

**Expectativas e sentimentos das puérperas acerca do trabalho de parto e parto**  
**Expectations and feelings of pregnant women about child and child work**  
**Expectativas y sentimientos de las mujeres embarazadas sobre el niño y el trabajo**  
**infantil**

Recebido: 29/07/2020 | Revisado: 02/08/2020 | Aceito: 17/08/2020 | Publicado: 22/08/2020

**Cíntia de Souza Santana**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4404-4649>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [cissantana@hotmail.com](mailto:cissantana@hotmail.com)

**Adriane Maria Netto de Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9422-423X>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [adrianenet@vetorial.net](mailto:adrianenet@vetorial.net)

**Silvana Possani Medeiros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4053-8545>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [silpossani@hotmail.com](mailto:silpossani@hotmail.com)

**Valdirena Medina Cardoso**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9411-9533>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [valdirenac@gmail.com](mailto:valdirenac@gmail.com)

**Mara Regina Santos da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5455-7689>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [marare2021@gmail.com](mailto:marare2021@gmail.com)

**Marta Regina Cezar-Vaz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0754-7469>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [cezarvaz@vetorial.net](mailto:cezarvaz@vetorial.net)

## **Resumo**

**Objetivo:** compreender as expectativas que as puérperas têm em relação ao trabalho de parto e parto e, quais os sentimentos que o período periparto despertou nessas mulheres. **Metodologia:** estudo qualitativo, realizado em um hospital de ensino do sul do Brasil, cujos critérios de inclusão foram: puérperas que tiveram gestação de baixo risco e que passaram por trabalho de parto e parto vaginal. E, os critérios de exclusão: mulheres que, durante o trabalho de parto tiveram intercorrências, cesárea indicada durante ou, após o parto, não estavam com seus bebês. A coleta dos dados ocorreu por meio da entrevista semiestruturada e analisados através da Análise de Conteúdo. **Resultados:** Posterior a análise, emergiu uma categoria: Percepção das puérperas acerca do trabalho de parto e parto, a qual foi distribuída em duas subcategorias: Expectativas acerca do trabalho de parto e parto e, sentimentos relacionados ao trabalho de parto e parto. Foi possível perceber o despreparo e a falta de conhecimento das mulheres sobre o processo de nascimento, relatos de expectativas positivas, porém superficiais e sentimentos negativos, como sofrimento, medo, dor, ansiedade demonstrando importante falha na assistência pré-natal. **Conclusão:** Conclui-se que há desinformação entre as mulheres sobre a complexidade do parir, o que lhes retira o poder de decisão e autonomia sobre o parto.

**Palavras-chave:** Parto; Gestante; Enfermagem obstétrica; Saúde da mulher; Saúde mental.

## **Abstract**

**Objective:** to understand the expectations that the puerperal women have in relation to labor and delivery and, what are the feelings that the peripartum period aroused in these women. **Methodology:** qualitative study, carried out in a teaching hospital in southern Brazil, whose inclusion criteria were: postpartum women who had low-risk pregnancies and who went through labor and vaginal delivery. And, the exclusion criteria: women who had complications during labor, a cesarean section indicated during or, after delivery, were not with their babies. Data collection took place through semi-structured interviews and analyzed using Content Analysis. **Results:** After the analysis, a category emerged: The mothers perception about labor and delivery, which was divided into two subcategories: Expectations about labor and delivery and feelings related to labor and delivery. It was possible to perceive women's unpreparedness and lack of knowledge about the birth process, reports of positive, but superficial expectations and negative feelings, such as suffering, fear, pain, anxiety, demonstrating an important failure in prenatal care. **Conclusion:** It is concluded that there is

disinformation among women about the complexity of giving birth, which removes their power of decision and autonomy over childbirth.

**Keywords:** Childbirth; Pregnant; Obstetric nursing; Women's health; Mental health.

## Resumen

**Objetivo:** comprender las expectativas que tienen las mujeres puerperales en relación con el trabajo de parto y el parto y qué sentimientos despertó el período periparto en estas mujeres.

**Metodología:** estudio cualitativo, realizado en un hospital universitario en el sur de Brasil, cuyos criterios de inclusión fueron: mujeres posparto que tuvieron embarazos de bajo riesgo y que se sometieron a parto y parto vaginal. Y, el criterio de exclusión: las mujeres que tuvieron complicaciones durante el parto, una cesárea indicada durante o después del parto, no estaban con sus bebés. La recopilación de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas y analizadas mediante el análisis de contenido. **Resultados:** Después del análisis, surgió una categoría: la percepción de las madres sobre el parto y el parto, que se dividió en dos subcategorías: Expectativas sobre el parto y el parto y sentimientos relacionados con el parto y el parto. Fue posible percibir la falta de preparación y la falta de conocimiento de las mujeres sobre el proceso del parto, informes de expectativas positivas pero superficiales y sentimientos negativos, como sufrimiento, miedo, dolor, ansiedad, lo que demuestra una falla importante en la atención prenatal. **Conclusión:** se concluye que existe una desinformación entre las mujeres sobre la complejidad de dar a luz, lo que elimina su poder de decisión y autonomía sobre el parto.

**Palabras clave:** Parto; Embarazada; Enfermería obstétrica; La salud de la mujer; Salud mental.

## 1. Introdução

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstra que no ano de 2013, 289.000 mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto e 2,8 milhões de recém-nascidos morreram nos 28 dias seguintes ao nascimento. A maioria dessas mortes ocorreu em contextos de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e poderia ter sido evitada (Oms, 2017).

Com o intuito de modificar esse cenário, ao longo dos anos, a OMS investe em estudos em a fim de promover uma gestação/puerpério seguro, tanto para a mãe, bem como para o filho. Nesse âmbito, no ano de 2017, a mesma, elaborou o Guia de Recomendações

para a Assistência ao Parto Seguro e, neste, fica evidente que os cuidados relacionados à humanização, o respeito à privacidade e individualidade das mulheres são essenciais para a manutenção da dignidade, da liberdade e da escolha informada destas acerca do trabalho de parto (TP) e parto, além dos cuidados técnicos relacionados ao nascimento (Oms, 2017).

No Brasil, desde 2002, as políticas de saúde vêm sendo implantadas com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Nesse viés, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal compreende aspectos relacionados ao compromisso das unidades de saúde em receber com dignidade a puérpera, seus familiares e o recém-nascido. Também sugerem à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a parturiente, nem o recém-nascido e, que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (Brasil, 2002).

Já no ano de 2012, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco para que as equipes da Rede de Atenção em Saúde possam se instrumentalizar e melhor atender as mulheres. Assim como, nas demais orientações e recomendações do Rede Cegonha, no manual fica evidente que o foco baseado somente nos aspectos físicos não são suficientes. A compreensão dos processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal deve ser potencializada por meio da escuta e abordagem das equipes da rede de atenção (Brasil, 2012)

Dentre as orientações em relação ao parto, destacam que as equipes devem priorizar informações como: planejamento individual, considerando-se o local, o transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social; orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos e, o incentivo ao protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz (Tostes & Seidl, 2016).

Percebe-se que há uma preocupação de que a mulher receba informações educativas e suporte emocional, a fim de que esteja preparada para o momento do parto e, fica claro que o atendimento pré-natal tem fundamental importância na construção desse processo. Assim sendo, espera-se que o sentimento de medo do parto, especificamente, seja uma das tantas questões abordadas durante o pré-natal. O conhecimento, o resgate do protagonismo da mulher e sua família e, a garantia de um atendimento seguro são ferramentas que certamente

auxiliam na diminuição do medo, proporcionando assim, o aumento do índice de nascimentos naturais e humanizados (Ayres, Henriques & Amorim, 2018).

Porém, na prática, a assistência ao parto no Brasil é marcada por diversos problemas como, falta de pessoal, falta de insumos e materiais, falta de estrutura adequada para o atendimento digno, questões que interferem diretamente na qualidade assistencial. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) ainda não estão consolidadas, inviabilizando a integração entre os cuidados pré-natal e a assistência ao parto. Como consequência, mantêm-se elevadas as taxas de prematuridade que, nas regiões Sul e Sudeste, se alternaram entre 3,4% e 15%, ao passo que na região Norte e Nordeste ficam entre 3,8% e 10,2%. Outro ponto preocupante é que o Brasil sofre de “epidemia” de cesarianas, na ordem de 56% dos partos realizados ao ano no país, quando não deveriam superar 15% (Schvartz, Prates, Possati & Ressel, 2016) (Zanatta, Pereira & Alves, 2017). Além disso, em 2016, o Brasil apresentou uma taxa de mortalidade materna na ordem de 62 mulheres para cada 100 mil nascimentos; dados acima da meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas de 35 mortes/100 mil nascimentos (Tesser, Knobel, Andrezzo & Diniz, 2015) (Pereira, Castro & Bastos, 2018).

Nesse universo, a prática em enfermagem obstétrica realizada em um hospital universitário vinculado à Rede Cegonha vem trazendo à tona questões que necessitam ser abordadas, como conhecer e compreender a percepção e as vivências de mulheres a respeito do processo de nascimento, principalmente no que se refere ao TP e parto.

Espera-se com o estudo conhecer quais os fatores que afetam as mulheres no momento do parto ou, até mesmo, antes dele, no que diz respeito aos sentimentos relacionados ao parto natural. Tal situação vem gerando desconforto na prática como enfermeira obstétrica, emergindo então, a necessidade de conhecer quais os motivos que provocam temor nas mulheres, no trabalho de parto e parto vaginal.

Diante desse contexto, tiveram-se como objetivos: compreender as expectativas que as puérperas têm em relação ao trabalho de parto e parto e, quais os sentimentos que o período periparto despertou nessas mulheres.

## **2. Metodologia**

Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado intitulada: “Sentimentos e Vivências das Puérperas em Relação ao Trabalho de Parto e Parto”.

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, cujos aspectos relativos aos significados e posturas dos indivíduos não podem ser mensurados e sim analisados no processo em que se

encontram inseridos (Minayo, 2014). A essência da análise dos dados está no aprofundamento do conhecimento acerca da subjetividade das mulheres em relação ao TP e parto.

A pesquisa foi realizada no Centro Obstétrico de um Hospital de Universitário (C.O./H.U.) localizado em um município no extremo sul do Brasil. O H.U. esteve vinculado à Universidade Federal até o ano de 2015, quando então, passou a ter a gestão compartilhada, juntamente, com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Foram convidadas a participarem do estudo, as puérperas que internaram no C.O. por TP efetivo, ou seja, com contrações efetivas e/ou dilatação cervical de cinco centímetros ou mais, entre os meses de julho a setembro do ano de 2018, no turno da manhã. Os critérios de inclusão das participantes no estudo foram: mulheres acima de 18 anos, com idade gestacional maior ou igual a 39 semanas, com mais de seis consultas de pré-natal, em função dos critérios determinados pela OMS, como pré-natal adequado, ou seja, de, no mínimo, seis consultas registradas na carteira de gestante e que foram classificadas como gravidez de risco habitual. Os critérios de exclusão foram: mulheres que apresentaram durante a evolução do TP, intercorrências ou que tiveram cesárea indicada pela equipe assistencial e, aquelas cujos recém-nascidos estivessem em atendimento, em função de problemas após o nascimento.

A coleta dos dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada, contendo questões fechadas e abertas, as primeiras serviram para identificar as condições socioeconômicas das mulheres, bem como sua situação gestacional, ou seja, histórico gestacional prévio, possíveis intercorrências durante a gestação atual, nível de informação sobre o TP e parto; e, as demais buscaram compreender as vivências, pensamentos e sentimentos referentes ao TP e parto das puérperas. O período para realização da entrevista foi imediatamente após o quarto período clínico do parto, ou seja, após o nascimento, onde a puérpera consegue conversar com maior tranquilidade, sem as sensações do TP. Foram seguidas as orientações do Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), abordando a participante, após o parto.

Foram obedecidos os princípios da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde quanto aos aspectos éticos, mediante aprovação do CEPAS sob parecer de número 91/2018, o qual envolve a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012) bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias.

A identificação das mulheres realizou-se pela letra P de parturiente, seguida do número da entrevista. Foram entrevistadas 15 puérperas, sendo considerado como critério para o término das entrevistas, a saturação dos dados.

Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo que proporciona estudos acerca do contexto e das relações do tema analisado ou do participante e suas representatividades, para que possam ser melhor compreendidos. Apreendeu-se os sentidos dos relatos e as implicações psicossociais, culturais e ambientais, no qual os dados foram coletados (Minayo, 2014).

Na pré-análise foi realizada a aproximação do pesquisador com o material, através da organização e leitura flutuante. Durante a análise, codificou-se o material coletado por meio da categorização dos dados. Com isso, foi formado o corpus de análise, em que os dados foram agrupados por características comuns, relações entre as respostas e seus conteúdos (Minayo, 2014).

### **3. Resultados**

Posteriormente a análise dos dados emergiu a categoria: “Percepção das puérperas acerca do TP e parto”, a qual foi dividida em duas subcategorias: Expectativas acerca do TP e parto e, Sentimentos relacionados ao TP e parto, as quais se encontram descritas a seguir.

#### **Expectativas acerca do TP e Parto**

A maioria das mulheres ao falarem a respeito das suas expectativas em relação ao TP e parto relatou que tinham pensamentos positivos, consideravam que o processo do nascimento se constituía em uma experiência simples ou menos complexa do que realmente aconteceu. Os discursos abaixo confirmam tais expectativas:

*Eu esperava que o parto fosse normal, exatamente como foi. Que eu chegasse aqui e não demorasse muito as contrações e a dilatação. Eu queria que fosse parto normal (P5).*

*Eu achava que não ia sentir tanta dor, que não ia sentir tanto como foi. Mas senti muita dor, mais que do primeiro parto (P6).*

*Achei que o TP e parto ia ser bem rápido e não tão dolorido como aconteceu (P7).*

*Todas as minhas expectativas eram positivas, embora eu soubesse que doía, mas não*

*imaginei que durasse tanto tempo, mesmo assim, valeu a pena (P14).*

É possível perceber nas falas que não há uma preocupação específica das mulheres quanto ao processo de nascimento, ao TP, suas etapas, evolução e assistência da equipe para ajuda-las. Manifestam algumas certezas, como por exemplo, que o “parto normal” geralmente confere uma certa ausência de curiosidade ou preocupação com o que realmente envolve tal acontecimento, o que as vezes pode ter um curso diferente e mais doloroso do que esperado.

Outro fator que merece destaque é o protagonismo da mulher durante o TP e parto. Nesta situação, espera-se que os atores principais sejam a mulher e seu filho, juntamente com o familiar que possui maior vínculo ou pessoa que escolhe para ficar com ela durante este processo. No entanto, nem sempre a mulher se apropria deste papel no processo de nascimento.

No Brasil, o nascimento ainda não deixou de ser um evento prioritariamente determinado, controlado e conduzido por profissionais de obstetrícia, sendo poucos os casos em que a mulher é assistida conforme as recomendações de cuidados seguros e não mecanizados, apesar do movimento científico em prol do parto humanizado. A maioria dos relatos do presente estudo demonstram que as mulheres ainda consideram os profissionais da saúde como os principais atores do TP.

*A minha expectativa, no caso, era que eu tinha que chegar e me livrar sabe, fazê-lo sair e não segurar (P1).*

*Achava que as enfermeiras seriam mais grosseiras, coisas que as pessoas falam sobre a equipe (P12).*

*Eu estava bem receosa de acontecer algum problema na última hora ou ter um mau atendimento da equipe médica também, como aconteceu no outro parto (P13).*

*Na gravidez anterior, eu lia todas as semanas sobre gestação, eu pensava em ter parto normal. Mas quando me mandaram para cesárea, eu falei: deve ser necessário. Mas foi tudo confuso, sem informação sobre o porquê de ir para a cesárea (P14).*

As expectativas relacionadas ao tempo de duração do TP e parto, e à intensidade da dor surgiram nos discursos como sensações negativas, evidenciando o desconhecimento das

puérperas quanto às etapas TP. Parece haver uma consciência coletiva e simplificadora desse processo, tanto por parte dos profissionais quanto das mulheres. A maioria das puérperas referiu não imaginar que passar pelo TP ocasionaria dores intensas e que o processo de nascimento em si, demandaria um tempo muito maior, do que esperado por elas.

*Eu achava que não ia sentir tanta dor, que não ia sentir tanto como foi, mas senti muita dor, mais que do primeiro (P6).*

*Eu esperava sentir menos dor. Mas foi tranquilo, eu pensei que não doía tanto, mas doeu. Eu imaginei bem diferente as coisas que aconteceram (P8).*

*É diferente, é uma coisa nova. Mãe de primeira viagem...Eu achei que ia chegar no hospital e ia ganhar. Mas é bem diferente, tem um processo longo e muitas dores (P11).*

*Imaginava que seriam doze horas de TP e parto normal, mas não trinta e sete horas (P14).*

Entende-se que a equipe de saúde deve prestar um atendimento focado nas necessidades da puérpera, aliviar seus anseios, esclarecer as suas dúvidas, e para que exista uma relação de confiança entre ambos, essa deve estar baseada no diálogo, na afetividade, no prazer em cuidar o outro e na atenção dispensada; não se preocupar apenas em crenças e mitos, acompanhando essas escolhas, intervindo o mínimo possível para que possa se devolver um processo natural e tranquilo.

### **Sentimentos relacionados ao TP e Parto**

Os discursos mostraram que o parto envolve sentimentos como medo, ansiedade, angústia, desespero e arrependimento. No entanto, outros manifestaram também sentimentos positivos, como satisfação e tranquilidade.

*Eu estava com medo de pegar um médico não muito bom. Que fosse estúpido, por eu já ter dois filhos e ser nova (P4).*

*Em primeiro lugar, senti medo. Medo que alguma coisa desse errado, como aconteceu no outro parto. Antes do TP e parto, eu estava com bastante medo de acontecer algo errado na hora do parto (P12).*

*Eu estava bem receosa de acontecer algum problema na última hora ou de receber um mau atendimento da equipe médica, que acontecesse algo fora do esperado (P13).*

*Eu sentia medo, muito medo. Medo da dor, medo de não conseguir fazer força na hora que tinha que fazer (P15).*

A ansiedade relatada pelas participantes estava relacionada essencialmente ao medo e ao desconhecimento do processo de parir. Em alguns discursos, os sentimentos mostram-se entrelaçados e confusos.

*Eu estava ansiosa. Tinha ansiedade em ver ele, estava louca para ver o rostinho, mas tinha medo de passar pelo parto normal (P12).*

*Eu estava bem ansiosa. Tinham vários sentimentos envolvidos. Um pouco de tudo, porque no segundo parto foi bem ruim o atendimento no hospital que eu fui (P13).*

Outros sentimentos negativos também surgiram, demonstrando que, em alguns momentos, ocorre a perda do controle emocional, principalmente frente as incertezas, ao desespero e mediante o arrependimento de ter gestado.

*Fiquei muito tensa, não conseguia relaxar (P1).*

*Quando eu entrei em TP e as dores começaram, me arrependi (P2).*

*Eu achei que ia ser bem tranquilo por eu fazer academia e ter preparado o corpo. Só que para mim foi bem difícil, eu senti bastante dor. Eu estava com todos os sentimentos misturados. Eu não passaria de novo pelo TP e parto, se eu pudesse escolher, só se tiver que passar sem a opção de escolher (P3).*

As puérperas participantes deste estudo, também demonstraram sentimentos positivos

durante a entrevista, o que era esperado para o momento em que foi realizada, uma vez que responderam as perguntas, já com o bebê no colo, durante as primeiras horas em que estavam se conhecendo.

*Depois que eu vivi e passei este momento, percebi que valeu a pena passar por tudo isso (P2).*

*Foi bom. Um momento meu e da minha filha. Em alguns momentos, eu senti que tive que fazer muita força, na reta final eu estava quase desistindo. Mas eu busquei força e passou, consegui ter o parto normal, tudo tranquilo (P11).*

*Eu pensava: vai passar, em algum momento vai passar e, agora, falta menos do que faltava antes. Eu queria me sentir capaz de parir. Eu queira sentir isso. Achava que ia suportar até o final e suportei (P14).*

#### **4. Discussão**

No que se refere às expectativas das mulheres em relação ao processo de TP e parto parecem estar diretamente relacionadas aos sentimentos que elas apresentam neste momento específico. A experiência de parto pode ser também compreendida como parte de um rito de passagem, encarado como necessário e enriquecedor do ponto de vista subjetivo, o que favorece a ressignificação da dor por elas operada. Nesse sentido, o parto é vivido como uma exibição de força, resistência e consolidação da feminilidade, servindo de base para a construção de uma identificação entre aquelas que se dispuseram e foram capazes de superar as dores provocadas pelas contrações (Maia, Pereira, Souza, Freitas, Cabral & Souza, 2017).

Porém, tais expectativas em relação ao processo de parturição, são influenciadas por mecanismos individuais (dela própria), coletivos (família e sociedade) e institucionais (equipe de saúde), além de valores familiares e sociais (Striebich, Mattern & Ayerle, 2018). A área da saúde tende a ter uma visão unidimensional e especializada a respeito dos eventos ligados à evolução e desenvolvimento humano. Em função disso, surgem as contradições, as ideias isoladas e condutas que mostram a necessidade de os profissionais terem uma compreensão mais aprofundada das etapas relacionadas ao TP e parto, a partir da individualidade das mulheres.

Pode ser desafiador, definir o que seria normalidade quando se trata de parto, até

porque esses como outros conceitos são complexos e envolvem a percepção individual das pessoas, as quais cada uma dentro de sua singularidade detém uma compreensão única (Schvartz, Prates, Possati & Ressel, 2016). Nesse cenário, os profissionais na sua maioria, tendem a considerar práticas tradicionais como o uso de fármacos, manobras de estímulo para dilatação do colo ou outras que acelerem o TP, para definir o parto normal, mesmo sendo este, um evento naturalmente fisiológico.

Entretanto, quando é realizada uma assistência adequada, sem intervenções desnecessárias (aceleração induzida de parto eutócico, indução de puxos, manipulação excessiva do períneo, uso de manobra de Kristeller, entre outras), deve-se incentivar a realização do parto normal devidamente assistido, ou seja, fomentando práticas de relaxamento, mantendo avaliação constante e permitindo a liberdade de posições e verbalizações sejam elas positivas, bem como negativas, da parturiente ao longo do processo. Tais práticas parecem influenciar positivamente o TP.

A postura da equipe deve atrelar um cuidado humanizado e seguro, garantindo-lhe os benefícios dos avanços científicos, mas, principalmente, permitindo e despertando a parturiente para o exercício da cidadania, resgatando sua liberdade de escolha no TP e parto. Diante disso, é fundamental para proporcionar a parturiente uma assistência segura, livre de iatrogenias e apoiando o protagonismo da mulher no parto (Tesser, Knobel, Andrezzo & Diniz, 2015).

O cuidado obstétrico durante o TP e parto pode favorecer que esse processo se constitua em uma experiência positiva para a família, ou, ao contrário, também pode gerar um trauma profundo, por meio da violência sofrida no ato do parto. Uma das formas mais reconhecidas de violência obstétrica ocorre com a presença de atos ou ações e procedimentos sem o consentimento da mulher, provocando danos à sua saúde (Pereira, Castro & Bastos B.R, 2018).

Os indivíduos são dotados de autonomia, porém esta tem uma relação de dependência com os contextos, nos quais se encontram inseridos. Existe a heterogeneidade da autonomia humana, balizada por fatores sociais e culturais, a qual, geralmente, é influenciada também, pelas relações de poder (Zanatta, Pereira & Alves, 2017). A parturiente tende a seguir o caminho determinado e indicado pelo profissional, muitas vezes, inconscientemente, mesmo quando tem algum conhecimento acerca do TP e parto e, a própria natureza a seu favor, considerando a fisiologia do nascimento.

Percebe-se que essa mudança de paradigma será viável, apenas quando o entendimento do parto for modificado, passando a ser percebido como algo natural e um

evento humano. É a partir dessa percepção que as mulheres resgatarão sua autonomia para exercerem a cidadania e propiciarem o seu direito de escolha durante o parto e nascimento (Striebich, Mattern & Ayerle, 2018).

No cotidiano do trabalho em obstetrícia percebe-se que a população, em geral, não se encontra preparada para a efetividade do TP e parto. Comumente, relatos de TP com duração de mais de 24 horas evidenciam que o conceito desse processo, determinado pela população é totalmente equivocado, pois, frequentemente, as gestantes procuram os serviços de saúde bastante ansiosas, principalmente após as 36 semanas de gestação, frente ao menor sinal de contratilidade uterina, chamadas de pródromos ou contrações de treinamento, achando que, a partir desse momento, já estão em TP. Tal situação é um dos fatores que mais gera sofrimento, desgaste e angústia, tanto nas mulheres como em seus familiares, o que poderia ser reduzido com uma adequada atenção e orientação durante o período gestacional, nas consultas de acompanhamento pré-natal. O TP efetivo em primíparas tem duração média de 4 horas, sendo pouco provável que ultrapasse 12 horas e, em múltiparas, em média, sua duração é de 3 horas, geralmente não ultrapassando 10 horas (Oms, 2017).

Em relação à intensidade da dor, a Associação Internacional para o Estudo da Dor diz que a subjetividade envolvida na definição desse padrão demonstra múltiplos fatores que devem ser observados quando se tenta definir os níveis de dor. A dor está associada a lesões que podem ser potenciais e/ou reais, estando envolvidos no sentir de cada indivíduo, os aspectos físicos, sensoriais e/ou emocionais (Pereira, Castro & Bastos, 2018).

Sendo assim, compreende-se que, para cada mulher em TP, o padrão de dor sentida e referida deve ser avaliado de acordo com a necessidade que o momento exige. Fisiologicamente, as contrações uterinas tendem a causar sensações dolorosas, principalmente durante o segundo e o terceiro período clínico do parto. Porém, a maioria das mulheres durante o TP referem dores constantes, mostram-se incomodadas, chorosas e inconformadas com esse processo. É neste momento, que a assistência humanizada pode auxiliar, pois o apoio, as práticas de conforto e técnicas não farmacológicas de alívio da dor proporcionam à parturiente momentos de relaxamento e, com isso, há uma diminuição das sensações dolorosas entre um período e outro de contração (Sheen & Slade, 2018).

Estudo realizado evidencia que o medo do parto ou tocofobia e que os demais sentimentos das mulheres em relação ao nascimento podem e devem ser avaliados e assistidos por equipes multiprofissionais, em razão da importância destes para o desfecho favorável do parto, bem como para o fortalecimento dos vínculos no estabelecimento das relações intrafamiliares (Maia, Pereira, Souza, Freitas, Cabral & Souza, 2017). A imprevisibilidade do

parto é fator importante para que a mulher e sua família tenham sentimentos negativos acerca do mesmo (Maia, Pereira, Souza, Freitas, Cabral & Souza, 2017). Em relação aos sentimentos negativos, o medo é o que mais aparece no presente estudo.

Os discursos mostram a relevância da atuação dos profissionais como educadores em saúde, a fim de promoverem o conhecimento acerca do assunto, para empoderar as mulheres e, com isso permitir que decidam os caminhos relativos ao TP e parto, conscientemente, sendo as protagonistas desse momento do seu viver. Assim como, ainda temos o predomínio do modelo assistencial em saúde e fica evidente que as expectativas das participantes estão intimamente influenciadas pelas atitudes e condutas da equipe obstétrica em relação a esse processo. Ao relatarem suas expectativas, as mulheres demonstram que não tem autoconfiança em parir, se mantêm na condição de expectadora, portanto, não participativa, tampouco responsável pelas decisões tomadas em relação ao parto. Considera-se que os aspectos culturais das pessoas em geral, e as relações de poder entre os profissionais, ainda visto como detentores das escolhas e do conhecimento, e as parturientes, no que se refere ao nascimento, ainda permanecem predominantes e a autonomia da mulher se encontra velada mediante sua subordinação frente ao modelo assistencial predominante. Acredita-se que a subordinação somada ao desconhecimento sobre o processo do TP, assim como os sentimentos negativos acerca do mesmo pode dificultar sua maior autonomia ou empoderamento.

Quando questionadas sobre o que as fazia sentirem medo, as mulheres demonstraram dificuldade em descrever os motivos, algumas citaram a dor, a imprevisibilidade e a postura dos profissionais como fatores desencadeantes desse sentimento. O medo, a preocupação e o nervosismo fazem parte do significado da gravidez, bem como da vida do ser-humano de modo geral, o qual frente as situações de vida inesperadas, são acometidos por tais sentimentos. A gestação, geralmente traz consigo uma incerteza para a mulher em relação ao parto, ao pós-parto e aos cuidados com o recém-nascido (Tostes & Seidl, 2016).

Os profissionais também têm responsabilidade no que se refere ao desencadeamento do medo nas mulheres, uma vez que o desconhecimento acerca do TP e parto tende a ocasionar maior insegurança, o que, provavelmente seria mais difícil de acontecer se este processo fosse realizado de acordo com as novas propostas da humanização do parto. A assistência nesse momento pode promover e/ou facilitar a segurança e o empoderamento das mulheres durante o TP e parto, diminuindo as sensações de medo e ansiedade (Sánchez, Ros, Molina, Viguera & Roche, 2016).

O medo pode ser decorrente de experiências anteriores ou, ao contrário, por conta do desconhecimento. A falta de clareza e a incerteza que o processo do nascimento ocasionam na

maioria das mulheres, exige que os profissionais utilizem outros recursos, como por exemplo, o plano de parto, métodos não farmacológicos para alívio de dores, dentre outros, fortalecendo o planejamento de ações, cientes de que, a cada momento, novos conflitos e significados podem surgir e que, novamente, as condutas precisam ser revistas, a fim de atender a individualidade e as necessidades dessas mulheres nesse momento tão importante (Zanatta, Pereira & Alves, 2017).

Diante de condições desfavoráveis da atenção em saúde no Brasil, associada à escassez de métodos eficazes aplicados nos serviços para a melhoria da qualidade do cuidado, faz-se necessário investir em estratégias como a implantação de listas de verificação, proposta pela OMS, o que já mostrou reduzir mortes e complicações nas áreas de medicina intensiva e cirurgia.

Além da lista, no ano foi elaborado um guia pela mesma OMS, com intuito de que a assistência ao parto seja uma experiência positiva, o qual inclui 56 recomendações baseadas em evidências sobre quais cuidados são necessários durante o TP e pós-parto imediato para a mulher e seu bebê. Entre elas, estão a escolha de um acompanhante durante o TP e o nascimento; garantia de cuidados respeitosos e boa comunicação entre mulheres e a equipe de saúde; manutenção da privacidade e confidencialidade; e liberdade para que as mulheres tomem decisões sobre o manejo da dor, posições para o TP e para o nascimento, bem como o desejo natural de expulsar (a escolha da posição no período expulsivo) do feto, entre outros (Who, 2018).

O processo do nascimento pode ocasionar certa insegurança na vida das famílias, mesmo naquelas onde houve planejamento e acompanhamento adequado no pré-natal. Este sentimento, frequentemente é evidenciado no comportamento das mulheres durante o TP, momento que pode ser fundamental para que haja a ressignificação e mudança de tal sensação, a qual irá depender dos cuidados recebidos e dos registros na memória associados ao momento do parir. O turbilhão de emoções presente no processo do nascimento pode auxiliar a mulher a se fortalecer e resistir, bem como, superar e enfrentar as etapas do TP.

## **5. Considerações Finais**

Considera-se que os objetivos foram alcançados uma vez que foi possível visualizar as expectativas e os sentimentos envolvidos no TP e parto.

Apesar das políticas públicas existentes e das pesquisas realizadas na área sobre o parto, parece que as mulheres ainda não são adequadamente assistidas em relação as suas

percepções e sentimentos em relação ao TP e parto. Os resultados mostraram mais sentimentos negativos do que positivos em relação a este processo, os quais permaneciam latentes, mesmo após o nascimento.

Parece haver uma noção coletiva de que parir é um evento que está atrelado ao sofrimento e a incerteza. As informações e conhecimentos das puérperas baseavam-se em sentir dor, depender da equipe e estar com o bebê saudável no colo, restringindo muito tal processo.

Levando em consideração o momento em que as entrevistas foram realizadas, ou seja, imediatamente após o nascimento, em que as mulheres estavam passando pela recuperação física pós-parto e vivenciando o encantamento com seus filhos, foi possível perceber que, a maioria delas, apesar de terem aceitado participar do estudo, não estavam dispostas a conversar sobre suas vivências.

As expectativas e os sentimentos em relação ao TP e parto encontrados neste estudo levam a reflexão de que, apesar de haver um consenso de que as mulheres devem ser instrumentalizadas para o nascimento dos seus filhos, isto ainda não acontece. Há busca de informações por meio da internet, há orientações superficiais e, até mesmo nos grupos sociais que se encontram inseridas, mas a discussão e a busca de clareza sobre o processo do parir/nascer estão distantes das mulheres que participaram dessa pesquisa.

As limitações do estudo se referem à dificuldade em determinar qual a melhor etapa do TP para realizar a entrevista e, ao número de puérperas que é pequeno, em função do tipo de pesquisa escolhido, por isso não é possível fazer afirmações em relação aos resultados. No entanto, as suspeitas referentes as falhas no acompanhamento pré-natal, mesmo diante das inovações obstétricas se mostram evidentes, principalmente no que se refere a educação para a saúde sobre o TP e parto. O desconhecimento mantém as decisões nas mãos da equipe de saúde e a alienação das mulheres como protagonistas desse momento que deveria ser prioritariamente seu.

## **Referências**

Ayres L. F. A., Henriques B. D., & Amorim W. M. (2018), A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. *Ciênc. Saúde Colet.* 23(11), 3525-534.

Brasil. Ministério da Saúde (BR) (2002). Secretaria de Atenção à Saúde. *Programa de humanização do parto: pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (BR) (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (BR) (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 446/12, de 12 de dezembro de 2012*. Diretrizes e Normas para Pesquisas com seres humanos.

Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. (2017). [*WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns*]. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Maia F. R. M., Pereira D. R., Souza T. J. C. P., Freitas R. J. M., Cabral S. A. R., & Souza L. F. F. (2017). Factors that influence the choice of birth type regarding the perception of puerperal women. *Rev Fund Care Online*. 9(3):717-26.

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14a ed.), São Paulo: Hucitec.

OMS. (2017). Organização mundial da saúde. *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Brasil: Who Pres.

Pereira A. K. S., Castro C. C., & Bastos B. R. (2018). Implementation of the evaluation of pain as the fifth vital sign. *Rev enferm UFPE on line*. 12(11),3009-14.

Sánchez J. A., Ros M. T., Molina A. C., Viguera D. N., Roche E. M. (2016). Explorando las emociones de la mujer em la atención perinatal: Un estudio cualitativo. *Aquichan*. 16 (3),370-81.

Schwartz H. V., Prates L. A., Possati A. B., & Ressel L. B. (2016). Estrategias para alivio del dolor en trabajo de parto y parto: revisión integradora. *J Nurs Health*. 6(2), 355-62.

Sheen K, & Slade P. (2018). What do women fear about childbirth? *Clin Nurs.* 27(13-14), 2523-35.

Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/ tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery.* 61(2018), 97–115.

Tesser C. D., Knobel R., Andrezzo H. F.A., & Diniz S. G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev. bras. med. fam. comunidade.* 10(35),1-12.

Tostes N. A., & Seidl E. M. F. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Trends in Psychology.* 24(2),681-93.

WHO. (2018). World Health Organization. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.*

Zanatta E., Pereira C. R. R., & Alves A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesqui. prá. psicossociais.* 12 (3), 1-16.

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Cíntia de Souza Santana – 25%

Adriane Maria Netto de Oliveira – 15%

Silvana Possani Medeiros – 15%

Valdirena Medina Cardoso – 15%

Mara Regina Santos da Silva – 15%

Marta Regina Cezar-Vaz – 15%