

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TALITA LARISSA DE CASTRO LOUSADA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS: DESFECHOS E
PERCEPÇÃO DAS MULHERES ASSISTIDAS**

UBERLÂNDIA

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TALITA LARISSA DE CASTRO LOUSADA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS: DESFECHOS E
PERCEPÇÃO DAS MULHERES ASSISTIDAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem – Licenciatura/Bacharelado.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Luana Araújo Macedo Scalia

UBERLÂNDIA

2020

TALITA LARISSA DE CASTRO LOUSADA

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS: DESFECHOS E
PERCEPÇÃO DAS MULHERES ASSISTIDAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem – Licenciatura/Bacharelado.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Luana Araújo Macedo Scalia

Uberlândia, 16 de julho de 2020.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Luana Araújo Macedo Scalia
Presidente da Banca. Universidade Federal de Uberlândia

Prof.^a Ms. Jéssica Peixoto Rodrigues
Membro da Banca. Universidade Federal de Uberlândia

Prof.^a Dr.^a Tatiany Calegari
Membro da Banca. Universidade Federal de Uberlândia

“Para mudar o mundo, é preciso, mudar a forma de nascer.”

(Michel Odent)

Resumo

Introdução: O ciclo gravídico puerperal é um processo fisiológico natural devendo ser considerada a possibilidade de riscos de morbimortalidade por diversas causas durante a gestação, enfatizando complicações resultantes de intervenções desnecessárias incluindo a cirurgia cesariana de forma eletiva, sem indicações clínicas. A inserção das Enfermeiras Obstetras e Obstettrizes nos cenários de atendimento pré-natal, parto e pós-parto pode ser um fator reducional nas taxas de cesarianas, violência obstétrica e intervenções desnecessárias durante esse período e sua prática é de maneira geral menos invasiva, o que justifica serem o objeto de estudo deste trabalho a sua assistência no pré-natal à gestantes de risco habitual.

Objetivo: Analisar a assistência prestada por enfermeiras obstetras quanto ao desfecho e a percepção das mulheres assistidas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa observacional de abordagem quantitativa - qualitativa de corte transversal, a partir da percepção de mulheres que foram atendidas no seu acompanhamento pré-natal, parto e nascimento por enfermeiras obstetras. **Resultados:** Foi identificado que a via de parto de preferência pela maioria das mulheres é a vaginal, porém na prática predomina a cirurgia cesariana, mesmo com o acompanhamento e orientações de profissionais específicos. A maioria das mulheres relatou uma boa experiência durante o acompanhamento do pré-natal e durante o parto, se mostrou satisfeita com a assistência recebida pela enfermagem obstétrica durante todo o processo.

Conclusão: O estudo permitiu concluir que a maioria das mulheres se mostrou satisfeita quanto à assistência prestada pelas enfermeiras obstetras e indicaria esse tipo de assistência para pessoas próximas. Quanto ao desfecho do parto a maioria foi a cesárea, mesmo demonstrando interesse pelo parto vaginal. Sugere-se a ampliação da inserção da Enfermagem Obstétrica na assistência ao parto e nascimento nos serviços de saúde da rede pública e setor privado, considerando as evidências científicas de que se trata de uma estratégia positiva na redução das intervenções desnecessárias.

Palavras-chaves: Enfermagem Obstétrica, Tocologia, Trabalho de Parto

Abstract

Introduction: Pregnancy and childbirth are natural physiological processes with risks of morbidity and mortality due to various causes, including complications resulting from unnecessary interventions, such as elective cesarean surgery performed without clinical indication. The insertion of Obstetrical and Midwifery Nurses in the prenatal, delivery and postpartum care settings can be a reductive factor in the rates of cesarean sections, obstetric violence and unnecessary interventions during this period. Their practice is generally less invasive, which justifies the object of study of this work to be their prenatal care of pregnant women at usual risk. **Objective:** To analyze the assistance of pregnant women accompanied by obstetric nurses regarding the outcome and care. **Methodology:** This is an observational research with a quantitative - qualitative cross-sectional approach, based on the perception of women who were attended in their prenatal care, delivery and birth by obstetric nurses. **Results:** It was identified that the preferred mode of delivery for most women would be the vaginal route, but in practice, the predominant route ended up being cesarean section, even with the assistance and guidance of specialized professionals. Most women reported a good experience during prenatal care and during childbirth, and were satisfied with the assistance received by obstetric nursing throughout the process. **Conclusion:** The study allowed us to conclude that most women were satisfied with the assistance provided by obstetric nurses and would indicate this type of assistance to people close to them. Regarding the outcome of childbirth, most had cesarean section, even with their preference for the vaginal route. There is a need for greater insertion of obstetric nursing in childbirth and birth care in public and private health services, considering the scientific evidence that this is a positive strategy in reducing unnecessary interventions.

Keywords: Obstetric Nursing; Midwifery; Labor, Obstetric

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	OBJETIVOS	10
2.1	Objetivo Geral	10
2.2	Objetivos Específicos	10
3	CAUSUÍSTICA E MÉTODOS	11
3.1	Tipo de pesquisa	11
3.2	Local do estudo	11
3.3	População e amostra	11
3.4	Critérios de inclusão e exclusão	12
3.5	Técnica de coleta e análise dos dados	12
3.6	Aprovação no CEP e período de coleta de dados	13
4	RESULTADOS	14
4.1	Análise Quantitativa	14
4.1.1	Dados sociodemográficos	14
4.1.2	Histórico obstétrico	14
4.1.3	Preferência quanto à via de nascimento	15
4.1.4	Via de nascimento realizada	16
4.2	Análise Qualitativa	16
4.2.1	Análise de similitude	16
4.2.2	Nuvem de palavras	21
5	DISCUSSÃO	22
5.1	Análise quantitativa	22
5.1.1	Histórico obstétrico	22
5.1.2	Preferência quanto à via de nascimento	22
5.1.3	Via de nascimento realizada	23
5.2	Análise qualitativa	25
5.2.1.	Categoria 1- Gratidão e reconhecimento	25
5.2.2.	Categoria 2- Experiências positivas quanto ao processo de parturição	26
5.2.3	Categoria 3- Dor e sofrimento	26
5.2.4	Categoria 4- Desfecho para cesárea	27
6	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico puerperal é um processo fisiológico natural devendo ser considerado a possibilidade de riscos de morbimortalidade por diversas causas durante a gestação, enfatizando complicações resultantes de intervenções desnecessárias incluindo a cirurgia cesariana de forma eletiva, sem indicações clínicas.

Segundo estudo epidemiológico sobre o número de cesarianas no período de 2000 a 2015 em 150 países, o Brasil ocupa o segundo lugar com o maior índice de cirurgias cesarianas no mundo, representando 56% no total das gestações (BOERMA et al., 2018). A pesquisa intitulada “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento” foi um estudo realizado em hospitais de várias regiões do país, o qual teve a participação de 23.984 mulheres e seus bebês, acompanhadas em instituições de saúde públicos financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e privados. Participaram do estudo 266 hospitais de 191 municípios. Os resultados também mostraram que a maioria das mulheres, 52%, tiveram os seus filhos por meio da cirurgia cesariana e ao observar estes dados no setor privado o número foi ainda maior, representando 88% dos nascimentos (LEAL et al., 2014). Sabe-se que a maior parte dessas cesarianas é realizada de forma eletiva, sem a gestante entrar em trabalho de parto ou apresentar fatores de risco que justifiquem a realização da cirurgia (FEBRASGO, 2018).

Considerando este cenário de elevadas taxas de cesarianas em 2011 foi desenvolvido o projeto Rede Cegonha, que tem como estratégia oferecer melhor cuidado e atendimento humanizado durante o planejamento reprodutivo, gravidez, parto e puerpério, bem como oferecer um nascimento seguro ao bebê. Os objetivos desse projeto são a implementação de uma política de atenção focada na saúde da mulher e da criança até 2 anos de idade, organizar a rede de atendimento para que ofereça acesso, acolhimento e resolutividade para reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2017).

Visando melhorias e adequações no atendimento à gestante foi criado em 2015 o Projeto Parto Adequado que tem por objetivo implementar ações para diminuir o número de cesarianas desnecessárias, promovendo a qualidade e segurança da atenção obstétrica, e provendo meios para oferecer um parto humanizado para a mulher tanto na rede pública como na rede privada. Desde sua criação, em 2015, até maio de 2019, o Parto Adequado já evitou mais de 20 mil cesarianas desnecessárias (BRASIL, 2015).

Seguindo recomendações sobre o incentivo ao parto normal, a Portaria do Ministério da Saúde n°. 306 de 2016, cita o parto normal como regra e a cesariana como exceção (BRASIL,

2016), que vai em contraposição a lei criada de nº 17.137, de 23 de agosto de 2019 no estado de São Paulo, dando direito à gestante a cesariana a pedido, expondo a mesma a riscos desnecessários à sua saúde e do bebê (SÃO PAULO, 2019). Possivelmente, muitas vezes a gestante prefere a cirurgia cesariana devido à falta de informação sobre o parto normal, que deveria ser esclarecido durante o pré-natal.

As estratégias para mudança neste cenário apontam para a necessidade de formação e capacitação de profissionais para oferecer um atendimento diferenciado e humanizado. Dessa forma, a enfermagem obstétrica têm sido uma aliada em oferecer novas possibilidades de atendimento humanizado e efetivo. Para isso foi regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem algumas resoluções que regulamentam e exigem critérios a serem cumpridos para que se possa exercer a profissão (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Na Resolução 477/2015 é descrito que o enfermeiro Obstétrico realize consulta de enfermagem obstétrica, acompanhamento da evolução do trabalho de parto, execução do parto sem distócia, emissão de autorização de internação hospitalar (AIH), acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido sob seus cuidados da internação à alta (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015). Na Resolução 516/2016 regulamenta o título de enfermagem obstétrica através de pós-graduação *Stricto* ou *Lato Sensu*, com critérios mínimos para a prática da obstetrícia se é necessário a realização de 15 consultas de pré-natais; 20 partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto e 15 atendimentos ao recém-nascido na sala de parto (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Neste cenário, o Curso de Graduação em Enfermagem, Licenciatura e Bacharelado da Universidade Federal de Uberlândia, juntamente à direção do Hospital de Clínicas de Uberlândia e em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e financiado pelo Ministério da Saúde – Rede Cegonha, deu início à realização do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEE0), com sua primeira turma iniciando em outubro de 2016 e a segunda turma em março de 2019, visando a formação de profissionais qualificados e habilitados para assistência obstétrica de qualidade e implementação das propostas da Rede Cegonha e do Projeto Parto Adequado (UFU, 2019).

Mesmo com as recomendações da OMS de 15% de cesariana como taxa aceitável na população geral, o Brasil mantém um número de cirurgias muito alto atingindo quase que a totalidade dos partos nas redes privadas. Esses dados são preocupantes, uma vez que a cesariana mal indicada acarreta riscos para as mulheres e os seus bebês (OMS, 2015). A inserção das

Enfermeiras Obstetras e Obstetizes nos cenários de atendimento ao pré-natal, parto e pós-parto pode ser um fator reducional nas taxas de cesarianas, violência obstétrica e intervenções desnecessárias durante esse período, uma vez que este profissional é legalmente habilitado para atuar na assistência à mulher em processo parturitivo (SANTOS et al., 2019) e sua prática é de maneira geral menos invasiva, o que justifica serem o objeto de estudo deste trabalho a sua assistência no pré-natal à gestantes de risco habitual.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a assistência ao pré-natal e parto acompanhada por enfermeiras obstetras quanto ao desfecho e a percepção das mulheres assistidas.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a preferência das mulheres assistidas quanto à via de parto;
- Identificar as taxas de cirurgia cesarianas realizadas no grupo de mulheres que receberam acompanhamento específico;
- Compreender a percepção da mulher quanto à vivência do processo de parturição.

3 CAUSUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa observacional de abordagem quantitativa - qualitativa de corte transversal, a partir da percepção de mulheres que foram atendidas no seu acompanhamento pré-natal, parto e nascimento por enfermeiras obstetras.

A pesquisa quantitativa tem como objetivo a análise numérica dos dados, possibilitando que os mesmos sejam quantificados, ela recorre à recursos matemáticos para explicar os fenômenos estudados (ARONI et al., 2018). Neste contexto, a análise quantitativa foi aplicada para mensurar os dados estatísticos do trabalho, como as questões sociodemográficas, histórico obstétrico e à preferência quanto ao tipo de parto desejado e realizado por cada mulher.

Já a abordagem qualitativa busca compreender fatos com base na análise de conteúdo e ela não se preocupa em quantificar dados encontrados (PADOIN et al., 2018). A análise qualitativa do presente estudo foi aplicada nos textos resultantes dos relatos das mulheres que foram entrevistadas.

3.2 Local do Estudo

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Ginecologia e obstetrícia (GO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), que é um hospital de referência em média e alta complexidade para 86 municípios da região ampliada do Triângulo Norte, e referência para uma população de mais de dois milhões de habitantes. Oferece atendimentos de urgência e emergência, ambulatorial, cirúrgico e internação.

Atualmente o hospital possui 520 leitos, sendo 37 leitos na unidade da Maternidade, 41 leitos da unidade Neonatal, sendo 26 leitos de cuidados intermediários convencionais neonatais e 15 leitos de Terapia Intensiva (UTI Neonatal). O ambulatório de ginecologia e obstetrícia conta com atendimentos de pré-natal, puerpério, planejamento reprodutivo, climatério e ginecologia geral.

3.3 População e Amostra

O referido ambulatório de GO é um dos campos de estágio do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica oferecido pela UFU que teve início no mês de março de 2019 e também para os alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. Desde então foram atendidas no período de março a novembro de 2019 cerca de 40 gestantes de risco habitual pelos alunos da especialização, acompanhados por uma preceptora médica obstetra. Assim, todas as

mulheres atendidas no pré-natal pelos especializandos do CEEO do período de março a novembro de 2019 foram convidadas para comporem o estudo. Portanto para a pesquisa a amostra foi de 40 participantes.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram localizados 40 prontuários pelo setor de Estatística do HCU-UFU que estariam dentro do grupo de mulheres que foram atendidas no ambulatório de GO do hospital pelos alunos do CEEO, delas 37 realmente foram atendidas na unidade, duas eram funcionárias do hospital e um prontuário não foi localizado. Dentre as 37 mulheres localizadas, foi possível contato telefônico com base nos dados do prontuário, com 23 mulheres e três não concordaram com a sua participação na pesquisa. Com isso, 20 mulheres que realizaram o pré-natal no HC-UFU foram incluídas na pesquisa e as três que se recusaram automaticamente foram excluídas da amostra.

3.5 Técnica de coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados a partir do preenchimento do questionário elaborado pelas pesquisadoras, por contato telefônico com as participantes da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido pelas pesquisadoras, após concordar em participar de forma voluntária e anônima, as participantes responderam ao questionário, sendo a entrevista gravada e transcrita para posterior análise. Uma via do TCLE foi enviada por e-mail e/ou aplicativo e a segunda via do termo permanecerá arquivada com as pesquisadoras. As gravações dos áudios, realizadas através de um smartphone, foram usados apenas nesta pesquisa e destruídos posteriormente, para garantia de sigilo da participante.

As informações obtidas no questionário como, os dados sociodemográficos e as questões sobre a preferência pela via de parto tipo de parto realizado passaram por análise e cálculos estatísticos como média das idades e porcentagem dos demais dados e os resultados foram organizados através de gráficos e tabelas.

Os relatos gravados foram transcritos e os textos foram analisados no software Iramuteq, que é uma base de análise estatística com base em *corpus* textuais (conjunto de textos resultantes da transcrição dos relatos das mulheres entrevistadas) dos dados qualitativos os quais tiveram como pergunta norteadora “Como foi a sua experiência durante o processo de parto?”. Através dele, o vocabulário é distribuído e reorganizado de uma maneira que torna a análise mais compreensiva e clara, representadas graficamente e pautadas em análises

lexicográficas (CAMARGO; JUSTO 2018). Para a análise no software foi elaborado o *corpus* de análise a partir dos relatos das mulheres entrevistadas sobre suas experiências no processo gravídico e parturitivo. No software foram aplicadas duas técnicas de análise, a Análise de Similitude e a Nuvem de Palavras. A Análise de Similitude se baseia na teoria dos grafos, ela identifica a coocorrência entre as palavras e o resultado indica a conexão entre elas, isso possibilita a identificação da estrutura do conteúdo do *corpus* textual. A nuvem de palavras traz aquelas que mais apareceram em seus relatos, cada uma com sua relevância na avaliação do texto (CAMARGO; JUSTO 2018).

A análise de similitude gera um gráfico dendriforme o qual pode ser interpretado pela Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2009). A categorização classifica os elementos de um grupo de origem em novos grupos com critérios já definidos. Segundo Bardin (2009) a classificação dos dados dentro das categorias permite investigar o que tem em comum entre cada um deles, interligando as partes semelhantes. O seu objetivo principal é gerar uma representação simplificada dos dados brutos de origem (BARDIN, 2009). Neste estudo optou-se pela categorização lexical a partir da interpretação dos dados gerados pela análise de similitude.

3.6 Aprovação no CEP

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos e teve sua aprovação com o número 1.29004, trata-se de um recorte de projeto de pesquisa mais amplo com o objetivo de analisar estratégias de redução das taxas de cesariana no hospital de clínicas por meio de séries temporais interrompidas.

4 RESULTADOS

4.1 Análise Quantitativa

4.1.1 Dados Sociodemográficos

Entre as 20 mulheres que participaram da pesquisa a média de idade foi de 27,85 anos, 11 (55%) eram casadas, 6 (30%) solteiras e as demais divorciadas ou em outro tipo de relação não especificada, 11 (55%) possuíam escolaridade até Ensino Fundamental Completo, 12 (60%) exerciam função remunerada, 13 (85%) declararam ter alguma religião.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres participantes da pesquisa. Uberlândia – MG, Brasil, 2020(n=20)

Variável		Nº	%
Idade	Média	27,85	
	Desvio Padrão		
	Máximo	21	
	Mínimo	38	
Escolaridade	Ensino Fundamental completo	02	10
	Ensino médio completo	11	55
	Ensino superior incompleto	01	5
	Ensino superior completo	05	25
	Outro	01	5
Estado Civil	Solteira	06	30
	Casada	11	55
	Divorciada	01	5
	Outro	02	20
Exerce função remunerada	Sim	12	60
	Não	08	40
Religião	Possui alguma religião	17	85
	Não possui religião	03	15

Fonte: A autora (2020)

4.1.2 Histórico Obstétrico

Quanto ao histórico obstétrico das mulheres atendidas, foi possível observar que 12 (60%) eram primigestas e delas cinco evoluíram para o parto vaginal, que demonstra que elas

não receberam influência das gestações anteriores e 8 (40%) tinham duas ou mais gestações. Analisando os desfechos das gestações quanto ao tipo de parto, foi observado que 15 (45,45%) das gestações evoluíram para a cesariana, e 18,18% das gestações tiveram o aborto como desfecho (Tabela 2).

As três participantes que tiveram o parto por via vaginal em gestação anterior, evoluíram para parto normal na gestação atual e entre as quatro com histórico de cesariana prévia, uma (25%) evoluiu para parto vaginal, caracterizando *Vaginal Birth After Cesarean* (VBAC). (Tabela 2).

Tabela 2. Histórico obstétrico por participante. Uberlândia – MG, 2020. (n=20)

Participante	Nº de gestações	Nº de partos vaginais	Nº de cesarianas	Nº de abortos	VBAC *
P1	02	01	01	-	SIM
P2	03	02	-	01	
P3	01	01	-	-	
P4	02	02	-	-	
P5	01	-	01	-	
P6	01	01	-	-	
P7	01	01	-	-	
P8	02	-	02	-	
P9	01	-	01	-	
P10	01	-	01	-	
P11	01	01	-	-	
P12	01	-	01	-	
P13	01	-	01	-	
P14	01	-	01	-	
P15	04	-	02	02	
P16	01	01	-	-	
P17	03	02	-	01	
P18	01	-	01	-	
P19	03	-	01	02	
P20	02	-	02	-	
TOTAL	33	12	15	06	

*VBAC - *Vaginal Birth After Cesarean* (Parto Vaginal após cesariana)

Fonte: A autora (2020)

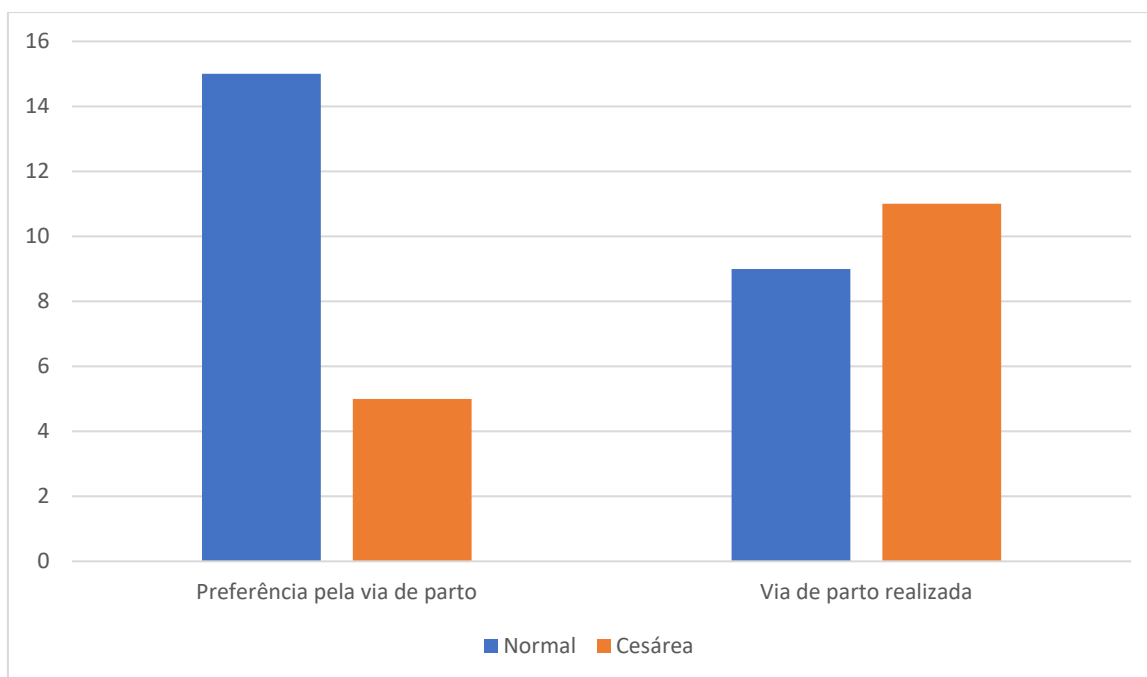
4.1.3 Preferência quanto à via de nascimento

Quanto à preferência da via de nascimento entre as mulheres entrevistadas, 15 (75%) preferiam a via vaginal e 5 (25%) a cesariana. Ao solicitar a justificativa, a maioria relata que quanto ao parto normal, a recuperação é mais rápida e que existe a possibilidade de maior contato com o bebê. Já as que relataram a preferência pela cesariana as justificativas foram por se tratar de um procedimento mais rápido, sem sofrimento, com a possibilidade de se programarem (Figura I).

4.1.4 Via de nascimento realizada

Entre as 20 mulheres, 9 (45%) tiveram como desfecho o parto normal e 11 (55%) foram submetidas a cesariana, por diversas indicações, algumas por complicações durante o processo do trabalho de parto, mesmo preferindo o parto normal e outras por escolha da mulher, por considerar uma melhor opção (Figura I).

Figura I. Via de nascimento de preferência X Via de nascimento realizado. Uberlândia – MG, Brasil, 2020. (n=20)



Fonte: A autora (2020)

4.2 Análise Qualitativa

Para a análise qualitativa foi elaborado um texto (*corpus*) a partir da transcrição das falas das participantes da pesquisa formando a unidade de contexto inicial (UCI). A partir deste corpus o Software Iramuteq interpreta graficamente os resultados obtidos, neste estudo, optou-se pela técnica da análise de similitude e nuvem de palavras descritas a seguir.

4.2.1 Análise de Similitude

A partir da análise de similitude originada do *corpus* foi possível identificar quatro quadrantes que podem ser definidos em quatro classes a partir do vocábulo central “Parto”. Estas quatro classes foram analisadas segundo a categorização lexical das quais emergiram

quatro categorias definidas a partir da classificação dos vocábulos segundo o seu sentido revelado, em:

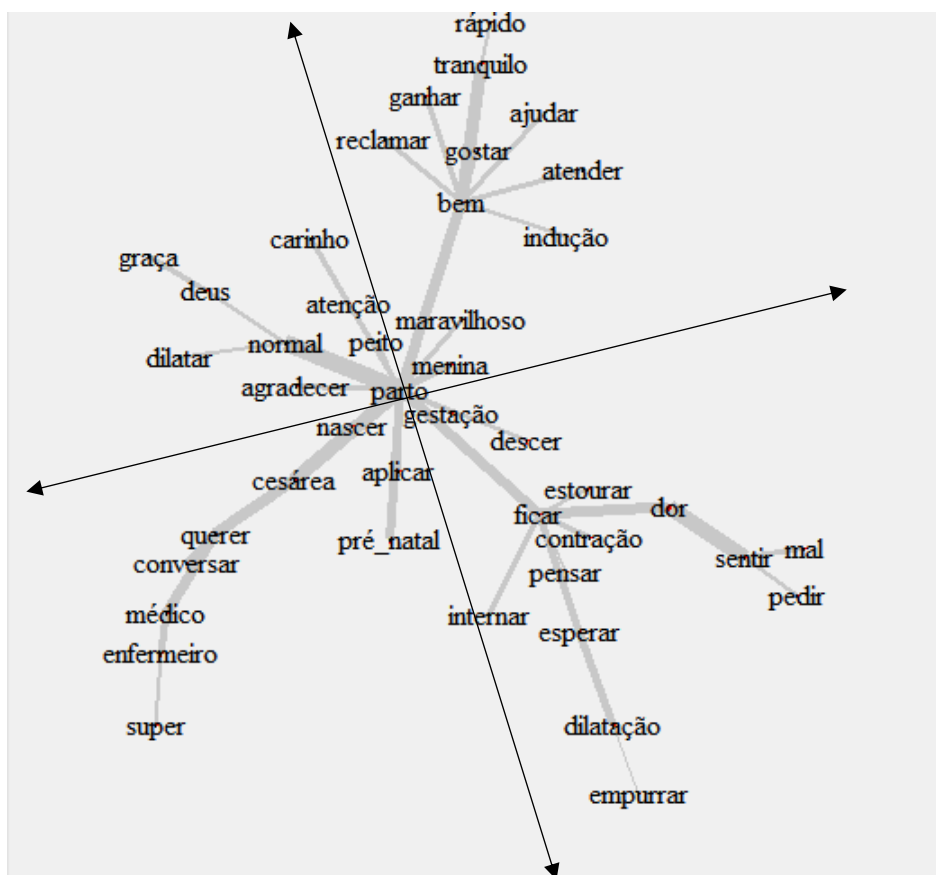
Categoria 1 - Gratidão e Reconhecimento;

Categoria 2 - Experiências positivas no processo de parturição;

Categoria 3 - Dor e sofrimento;

Categoria 4 - Desfecho para cesárea.

Imagem 1. Análise de Similitude. Uberlândia – MG, Brasil, 2020. (n=20)



Fonte: Software Iramuteq (2020)

Categoria 1 – Gratidão e reconhecimento

Traçando uma linha imaginária na horizontal, destaca-se no quadrante superior ascendente (Classe 1) evidenciando a questão da religiosidade, gratidão, sentimento de carinho, acolhimento e atenção, classificadas segundo o sentido que revelam na categoria gratidão e reconhecimento - Categoria 1.

P1: “Fui muito bem assistida, não tenho o que reclamar, muito bem, tanto pelas meninas quanto pela doutora. As meninas

são muito interessadas, ajudam muito, tanto no pré-natal quanto no parto eu não tenho o que reclamar.”

P2: “(...) foi o Senhor que preparou uns anjos porque um carinho, um amor, uma atenção muito grande, não tomei nada para antecipar, para poder acelerar o parto, foi tudo normal mesmo (...)”

P3: “Foi fantástico e eu só tenho a agradecer mesmo, maravilhoso, muito bom.”

P4: “(...) criou um carinho muito grande e querendo ou não o enfermeiro sempre dá mais atenção que o médico, então eu acho essencial a presença de vocês na hora do parto, durante o pré-natal e tudo mais.”

P17: “(...) tive dois partos magníficos, com direito a massagem nos pés, uma atenção maravilhosa, um acolhimento muito gostoso, um sonho que se realizou e que continuo sonhando em reviver aquele momento. Eu sou muito grata pelos meus dois partos que foram realizados na UFU, minhas experiências foram inesquecíveis.”

P6: “(...) sempre tive na minha cabeça que eu queria um parto normal e eu sempre busquei correr atrás pra conseguir porque graças a Deus eu aprendi a importância, e tive o parto normal (...)”.

P12: “A ocorreu tudo bem graças a Deus porque a moça que eu ganhei, que estava lá comigo é a que fazia o meu pré-natal tive essa sorte, ela me ajudou bastante (...)”

P18: “Agradeço muito a Deus por ter conhecido elas na parte mais importante e delicada da minha vida.”

Categoria 2 – Experiências positivas no processo de parturição

Ainda no quadrante superior ascendente observa-se os sentimentos positivos de sucesso, quando se liga a palavra parto à palavra maravilhoso, retratando-se à uma

experiência boa, conforme definida na (Classe 2), classificados como experiências positivas no processo de parturição - Categoria 2.

P2: “Foi uma coisa muito inexplicável muito boa e não foi aquela coisa do fim do mundo, uma dor da morte, então foi como se tivesse tomado uma injeção e pronto acabou, só assim, o natural é o natural mesmo (...)”

P6: “(...) apesar da dor que não tem como não sentir, foi um parto muito tranquilo(...).”

P7: “(...) até que foi tranquilo, demorou assim poucas horas para a bolsa romper e quando rompeu foi imediato(...).”

P11: “(...) a equipe estava bem tranquila, eu tive muita assistência, fiz várias coisas lá pra ajudar na indução (...)”

Categoria 3 – Dor e sofrimento

Observando a parte inferior da árvore (Classe 3), na linha descendente à direita, têm-se os sentimento negativos relacionados ao verbo ficar, o qual têm ligação com ficar muito tempo internada, esperando a dilatação, ficar sentindo muita dor, se sentir mal e quanto às contrações dolorosas que não levam a dilatação e com isso ser necessário uma cesárea, estes sentidos foram classificados como dor e sofrimento - categoria 3.

P5 : “(...)eu idealizei muito o parto normal, fiz pré-natal com as meninas enfermeiras obstetras, fui em todas as reuniões, todas as consultas, estava crente que eu iria fazer um parto normal, só que eu sofro de ansiedade (...)sentia muita dor, eu descobri que sou muito fraca pra dor(...).”

P8: “Ela me encaixou em uma cesárea de emergência e mesmo assim eu precisei esperar e eu já estava sentindo muita dor, estava com uma dor do parto bem elevada mas eu não tinha dilatação e eu precisei esperar (...).”

Categoria 4 – Desfecho para cesárea

Seguindo no mesmo plano inferior descendente à esquerda (Classe 4), observa-se a ligação com o vocábulo cesárea, mesmo aquelas que relataram terem preferência pelo parto normal, em algum momento da evolução do trabalho de parto pediram pela cesariana, mesmo com a tentativa de estímulo da equipe médica e de enfermagem, o desfecho foi cesárea, fato evidenciado no sentido dos vocábulos classificados como desfecho para cesárea – categoria 4.

P5: “Eu já não estava mais aguentando, tinha muita dor e eu só tinha dilatado 4 centímetros, então eu pedi pro médico fazer um cesárea e ele não queria fazer, só que eu não estava aguentando mais e então eles fizeram. A médica até conversou comigo, as enfermeiras conversaram comigo, mas eu falei que não queria mais porque eu já estava cansada (...).”

P8: “Ela realmente constatou no cardiotoco que o coração da minha bebezinha estava muito acima do que era permitido, me colocou no oxigênio, já estava passando realmente da hora e ela fez um encaixe porque ela viu que realmente não tinha dilatação mas eu também não conseguiria esperar, precisaria fazer o parto.”

P9: “O parto eu preferia normal, mas como eu não podia porque eu estava com problema de sangue, com infecção, aí teve que optar pela cesárea, mas eu queria o normal (...).”

P10: “(...) uma médica falou que iríamos fazer o ultrassom, foi quando fez e falou que já tinha passado do tempo da minha neném nascer, e teve que fazer essa cesárea.”

P13: “Eu continuei tentando, perguntaram se eu queria que fizessem massagem só que eu não conseguia que encostasse em mim porque estava sentindo muita dor. Por fim eu conversei com o médico e ele perguntou se eu queria fazer a cesárea e falei que queira, e fizeram a cesárea.”

P5: “A eu tenho também uma outra coisa pra poder relatar, assim que eu falei que queria que fosse cesárea, algumas das enfermeiras não foram mais me acompanhar sabe, como se ‘a

5 DISCUSSÃO

5.1 Análise Quantitativa

5.1.1 Histórico Obstétrico

A elevada taxa de cesáreas na população representa um grande desafio, considerando os riscos desnecessários, tanto para a mãe quanto para o bebê, quando as taxas de mortalidade materna estão relacionadas a intervenções desnecessárias e qualidade de assistência obstétrica (LEAL et al., 2014). A oferta de atenção qualificada aparece como um componente essencial para a reversão deste quadro. Nessa perspectiva, são grandes os desafios, principalmente no que se refere à urgente mudança na formação e nas práticas dos profissionais da saúde, em favor do cuidado humanizado, incluindo o uso racional de tecnologias, deslocando o foco da produção de procedimentos para a produção de cuidados (SANDALL et al., 2016; ARMBRUSTER, 2011; SANTOS FILHO, 2010).

Esse deslocamento de foco implica, substancialmente, na mudança da lógica e do processo assistencial, que sofre influência do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e compromisso dos gestores às políticas públicas, além da formação e capacitação dos profissionais vislumbrando a assistência compartilhada (LEAL et al., 2014; SANTOS FILHO, 2010; AMBRUSTER, 2011).

5.1.2 Preferência quanto a via de parto

Os achados quanto a preferência da via de nascimento, a maior parte das mulheres participantes (75%) disseram que preferem a via vaginal de nascimento por considerarem a opção mais saudável, tanto para elas quanto para os bebês e também pela possibilidade de um pós-parto mais tranquilo e a recuperação mais rápida. Estes achados corroboram os dados do Inquérito Nacional "Nascer no Brasil", o qual aponta que a maioria (66%) das mulheres preferiam o parto vaginal no início da gestação (LEAL et al., 2014). Resultado similar também foi identificado em um estudo desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário no Sul do Brasil sobre a via de parto preferida pelas mulheres e as suas motivações. Nele 361 mulheres foram entrevistadas e delas, 280 (77,6) afirmaram preferirem o parto normal como via de nascimento, por ser a via que proporciona melhor recuperação no pós-parto (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES; 2017). Outro estudo realizado pela Universidade de Brasília em dois centros de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal sobre expectativas de gestantes primigestas sobre suas percepções

e preparação para o parto, 66,6% relataram a preferência pelo parto normal, justificando essa escolha o pós-parto mais tranquilo (TOSTES; SEIDL 2016).

Ao observar estudos semelhantes de outros países, os resultados são ainda mais positivos, como o que foi realizado no Departamento Universitário de Obstetrícia e Ginecologia da Hungria, sobre a preferência das mulheres quanto a via de parto, onde 423 mulheres foram entrevistadas e 365 (88,4%) referiram à via vaginal como preferência para o nascimento, mesmo em um departamento que possui altas taxas de cesárea (DWEIK et al., 2014). Outro estudo semelhante foi realizado na Tailândia, no Hospital Rajavithi, onde 440 mulheres participaram da pesquisa e 418 (95%) delas afirmaram preferir o parto normal. Importante ressaltar que na Tailândia as gestantes que preferem cesárea podem solicitá-la sem qualquer indicação obstétrica (KOVAVISARACH; SUKONTAMAN 2017). Estes dados são importantes pois mesmo em locais onde possui altas taxas de cesárea e que a mulher é livre para escolher sua via de parto, ainda assim a maioria delas preferem a via de parto vaginal. Isso evidencia que no Brasil a cultura da cesárea perpetua apesar dos esforços e avanços nas políticas de redução das intervenções desnecessárias. Ainda que a preferência da mulher pareça ser pelo parto vaginal durante a gestação, no desfecho final permanece a cesariana. Neste sentido, evidências sugerem um modelo de assistência obstétrica contínua liderado por obstetras pela probabilidade de menor intervenções, maior probabilidade de satisfação com os cuidados recebidos e uma probabilidade semelhante de terem desfechos adversos maternos ou perinatais (SANDALL et al., 2016). Estes apontamentos legitimam os desafios e avanços na ampliação da assistência ao parto e nascimento por enfermeiras obstetras no Brasil como estratégia de mudança no modelo assistencial.

Vale ressaltar ainda que, mesmo com a cultura da cesariana, há um movimento de um grupo de mulheres demonstrando interesse em compreender o processo parturitivo, desvelar o seu corpo e a fisiologia do parto, numa forma de resgate do protagonismo na vivência do parto e nascimento, sinalizando os motivos da preferência inicial pelo parto normal como a melhor opção e mesmo aquelas que disseram preferirem a cirurgia cesariana, tinham conhecimento dos benefícios do parto normal mas não se consideravam aptas para o processo.

5.1.3 Via de parto realizada

Os achados deste estudo apontaram para maior desfecho por cesariana (55%) mesmo as mulheres relatando o conhecimento referente aos benefícios e por preferirem o parto

normal. As cesarianas ocorreram por complicações durante o processo do trabalho de parto e outras por ser uma escolha da mulher, mesmo orientada quanto aos riscos expostos. Este achado é semelhante a outro estudo realizado na Universidade Federal do Mato Grosso sobre fatores relacionados na escolha da via de parto pela puérpera, no qual das 25 mulheres entrevistadas, 56% foram submetidas a cesariana (NASCIMENTO et al., 2015). A Organização Mundial da Saúde recomenda a taxa de cesariana de 10 a 15% na população geral e até 25% em gestação de alto risco (OMS, 2015). Estes dados encontrados no presente estudo, corroboram as elevadas taxas de cesarianas no país, apontados na pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL et al., 2014). As altas taxas de cesarianas são preocupantes uma vez que a maioria delas são realizadas desnecessariamente, o que aumenta os riscos de curto e longo prazo como infecção pós-parto grave, parada cardíaca e aumenta a chance de localização anômala da placenta o que pode requerer uma histerectomia, além de usufruírem dos recursos que seriam destinados a outros serviços essenciais de saúde, causando um prejuízo financeiro para o serviço de saúde pública (BRASIL, 2018).

Neste estudo as três mulheres que tiveram parto normal em gestação anterior evoluíram para parto normal, e uma de quatro com histórico de cesariana prévia evoluiu para parto vaginal, caracterizando *Vaginal Birth After Cesarean* (VBAC). Este fato pode estar relacionado ao tipo de assistência prestada/recebida, tanto no acompanhamento pré-natal quanto no momento do parto, o suporte contínuo durante o trabalho de parto foi demonstrado como estratégia positiva na redução de intervenções e desfechos favoráveis (HOREY et al., 2013; SANDALL et al., 2016).

Existem poucos estudos realizados a respeito do parto vaginal após uma cesárea e os que existem ainda são conflitantes em suas informações. O estudo mais recente sobre este assunto aponta que quando o desfecho do parto é a via vaginal sem complicações mesmo após uma cesárea prévia, de fato a via vaginal traz maiores benefícios para as mulheres e para os seus bebês, o que é mais recomendado do que uma nova cirurgia cesariana (METZ; BERGHELLA; BARSS; 2020). Porém deve ser avaliado a probabilidade de sucesso de cada mulher pois caso seja necessária uma cesariana intraparto, o risco de comorbidades para mulher e recém-nascido é aumentado, para isso, foi elaborado uma ferramenta que avalia a probabilidade de sucesso para o parto vaginal das mulheres que possuem cesáreas anteriores (METZ; BERGHELLA; BARSS; 2020).

Por isso é necessário intervenções educacionais para as mulheres e seus familiares no pré-natal para que estejam munidos de informações e assim consigam fazer decisões

conscientes sobre a via de nascimento escolhida, evidenciando sempre os benefícios do parto normal para evitar uma primeira cesariana, o que implica alta probabilidade de se repetir em gestações futuras, expondo as mulheres à riscos desnecessários, como observamos nos achados do presente estudo e nos estudos citados anteriormente.

5.2 Análise Qualitativa

5.2.1 Categoria 1 – Gratidão e reconhecimento

O sentido revelado no discurso de cada mulher evidenciado na categoria 1 denotam os aspectos que tornaram o parto uma experiência boa como a assistência prestada pela equipe, a religiosidade, atitudes de carinho, acolhimento e atenção, demonstra mais uma vez que independente do desfecho do parto, estes aspectos tornaram o processo mais prazeroso. Sentimentos semelhantes foram encontrados em diferentes estudos realizados. Um deles traz como um fator muito importante para a satisfação das mulheres quando o parto é conduzido por enfermeiras obstetras, como no presente estudo, estas profissionais são associadas à uma assistência mais humanizada com as parturientes e conseguem fornecer suporte contínuo resultando em maior confiança, segurança e satisfação na vivência do parto e nascimento (SANDALL et al., 2016; SILVA et al., 2018).

O estudo “Nascer no Brasil” também evidencia a importância da qualidade da assistência no processo parturitivo, ao questionar as mulheres sobre como elas classificariam o respeito pelos profissionais das unidades de saúde, 45,2% delas classificaram a assistência em “muito boa” e 41,8% “boa”, isso mostra que 87% das mulheres foram respeitadas e bem tratadas durante sua internação e trabalho de parto (COSTA et al., 2019).

Estes estudos sinalizam que a qualidade da assistência prestada pela equipe é fundamental para o desfecho do parto, uma vez que essa mulher se sente acolhida e respeitada pela equipe, principalmente quando se trata de uma equipe capacitada e especializada, como o caso das enfermeiras obstétricas (SANDALL et al., 2016).

O pré-natal quando realizado por profissionais com especialização em obstetrícia, as mulheres assistidas demonstram maior satisfação com o atendimento e também relatam maior atenção e cuidado com as informações e assistência recebidas. Diante disso, é fundamental a presença dessas profissionais, enfermeiras obstetras e obstetrizes, nos setores de atenção à saúde da mulher e atendimento pré-natal, uma vez que se tratam de mulheres capacitadas para situações obstétricas, seja elas de risco ou não. As evidências ainda mostram que a presença delas está diretamente relacionada à menores taxas de intervenções durante a gestação, parto

e pós-parto, promovendo maior satisfação entre as mulheres atendidas (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES; 2013).

Quanto à crença em alguma divindade, para algumas mulheres isso significa uma fonte de conforto, força e tranquilidade. A medida que acontece a evolução do trabalho de parto elas recorrem ao seu "Deus" como uma fonte de força para continuar o processo, este também foi um achado de um estudo realizado pela Universidade de Ciências Médicas de Zahedan no Irã, sobre a percepção de mães primíparas quanto aos recursos para alívio da dor no parto (BORYRI et al., 2016). Outro estudo que também aborda a questão da religiosidade foi realizado na Universidade Federal de Minas Gerais sobre o processo de escolha da via de parto, onde a mulher atribui à uma força espiritual a escolha do tipo de parto, como "a vontade de Deus" (OLIVEIRA; PENNA 2018). Isso mostra que a crença em uma divindade foi um fator importante para essas mulheres, pois segundo elas foi graças ao seu "Deus" que elas conseguiram passar pela experiência.

5.2.2 Categoria 2 – Experiências positivas no processo de parturição

O agrupamento dos vocábulos relacionados à vivência do processo de parturição desvelou que a maioria das mulheres, mesmo aquelas que foram submetidas à procedimentos ou até mesmo à cirurgia cesariana, afirmou ter vivenciado uma boa experiência.

Estes achados vão de encontro com os resultados obtidos no estudo realizado na Universidade Federal do Mato Grosso sobre a escolha do tipo de parto, em que as mulheres descrevem que vivenciaram sensações que somente passando pelo processo é possível descrever, relatando também uma experiência maravilhosa, demonstrando imensa satisfação pela via de parto realizada, mesmo aquelas que desejavam o parto normal mas que tiveram como o desfecho a cirurgia cesariana (NASCIMENTO et al., 2015).

5.2.3 Categoria 3 – Dor e Sofrimento

Nessa categoria a análise de similitude agrupou os vocábulos que remetem à sentimentos como a dor e o sofrimento quando são relacionados ao verbo ficar, neste sentido as mulheres trouxeram os relatos que consideraram uma experiência ruim, quanto ao tempo de internação prolongado, principalmente em casos que foi necessária a indução, à espera da dilatação e também quanto às contrações dolorosas e a demora no processo.

Foi possível observar em vários estudos realizados que abordam o assunto da gestação, parto e pós-parto que as mulheres trazem em seus relatos a questão da dor e do

sofrimento, como abordado nos trabalhos citados anteriormente. Algumas inclusive justificam a escolha por uma cirurgia cesariana por medo da tão temida dor no parto normal, uma forma de se livrar do sofrimento. Um estudo realizado no alojamento conjunto da Universidade Federal de Pernambuco sobre a percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto, trouxe nos relatos das mulheres que participaram que o a dor muitas vezes é associada com a dor da morte ou até mesmo medo e insegurança em não conseguir parto vaginal (REIS et al., 2017). Outro exemplo é mostrado no trabalho desenvolvido em uma Unidade Mãe e Filho de Medellín, Colômbia com o objetivo de revelar a experiência de mulheres durante o trabalho de parto e parto, as quais trouxeram em seus relatos a dor associada ao medo e ansiedade (MONTROYA; MAZUELO; LÓPEZ; 2016). Isso mostra que nem sempre as mulheres mesmo sendo esclarecidas sobre as fases de trabalho de parto, principalmente, muitas vezes elas não se sentem preparadas como exemplificado na fala da participante do presente estudo.

Neste mesmo estudo citado anteriormente, a autora traz relatos das mulheres as queixas quanto ao tempo de espera, principalmente em momentos onde houve falha na evolução do trabalho de parto e ser necessário uma cesárea e a demora na tomada de decisão (REIS et al., 2017). De uma maneira geral, ao analisar o discursos das mulheres nessa terceira categoria, podemos observar que quando a mulher passa pela experiência de entrar em trabalho de parto e o mesmo evolui para uma cirurgia cesariana a experiência de “tentar o normal” pode tornar-se traumática uma vez que essas mulheres associam o parto normal como um processo demorado, a dor é relatada com intensidade maior que aquelas que evoluíram para o parto vaginal, o que torna o processo do trabalho de parto uma experiência ruim e que causa sofrimento.

5.2.4 Categoria 4 – Desfecho para cesárea

Esta categoria agrupa principalmente aquelas mulheres que durante o pré-natal se prepararam para o parto vaginal, de sua preferência, porém devido alguma complicação na evolução do trabalho de parto foi necessário a realização da cirurgia cesariana. Nos relatos evidenciados nessa categoria aparecem aqueles em que foram necessárias intervenções como a cesariana, além daquelas que apesar de ter o parto vaginal como escolha inicial optaram pela cesariana mesmo após o estímulo e orientação da equipe médica e de enfermagem juntamente com a parturiente para permanecerem na tentativa do parto normal.

É possível observar que mesmo com assistência e a preparação das mulheres, nem

sempre o desfecho do parto será aquele que elas desejaram/planejaram. Assim como no estudo realizado por Reis, que também traz exemplos de mulheres que se prepararam, se orientaram e por fim foi necessária a cirurgia cesariana. Porém o que se pode observar, tanto no presente estudo quanto na literatura, é que em alguns casos em que houve a indicação do procedimento cirúrgico, ainda assim houve uma demora na tomada de decisão até a realização da cirurgia em si, o que torna a espera uma experiência desagradável para as mulheres.

Outro relato que chamou a atenção foi o caso de uma gestante que durante o processo de trabalho de parto, desistiu do parto vaginal e decidiu por uma "cesariana a pedido". Em seu relato é apontado que após sua decisão pela cesariana a assistência acolhedora, calorosa, respeitosa e humanizada recebida/prestada até o momento foi notadamente modificada, emergindo um sentimento de abandono pela parturiente. Ressalta-se que o suporte contínuo como evidência de maior satisfação da mulher (HOREY et al., 2013; SANDALL et al., 2016) deve permanecer independente da opção da mulher pelo desfecho da via de nascimento como via de regra na conduta da equipe.

6 CONCLUSÃO

A análise dos dados deste presente estudo permitiu concluir que a maioria das mulheres se mostrou satisfeita quanto à assistência prestada pelas enfermeiras obstetras, indicaria esse tipo de assistência para pessoas próximas, porém nem todas tiveram o desfecho quanto à via de nascimento desejado no transcorrer da gestação. Ainda assim, consideraram uma experiência positiva quanto ao nascimento do seu filho e a assistência recebida pela equipe.

Foi possível observar também que alguns desfechos não foram tão positivos, seja pela espera, a demora na tomada de decisão, principalmente nos casos que evoluíram para uma cesárea ou até mesmo o sentimento de abandono pela equipe quando a mulher opta por fazer a cesariana. É importante a equipe se atentar para estes pontos de insatisfação uma vez que a mulher se encontra em um momento delicado e na maioria das vezes com muita. Com isso é importante trabalhar com a equipe estes aspectos, principalmente quando a mulher se sente desassistida, é necessário a assistência contínua e de qualidade como abordado nas evidências

As taxas elevadas de cesariana, mesmo em um grupo de mulheres que receberam orientações de profissionais específicos permanecem como um grande desafio para os serviços de saúde, considerando os possíveis riscos desta intervenção.

Sugere-se a ampliação da inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao parto e nascimento nos serviços de saúde da rede pública e setor privada, considerando as evidências científicas de que se trata de uma estratégia positiva na redução das intervenções desnecessárias. O fortalecimento da assistência compartilhada pela equipe multiprofissional com definição de protocolos institucionais que legitimem esse modelo de assistência, além da reestruturação da formação profissional visando a mudança do modelo assistencial.

REFERÊNCIAS

- ARMBRUSTER, D. et al. Respectful maternity care:: the universal rights of childbearing women. **White Ribbon Alliance**, Washington, out. 2011. Disponível em: https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Final_RMC_Charter.pdf. Acesso em: 30 jun. 2020.
- ARONI, P. et al. Ensaio clínico randomizado: aspectos conceituais e metodológicos. In: LACERDA, Maria Ribeiro et al. **Metodologia da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde: da teooria à prática. da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá Editora, 2018. Cap. 01. p. 35-60.
- BARDIN, L. A categorização. In: BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**: edição revista e actualizada. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. Cap. 3. p. 145-148. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro.
- BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1341-1348, out. 2018. Elsevier BV. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext). Acesso em: 21 jun. 2020.
- BORYRI, T. et al. The perception of primiparous mothers of comfortable resources in labor pain (a qualitative study). **Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research**, v. 21, n. 3, p. 239-246, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4857657/>. Acesso em: 02 jun. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Nota sobre a atuação do Projeto Parto Adequado – PPA acerca das cesarianas no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/nota-atuacao-projeto-parto-adequado.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**: sobre o programa. Sobre o Programa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/sobre-o-programa>. Acesso em: 5 jun. 2020.
- BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS lança nova recomendação sobre intervenções não clínicas para reduzir número de cesarianas desnecessárias**. Brasil, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5783:oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero-de-cesarianas-desnecessarias&Itemid=820. Acesso em: 18 de junho 2020.
- BRASIL. PORTARIA Nº306, DE 28 DE MARÇO DE 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 mar. 2016. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22554355. Acesso em: 15 jun. 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do Software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição**, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis, Brasil, 21 de nov. de 2018. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>. Acesso em: 26 de jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasília). FERREIRA, I. C. A. **Resolução COFEN nº 0477/2015 de 14 de abril 2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html. Acesso em: 30 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasília). SILVA, M. C. **Resolução nº 516/2016, de 24 de junho de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 30 jun. 2020.

COSTA, D. D. O. et al. Psychometric properties of the hospital birth satisfaction scale: birth in brazil survey. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, e00154918, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n8/1678-4464-csp-35-08-e00154918.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

DWEIK, D. et al. Women's antenatal preferences for delivery route in a setting with high cesarean section rates and a medically dominated maternity system. **Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica**, Szeged, Hungary, v. 93, n. 4, p. 408-415, 23 mar. 2014. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.12353>. Acesso em: 02 jun. 2020.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Alta taxa de cesáreas no Brasil é um tema de audiência pública**. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica>. Acesso em: 18 jun. 2020.

HOREY, D. et al. Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, Issue 7. Art. No.: CD010041. 30 jul. 2013. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010041.pub2/full>. Acesso em: 18 jun. 2020.

KOTTWITZ, F. GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. e20170013, 17 nov. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0013.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

KOVAVISARACH, E.; SUKONTAMAN, W. Preferred Route of Delivery of Thai Pregnant Women. **Journal Of The Medical Association Of Thailand**, Bangkok, Thailand, 100 (Suppl. 1), p. 131-135, fev. 2017. Disponível em: <http://www.thaiscience.info/Journals/Article/JMAT/10986391.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

LEAL, M. C. et al. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. **Sumário Executivo Temático Nascer no Brasil**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

METZ, T. D.; BERGHELLA, V.; BARSS, V. A. Choosing the route of delivery after cesarean birth. **Uptodate**. mai. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/choosing-the-route-of-delivery-after-cesarean-birth>. Acesso em: 18 jun. 2020.

MONTOYA, D. I. G.; MAZUELO, E. M. G.; LÓPEZ, C. P. H.. Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto. **Avances En Enfermería**, Medellín, v. 33, n. 2, p. 271-281, 27 jan. 2016. Universidad Nacional de Colombia. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42279/60894>. Acesso em: 18 jun. 2020.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, abr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/19.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

NASCIMENTO, R. R. P. do et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. , p. 119-126, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1228-1236, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1228.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=90EBB16DEA94E8E0FBBFC474BFA214CC?sequence=3. Acesso em: 11 de outubro 2019.

PADOIN, S. M. M. et al., Pesquisa qualitativa apoiada no referencial teórico da fenomenologia. In: LACERDA, Maria Ribeiro et al. **Metodologia da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde: da teoria à prática. da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá Editora, 2018. Cap. 09. p. 233-261.

REIS, C. C. et al., Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto:

implicações para o cuidado de enfermagem. **Ciencia y Enfermería**, Revista Iberoamericana de Investigación, v. 23, n. 2, p. 45-56, maio 2017. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n2/0717-9553-cienf-23-02-00045.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SANDALL, J. et al., Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, Issue 4. Art. No.: CD004667., 28 abr. 2016. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SANTOS FILHO, SB. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas**. 2.ed. Ijuí: Unijuí; 2010.

SANTOS, F. P. S. et al., Autonomy for obstetric nurse on low-risk childbirth care. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 2, p. 471-479, jun. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n2/pt_1519-3829-rbsmi-19-02-0471.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

SÃO PAULO. LEI nº 17.137, DE 23 DE AGOSTO DE 2019. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. **Assembléia Legislativa do estado de São Paulo**, São Paulo, 23 ago. 2019. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>. Acesso em: 15 jun. 2020.

SILVA, R. C. F. et al., Satisfação no parto normal: encontro consigo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e20170218, 22 out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e20170218.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016. Associação Brasileira de Psicologia. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a15.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

UFU, Universidade Federal de Uberlândia. Projeto Pedagógico do Curso. Curso de pós-graduação Lato Sensu em Enfermagem Obstétrica – CEEO – Turma I. **Faculdade de Medicina**, Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, 2019. Disponível em: http://www.famed.ufu.br/system/files/conteudo/ppp_-_enfermagem_obstetrica.pdf. Acesso em: 18 de junho 2020.