

PARTO NORMAL NA ÓTICA DAS PRIMÍPARAS E SUAS DIFICULDADES
NORMAL BIRTH IN THE OPINION OF PRIMIPAS AND THEIR DIFFICULTIES
PARTO NORMAL EN LA ÓPTICA DE LAS PRIMÍPARAS Y SUS DIFICULTADES

Mayara Soares Gonzaga¹

Luzimere Pires do Nascimento²

RESUMO

A experiência da parturição representa um evento importante na vida das mulheres, um momento único e especial, marcado pela transformação da mulher em seu novo papel, o de ser mãe. O objetivo desta pesquisa foi conhecer as dificuldades das primíparas sob sua ótica, quanto ao motivo da escolha da via de parto, perspectiva do parto e parto. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa com 25 primíparas, realizada por meio de entrevistas estruturadas, sendo estas gravadas na íntegra e analisado com os preceitos da análise temática. Os resultados revelam as características da população entrevistada, o acompanhamento da gravidez, as informações sobre o trabalho de parto, as preferências da via de parto e via de parto realizado. Constatou-se que as gestantes em sua maioria têm o parto fisiológico como opção de primeira escolha. Entretanto nem todas essas gestantes realizaram o parto que desejavam ter.

Descritores: Parto normal; Primíparas; Dificuldade.

ABSTRACT

The experience of parturition represents an important event in women's lives, a unique and special moment, marked by the transformation of women into their new role, that of being a mother. The objective of this research was to know the difficulties of the primiparas under their perspective, as to the reason of the choice of the way of delivery, perspective of the childbirth and delivery. It is a descriptive, exploratory, qualitative study with 25 primiparas individuals, conducted through interviews, the interviews being recorded in full and analyzed with the precepts of the thematic analysis. The results reveal the characteristics of the population interviewed, the follow-up of the pregnancy, the information about labor, the preferences of the way of delivery and the way of delivery performed. It was verified that the pregnant women in the majority have the physiological birth as an option of first choice. However not all of these pregnant women performed the delivery they desired to have.

Key words: Normal birth; Primiparas; Difficulty.

RESUMEN

La experiencia de la parturición representa un acontecimiento importante en la vida de las mujeres, un momento único y especial, marcado por la transformación de la mujer en su nuevo papel, el de ser madre. El objetivo de esta investigación fue conocer las dificultades de las primíparas bajo su óptica, en cuanto al motivo de la elección de la vía de parto, perspectiva del parto y parto. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria, de naturaleza cualitativa con 25 primíparas, realizada por medio de entrevistas, siendo las entrevistas grabadas en su totalidad y analizado con los preceptos del análisis temático. Los resultados revelan las características de la población entrevistada, el seguimiento del embarazo, las informaciones sobre el trabajo de parto, las preferencias de la vía de parto y la vía de parto realizada. Se constató que las gestantes en su mayoría tienen el parto fisiológico como opción de primera elección. Sin embargo, no todas esas gestantes realizaron el parto que deseaban tener.

Palabras clave: Parto normal; Primíparas; Dificultad.

*

¹Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem, do Centro de Estudos Superiores de Parintins - Universidade do Estado do Amazonas, Contato: (92) 991599016, E-mail: maysoares28@gmail.com

²Orientadora do Artigo. Docente MSc. do Curso de Enfermagem, da Universidade do Estado do Amazonas - UEA, Enfermeira Especialista em Saúde Pública. Contato: (92) 991326200, E-mail: mere.pires@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A experiência do parto sempre representou um momento importante na vida de uma mulher, transformação essa descrita como única, emocionante e especial. Um processo vivido pelas mulheres que exige muita coragem, pois nesse momento elas dão à luz e se transformam em mãe¹. O parto para mulher é marcante, emocionante e inesquecível. Envolve fenômenos que sofrem influências psicológicas e culturais. O parto normal é considerado a escolha ideal para a gestante que não apresenta complicações obstétricas².

A gestação significa um período diferente e especial para a mãe, sendo configurado por incertezas, dúvidas e inseguranças, principalmente para as mulheres primíparas, visto que elas nunca passaram por esse momento de experiência³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se uma taxa de 55% de partos cesáreos realizados em todo o Brasil, em vista que se considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Taxa essa estipulada pela comunidade médica internacional⁴.

A OMS afirma que o Brasil é um dos líderes em cesariana. Em Genebra foi feita a declaração de que este procedimento estava se transformando em “epidemia”. Nesta mesma ocasião foi realizado um alerta para que os profissionais da saúde e mulheres pudessem repensar em tal procedimento e passarem a pensar no parto normal⁴.

O DATASUS divulga a quantidade e o tipo de parto realizado, porém esses números não dizem a real escolha do tipo de parto que a mulher desejava. Pois existem alguns fatores e dificuldades na escolha do tipo de parto, como indicações médicas, influência da família, pré-natal deficiente, falta de informação quanto aos benefícios do parto normal e o esclarecimento de que o parto cesáreo deveria ser usado em casos de extrema necessidade.

Dessa forma, surge o questionamento: a partir desses fatores e dificuldades descritas, qual a opção de parto de primeira escolha da primípara? E após o parto questiona-se: houve diferença entre a expectativa do parto e o tipo de parto realizado? Para tanto, este estudo teve como objetivo conhecer as dificuldades das primíparas sob sua ótica, quanto ao motivo da escolha da via de parto, perspectiva do parto e parto.

E Através da ótica das primíparas saber das dificuldades, obter conhecimento dos motivos, fatores, que as levaram a escolher a via de parto, podendo assim trabalhar, orientar e incentivar sobre a importância do parto natural e de seus benefícios, tanto para um desenvolvimento saudável, como pela simples escolha do parto fisiológico, oportunizando o recém-nascido a termo de um crescimento e desenvolvimento saudável, sem sequelas de uma cesariana. Contribuindo ainda com a prevenção de nascimento de neonatos prematuros, logo promovendo à saúde da comunidade e ainda contribuindo para o declínio dos percentuais de cesarianas no Brasil.

2. REVISÃO DA LITERATURA

No passado, ao longo da história os partos eram realizados em domicílios junto aos seus familiares com a ajuda de mulheres, parteiras, curiosas ou comadres, pessoas de extrema confiança da gestante e com experiência do processo parturitivo, sendo estas reconhecidas em sua comunidade pela capacidade de conduzir um parto sem retirar a autonomia da mulher naquele momento em que ela se torna mãe⁵.

Mulheres eram protagonistas de um momento fisiológico somente delas, acompanhado por outra mulher de sua confiança, onde expressava livremente seus anseios, e durante todo o parto as mesmas eram acompanhadas pelos seus familiares. Com o passar dos anos, a história se modificou, “evoluiu”, parteiras e familiares foram praticamente excluídos desse momento tão importante para a mulher e sua família, onde esses ajudadores foram substituídos por pessoas desconhecidas, que muitas vezes utilizam técnicas inadequadas para a realização do parto⁶.

Assim, as mulheres foram retiradas do aconchego do seu lar e da companhia dos seus familiares para um ambiente frio e impessoal, em que na maioria das vezes profissionais desconhecidos e sem identificação exerciam sem permissão e justificativa, uma série de procedimentos invasivos e dolorosos, como se a parturiente fosse um objeto sem identidade e voz⁷

No Brasil a evolução da obstetrícia ocorreu junto com a vinda da corte portuguesa para o Brasil, parteiras francesas formadas, foram trazidas pela Faculdade de Medicina de Paris. Já ocorria a vinda de profissionais estrangeiro ou mesmo o retorno de alguns aristocratas que havia ido estudar na Europa⁸.

2.1 MUDANÇA DO PARTO FISIOLÓGICO

No contexto mundial afirma-se que o fim da segunda guerra mundial deu o início a institucionalização do parto, pois foi quando os governos da época perceberam a necessidade de diminuir as altas taxas de mortalidade binômio mãe-filho. A partir da institucionalização, no Brasil e no mundo, a parturiente passa a ficar distante de seus familiares no processo parturitivo, permanecendo sozinha em uma sala de pré-parto, com praticamente nenhuma privacidade e a partir desse momento e ao longo da história a mulher vem perdendo o empoderamento e toda a sua autonomia em um momento significativo e marcante em sua vida⁹.

Em 1980 no Brasil pode-se observar um salto na história das políticas públicas, voltada à atenção ao parto e uma mudança em relação a essa temática, foi caracterizado como um período de transição democrática¹⁰.

Para Brasil (apud Moura)⁷ a hospitalização do parto normal mais precisamente a partir do século XIX houve uma expansão da assistência médica no Brasil e programas de saúde como a assistência pré-natal associada à institucionalização do parto, que privilegiava a fase reprodutiva da mulher, a fim de garantir uma prole saudável e produtiva.

A obstetrícia passou a ser aceita como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, porem em contradição da obstetrícia dos dias atuais, pois no passado a obstetrícia incentivava além da hospitalização, a intensa medicalização da grávida, o que resultou na perda do empoderamento e do protagonismo da mulher no seu parto¹¹.

Em 1983 com o movimento feminista e seu ideário para a atenção a saúde integral responsabilizou o estado brasileiro com os aspectos da saúde reprodutiva. Desta forma as ações passaram a priorizar as necessidades da população feminina. Com iniciativa do movimento feminista, foi elaborado o Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) onde foi apresentado ao Ministério da Saúde (MS) e na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da explosão demográfica em 1983¹².

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS implementou-se com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. E Lei n.º 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências¹³.

Em 2000 institui-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS, onde diz que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério¹⁴.

Em 2003, teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. No ano 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construídas a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde¹⁴.

Todos esses programas com princípios e diretrizes, criados ao longo da história das políticas pública de saúde foram elaborados com o intuito de melhorar o atendimento a mulher em todas as suas fases da vida e principalmente na gravidez fazendo com que a mulher volte a ter o

empoderamento em um momento único em sua vida que é de parir, dar à luz a uma criança e tornar-se mãe.

2.2 O RESGATE DO PARTO NATURAL

A decisão pela via do tipo de parto recebe muitas influências, tanto dos profissionais de saúde, que muitas vezes acabam decidindo o tipo de parto que a mulher deverá ter, quanto pelos próprios familiares, com especial destaque para a mãe da gestante. Tais fatores mostram a importância do papel da mulher com total autonomia e direito de decisão a respeito da via de parto da sua preferência. Portanto, cabe a equipe de saúde, em especial aqueles que irão realizar o parto, aceitar e respeitar a decisão da sua paciente e somente interferir nessa decisão, quando houver situação de risco para mãe e/ou o feto³.

Cabe ainda ao profissional de saúde, orientar e esclarecer sobre a fisiologia do parto e sobre os anseios da mulher na sua primeira gestação (primigesta) lhe dará confiança e tranquilidade em relação aos profissionais da saúde que lhe acompanharão, e sobre o seu próprio corpo, pois o parto fisiológico não requer nenhuma ou pouca intervenção médica. Os profissionais estarão na sala de parto orientando a mulher durante todo o processo do trabalho de parto, ou quando necessário, dando-lhe apoio à parturiente e seus familiares, pois quem será responsável pelo trabalho de parto será a parturiente e o recém-nascido¹⁵.

Ainda segundo Chauvet¹⁵, a mulher para dar à luz precisa liberar uma espécie de fluxo hormonal, uma mistura de hormônios. Esses hormônios são a ocitocina, endorfina, prolactina e adrenalina, que são fundamentais para o fenômeno de vinculação entre mãe e filho.

Dias e Deslandes¹⁶, afirmam que o parto natural é um evento de proporções físicas, psicológicas e culturais, e as últimas horas de gravidez ocorre as contrações uterinas o que causará fortes dores na mulher proporcionando à dilatação do colo uterino e conseqüentemente a expulsão do feto pelo canal vaginal.

A dor é ocasionada pelas contrações uterinas, porém é suportável, pois é intermitente e existem muitas maneiras de amenizar e lidar com essas contrações. O conforto físico pode ser aumentado pelo uso de técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração e práticas alternativas, que favoreçam o bom desenvolvimento do trabalho de parto e forneça conforto e segurança à mulher e seu filho¹⁷.

A mulher ao entrar em trabalho de parto, reflete que a criança está preparada para nascer, e da mesma forma o corpo da mulher está sendo preparado para realizar a expulsão do feto. Nesse momento ocorre uma série de modificações fisiológicas que permitem uma melhor adaptação do

neonato. Um coquetel de hormônio vai facilitar muito o estabelecimento do vínculo mãe e filho, a recuperação, o sangramento. Dessa forma menos anemia e menos risco de infecção¹⁵.

Chauvet¹⁵, afirma ainda que o parto não é só um ato fisiológico que inicia com a contração, dor até o nascimento de uma criança e da placenta. É acima de tudo, um verdadeiro ritual de iniciação de passagem, não apenas para mãe, mas para toda a família e para o recém-nascido que participa ativamente dessa experiência, assim o RN sai forte e a seu tempo, no momento em que ele está preparado para vir ao mundo. É importante destacar que os profissionais que acompanham o pré-natal, em especial os enfermeiros, possuem importante papel, permitindo que as mudanças efetivamente ocorram. Para tal, é necessário agregar ao cuidado ações educativas e humanizadoras visando um parto saudável, desconstruindo mitos que interferem neste momento¹⁸.

2.3 O PAPEL DA ENFERMAGEM EM DEVOLVER A AUTONOMIA DA MULHER NO PARTO NORMAL

Gerar um filho é uma experiência incrível na vida de uma mulher, só uma mãe é capaz de entender. A maioria das mulheres almeja viver esse experimento magnífico. No entanto, não se pode encarar uma gestação achando que será tudo muito simples, porém esta mulher tem o direito de ser identificada, classificada se gravidez de baixo risco ou alto risco e acompanhada por profissionais da saúde capacitados¹⁹.

O Ministério da Saúde recomenda que a primeira consulta de pré-natal seja realizada até o quarto mês de gestação, e deve garantir no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação²⁰.

Dessa forma a gestação pode ser acompanhada por um profissional de saúde capacitado, realizando a identificação, a classificação de risco que pode ser: de baixo risco quando a gestação constituir um fenômeno fisiológico normal que evolui em 90% dos casos sem intercorrências. Ou também ser classificada de alto risco, quando a gravidez já se inicia com problemas, ou estes surgem no decorrer do período gestacional com maior probabilidade de apresentarem uma evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe²¹.

Também é de parecer de Souza¹⁹, que ser mãe é um processo onde a mulher passa por uma série de modificações anatômicas e psicológicas o que fisiologicamente provoca alterações de humor e em casos mais extremos até alternância na personalidade da mesma, mudanças em seu corpo, como aumento das mamas e útero, também são comuns e esperadas, para algumas primigestas são aceitáveis essas mudanças, para outras se torna um transtorno.

O enfermeiro estar apto a lidar com o estado emocional desta mulher em sua primeira gestação, devendo manter um relacionamento humanizado com a mesma e sua família, pois a maternidade é vista de forma holística e todos estão de alguma forma envolvidos, logo é evidente a relevância da atuação do profissional enfermeiro, esclarecendo dúvidas, desmentindo os mitos e enfatizando as verdades, dando apoio as puérperas, atenção e paciência, procura minimizar possíveis sofrimentos¹⁹.

O enfermeiro é um profissional capacitado para o atendimento ao pré-natal capaz de realizar o acompanhamento do ciclo gravídico, oportunizando educação em saúde, orientando e facilitando a compreensão da grávida. Este profissional não só pode atuar frente a este programa específico, mas como também presta assistência a população em geral promovendo saúde de forma efetiva²².

É de responsabilidade do enfermeiro realizar a consulta de enfermagem buscando promover condições adequadas para um desenvolvimento saudável de uma gravidez, certificando-se que haja um desenvolvimento da gestação, proporcionando uma melhor qualidade de vida, sempre abordando e garantindo uma participação ativa da gestante e buscando a participação efetiva da família. Ainda nas consultas de enfermagem, além da competência técnico/científica, o enfermeiro deve manter diálogo e confiança com a gestante, dessa forma proporcionando uma escuta ativa de seus anseios, suas queixas, afim de esclarece-los e manter uma relação profissional de confiança, desempenhando um trabalho com ações educativas²³.

No pós-parto em sua primeira experiência a dar à luz a mulher está se familiarizando as transformações que sofreu não só no momento do parto, mas ao longo da gravidez, e nesta fase esta puérpera necessita de uma assistência específica e humanizada do profissional que a atende, não só as necessidades da mãe, mas também do recém-nascido²⁴.

É evidente a importância do papel desempenhado pelo enfermeiro frente à atenção à mulher, especificamente durante o pré-natal, devendo prestar uma assistência qualificada e humanizada de forma integral às necessidades da mulher, levando em conta a importância do acompanhamento no pós-parto imediato e ao longo do puerpério²⁴.

3. MÉTODO

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, para compreensão e discussão a respeito das experiências vivenciadas por mulheres primíparas.

As participantes da pesquisa foram 25 mulheres residentes nas áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Mãe Palmira, localizada na periferia do município de Parintins Amazonas. Foram incluídas na pesquisa: Mulheres que estavam vivenciando

sua primeira gravidez; Grávidas no terceiro trimestre de gestação; Primíparas que realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde Mãe Palmira; E estando na faixa etária de 12 anos a 35 anos de idade, pois este é considerado como período reprodutivo e devido aos altos índices de primeira gravidez na adolescência. Como critério de exclusão considerou-se mulheres não residentes na cidade de Parintins Amazonas, estando no primeiro e segundo trimestre de gravidez; Gestantes múltiparas; Grávidas de alto risco gestacional e Mulheres que não foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os dados da amostra intencional de vinte e cinco participantes, foram analisados sob os fundamentos da análise de conteúdo, mais especificamente nas categorias temáticas de Bardin²⁵, entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados. A análise temática se constitui em buscar os “núcleos de sentidos” inseridos em uma comunicação e, cujas presenças ou frequências de aparição puderam significar algum sentido para o objetivo analítico escolhido.

As coletas de dados ocorreram nos meses de junho a agosto de 2017, em forma de entrevista estruturada. Foram realizadas uma busca e seleção das gestantes aptas a participarem da pesquisa através de seus prontuários na Unidade Básica de Saúde Mãe Palmira, o primeiro instrumento possibilitou o levantamento de variáveis como: nome, idade, data de nascimento, idade gestacional, data provável do parto, endereço, telefone. Durante a coleta de dados as participantes foram abordadas em sua própria residência, onde foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e a garantia do sigilo e anonimato, garantindo a participação voluntária ao assinar um termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Houve uma segunda abordagem as participantes no pós-parto, agora na condição de puérpera para aplicação da segunda fase da entrevista.

As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos, foram gravadas e transcritas em sua íntegra, para análise de conteúdo. Realizou-se a exploração do material por meio da leitura “flutuante”. Sendo que de acordo com Bardin²⁵, este tipo de leitura tem como objetivo estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, buscando impressões e orientações. No segundo momento foram selecionadas as unidades de análise. Em conformidade com os objetivos da investigação, foram construídos os recortes das falas dos sujeitos, relatos e documentos. Para Bardin²⁵ esses recortes permitem a identificação de unidades comparáveis de categorização, visando à análise temática e à modalidade de codificação para os registros dos dados. A etapa seguinte consistiu-se dos resultados, a inferência e a interpretação dos dados, que permitiram o desvelar das categorias.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado do Amazonas, sob o *Número do Parecer: 1.995.469, em 02 de Abril de 2017.*

4. RESULTADOS

Das 25 primíparas entrevistadas, e dentre estas quatorze (56%) compreendeu a faixa etária de 15 a 19 anos, sete de 20 a 25 anos, quatro de 29 a 32 anos. O que consiste em a maioria das primíparas adolescentes, sendo que a faixa etária definida pela OMS é de 10 a 19 anos. No item escolaridade, cinco das primíparas possuem estudo até o ensino fundamental, nove (36%) das primíparas com ensino médio incompleto o que corresponde a maioria, sete primíparas possuem ensino médio, três das primíparas com ensino superior incompleto, uma das primípara com ensino superior.

No que refere a profissão destas mulheres onze (44%) são estudantes, dez donas de casa, duas autônoma, uma diarista, uma desempregada. No estado civil, dezesseis (64%) vivem em união estável, oito são solteiras, uma é casada. Conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1. Características da população de primíparas cadastradas na UBS Mãe Palmira.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
15 a 19 anos	14	56%
20 a 25 anos	07	28%
29 a 32 anos	04	16%
Escolaridade	N	%
Ensino Fundamental	05	20%
Ens. Médio incompleto	9	36%
Ensino Médio	7	28%
Ens. Superior incompleto	3	12%
Ensino Superior	1	4%
Profissão	N	%
Estudante	11	44%
Dona de casa	10	40%
Autônoma	2	8%
Diarista	1	4%
Desempregada	1	4%
Estado Civil	N	%
Solteira	8	32%
União estável	16	64%
Casada	1	4%

Quadro 1: Produzido na pesquisa

O quadro 2 apresenta o acompanhamento da gravidez sobre o planejamento: sendo que vinte e duas mulheres não planejaram engravidar, três mulheres planejaram a gravidez, ou seja, 88% das mulheres não planejaram a gravidez. Nas consultas de pré-natal, nove primíparas realizaram de 1 a 4 consultas, quinze primíparas de 5 a 9 consultas, uma primípara realizou 11 consultas. Sendo que a

maioria das mulheres realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde.

No item saúde, antes da gravidez, vinte e uma mulher (84%) não tinham problema de saúde, quatro mulheres tinham dentre as patologias: Asma, Cisto Mamário, Síndrome do Ovário Policístico (SOP), Anemia. Durante a gravidez oito mulheres o que corresponde 32% tiveram dentre as patologias: Anemia, Infecção do Trato Urinário (ITU), Hiperemese Gravídica, dezessete mulheres não tiveram nenhum problema de saúde. No item dúvidas durante as consultas de pré-natal, vinte primíparas, ou seja, 80% conseguiram tirar as dúvidas, cinco primíparas não conseguiram esclarecer as dúvidas.

Quadro 2. Acompanhamento da gravidez das primíparas cadastradas na UBS Mãe Palmira.

Variáveis	N	%
Planejamento da gravidez		
Sim	3	12%
Não	22	88%
Consultas de pré-natal	N	%
1 a 4 consultas	9	36%
5 a 9 consultas	15	60%
11 consultas	1	4%
Problemas de saúde antes da gravidez	N	%
Sim	4	16%
Não	21	84%
Problemas de saúde na gravidez	N	%
Sim	8	32%
Não	17	68%
Dúvidas nas consultas	N	%
Esclareciam	20	80%
Não esclareciam	5	20%

Quadro2: Produzido na pesquisa

Conforme o quadro 3, no item informações dadas sobre o trabalho de parto nas consultas de pré-natal, sete primíparas disseram que receberam as informações por médicos, nove disseram que receberam por enfermeiros, nove disseram que as informações recebidas foram por ambos os profissionais.

No item, estar informadas sobre o trabalho de parto, oito mulheres afirmaram estarem muito bem informada, quinze mulheres (60%) disseram que estavam pouco informadas, duas mulheres disseram estar nada informada.

No item, como se informaram sobre o trabalho de parto, doze mulheres (48%) se informaram através de familiares e amigos, dez mulheres disseram que as informações partiram de

profissionais de saúde, duas mulheres obtiveram informações através da internet e uma através de livros e revistas.

Quadro 3. Informações sobre trabalho de parto das primíparas cadastradas na UBS Mãe Palmira.

Variáveis	N	%
Informações dadas nas consultas		
Médico	7	28%
Enfermeiro	9	36%
Ambos	9	36%
Informações sobre o trabalho de parto		
Muito informada	8	32%
Pouco informadas	15	60%
Nada informada	2	8%
Como se informaram sobre o trabalho de parto		
Familiares e amigos	12	48%
Profissionais de saúde	10	40%
Internet	2	8%
Revista, livros	1	4%

Quadro3: Produzido na pesquisa

No quadro 4, no item preferência da via de parto, vinte e duas (88%) primíparas informaram preferir o parto normal, três preferiam parto cesáreo. Na segunda fase da entrevista após o parto, no item que tipo de parto realizou, quinze responderam que realizaram parto normal, dez realizaram parto cesáreo dentre os motivos segundo as primíparas foram: “colo não dilatava”, “pouco líquido”, “colo não abriu” “sofrimento fetal”, “pré-eclâmpsia”.

Finalizando a entrevista com as primíparas perguntou-se qual a preferência na via de parto em uma próxima gravidez. Vinte e uma (84%) das puérperas responderam que preferem o parto normal, quatro preferem o parto cesáreo.

Quadro 4. Preferências da via de parto e via de parto realizado das primíparas cadastradas na UBS Mãe Palmira.

Variáveis	N	%
Preferência de via de parto		
Parto normal	22	88%
Parto cesáreo	3	12%
Via de parto realizado		
Parto normal	15	60%
Parto cesáreo	10	40%
Próxima gravidez preferência de via de parto		
Parto normal	21	84%
Parto cesáreo	4	16%

5. DISCUSSÃO

Nas análises das entrevistas, após a leitura exaustiva dos dados coletados sob a ótica das primíparas, foram elaboradas três categorias temáticas: “o motivo da escolha do tipo de parto”, “as perspectivas em relação as dificuldades para o parto” e “as dificuldades no parto”. Ressalta-se que na transcrição das entrevistas foram mantidas as falas originais das participantes, sendo identificadas com a letra “P” (P equivale Primípara) e o número correspondente a sequência de sua entrevista.

5.1 O MOTIVO DA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

A primeira categoria temática, emerge, sempre com muitas dúvidas, mas que os familiares, amigos e profissionais de saúde exercem um papel importantíssimo para a escolha da via de parto. A partir dos motivos que levaram as primigestas a escolherem a via de parto, é que foram explanados cinco temas principais:

O primeiro deles é a influência de familiares e amigos, os motivos subsequentes são os motivos que os familiares e amigos vivenciaram na maternidade, que se tornaram os motivos das primigestas. Esses motivos subsequentes e vivenciados por pessoas próximas são: recuperação rápida, maior autonomia nos cuidados com RN, menor tempo de internação, benefícios para o binômio mãe-filho.

As participantes relatam a recuperação rápida do parto normal como um dos motivos para a escolha dessa via de parto, assim como os cuidados que as mães podem exercer com seus filhos no período do puerpério. O parto fisiológico proporciona ainda uma internação em torno de 24 a 48hs, sendo menor o tempo, uma vez comparado ao parto cesáreo. Observados nos seguintes relatos:

“Assim, porque a mulher se recupera rápido, apesar daquela dor, mas é só naquela hora. Depois que tem, passa, e já pode cuidar do bebê” (P18).

“Sempre falavam que o parto normal a gente se recupera mais rápido, a gente sai logo do hospital, a gente pode cuidar do bebê logo” (P21).

Em um estudo brasileiro, as mulheres apresentaram como argumento em favor do parto normal a rapidez na recuperação após o processo parturitivo, possibilitando-as maior autonomia no desempenho das tarefas cotidianas e nos cuidados com os recém-nascidos, tendo assim menores

riscos a infecções, dessa forma a via de parto é uma experiência positiva. A ação e a satisfação do autocuidado visam à proteção e manutenção da saúde, física e psicológica para o binômio mãe-filho²⁶.

Em relação aos benefícios para o binômio mãe-filho, algumas mulheres relataram alguns benefícios. Afinal de contas a melhor via de parto é aquele que atende as necessidades da parturiente e do feto, eliminando os riscos e acrescentando os benefícios proporcionado pelo tipo de parto adequado e escolhido²³.

“Quero parto normal por que é melhor para o bebê, para a imunidade, para a amamentação e pra mim também, previne doenças no útero” (P14).

De maneira geral, o parto vaginal reúne, em relação à cesariana, grandes vantagens, sendo dessa forma a melhor opção da via de parto. Além disso, é fisiológico, tem baixo custo, a mulher tem um processo de cicatrização mais rápida e com isso se recupera logo. Em relação ao feto o parto normal propicia a maturação para que nasça uma criança a termo, e no processo que acontece para a expulsão do feto ocorre a compressão do tórax eliminando qualquer resquício de líquido que o pulmão possa ter, diminuindo os problemas respiratórios e facilitando a respiração ao nascer²³.

No contexto influências de familiares e amigos, torna-se um dos motivos importantíssimo para a tomada de decisão ao tipo de parto, pois é questão cultural e dessa forma são repassados conhecimentos empíricos de forma leiga, em sua maior parte deixando de buscar esclarecimento com profissionais de saúde, pois 48% das participantes informaram que a maioria das informações sobre o parto foram obtidas através de familiares e amigos, deixando de esclarecer dúvidas e de obter conhecimento do ciclo gravídico e do processo parturitivo.

“Vai ser minha primeira experiência, não tenha noção de nada, mas eu pensei em parto normal e também minha mãe me fala que é bem melhor, que depois que a gente tem o filho passa tudo a dor” (P12).

“Conversei com várias mulheres que já tinham tido filho e elas falavam que era bem melhor o parto normal, bem melhor mesmo” (P23).

“Me considero pouco informada sobre o parto, porque eles (profissionais de saúde) não conversam com a gente sobre isso, só quando a gente pergunta e eu fazia pouca pergunta, mas quero parto normal todas as minhas irmãs tiveram parto normal elas dizem que é melhor” (P22).

Pode-se observar que mulheres, no período gestacional e no processo parturitivo, recebem muitas influências e experimentam sentimentos e sensações que interferem em suas decisões, o despreparo delas para o parto vaginal interfere diretamente no sistema emocional da gestante ou da parturiente²⁷. As ações educativas possibilitam que as mulheres percebam que são os sujeitos centrais da sua gravidez e de seu parto, tornando-as ativas nas decisões e que as informações adquiridas por elas não sejam utilizadas apenas para sustentar as suas escolhas, mas também para que elas vivenciem o nascimento de seus filhos conforme elas imaginam. Para que com isso o parto continue sendo cultural, porém com informações, orientações e conhecimentos adequados, e haja um processo educativo²⁸.

O acesso às informações faz com que as mulheres se tornem empoderadas, afinal elas têm esse direito. O empoderamento é um processo educativo destinado a desenvolver os conhecimentos, atitudes, habilidades e autoconhecimento, para as primíparas o conhecimento é essencial, já que não possuem experiência²⁹.

5.2 PERSPECTIVAS EM RELAÇÃO AS DIFICULDADES PARA O PARTO

Nesta segunda categoria temática, engloba-se os seguintes temas centrais: os mais comentados pelas primíparas foram a respeito do medo, dor, ansiedade, nervosismo, não saber fazer força para dar à luz. Tais expectativas mostraram que são temas que deveriam ser esclarecidos pelos profissionais de saúde que realizam o pré-natal. As participantes demonstram seus anseios em suas falas, como mostram os seguintes recortes:

“Tenho medo (Risos), medo da dor, do que pode acontecer com o bebê e tenho ansiedade também. Mas eu imagino bem pouco sobre a hora do parto” (P 14).

“Tenho desespero da dor e ansiedade” (P 5).

Nas falas, as mulheres demonstraram despreparo sobre o parto normal, pois não receberam informações suficiente para que diminuísse esses medos. O medo surge principalmente porque a parturiente não entende a fisiologia do corpo humano e as fases do trabalho de parto, e este medo surge mais quando a grávida está sozinha e sem uma assistência adequada durante a gravidez ou mesmo ao longo do processo parturitivo, portanto é importante que a gestante neste momento tenha algum familiar que lhe ofereça segurança²⁷.

“Penso na dor, sinto medo e tenho ansiedade as vezes acho que não vou conseguir” (P8).

“A saída do bebê na hora do parto assusta, tenho medo do bebê ficar preso” (P17).

“Às vezes penso que não vou saber fazer força para o bebê nascer” (P21).

De acordo com os recortes, pode-se observar a importância das orientações a respeito de como lidar com a dimensão física da dor, através de técnicas de respiração, relaxamento, exercícios, a importância de oferecer espaço, para que as gestantes coloquem suas expectativas, seus medos, fantasias e crenças sobre o momento do parto e da dor²⁶.

Se faz necessário a realização da educação em saúde pela enfermagem e outros profissionais de saúde durante o pré-natal, enfatizando sobre a redução ao medo, ansiedade, nervosismo e a insegurança que as gestantes apresentam, e com isso proporcionar uma relação interpessoal entre profissionais de saúde e os pacientes assistidos. Para isso é importante a criação de uma educação participativa, com a atenção voltada as necessidades não só das parturientes, mas também da família em sua coletividade¹.

As condutas relatadas pelas parturientes favorecem a expressão de suas perspectivas, promovendo um espaço para discussão e desconstrução de mitos e falsas expectativas, que contribuem para aumentar os níveis de ansiedade destas mulheres e, conseqüentemente, da dor, além de possibilitar o aprendizado de técnicas de manejo e apropriação, por parte das mulheres, do controle de seu comportamento, tornando a dor do parto uma experiência menos desagradável e a expulsão do feto um processo fisiológico, podendo ser sem medo e com segurança²⁶.

5.3 DIFICULDADES NO PARTO

A terceira categoria temática deste estudo, sob a ótica das mulheres que vivenciaram pela primeira vez a experiência do parto, serão mostradas nos seguintes temas centrais desta categoria: a dor, medo, nervoso, trabalho de parto demorado, não saber fazer força nas contrações, achar que não ia aguentar, assistência negativa e positiva da equipe de enfermagem. Temas esses que se repetem, de alguma forma concluindo a maioria de suas perspectivas em relação ao processo de parturição.

Por ser a sua primeira experiência, as primíparas são cercadas de expectativas, possivelmente a dor é a maior delas, com isso o medo e o nervosismo só aumentam a cada dia que se aproxima o nascimento de seu primogênito. Sem informação e orientação adequada a maior de suas expectativas é vivida. Como são relatadas a seguir.

“A dificuldade maior foi a dor, eu sabia que seria muito forte, mas não imaginava o quanto, na hora dá vontade de morrer [...]” (P18).

“Estava muito nervosa e com medo, mas o sofrimento foi mais com a dor” (P19).

“Estava com medo e nervosa” (P22).

“A sensação de dor, apesar de fazer parte do processo fisiológico da parturição, é também influenciada por outros fatores, como medo e nervoso. A dor é apresentada como critério para classificar uma experiência positiva ou negativa no desfecho de um parto”³⁰.

Os relatos das participantes, manifestaram a importância de uma assistência humanizada com informações e orientações, assim como também é preciso ouvir as queixas das parturientes, buscando identificar suas necessidades, esclarecendo suas dúvidas, não deixando de valorizar suas queixas e seus anseios³¹.

No tema trabalho de parto demorado, as primíparas descrevem a demora do processo parturitivo como uma das dificuldades, por prolongar o maior de seus sintomas que é a dor. Como dizem nas falas.

“A dor e o tempo! Demorei muito no trabalho de parto” (P3).

“Fiquei quatro dias sentindo dor, porque não tinha espaço” (P24).

O trabalho de parto compreende o conjunto de fenômenos fisiológicos que conduz à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e a sua expulsão para o exterior. O trabalho de parto divide-se em 4 períodos, cada período há uma diferença de tempo entre mulheres que nunca pariram (nulíparas) e mulheres que já deram à luz mais de uma vez³².

Na fase latente o parto normal das primíparas tem em média uma duração de 20 horas, já com as multigestas esse processo ocorre em 14 horas. Na fase ativa o período de dilatação se completa em cerca de 12 horas com as primíparas, com as multigestas este processo ocorre em torno de 7 horas, o período expulsivo leva em torno de 50 e 20 minutos. Mesmo entre as nulíparas o processo parturitivo pode ocorrer uma diferença, podendo ser longo ou curto dependendo de como a mulher será estimulada e conduzida, a maioria dos partos normais ocorre dentro de seis horas, desde que seja empregada assistência ativa a parturição⁸.

As participantes expuseram as suas dificuldades por conta da inexperiência em ajudar na expulsão do feto, de como fazer força no momento certo, da forma certa para que fosse eficaz no momento de dar à luz.

“A força nas contrações, não sabia fazer, a força vinha na garganta” (P1).

“Na hora das contrações, por conta da dor e na hora de fazer força, por não saber. Pensei que não ia conseguir” (P9).

Pode-se observar a necessidade da assistência a parturiente, por sua vulnerabilidade e inexperiência, precisa-se de orientações, informações de como tomar decisões, sobre os sinais e sintomas que vão ocorrer durante o processo de parturição. Dando a gestante o direito e autonomia de sua participação ativa durante o ciclo gravídico. Informar a parturiente sobre as massagens, exercícios respiratórios, a prática do diálogo e o estímulo à deambulação para facilitar o trabalho de parto, que podem ser administrados pela enfermagem e sua equipe³³.

No tema assistência negativa e positiva da equipe de enfermagem, as participantes descreveram uma assistência negativa como forma de incentiva-las a parirem, as frases inadequadas usadas pelos profissionais no momento do parto as deixaram com medo, preocupadas com o que poderia acontecer com seu bebê e até mesmo sentindo-se culpadas por não saberem conduzir seu próprio parto, por ser a primeira vez a darem à luz.

“As dificuldades pra mim, que eu achei pro meu parto, [...] foi como as enfermeiras (técnicas de enfermagem) tratam a gente, as palavras que elas usam, por exemplo elas falavam “não, tem que fazer isso se não você pode matar seu bebê”. [...] elas ficam falando isso e pra quem tá tendo o primeiro filho, sei lá pesa na consciência, porque tu não sabe o que tem que fazer na hora do parto, elas falam que tem que fazer força, mas se tu não sabe fazer a força certa, elas ficam falando que tu vai matar o bebê. Então mexe com o psicológico isso foi muito ruim” (P24).

Este tipo de ação inclui-se como uma das formas de violência obstétrica, classificada como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção. O conceito de violência obstétrica é expressa pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, psicológica, física por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Incluem condutas como mentir para a paciente, induzir a cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários. Considerado também ato de violência, o uso de material e tecnologia inadequado, assim como também a realização de procedimentos sem a puérpera está ciente e sem seu consentimento, dessa forma desrespeitando seus direitos e princípios^{34,35,36}.

Em contrapartida, primíparas que foram, acolhidas e orientadas, descreveram de forma positiva o atendimento da enfermagem e equipe, sentindo-se agradecidas pelos profissionais que às atenderam.

“[...]os profissionais me ajudavam diziam como eu tinha que fazer” (P25).

“Foi minha primeira experiência, não tinha noção de nada, não sabia o que fazer, e aquela dor não me deixava pensar em nada, só queria ter meu bebê logo, as enfermeiras (técnicas de enfermagem) diziam o que era pra eu fazer, se estava indo bem ou não” (P16).

As falas das mulheres denotam a importância do auxílio, da condução do profissional enfermeiro, sendo que para essas mulheres é a primeira vez que estão passando pelo processo parturitivo.

A mulher torna-se empoderada e mais ativa durante o processo parturitivo quando recebem informações, orientações as dando direito e autonomia³⁷. A assistência da enfermagem busca proporcionar o empoderamento as mulheres, propiciando o resgate do seu protagonismo no processo de parto e nascimento. Ressalta-se ainda a importância da enfermagem obstétrica neste cenário, pois valoriza o parto fisiológico, requer pouco ou nenhum procedimento invasivo e uso de medicamentos, alargando democratização das relações entre profissionais e pacientes na percepção dos envolvidos na cena do parto sobre aspectos éticos relacionados à autonomia das mulheres²⁸.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se verificar a opção da via de parto de primeira escolha das gestantes, constatou-se que as gestantes em sua maioria têm o parto fisiológico como opção de primeira escolha. Entretanto nem todas essas gestantes realizaram o parto que desejavam ter.

Os motivos que as levam a escolher a via de parto, são os benefícios que o parto fisiológico traz para a mulher, mas que em sua maioria essas informações são repassadas por familiares e amigos que já vivenciaram o parto, concretizando o que se vê em muitos outros estudos, que o parto é algo cultural, uma vez que a primípara se sentem mais segura, confortável e confiante em receber informação de alguém da família ou por amigas. A partir do momento em que elas decidem a via de parto, passam a imaginar e viver algumas perspectivas em relação ao processo parturitivo. Expectativas essas que os profissionais de saúde não conseguiram esclarecer para as primíparas durante o pré-natal, por falta de diálogo e confiança entre profissional e paciente.

Concluiu-se que as expectativas negativas imaginadas pela maioria das participantes durante o ciclo gravídico, tornaram-se dificuldade no processo parturitivo, por falta de profissionais

capacitados e atualizados quanto a humanização na condução do parto e deficiência na orientação a essas primíparas durante o pré-natal, ou seja, falta educação em saúde eficaz direcionada a esta clientela específica.

Pode-se observar também a importância do profissional enfermeiro qualificado, podendo lançar mão das políticas públicas com seus amplos programas a assistência a mulher grávida, com incentivo e apoio da esfera municipal adequando estruturas e dando subsídios para um bom funcionamento dos programas e dessa forma prestando uma excelente assistência.

Sugere-se que outros estudos possam verificar qual a dificuldade do profissional de saúde em prestar uma assistência no parto fisiológico de forma humanizada e se são capacitados para tal procedimento, se possuem tal estrutura para realização do mesmo?

REFERÊNCIAS

1. Tedesco RP, Maia NL Filho, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004 Nov-Dez; 26(10):791-8.
2. Moraes LMP, Cardoso MVML, Oriá MOB, Silveira IPD. Parto normal ou cesáreo? Uma avaliação da percepção de parturientes. *Rev. RENE.* Fortaleza, n. 2, p. 87-93, jul/dez./2001.
3. Silva SPC, Prates RCG, Campelo C. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Revista de enfermagem da universidade federal de santa maria* 2014 jan/mar; 4(1): 1-9.
4. Estadão, OMS e Folha de S.Paulo editado por UNA-SUS. (2015). Disponível em: <http://unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas> (Acesso em 20 de Abril. de 2016).
5. Seibert SL, et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. *Rev. enferm. UERJ.* v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.
6. Leão VM, Oliveira SMJ. O Papel da doula na assistência à parturiente. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10 (1): 24-29, jan-mar, 2006.
7. Moura FMJSP, Nery IS, Rocha MIM. O renascimento do parto normal humanizado: atuação da enfermeira obstetra. (2012). Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemasincricoes/arquivosTrabalhos/o%20renascimento%20do%20parto%20normal%20humanizado.pdf> acesso em 08 de agosto de 2017. p.4-14.
8. Montenegro CAB, Filho JR. *Obstetrícia fundamental.* 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
9. Dal Mollin SR. O exercício da atividade da enfermeira obstetra: análise do discurso médico no Sul do Rio Grande do Sul. Porto Alegre(RS): UFRGS; 2005 Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15392/000680923.pdf?sequence=1> Acesso em 14 de agosto de 2017.

10. Matos GC de, Escobal AP, Soares MC et al. A Trajetória Histórica Das Políticas De Atenção Ao Parto No Brasil: Uma Revisão Integrativa. Revista de Enfermagem UFPE On line. Recife. v.7, (esp): 870-8, n.3, Mar. 2013.
11. Velho MB, Santos EKA, Sorgatto V. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. CollaçoI. Rev Bras Enferm. 2014 mar-abr; 67(2): 282-9.
12. Colombo LVD, Paixão LA, Tomé MF. Psicologia e mulheres na saúde pública brasileira (2014). Disponível em:
<https://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://faef.revista.inf.br/imagem_arquivos/JEqQ8ZkFL9ZH08w_2014-4-16-0-3614.pdf&ved=0ahUKEwiwyNWK26LXAhWKDpAKHVDJDV4QFgg2MAA&usg=AovVaw0HXrK2HQiNkgj9659WFi7r> Acesso em 17 de agosto de 2017.
13. 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
14. Brasil 2013. Portal da saúde. Disponível em:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>> acesso em 24 de setembro de 2016.
15. Chauvet E, Paula E. O Renascimento do Parto. Master brasil. 2013. 01h31min. História/Filme de família.
16. Dias MAB, Deslandes SF. 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, Rio de Janeiro, 22(12):2647-2655, dez, 2006
17. Davim RMB, Bezerra LGM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência. Revista Latino-am Enfermagem, v. 10, n. 5, p. 727-32, 2002.
18. Velasque EAG, Pradebon VM, Cabral FB. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. Rev. Enferm UFSM, 2011.
19. Souza ES, Nazareth IV, Gonçalves APO, Santos IMM dos. O OLHAR DAS MULHERES-MÃES SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL Rev enferm UFPE on line., Recife, 7(8):5135-42, ago., 2013
20. Brasil. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
21. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(3): 381-8.
22. Amorin MM. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. Rio de Janeiro: Perspectiva online, volume 3, número 9, 2009.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
24. Moura MAV, Costa GRdeM, Texeira CdaS. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. Revista de enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.429-34, julho/setembro, 2010.
25. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
26. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções E experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. Fractal, Rev. Psicol., v. 25 – n. 3, p. 585-602, Set./Dez. 2013
27. Weidle WG, Gotler MCRG, Grave MTQ, Bosco SMD. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 46-53
28. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TFP, Paula CC, Quadros JS. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1): e64677.
29. Perdomini FRI, Bonilha ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. Texto Contexto Enferm. 2011 set;20(3):445-52.
30. Siebra MA, Brito CR, Monteiro DMS, Monte NL. A dor do parto normal: significados atribuídos pelas puérperas usuárias do SUS. R. Interd. v. 8, n. 2, p. 86-93, abr. mai. jun. 2015
31. Kruel CS, Lopes RCS. Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê. Psic.: Teor. e Pesq. 2012 jan/ mar;28(1):35-43.
32. Ministério da Saúde. Manual de Referência Técnica sobre Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e Emergências Obstétricas. MISAU, Agosto de 2011.
33. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(3) Jul-Set 2015.
34. Andrade PON; Silva JQP da; Diniz CMM; Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 16 (1): 29-37 jan. / mar., 2016
35. Sanfelice C, Abbud F, Pregnoatto O, Silva M, Shimo A. (2014). Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Revista Rene, 15(2), 362-370.
36. Wolff, L. & Waldow, V. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde e Sociedade, 17(3), 138151.
37. Melo KL, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DCMR, Silva LA. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal. Rev Pesqui: Cuid Fundam Online. 2014