (BRASIL, 2013).

Por conseguinte, ela estará participando ativamente durante seu processo, ganhando confiança na equipe e sentindo-se mais à vontade. Companheiro, amiga, mãe, irmã, profissionais, doulas, estas são, por exemplo, pessoas que a gestante pode sentir-se mais

confortável durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério (SOUZA et al., 2011).

Doula é uma palavra de origem grega que significa “aquela que serve” e apesar de ser usada hoje em dia para designar uma mulher que acompanha uma gestante ou casal grávido antes, durante e depois do parto dando suporte físico, emocional e afetivo, ainda mantém seu significado original (PITALUGA, 2014).

A doula passou a ser reconhecida nos Estados Unidos em 1976 por Danah Raphael que documentou a vivência de mulheres que acompanham o trabalho de parto, parto e amamentação de outra mulher. A partir de 1980, as doulas ficaram conhecidas e mulheres que não gostavam da ideia de altos números de cesarianas passaram a contratar os seus serviços para auxiliá-las durante o parto, dando suporte físico e mental, para evitar procedimentos invasivos e cirurgias (SILVA et al., 2012).

Assim, percebe-se quão importante para as gestantes, e já garantido em lei, embora ainda com algumas restrições, o direito de ter como acompanhante durante todo o trabalho de parto, o parto propriamente dito e puerpério, uma pessoa de sua confiança para auxiliá-la, gerando benefícios e mesmo segurança a elas.

2.5 A Gestante e o Profissional da Enfermagem

Com os avanços das tecnologias e as práticas da assistência às gestantes, o processo de parto e pós-parto sofre influências, pois as gestantes não são informadas corretamente sobre os seus direitos. Com isto, a assistência fica a cargo dos profissionais que tratam com desrespeito o corpo, impedindo assim, o processo natural da gestação (CIELLO et al., 2012).

Os médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros também expressam diferentes maneiras de compreender a reprodução humana. Muitas vezes são influenciados por aspectos culturais, sociais e por um processo de formação profissional obsoleto, sem uma educação continuada atualizada e, com isto, o processo fisiológico de gestar, de parir e maternar, tornam rotineiros fazendo com que os profissionais fiquem frios diante do processo do parto (NICARETTA e CORTÊZ, 2015).

Nesse sentido, é de suma importância que a equipe de saúde esteja fundamentada e respaldada por protocolos nas práticas e técnicas comprovadas cientificamente com relação ao parto normal, por exemplo, evitando possíveis transtornos e dando uma melhor assistência. No que tange ao parto normal, segundo a Organização Mundial de Saúde

(OMS), este é dividido em 4 classes: as claramente úteis, que são estimuladas; as prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas; as não evidenciadas, em que é recomendado cautela até que novas pesquisas a validem; e as frequentemente utilizadas de modo inadequado (CARVALHO et al., 2010).

Dentre estas classes as práticas individualizadas vêm com o intuito de respaldar e direcionar a equipe e gestantes, e algumas práticas vêm sendo feitas de maneira errada nas instituições, tais como: tricotomia, enema, jejum, ocitocina e episiotomia, práticas estas consideradas arcaicas e visando o parto cesáreo. Isto demonstra que as gestantes não têm o trabalho de parto individualizado e sim, generalizado (SOARES, 2015).

Com estas desinformações a equipe de saúde manipula o corpo e o processo reprodutivo, podendo trazer complicações emocionais, físicas, morte do bebê, mutilação à mulher entre outros transtornos. Sendo assim, o enfermeiro tem fundamental importância durante a tomada de decisão da gestante para a escolha do tipo de parto, pois, como bem esclarece o Ministério da Saúde, a gestante geralmente é persuadida em optar para o parto cesáreo (CARVALHO et al., 2010).

O encontro entre gestantes e profissionais gera uma submissão por conta da rotina, pois não são esclarecidas as dúvidas e nem são dadas opções de escolha, sendo que este encontro deveria ser um espaço propício ao diálogo, mas infelizmente acaba sendo permeado por relações assimétricas de poder e de saber. Isso pode gerar transtornos entre gestantes e profissionais obstétricos, mudando o papel da parturiente, de principal para coadjuvante e, com isto, a sua escolha é facilmente influenciada (SOARES, 2015).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS), criou um modelo de intervenções de assistência obstétrica, em que a gestante é o objeto da ação, tendo o controle e a decisão sobre o parto e o nascimento, a chamada aliança terapêutica. Esta se faz através do diálogo interpessoal entre enfermeiros e gestante/casal, havendo uma troca ou negociação para garantir maiores benefícios no planejamento e na assistência onde estabelecem vínculos com o serviço de saúde. Vale ressaltar que a orientação do pré-natal é fundamental neste processo educativo (OLIVEIRA et al., 2002).

2.6 A Preocupação com a Vontade da Mulher

O período da gestação é vivenciado de forma diferente para cada mulher. Dúvidas e pensamentos são fantasmas que rondam a mulher e ao mesmo tempo a emoção de gerar uma nova vida. Muitas vezes esta mulher não é informada quanto ao tipo de parto, mesmo

sendo um assunto de grande importância, não exercendo o direito de manifestar seu desejo (IORRA et al., 2011).

Políticas nacionais estão sendo inseridas pelo Ministério da Saúde para humanizar, informar e garantir a assistência às crianças e gestantes desde o pré-natal ao puerpério para que não haja informações distorcidas e se tenha qualidade e acessibilidade na assistência (OLIVEIRA et al., 2010).

Nas últimas décadas vêm se falando muito a respeito das práticas constantemente ocorridas no Brasil, com destaque no grande consumo de medicamentos durante a gestação e parto, no elevado crescimento de casos de cesarianas e na intensa preocupação quanto à morbimortalidade materna. Surge então uma nova visão: o governo iniciou, mesmo que, incentivado pela pressão de órgãos não governamentais e através de mulheres e feministas, a garantia dos direitos e cuidados dispensados a gestante durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério. Surgiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (SANTOS e NUNES, 2009).

O Programa Rede Cegonha parte do diagnóstico de que as mortalidades maternas e infantis permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas, como as cesáreas e as intervenções desnecessárias no parto (CAVALCANTI, 2010, p.25).

O planejamento educativo onde os profissionais e os pais se tornam mais próximos, facilitando a comunicação com os serviços de saúde, ajudam a mulher/casal sobre a escolha do tipo de parto, onde será realizado, sobre as alternativas e asseguram quanto à ocorrência de alguma complicação durante o trabalho de parto (OLIVEIRA et al., 2002).

São poucas as experiências onde as gestantes aparecem como foco principal, expõe suas opiniões e falam sobre o momento do trabalho de parto e contam sobre o cuidado que lhe foi ofertado durante o trabalho de parto e próprio parto. Acredita-se que estas mulheres são capazes de opinar e falar sobre suas vivências sendo mais fácil oferecer um conforto durante todo o processo, o que se torna então, um parto humanizado, e a parturiente parte integrante no parto, sentindo-se mais confiante (BEZERRA e CARDOZO, 2006).

Neste contexto, observa-se que a mulher deixa de ser assistida de forma humanizada, havendo a perda da essência de gestar e parir, para virar atos mecânicos, frios e rotineiros. Com isto, intensificou-se o processo de medicalização do parto buscando mais tecnologias diagnósticas e normas intervencionistas. Logo, o parto cirúrgico cresce cada vez mais e de forma exacerbada. No entanto, viu-se a necessidade de ouvir as gestantes e entender se o parto cesáreo é realmente uma opção feita por elas (OLIVEIRA e CRUZ,

2014).

2.7 Fatores que Influenciam na Escolha da Via de Parto

O princípio da gestação é um importante passo. Também o pré-natal bem feito e com um bom acompanhamento auxilia o momento tão esperado, “o parto”. Além disso, o jeito de cada mulher, sua personalidade, sua saúde física e mental e até sua classe social, interferem durante o trabalho de parto e parto propriamente dito. Nessa perspectiva, a gestante deve ser acompanhada de forma individual e orientada, de forma clara quanto à nutrição, as dores fisiológicas do trabalho de parto, posições adequadas, o aleitamento e as diferentes fases da gestação e do novo integrante da família (BEZERRA e CARDOZO, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), há um aumento da porcentagem em hospitais privados na escolha por parto cesariano, sendo que nos hospitais públicos prevalecem os partos normais. A Organização Mundial de Saúde em 2015 diz que o Brasil é o país que mais faz cesariana, com cerca de 84% nos hospitais privados e 40% no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que o preconizado é de 15% (RODRIGUES, 2015).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criou através da Resolução Normativa Nº 368, de 6 de janeiro de 2015, um documento chamado partograma, onde é obrigatório justificar porque a equipe médica e obstétrica optou por parto cesariano. Com isto, deve-se esperar que a gestante entre em trabalho de parto, e não o agendamento para o nascimento do bebê, como geralmente ocorre. A cirurgia poderá ser feita em casos de emergência, utilizada apenas quando complicações impedem o parto normal. Observa-se ainda que, o partograma pode ser ludibriado, pois não há uma fiscalização ou auditoria para certificar-se que está sendo feito de forma correta (RODRIGUES, 2015).

Óbitos das gestantes são 10 vezes maiores e a mortalidade infantil é de 11 vezes mais em cesárea do que em partos normais. Este índice ocorre, pois, é uma intervenção cirúrgica e com ela envolvem-se riscos. Além do mais, os bebês nascidos de parto normal têm menor propensão a doenças respiratórias, autoimunes e até obesidade, e as puérperas uma recuperação rápida. As gestantes que não são bem informadas são influenciadas ao parto cesariano com justificativas tais como: idade avançada, baixa dilatação, cordão umbilical enrolado no pescoço, bebê sentado, e estas influências geram conflitos na escolha do parto normal (RODRIGUES, 2015).

Neste aspecto, ressalta-se que “o obstetra promove os medos da parturiente associados ao parto e superestima a segurança da cesariana, em função dos seus interesses” (FAIZAL e MENEZES, 2006, p. 227).

Sabe-se que muitos médicos concordam e enfatizam que o parto normal traz muitos benefícios para mãe e filho, em especial por ser da natureza humana, sendo o corpo feminino feito para reproduzir. A regeneração pós-parto normal é mais rápida e mais segura para a mãe, a maior parte das parturientes e feto passa pelo momento do parto sem nenhuma necessidade de métodos invasivos, e a dor pode ser controlada através de técnicas como respiração, posições e analgesias (CARDOSO et al., 2010).

Portanto, a mulher, como figura principal, tem o direito de optar pela maneira em que terá seu filho, via vaginal ou via cirúrgica. Esta é uma das justificativas mais usadas por aqueles que defendem o parto cirúrgico. E o profissional somente acatará a vontade de sua paciente. Essa justificativa contradiz ao que se vê na vida real (FAÚNDES et al., 2004). Neste sentido, observa-se que é importante para as gestantes a escolha da forma como deseja que ocorra seu parto, valendo ressaltar ainda que, progressos levaram à realização de técnicas do parto natural, o que proporciona argumentos favoráveis à escolha mediante fatores que influenciam na escolha da via de parto já mencionado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta pesquisa de campo foi realizada com gestantes do município de Bom Jesus do Itabapoana- RJ que fazem pré-natal pelo SUS, com idade entre 10 a 50 anos, totalizando 76 participantes (100%). Inicialmente verificou-se o número de gestações, escolaridade, renda familiar e raça, visando um resultado mais confiável e esclarecedor (Tabela 1).

Quando as gestantes foram questionadas se houve planejamento para a gestação, observou-se na maior parte dos casos, que não (51,3%). Este é um fato preocupante, pois demonstra uma responsabilidade exclusiva das mulheres, considerando que os companheiros em geral, não se preocupam em usar nenhum tipo de contraceptivo, um descuido por parte das mulheres, tornando-se um fato sociocultural, o que pode influenciar na forma como a notícia da gravidez é encarada.

Silva (2007) afirma que o medo de engravidar existe, porém os parceiros tem certa rejeição com alguns contraceptivos e há uma desinformação das mulheres com os programas do SUS, sem contar na falha na atenção primária, e quando descobrem que estão grávidas ficam assustadas, pois sabem da responsabilidade que terão para toda a

vida. Nesse contexto, vale mencionar que existe o Planejamento Familiar, que é um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, pelo Ministério da Saúde.

Tabela 1: Perfil das gestantes entrevistadas.

IDADE	10 a 17 anos	14,5 %
	18 a 25 anos	35,5 %
	26 a 35 anos	43,4 %
	36 a 50 anos	6,6 %
NÚMERO DE GESTAÇÕES	0 a 01	34,2%
	02 a 04	50%
	05 a 07	6,6%
	Mais de 07	9,2%
ESCOLARIDADE	Nunca frequentou	1,3%
	Ensino Fundamental	25%
	Ensino Médio	67,1%
	Ensino Superior	6,6%
RENDA FAMILIAR	Até 1 salário mínimo	57,9%
	De 1 a 3 salários mínimos	39,5%
	De 4 a 6 salários mínimos	1,3%
	Mais de 6 salários mínimos	1,3%
RAÇA / COR	Branca	32,9%
	Preta	26,3%
	Pardo	38,2%
	Amarelo	2,6%

Observou-se também que antes da gravidez 51,3% as mulheres se informaram sobre os sintomas, fases e riscos da gestação, o que é um aspecto positivo, pois se mostram confiantes sobre o momento e mais seguras no período do parto, levando em consideração as práticas vivenciadas, podendo passar experiências para outras gestantes

com troca de conhecimento entre familiares e amigos.

Sobre este assunto, Silva et al. (2015) afirmam que a classe social e a desigualdade de gênero são fatores cruciais para os problemas de saúde da mulher e que as atividades educativas fazem com que elas ampliem a qualidade no cuidado pessoal e na socialização de saberes, de elevação da saúde e de precaução de doenças, quando a gestante é instruída, contrai-se hábitos positivos de saúde dentro do ambiente familiar.

No que tange ao esclarecimento de dúvidas sobre a gestação, verificou-se que a grande maioria recebe as informações necessárias sobre a gestação e suas etapas. Este resultado é justificado com 72,3% de afirmativas.

Costa et al. (2010) relatam que as gestantes são orientadas. Contudo, muitas vezes, elas não compreendem as informações prestadas e se mantêm com dúvidas durante toda gestação, influenciando na qualidade do pré-natal, mesmo estas, estando satisfeitas com o serviço prestado. Neste contexto, observou-se que todas as gestantes são acompanhadas pelo médico (100%), seguido de enfermeiros, dentista, assistente social e outros. Ressalta-se que o enfermeiro ainda é pouco atuante no pré-natal deste município (18,4%). Percebe-se assim, que as ações recomendadas pelo Ministério da Saúde ao Programa Saúde da Mulher, são preconizadas para assistência qualificada e humanizada, pois há uma equipe multidisciplinar à disposição das gestantes no pré-natal.

Vieira et al. (2011) concordam que a atuação multidisciplinar estabelece uma ação clínica e educativa com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a assistência, onde o médico tem uma atuação intensiva, e que a conexão entre a equipe multiprofissional e a gestante facilita as ações de saúde retornadas às suas necessidades de maneira assistencial. Mesmo que, ainda o enfermeiro e o restante dos profissionais estejam em menor atuação, mas a evolução dos mesmos está acontecendo progressivamente com a adesão às consultas e assistência integral.

Questionadas quanto às dúvidas que as gestantes tiveram, se estas foram esclarecidas pelos profissionais, comprova-se que os profissionais não deixaram a desejar com relação às informações necessárias para um bom pré-natal, passando segurança para as gestantes e priorizando as necessidades identificadas. Desta forma, estabelecendo as intervenções, orientações e os acompanhamentos necessários, 92,1% das gestantes afirmaram terem suas dúvidas esclarecidas.

Em concordância, Landerdahl et al. (2007) afirmam que a maioria das gestantes estão satisfeitas, pois é fundamental que tenham suas dúvidas esclarecidas no pré-natal, como alvo principal, o acolhimento e o acompanhamento das mulheres durante sua

gestação, período caracterizado por mudanças físicas e emocionais sofrido de forma individualizadas. Destaca-se ainda, os pontos negativos, pois, vêem a precisão de maior privacidade nos atendimentos e solicitam que o pré-natal seja acompanhado pelo mesmo profissional até o momento de parir.

Em relação ao profissional que melhor esclarece as dúvidas foi evidenciado o médico (86,8%), sendo um resultado esperado, pois as consultas do pré-natal são agendadas mensalmente ao mesmo, e os demais profissionais atuam na complementação levando em conta que o enfermeiro (9,2%), o assistente social (5,2%) e os outros profissionais atuam com palestras e informações preventivas de orientação e promoção da saúde da mãe e do bebê.

Corroborando com este pensamento, Holanda et al. (2015) demonstram que a diminuição de mortes materno infantil se dá pelo avanço na qualidade dos serviços obstétricos e a assistência que as gestantes têm no pré-natal é satisfatória, pois os médicos esclarecem as dúvidas e a equipe multidisciplinar age de forma determinada, mantendo a qualidade da atenção à saúde. Entende-se que a avaliação da assistência e a reorientação das práticas de atenção obstétrica devem priorizar a humanização, a autonomia e a subjetividade da mulher.

Quando questionadas sobre o esclarecimento a respeito dos tipos de partos, observa-se que 86,8% das gestantes estão certas de suas decisões. Sendo assim, percebe-se que elas podem fazer uma melhor escolha da via de parto com segurança e consciência.

Em contrapartida, Dias e Deslandes (2006) relatam que a simbologia rica referente ao momento do parto cria expectativas e preocupações, o que leva em sua maioria, as parturientes buscarem informações através de meios de comunicação em geral, familiares, relatos de outras mulheres e própria experiência vivida.

Abordadas sobre o conhecimento dos tipos de partos, as gestantes em sua maioria, demonstraram conhecimento sobre o parto normal (77,6%), seguido de parto cesariano (60,5%), entre outros (7,9%).

Bittencourt et al. (2013) afirmam que apesar das gestantes saberem da importância do parto normal, ainda consideram o parto cesáreo como a melhor opção, pois as gestantes relatam os mitos, a cultura, as crenças, a dor e a influência familiar como fatores que interferem na escolha da via do parto, além das informações distorcidas.

Em discordância, Hotimsky et al. (2002) afirmam que o conhecimento das parturientes são apenas superficiais e simbólicos, relatam ainda que, na realidade faltam informações durante o pré-natal, apropriando-se de seus desejos e necessidades, e

acreditam no “saber” médico e acabam por vivenciar realidades diferentes do que imaginaram.

Referindo-se à preferência da via de parto nota-se uma preferência pelo parto normal (63,1%) em relação ao parto cesário (35,5%) ou outros tipos de parto (1,4%), visto que é considerado mais seguro para mãe e filho, com uma recuperação mais rápida e fisiológica, viabilizando o autocuidado, e maior atuação da parturiente.

Faúndes et al. (2004) declaram que a preferência pelo parto vaginal se dá ao fato da praticidade e o tempo de retorno para a “vida social”, mesmo aquelas que obtiveram as duas formas de parto, ainda preferem o parto normal.

De acordo com a Figura 1, o momento decisório pelo tipo de parto é evidenciado antes da gestação ocorrer, revelando que já existe um pré-conceito sobre a via de parto, pois muitas delas vêm sendo instruídas de forma errônea e mistificadas por familiares, amigos, entre outros.

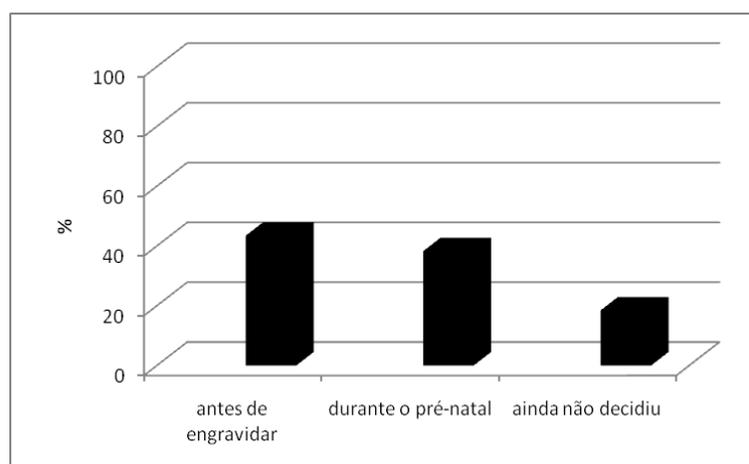


Figura 1: Questão do questionário sobre o momento decisório do tipo de parto.

Em concordância, Domingues et al. (2014) apontam a preferência pelo parto cesário antes da gestação, o que pode mudar durante o período do pré-natal, e principalmente ao findar da mesma. Na sua maioria são mulheres que já passaram por experiências de partos anteriores à atual gestação, ou seja, nas múltiparas.

Observou-se também que mais da metade das gestantes que participaram da pesquisa (55,3%) não confiam em um pré-natal feito pelo enfermeiro, apesar de serem profissionais capacitados para tal tarefa tão importante. Ressalta-se que não há ainda neste município o “costume” de se ter a atuação direta do enfermeiro no acompanhamento das

gestantes.

Em contrapartida, Landerdahl et al. (2007) expõem que as consultas de enfermagem são de extrema importância no pré-natal de baixo risco, intercaladas com as consultas médicas, pois concentra-se na educação em saúde, e permitem às gestantes um espaço para sanar suas dúvidas e anseios, orientações sobre esta nova fase, com atenção voltada à redução da morbimortalidade materna e fetal.

Em relação ao tipo de parto, observa-se que o parto normal foi a opção mais indicada para as gestantes durante o pré-natal (63,1%), enquanto que o parto cesáreo foi indicado em apenas 32,8%. Tal fato ocorre por diversas razões como, por exemplo: o parto normal sendo o de primeira escolha pelo SUS, condições financeiras, número de gestações prévias e vias de partos anteriores.

Em concordância, Cardoso et al. (2010) afirmam que alguns médicos ainda preferem o parto normal por origem à fisiologia humana, alegando as vantagens do parto natural como a recuperação mais rápida, em relação às desvantagens do parto cirúrgico, como os riscos de infecções no período intra e pós-cirúrgico.

Quando as gestantes foram questionadas se sempre optaram por este tipo de parto verificou-se que as gestantes em 57,9% dos casos concordam e sempre quiseram ter o tipo de parto oferecido, visto que foi levado em consideração a vontade e participação da mulher na escolha pela via de parto, o que demonstra uma grande conscientização das gestantes quanto aos benefícios para a saúde da mulher. Já 42,1% afirmaram que não optaram pelo tipo de parto.

Em contrapartida, Sodré et al. (2010) afirmam que no Brasil esta não é a realidade: predomina-se os costumes e hábitos das instituições, prejudicando a gestante e seus familiares. Existe uma grande diferença quando se trata de estudos científicos e as práticas que acontecem na realidade, o autoritarismo reflete diretamente nas técnicas de saúde.

Referindo-se à opção pela via de parto durante o pré-natal, as gestantes puderam opinar em sua maioria (72,4%) pelo tipo de parto, atendendo às suas necessidades físicas e psicológicas, levando em consideração suas condições financeiras e estruturais do município. Situação esta, que vem confirmar os resultados observados na pesquisa quanto ao nível socioeconômico e cultural das participantes, bem como sua faixa etária.

Contradizendo, Faúndes et al. (2004) afirmam que os médicos opinam na escolha da via de parto, argumentando que há técnicas com anestésias entre outros procedimentos seguros para a mãe e o bebê, e além de ser um parto mais rápido.

Em relação ao melhor tipo de parto, as gestantes elegeram o parto normal como o de sua preferência (81,6%). Este resultado é justificado pela reconhecida importância do parto normal, baseado em números de partos vaginais bem sucedidos e complicações durante o parto cirúrgico.

Pereira et al. (2011) afirmam que as mulheres preferem o parto normal como sua escolha principal, mesmo as que já vivenciaram o parto cesáreo, e o motivo principal seria a dor e o pós-operatório, devido à recuperação mais lenta, havendo um embate em que os médicos acreditam que a preferência seria cesariana. Muito se discute sobre partos. Nesse sentido, quando as gestantes foram perguntadas sobre o motivo de não optarem pelo parto normal, verificou-se que há uma imparcialidade pois 29% das participantes preferiram não opinar. Contudo, as que opinaram, apresentaram o medo de complicações no decorrer do parto como o principal motivo da recusa (22,4%), seguido do medo da dor (21%) e o tempo de espera (15,7%) entre outros (11,9%) (Figura 2A).

De acordo com Ferrari (2009), por motivos pessoais, o medo da dor e o receio por complicações durante o parto, são alguns dos motivos que levam à recusa do parto vaginal. Porém, no Brasil esses anseios não são respeitados, e mulheres com pouco poder aquisitivo são “obrigadas” a ter o parto normal.

No que tange ao parto cesáreo, destaca-se uma maior recusa em relação ao parto normal como motivo principal, pois, o medo de complicações por se tratar de um procedimento invasivo, pode trazer infecções e transtornos em relação ao parto normal. Ainda, o medo da dor e de complicações no pós-parto ficou evidenciado (Figura 2B).

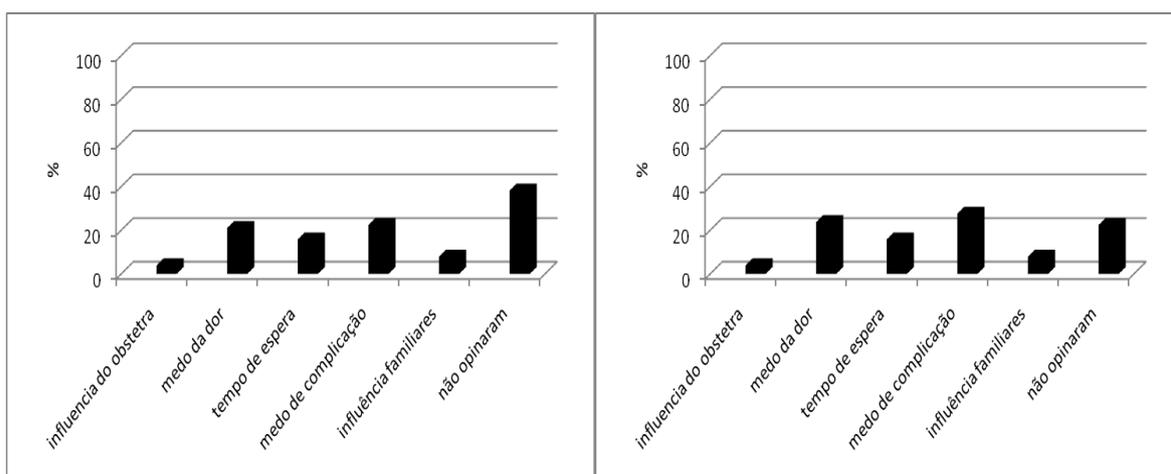


Figura 2: (A) Questão do questionário sobre “Por que não o parto normal?” **(B)** Questão do questionário sobre “Por que não o parto cesáreo?”

Melchiori et al. (2009) relatam que a maioria das gestantes preferem o parto normal ao cesáreo, pois a recuperação é rápida e em geral são influenciadas por amigas e familiares que passaram por estas experiências. Mesmo existindo um alto índice de cesarianas elas alegam influência médica, e clínicas particulares favorecem os interesses diversos dos profissionais envolvidos.

Em relação à apreensão quanto a hora do parto percebe-se um desconforto, em sua maioria, pelo medo de passar da hora do bebê nascer (71%), baseando-se em relatos ocorridos, porém não fundamentados. Outro fator é o medo de ficar sozinha em ambiente desconhecido (27,6%) e desprovida de pessoas de sua confiança. Segundo McCallum e Reis (2006), o ambiente hostil do centro obstétrico é favorável ao medo, à separação das famílias. Ainda, o medo da dor se destaca como agravante no processo do parto e se torna um sofrimento adicional neste momento tão individual, seguidas pela manipulação inadequada de seu corpo e exposição dos mesmos.

Abordadas as gestantes acerca da influência médica em relação à escolha da via de parto, há uma grande diferença entre sim (18,4%) e não (81,6%). Conclui-se que o médico não exerce influência direta sobre suas escolhas e as deixam livres para opinar.

Observando o ponto de vista de Dias et al. (2008) é evidente a atuação do médico, mediante a fragilidade da mulher neste momento de sua vida em favor do parto cirúrgico, e assim observa-se que indicações de cesarianas desnecessárias são frequentes.

Acerca do pré-natal, sem sombra de dúvidas, a satisfação com o pré-natal ofertado é em grande maioria (96%), visto que as gestantes se sentem acolhidas pelos profissionais envolvidos, em um trabalho bem feito e elaborado de acordo com a necessidade de cada uma.

Neste sentido, Rios e Vieira (2007) relatam a insatisfação com relação às dúvidas no pré-natal, pela falta de ações educativas e principalmente o despreparo das gestantes para a hora do parto, sendo que tais ações eram para serem feitas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal, nas consultas médicas durante o pré-natal. Em contrapartida, observa-se pelos estudos de Lorra (2011) que, as gestantes, quando referenciadas para a maternidade, deveriam ser apresentadas aos plantonistas da equipe que estarão cuidando de seu bem-estar e do bem-estar fetal durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Durante este processo, a presença de acompanhante assim como o esclarecimento de dúvidas que aparecerem é indispensável para acalmar a gestante, atenuando expressivamente os níveis de ansiedade.

Logo, os resultados encontrados apontaram que o desejo pelo parto normal está coligado à recuperação pós-parto, ao medo da anestesia e pelas complicações causadas pela cesariana, ainda, pelas preocupações estéticas e uma retomada da vida sexual, pelas experiências de parto vaginal, e também pelas informações e influências de outras pessoas. Muito das escolhas pelo parto normal, compete aos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros de trabalhar em um processo de conscientização junto às gestantes, durante todo o período pré-natal, realizando uma assistência mais humanizada à mulher, no ciclo gravídico-puerperal, de forma a promover acolhimento e segurança na sua escolha pelo tipo de parto

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou de uma forma geral, o conhecimento, a vontade e as necessidades das gestantes e o papel que o enfermeiro exerce durante a assistência ao pré-natal. Pode-se concluir que, o enfermeiro ainda aparece em menor destaque durante o pré-natal na cidade de Bom Jesus do Itabapoana/RJ. Porém, mostra que há uma grande necessidade na implantação de um pré-natal melhor assistido por uma equipe multidisciplinar, onde o enfermeiro atue junto ao médico, elaborando uma assistência mais acolhedora e individualizada.

A gestação traz consigo mudanças fisiológicas, insegurança, medos e anseios, e o enfermeiro com o papel de educador em saúde, amplia a qualidade pessoal, ajudando contrair hábitos positivos. As gestantes se mostraram satisfeitas com o pré-natal oferecido, porém, foi considerada uma carência na atenção básica voltada ao planejamento familiar e uma ação preventiva para a conscientização das mulheres e de seus parceiros, quanto à importância desta nova fase e a chegada de mais um membro da família. Fica claro que o parto normal ainda é o mais escolhido entre as gestantes, estando elas cientes que o parto vaginal é melhor para mãe e filho.

Contudo, existe o receio de enfrentarem um sofrimento prolongado, agressão física e verbal, mutilação do corpo, traumas ao bebê. Sentem-se sozinhas em um ambiente frio e desconhecido com pessoas que são movidas apenas pelo conhecimento e não pela assistência humanizada. Nesse sentido, é importante mostrar para as gestantes que o parto normal não é sempre sinônimo de dor, transtornos e sofrimento.

Conclui-se então, que a atuação do enfermeiro na atenção básica junto aos programas do SUS, especialmente, o Programa Integral à Saúde da Mulher (PAISM),

estimulam e incentivam a participação das mulheres no processo decisório do parto.

REFERENCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Texto contexto enferm., Florianópolis SC**, v. 21, n. 4, p. 819-827, 2012.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto-SP, v. 14, n. 3, p. 414- 421, 2006.

BITTENCOURT, F.; VIEIRA, J.; ALMEIDA, A. C. C. H. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba-PR, v. 18, n. 3, 2013.

BRASIL. **Portaria n. 11, 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 à 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. Ministério da Saúde. Brasília: 2015. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Portarias/2015/01_janeiro/PT_GM_N_11_01.01.2015.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 1020, de 29 de Maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. n. 103 – DOU – 31/05/13 - seção 1 – p.72. Ministério da Saúde. Brasília: 2013. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/lista_legislacoes/legis_2013/U_PT-MS-GM-1020_290513.pdf>. Acesso em: 26 set. 2015.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 427-35, 2010.

CARVALHO, V. F.; KERBER, N. P. C.; BUSCANELLO, J.; COSTA, M. M. G.; GONÇALVES, G.; QUADROS, V. F. Práticas Prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, Número Especial, p. 92-98, 2010.

CAVALCANTI, P. C. S. **O modelo lógico da Rede Cegonha**. Recife: 2010. 25f.

CIELLO, C.; CARVALHO, C.; KONDO, C.; DELAGE, D.; NIY, D.; WERNER, L.; SANTOS, S. K. (Col.). Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê Elaborado Pela Rede Parte do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2015.

COSTA, E. S.; PINON, G. M. B.; COSTA, T. S.; SANTOS, R. C. A.; NÓBREGA, A. R.; SOUZA, L. B. Alterações Fisiológicas na Percepção de Mulheres Durante a Gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, 2010.

CUNHA, A. A. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, São Paulo, v. 39, n. 12, p. 549-554, 2011.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M.; PEREIRA, A. P. E.; FONSECA, S. C.; GAMA, S. G. N.; THEME, FILHA M. M.; BITTENCOURT, S. D. A.; ROCHA, P. M. M.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-34, 2008.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2647-55, 2006.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J. A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 101-116, 2014.

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

FAÚNDES, A.; PÁDUA, S.; OSIS, M. J. D.; CECATTI, J. G.; SOUZA, M. H. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 488-494, 2004.

FERRARI, J. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. **Revista Bioética**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 473-495, 2009.

FIGUEIREDO, N. S. V.; BARBOSA, M. C. A.; SILVA, T. A. S.; PASSARINI, T. M.; LANA, B. N.; BARRETO, J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, 2010.

HOLANDA, C. S. M.; ALCHIERI, J. C.; MORAIS, F. R. R.; MARANHÃO, T. M. O. Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington-US, v. 37, n. 6, p. 388-94, 2015.

HOTIMSKY, S. N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S. I.; BÓGUS, C. M.; MIRANDA, M. M. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.

IORRA, M. R. K.; NAMBA, A.; SPILLERE, R. G.; NADER, S. S.; NADER, P. J. H. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 260-268, 2011.

LANDERDAH, L. M. C.; RESSEL, L. B.; MARTINS, F. B.; CABRAL, F. B.; GONÇALVES, M. O. A. Percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde.

Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-11, 2007.

MARTINS-COSTA, S. H.; HAMMES, L. S.; RAMOS, J. G.; ARKADER, J.; CORRÊA, M. D.; CAMANO, L. **Cesariana – Indicações**. Projeto Diretrizes. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, p. 185-192, São Paulo, 2002.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1483-1491, 2006.

MELCHIORI, L. E.; MAIA, A. C. B.; BREDARIOLLI, R. N.; HORY, R. I. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 1, 2009.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, M. G. **Embriologia Clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NAKANO, A. M. S.; SILVA, L. A.; BELEZA, A. C. S.; STEFANELLO, J.; GOMES, F. A. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 131-137, 2007.

NICARETTA, C. J.; CORTÊZ, D. T. Centros De Parto Normal, Revisão Integrativa Saúde e Pesquisa, Maringá. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 345- 353, 2015.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, Número Especial, p. 32-4132, 2010.

OLIVEIRA, L. M. N.; CRUZ, A. G. C. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 2, p. 175-180, 2014.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; RIESCO, M. L. G.; MIYA, C. F. R.; VIDOTTO, P. Tipo de Parto: Expectativas das mulheres. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 667, 2002.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações Sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, 2011.

PITALUGA, L. K. S. **Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas ao Acompanhamento de Doulas**. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Psicologia. P 103, Goiânia, 2014.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

RODRIGUES, P. **Resolução Normativa nº 368**, de 6 de janeiro de 2015. Estímulo ao parto normal. ANS saúde, 2015.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M. Doulas Na Assistência Ao Parto: Concepção de Profissionais

de Enfermagem. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 582-88, 2009.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C.; NUNES, I. M. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Revista Cubana de Enfermería**, Havana - Cuba, v. 30, n. 1, 2015.

SILVA, E. **O planejamento familiar na perspectiva feminina**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca-SP, p. 96, 2007.

SILVA, R. M.; BARROS, N. F.; JORGE, H. M. F.; JUNIOR, A. R. F. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, 2012.

SOARES, M. L. **A participação da mulher no processo decisório de seu parto**. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Brasília, p. 30, 2015.

SODRÉ, T. M.; BONADIO, I. C.; JESUS, M. C.; MERIGHI, M. A. B. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina - Paraná. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 452, 2010.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A Humanização do Nascimento: Percepção dos Profissionais de Saúde que atuam na atenção ao Parto. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 479-86, 2011.

TEDESCO, R. P.; MAIAFILHO, N. L.; MATHIAS, L.; VALESKA, A. L. B.; CASTRO, C. L.; BOURROUL, G. M.; REIS, F. I. Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 791-798, 2004.

VIEIRA, S. M.; BOCK, L. F.; ZOCHE, D. A.; PESSOTA, C. U. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 255, 2011.