

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-  
FACENE/RN

PATRICIA DE OLIVEIRA SILVA

**FATORES QUE INFLUENCIARAM NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO  
DAS PUÉRPERAS EM UMA MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

MOSSORÓ-RN

2015

PATRICIA DE OLIVEIRA SILVA

**FATORES QUE INFLUENCIARAM NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO  
DAS PUÉRPERAS EM UMA MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp. Joseline Pereira Lima

MOSSORÓ-RN

2015

PATRICIA DE OLIVEIRA SILVA

**FATORES QUE INFLUENCIARAM NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO  
DAS PUÉRPERAS EM UMA MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada pela aluna PATRICIA DE OLIVEIRA SILVA do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), tendo obtido conceito de \_\_\_\_\_ conforme apreciação da banca examinadora.

Aprovado (a) em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)

**ORIENTADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Kalídia Felipe de Lima Costa (FACENE/RN)

**MEMBRO**

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)

**MEMBRO**

*Dedico a minha mãe, sem seus incentivos  
provavelmente nunca teria chegado tão longe.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade e pela vida

A minha mãe por todas as vezes que me incentivou, a estudar e lutar por um futuro melhor, nunca vou me esquecer de seu empenho e dedicação. Sem seus conselhos e incentivos provavelmente não teria chegado tão longe, e alcançado este sonho tão almejado.

A meu pai pelo seu incentivo e entusiasmo diante de minhas conquistas.

A meu noivo Thiago pelo, amor, paciência, apoio e companheirismo durante a elaboração, deste trabalho. Sem sua ajuda com certeza, teria sido uma jornada mais difícil de se enfrentar.

A minha irmã Bruna e seu esposo Fabio sem eles provavelmente nunca teria conseguido ingressar na faculdade e realizar este sonho.

A minha irmã Daniele pela companhia de sempre e torcida.

A professora Joseline, minha orientadora pela dedicação e competência com que abraçou e conduziu esta pesquisa. Sem suas brilhantes orientações provavelmente não teria conseguido tornar esta monografia possível.

As queridas professoras Kalídia e Patricia Helena por terem aceitado participar da minha banca examinadora. Muito obrigada pelas contribuições dadas em minha pesquisa, com certeza enriqueceram minha monografia.

A Vanessa Camilo pela paciência, competência e orientações dadas nos momentos mais difíceis, muito obrigada.

A minha tão querida e amada turma de enfermagem. Provavelmente nunca vou me esquecer, dos meus irmãos e irmãs de coração.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana” (Carl Jung).*

## RESUMO

A gravidez é um momento único e especial na vida de toda mulher. Porém marcado, muitas vezes, pelos medos e ansiedades advindos das transformações físicas e fisiológicas próprias deste período, estendendo-se as preocupações inerentes ao parto, desfecho final da gravidez. Principalmente que se refere a qual tipo de “desfecho” de parto estas desejam para si, parto normal ou cesariano. A presente pesquisa tem como objetivo geral: analisar quais são os fatores que influenciaram na escolha do tipo de parto das puérperas em uma maternidade no município de Mossoró/RN e como objetivos específicos: caracterizar o perfil social das puérperas entrevistadas; descrever as preferências pelo tipo de parto; identificar interferências na escolha do tipo de parto; conhecer sentimentos das puérperas investigadas durante a escolha do tipo de parto. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra foi composta por 15 puérperas hospitalizadas no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado que foi aplicado as puérperas após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A análise dos dados quantitativos foi realizado através da estatística descritiva e os dados qualitativos por meio do discurso do sujeito coletivo (DSC). Esta pesquisa foi norteada pela resolução 466/12, sendo aprovada pelo CEP FACENE/FAMENE conforme parecer N°: 106/2015, CAAE: 47955015.5.0000.5179. Constatou-se que 53,33% estão na faixa etária de 18 a 24 anos, 40% são casadas, 53,33% possuem até o ensino fundamental, 66,66% pertencem a religião católica, 66,66% possuem uma renda de 1 salário mínimo, 93,33% não possuíam plano de saúde, 33,33% tiveram 2 gestações, 40% tiveram 2 partos e 53,33% das mulheres não tiveram aborto. Vale salientar que os objetivos propostos foram atingidos, onde se constatou que as puérperas tiveram preferência pelo parto normal motivadas pela recuperação rápida e a existência de menos complicações durante o parto. Outras referiram que preferem o parto cesário motivadas pelo medo da dor no parto normal. Algumas puérperas relataram que a opiniões externas não foram levadas em consideração, enquanto outras referiram que as opiniões externas influenciaram a escolha pelo tipo de parto a qual foram submetidas. Observou-se também que as puérperas apresentaram enfrentamento positivo para o trabalho de parto escolhido, enquanto algumas relataram enfrentamento negativo. A pesquisa permitiu analisar os fatores que influenciam na escolha do tipo de parto, possibilitando-nos a oportunidade de melhorar a qualidade da assistência prestada a estas mulheres num período tão importante.

**Palavras-chave:** Gravidez. Saúde da Mulher. Enfermagem.

## ABSTRACT

Pregnancy is a unique and special moment in the life of every woman. However marked often by fears and anxieties arising from physical and physiological changes own this period, extending the concerns inherent in the labor, final outcome of pregnancy. Especially when it comes to what kind of "outcome" of childbirth these wish for you, normal or caesarian birth. The present research aims to: analyze what are the factors that influenced the choice of the type of labor of recent mothers in a maternity ward in the city of Mossoró/RN, and as specific goals: characterize the social profile of the recent mothers interviewed; describe your preferences for the type of labor; identify interference in the choice of type of childbirth; meet feelings of recent mothers investigated during the choice of the type of delivery. This is a descriptive and exploratory research with quantitative and qualitative approach. The sample was composed of 15 recent mothers hospitalized in women's Hospital Parteira Maria Correia. The data were collected by means of a semi-structured interview that was applied the recent mothers after the presentation and signing the informed consent (TCLE). Quantitative data analysis was performed by descriptive statistics and qualitative data through the collective subject discourse (DSC). This research was guided by resolutionNº: 1,062,015, being approved by the CEP 46612 FACENE/FAMENE, CAAE: 47955015.5.0000.5179. It was noted that 53.33% are between the ages of 18 to 24 years, 40% are married, have up to 53.33% elementary school, 66.66% belong to Catholic religion, 66.66% have an income of 1 minimum wage, 93.33% did not have health plan, 33.33% had 2 pregnancies, 40% had 2 births and 53.33% women did not have abortions. It's worth pointing out that the proposed objectives were achieved, where they found that the recent mothers had preference for natural childbirth motivated by rapid recovery and fewer complications during childbirth. Other mentioned who prefer childbirth cesario motivated by fear of pain in the regular way. Some recent mothers reported that the external opinions were not taken into consideration, while others commented that external opinions influenced the choice for the type of labor which have been submitted. We also observed that the recent mothers presented positive coping for the chosen labor, while some reported negative coping. The research made it possible to analyze the factors that influence the choice of the type of labor, allowing us the opportunity to improve the quality of assistance provided to these women in a period so important.

**Keywords:** Pregnancy. Women's health. Nursing.

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| <b>Gráfico 1</b> - Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada a faixa etária. Mossoró/RN<br>.....          | 26 |
| <b>Gráfico 2</b> - Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao estado civil.<br>Mossoró/RN.....          | 28 |
| <b>Gráfico 3</b> - Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao nível de escolaridade.<br>Mossoró/RN..... | 29 |
| <b>Gráfico 4</b> - Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada a religião. Mossoró/RN .....                 | 30 |
| <b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada a renda. Mossoró/RN.....                     | 31 |
| <b>Gráfico 6</b> -Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao plano de saúde.<br>Mossoró/RN.....         | 32 |
| <b>Gráfico 7</b> - Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao número de gestações.<br>Mossoró/RN.....   | 33 |
| <b>Gráfico 8</b> - Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao número de partos.<br>Mossoró/RN .....     | 34 |
| <b>Gráfico 9</b> - Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao número de abortos.<br>Mossoró/RN.....     | 35 |

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Ideias centrais e Discurso do sujeito coletivo (DSC) referentes ao questionamento: Qual o tipo de parto você prefere? Por que você escolheu este tipo de parto? ..... 36
- Quadro 2** - Ideias centrais e Discurso do sujeito coletivo (DSC) referentes ao questionamento: O tipo de parto pelo qual você tinha preferência foi o parto realizado? Se não, por quê?..... 38
- Quadro 3** - Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo (DSC) referentes ao questionamento: Alguém opinou na escolha do tipo de parto? Se sim você levou em consideração a opinião? .... 41
- Quadro 4** - Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo (DSC) referentes ao seguinte questionamento: Fale sobre os principais motivos que influenciaram a escolha pelo tipo de parto? ..... 44
- Quadro 5** - Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo (DSC) referentes ao seguinte questionamento: Como você se sentiu quando seu tipo de parto foi escolhido/decidido..... 48

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>11</b> |
| 1.1 COTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....  | 11        |
| 1.2 HIPOTESES .....   | 12        |
| 1.3 OBJETIVOS .....   | 12        |
| <b>1.3.1 Objetivo geral.....</b>  | <b>13</b> |
| <b>1.3.2 Objetivos específicos.....</b>   | <b>13</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEORICO .....</b>  | <b>14</b> |
| 2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À MULHER.....   | 14        |
| 2.2 GRAVIDEZ.....   | 16        |
| 2.3 PARTO .....   | 17        |
| <b>2.3.1 Tipos de parto .....</b>   | <b>17</b> |
| <b>3 METODOLOGIA.....</b>   | <b>22</b> |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO .....  | 22        |
| 3.2 LOCAL DA PESQUISA .....   | 22        |
| 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....   | 22        |
| 3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....   | 23        |
| 3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS .....   | 23        |
| 3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....   | 24        |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....   | 24        |
| 3.8 FINANCIAMENTO .....   | 25        |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>   | <b>26</b> |
| 4.1 ANÁLISE DOS DADOS RELACIONADOS A CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL<br>SOCIAL DAS PUÉRPERAS .....           | 26        |
| 4.2 ANÁLISE DOS DADOS RELACIONADOS AOS FATORES QUE INFLUENCIA-<br>RAM A ESCOLHA DO TIPO DE PARTO..... | 36        |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>51</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>52</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>59</b> |
| <b>ANEXO .....</b>  | <b>63</b> |

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A gravidez é um momento único e especial na vida de toda mulher. Sendo o período gestacional acompanhado por ansiedade desde a confirmação da gravidez e expectativas relacionadas ao sexo do bebê, sua saúde, características físicas, escolha do nome, preparação do quarto e escolha das roupinhas passando por todas as fases e se fazendo presente também na escolha do tipo de parto.

É compreendido como parto o estágio resolutivo da gestação, ou seja, a fase final do período gestacional. Esta se dá pela expulsão do feto para o mundo exterior (REIS et. al, 2009).

Para Neme (2005) a forma de exteriorização do feto é o que caracteriza o tipo de parto podendo este ser normal quando existem o conjunto de condições que garantem o equilíbrio entre os fatores que intervêm no nascimento, sendo estes: o canal de parto; o feto e a força. Ou ainda distórcico que se caracteriza pela necessidade de manobras ou intervenções cirúrgicas para a sua resolução.

O parto normal oferece menor risco de infecção e hemorragia, recuperação rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, involução uterina são algumas das principais vantagens para mãe e para o bebê (LEGUIZAMON JUNIOR et. al, 2013).

Segundo Barbosa et. al, (2003), a cesárea é um procedimento cirúrgico que visa atender possíveis complicações durante a gravidez e o parto, sendo este recurso utilizado para salvar a vida da mãe e do bebe quando estes se apresentam em situações de risco. Porém, quando comparada ao parto vaginal, a cesárea se destaca no Brasil como a maior causadora de morbimortalidade materna e infantil. Sendo necessárias a avaliação dos riscos e benefícios evitando-se a realização de uma cesárea desnecessária ou seja, que não trazem benefícios para as mulheres e recém nascidos.

As indicações mais comuns de cesariana são: diabetes, doença hipertensiva, gemelaridade, sofrimento fetal, hemorragias antes do parto, apresentação pélvica, situação transversa, desproporção cefalopélvica, descolamento prematuro de placenta, e falha na indução, são algumas das situações de riscos onde a cesariana é indicada como forma de salvar a vida da mãe e do bebe (MELLER; SCHAFER, 2011).

Segundo Dias et. al. (2008) no Brasil, as taxas de cesarianas vem aumentando cada vez mais principalmente nos serviços privados, porém este aumento não está relacionado com

os riscos que justificam a indicação de cesáreas, mais sim a fatores socioeconômicos e culturais. A visão da cesariana fortemente associada a tecnologia é entendida como a evolução na qualidade e assistência no parto.

As elevadas taxas de cesárea, no Brasil mostram-se crescentes no decorrer dos anos: de 38,9%, em 2000, a 46,5%, em 2007. Dados preliminares de 2008 indicam 48,4% (PATAH; MALIK, 2011).

A realização desta pesquisa foi motivada a partir de relatos e experiências vivenciadas nos períodos das atividades práticas integradoras, onde observamos inúmeros questionamentos de mulheres de diferentes idades, estando estas grávidas ou não, demonstravam ansiedade e referiam muitas dúvidas com relação a escolha do tipo de parto.

Este trabalho justifica sua importância na relevância de seus resultados para a academia, enfermagem e para as mulheres. Para o pesquisador e mulheres sua importância encontra-se nas respostas dadas as várias questões levantadas por gestantes relacionadas as suas ansiedades no que se refere a decisão pela escolha do melhor tipo de parto, de forma que este trabalho vem a contribuir com informações para auxiliar estas em sua escolha, através do esclarecimento sobre os vários tipos de partos, seus riscos e benefícios.

Destaca-se ainda para a academia por sua relevância científica como fonte de pesquisa e consulta para acadêmicos e interessados no tema. Para os profissionais da área da saúde como forma de conhecer melhor os fatores que influenciam a escolha do tipo de parto, servindo, como fonte enriquecedora, na condução mais adequada da assistência prestada a gestantes e mulheres interessadas no assunto, auxiliando a enfermagem no que se refere ao atendimento de pré-natais, planejamento familiar e outros. Diante do exposto questiona-se: quais os fatores que influenciaram na escolha do tipo de parto das puérperas no município de Mossoró/RN?

## 1.2 HIPÓTESES

Os principais fatores que influenciaram na escolha do tipo de parto seriam: o medo que as mulheres têm de sentirem dor, fatores sócio culturais, influência dos profissionais da área da saúde que prestam assistência, principalmente o profissional médico, o medo das gestantes em não serem atendidas pelo profissional médico que a acompanhou durante sua gestação na hora do parto.

## 1.3 OBJETIVOS

### **1.3.1 Objetivo geral**

Analisar quais são os fatores que influenciaram na escolha do tipo de parto das puérperas em uma maternidade no município de Mossoró/RN.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o perfil social das puérperas entrevistadas;
- Descrever as preferências pelo tipo de parto;
- Identificar interferências na escolha do tipo de parto;
- Conhecer os sentimentos das puérperas investigadas durante a escolha do tipo de parto.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS À MULHER

Programas de governo voltados para a proteção da saúde materno-infantil foram consolidados pela primeira vez em 1920. No ano de 1960, o governo militar brasileiro passou a ser pressionado pelo governo americano a adotar uma política demográfica como critério para financiamento. Em 1965 organizações internacionais com o consentimento dos governantes entraram no Brasil e iniciaram programas voltados para a assistência à saúde da mulher, principalmente no que se refere ao controle da natalidade, com a distribuição de pílulas anticoncepcionais, dispositivos intrauterinos (DIUs) assim como ofertavam a laqueadura voluntária (SILVA, 2012).

Já no final da década de 1970 e início dos anos 80, alguns profissionais médicos que participavam de experiências no Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), discutiam sobre a forma de assistência à saúde da mulher, se realmente os serviços oferecidos pelos profissionais daquele ambulatório estavam atendendo as necessidades das mulheres, começando assim a se formar uma visão diferenciada por parte dos médicos da necessidade em oferecer uma assistência integral em que a mulher não fosse mais vista como um órgão, mais sim o seu corpo por inteiro, abrangendo assim a assistência às mulheres. Fato este que despertou o interesse das mulheres em conhecer e em transformar esta assistência em um programa nacional (OSIS, 1994 apud NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Dentro deste contexto, paralelamente os movimentos feministas ganhavam força e destaque, denunciando as desigualdades de classe, e lutando pelos direitos das mulheres no que se refere a condições de vida, como direitos a creche, a saúde, a sexualidade e contracepção, como também a igualdade na diferença sexual e punição da violência contra esta (CONSERVA, 2011).

Ressalta-se, assim, o surgimento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em meio a três forças: as pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e as pressões dos movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p.654)

Sendo assim o Ministério da Saúde em 1984 divulga oficialmente o PAISM através do documento: “assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática”. Estabelecendo suas propostas a partir da constatação de que a atenção e assistência a saúde da mulher só lhes era garantida ao ciclo gravídico-puerperal, ou seja, a assistência a mulher era limitada ao período gestacional e além disso, somava-se a deficiência existente no atendimento. Tornando-se preocupante este cenário, visto que cada vez mais crescia a participação da mulher na força de trabalho, assim como sua importância no núcleo familiar. Necessitando, esta mulher de uma assistência que lhes garantissem atendimento frente aos possíveis processos de adoecimento, garantindo-as saúde para poder trabalhar, cuidar da casa, dos filhos e desenvolver as múltiplas tarefas a estas designadas (OSIS, 1998).

O PAISM surge então em meio a este cenário marcando um ruptura de conceitos no que se refere aos princípios que regem a política de saúde das mulheres agregando novos “princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção” (BRASIL, 1984, p.16).

Esta nova política incorpora a integralidade do atendimento com ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Passado a atender aos direitos da mulher, preenchendo lacunas antes existentes, tendo esta política o enfoque em atender os mais diversos grupos, assim como as diferentes etapas da vida da mulher, com ações voltadas ao atendimento da mulher no climatério, ao aborto, a clínicaginecológica, ao pré-natal, parto, puerpério, planejamento familiar, DST, câncer de colo do útero e de mama assim como as mulheres menos favorecidas pela políticas como as que estão em situação prisional, negras, índias, lésbicas e bissexuais, trabalhadoras rurais, com também as portadoras de necessidades especiais. Assim como defende e apoia a participação do movimento de mulheres no processo de elaboração, execução e avaliação desta política (RATTNER, 2014).

Dos principais objetivos e estratégias que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher traz podemos destacar alguns:

- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;
- Garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;
- Construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- Organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra referência;

- Qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
- Organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;
- Ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres no climatério na rede SUS (BRASIL, 2004, p.69).

Para Queiroz et. al, (2007) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher traz como uma de suas prioridades a qualidade da atenção obstétrica e neonatal propondo diretrizes para o programa de humanização do parto e nascimento.

## 2.2 GRAVIDEZ

Para Costa et. al, (2010) o conjunto de fenômenos fisiológicos que culminam na formação de um novo ser é denominado gravidez. Sendo este momento quando comparado as demais fases do ciclo vital feminino sem dúvidas o de maiores transformações vivenciadas pela mulher, onde transformações físicas e psicológicas se fazem presentes.

As várias alterações fisiológicas sofridas no período gestacional pelo organismo materno iniciam-se desde a primeira semana de gravidez até a hora do parto. Nesse período, o corpo da mulher está em constante modificação, estas por sua vez se apresentam com uma série de desconfortos, através de sinais e sintomas, que variam de mulher para mulher (AGUIAR et. al, 2013).

Entre as manifestações que podem ser apresentadas por gestantes podemos destacar: náuseas, vômitos, tonturas, pirose, eructação/plenitude gástrica, sialorreia, fraquezas e desmaios, dor abdominal, cólicas, flatulência, constipação intestinal, queixas urinárias, falta de ar, mastalgia, dor lombar e edema, entre outras (AGUIAR et. al, 2013).

As alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez são consideradas as maiores que o corpo feminino pode sofrer, estas alterações contribuem parcialmente na geração de medos, ansiedades, dúvidas e angústias. Pois para Piccinini et. al, (2008) a confirmação da gravidez por si só, já imprime mudanças de ordem psicológicas, por representar um momento único e intenso na vida das mulheres, gerando influência nas alterações psicológicas individuais, como nas demais relações sociais da mulher.

Estas alterações psicológicas individuais surgem devido a este momento de gravidez, que é caracterizado pela reestruturação na vida da mulher, assim como na mudança de papéis que esta exerce; com a mudança da condição de filha para o de mãe (SOIFER, 1980 apud TONON; ROMANI; GROSSI, 2012).

Para Sarmiento e Setúbal, (2003) as implicações psicológicas apresentadas pelas gestantes são várias, segundo estes, as preocupações que afligem o universo da gestação são bastante abrangentes e possui características comuns de acordo com os diferentes períodos gestacionais, sendo assim no primeiro trimestre por exemplo é bem comum encontrarmos a presença da ambivalência na gestante (querer e não querer a gravidez), a instalação do medo de perder o bebê, as mudanças de humor pois a gestante fica mais irritada, o surgimento das modificações corporais e com elas alguns desconfortos próprios do período gestacional. Já no segundo trimestre a ansiedade se apresenta nas percepções das modificações corporais e dos movimentos fetais que trazem grande impacto para a mulher. E no terceiro trimestre a gestante intensifica suas ansiedades devido a aproximação do parto, sendo suas maiores preocupações o medo da dor, da morte e da hora do parto em si.

Para Tonon, Romani, Grossi, (2012) e Nazaré, Fonseca, Canavarro, (2012) a ansiedade aumenta à medida que a gestação chega ao seu desfecho, ou seja, a medida que se aproxima do parto.

## 2.3 PARTO

### 2.3.1 Tipos de parto

Para Neme, (2005) a forma de exteriorização do feto é o que caracteriza o tipo de parto podendo este ser normal quando existem o conjunto de condições que garantem o equilíbrio entre os fatores que intervêm no nascimento, sendo estes: o canal de parto; o feto e a força. Ou ainda distórcico que se caracteriza pela necessidade de manobras ou intervenções cirúrgicas para a sua resolução.

Há três décadas o parto normal representava a maioria dos partos ocorridos, ou seja, o parto por via vaginal era bem mais comum em detrimento da cesariana, havia menos médicos adeptos a realização deste procedimento visto os riscos anestésicos e cirúrgicos associados as suas indicações (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010).

- **Parto normal**

O Parto normal consiste em um processo fisiológico natural no qual o feto é expelido do útero materno pela via vaginal (BENINCASA et. al, 2012).

“O parto é o processo através do qual os produtos da concepção são expelidos do útero e da vagina para o ambiente externo”. Sendo o trabalho de parto dividido para melhor

compreensão em três fases: fase de dilatação, expulsão e secundamento(BORNIA, 2001, p.227).

O início da fase de dilatação é marcado pelas contrações uterinas irregulares que no início incidem a cada meia hora, progredindo para uma ocorrência de cada 2 ou 3 minutos com duração de 45 a 60 segundos quando alcançando o final deste período. Possivelmente a dor deve-se a hipóxia do musculo uterino, causada pela força e duração das metrossístoles(BORNIA, 2001).

A principal consequência das contrações uterinas é a dilatação do colo do útero estas ocorrem por dois fatores: pela tração que as fibras do corpo uterino exercem sobre o colo e sobre o seguimento inferior e pela pressão hidrostática exercida pela apresentação fetal sobre a cérvix, integra ou não a bolsa das águas (BORNIA, 2001).

A cada contração, as fibras se tornam cada vez mais curtas; relaxam nos intervalos, mais não retornam ao seu comprimento anterior por que mantem alguma tensão durante os intervalos contraturais. (braquiestase ou retração). Então, depois de cada metrossistole o corpo uterino torna-se mais curto e mais espesso. Simultaneamente, a cada contração o istmo é tracionado para cima, deslizando sobre o polo inferior do feto e experimentando dilatação no sentido circular. Este fenômeno é essencial para a dilatação e apagamento da cérvix e para a progressão do mecanismo do parto (BORNIA, 2001, p.228).

Outro fator responsável pela dilatação, é a pressão exercida pela apresentação fetal ou pela bolsa das águas que atuam em forma de cunha causando a dilatação das porções baixas do útero(BORNIA, 2001, p.228).

A rotura precoce das membranas não retarda a dilatação do colo, por que a pressão da apresentação fetal contra a cérvix e o seguimento inferior é da mesma forma efetiva o apagamento e a dilatação do colo são fenômenos distintos (BORNIA, 2001, p.228).

Quando ocorre o apagamento da cérvix, esta sofre um processo de encurtamento, incorporando-se a cavidade uterina. Tornando-se um orifício circular de bordas finas, deixando seu comprimento inicial de 2 cm, passando a se apresentar com uma espessura semelhante ao de uma folha de papel(BORNIA, 2001).

Durante a dilatação, o progressivo afastamento das bordas da cérvix, ocorrem até ficarem reduzidas a simples relevos aplicadas a paredes vaginais. O período de dilatação encerra-se ao atingir a dilatação total (10 cm)(BORNIA, 2001).

A segunda fase é a de expulsão está por sua vez segundo Bornia, (2001) se caracteriza por contrações vigorosas atingindo uma frequência de cinco contrações a cada dez minutos com duração de até 60 segundos. Esta fase é dividida em três períodos: a insinuação, a descida e o desprendimento.

A insinuação é o encaixe da cabeça do feto pelo estrito superior do diâmetrobiparietal, a descida por sua vez compreende o avanço da apresentação do estreito superior ao inferior concomitantemente a descida a rotação interna acontece colocando o bebê no sentido antero-posterior da pelve as suturas sagital. O desprendimento marca a finalização do mecanismo do parto e é representado pela exteriorização vulvar completa da apresentação e rotação externa da cabeça de forma a retornar ao ponto de posição primitiva encerrando com o desprendimento de tronco e membros (NEME, 2005).

A terceira e última fase é a de secundamento nesta fase ocorre o descolamento, descida e expulsão da placenta(BORNIA, 2001).

Para Velho et. al, (2012) a satisfação, preferência ou vantagens associadas ao parto normal, foram descritas por mulheres como: recuperação mais rápida, o que as possibilita voltarem as suas atividades diárias ou até mesmo atenderem melhor ao filho, necessitarem de menos cuidados, não sentirem muita dor após o parto e receber alta hospitalar mais cedo estão entre os pontos positivos de um parto normal.

- **Cesária**

A Cesária consiste no ato cirúrgico de incisão do abdome e da parede do útero que tem como objetivo a retirada do concepto(BORNIA, 2001).

A Cesariana visa originalmente reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto. Essa intervenção não é isenta de risco, a despeito das melhorias na segurança dessa operação. Antes só realizada em mulheres mortas para salvar a vida do feto, a cesariana passou a proporcionar segurança à gestante e a seu filho em situações de maior complexidade (PATAH; MALIK, 2011, p. 186).

Sendo suas principais indicações a gemelaridade, desproporção céfalopélvica, descolamento prematuro de placenta, hemorragias, ocorrência de doenças hipertensivas apresentadas durante o período gravídico, sofrimento fetal, situação transversa e apresentação pélvica. Já a diabete gestacional e a amniorrex prematura nem sempre são consideradas como fatores indicativos para a realização da cesariana (CAMPOS, ALCANTARA, GOIS, [2012]).

Segundo o Ministério da Saúde outra indicação pode ser acrescentada para essa cirurgia, que seria para atender aos casos de gestantes portadoras do vírus HIV, visto que na hora do parto o bebê entra em contato direto com o sangue materno, sendo a cirurgia programada a melhor alternativa para reduzir os riscos de transmissão do vírus da mãe para o bebê trazendo assim vantagens para ambos (CAMPOS, ALCANTARA, GOIS, [2012]).

Contudo a cesariana nos dias atuais vem se tornando cada vez mais defasada, afastando-se assim, este procedimento cirúrgico das reais indicações, que trazem benefícios para mãe e concepto. Segundo Fabri, Murta (1999) fatores socioculturais relacionados ao nível de escolaridade, orientação as gestantes, assistência e preferência médica, solicitação materna e interesses econômicos dos participantes deste processo, associados aos progressos científicos na área da assistência medica a parturientes, com o aprimoramento de técnicas que possibilitam maior segurança para mães e bebês, tornou-se uma situação favorável para o aumento do número de Cesária em todo o mundo.

O aumento das taxas de cesárias são observados em todo o mundo. Pesquisas realizadas em 126 países mostraram a porcentagem de nascimentos no ano de 2002 por cesarianas sendo 3,5%, na África, a 19,0%, na Europa, e 29,2%, na América Latina. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) pesquisas realizadas na América Latina relacionadas ao número de cesárias em instituições públicas e privadas incluíram oito países sendo estes: Argentina, Brasil, Cuba, Equador, México, Nicarágua, Paraguai e Peru o resultado apontou uma taxa de 33% de cesarianas em ambas as instituições (OSAVA et. al, 2011).

Segundo Cardoso, Alberti, Petroianu, (2010) no Brasil as cesarianas compõem um taxa de 32% de todos os partos, elevando-se a 90% em algumas clínicas privadas. Só no Estado de São Paulo, a taxa de cesarianas continuam crescendo sendo 32,9% no setor público e 80,4% no setor privado. Detectou-se ainda que em hospitais públicos o parto normal é realizado quatro vezes mais quando comparado aos partos realizados em hospitais privados que não atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Sass e Hwang (2009) apontam que cerca de 850.000 mil cesarianas são realizadas a cada ano na América Latina sem indicações.

Segundo Reis et.al, (2009) estima-se que, em média só no Brasil sejam realizadas 560.000 mil anualmente consideradas desnecessárias, atingido quase R\$ 84.000.000,00 e gerando internações hospitalares desnecessárias.

Se a indicação correta de cesáreas traz vantagens, sua indicação indiscriminada envolve riscos adicionais às mães e aos recém-nascidos. Para Reis et. al, (2009) as gestantes que submetidas a cesariana em detrimento do parto normal que é bem mais seguro,

apresentam maior chance de apresentar morbidade materna grave. São vários os riscos relacionados a cesariana que vão desde os riscos anestésicos, a desenvolvimento de infecção puerperal com sepse e episódios tromboembólicos, até aumento do risco de ruptura uterina, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e gestação ectópica.

Estudos demonstram que partos cesarianos acarretam graves riscos maternos e neonatais. Em relação ao materno, destaca-se o risco de infecção puerperal considerado quatro vezes maior após a realização da cesárea, risco de mortalidade e morbidade materna considerado três vezes mais presentes, assim como um maior tempo para suarecuperação. Para o neonato este tipo de cirurgia acarreta maiores riscos de prematuridade e mortalidade assim como um tardio início da amamentação, devido ao maior tempo de separação entre puérpera e recém-nascido (AZEVEDO et. al, 2012).

Segundo Sass eHwang, (2009) bebês nascidos com 37 a 38 semanas de gestação diferentemente dos nascidos entre 39 e 40 semanas apresentam 120 vezes mais chances de precisarem de suporte ventilatório, alertando-nos para os riscos de complicações respiratórias na realização da cesárea visto o caráter eletivo deste procedimento cirúrgico que não respeita em nada a maturidade fetal.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa descritiva visa a exposição das características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza (VERGARA, 2000 apud FERNANDES; GOMES, 2003).

A pesquisa exploratória por sua vez tem como principal finalidade proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vistas a esclarecê-lo ou a construir hipóteses, aprimorando assim ideias ou descobrindo intuições (GIL, 1991 apud FERNANDES; GOMES, 2003).

Amplamente utilizado o método quantitativo, caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatística, sua principal intenção é a de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções e garantindo uma margem de segurança (RICHARDSON, 2010).

Considerando que a pesquisa qualitativa preocupa-se com o aprofundamento e a abrangência da compreensão, sua abordagem entende a realidade como subjetiva e múltipla. Sendo assim este tipo de pesquisa visa extrair de forma profunda, abrangente e subjetiva a realidade de seu objeto de pesquisa seja ele: um grupo humano, de uma organização ou de uma instituição. Visando responder questões particulares (RIBEIRO; AZEVEDO; TURATO, 2013).

#### **3.2 LOCAL DA PESQUISA**

Esta pesquisa foi realizada no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia que fica localizado na Rua Francisco Bessa, 168 – Nova Betânia - Mossoró-RN.

A escolha por este hospital ocorreu por se tratar de uma maternidade que realiza um grande número de partos e atende puérperas de Mossoró e região.

#### **3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Define-se como população o conjunto total de elementos que possuem determinadas características, definindo-se comumente população fazendo referência ao total de habitantes de determinado lugar (GIL, 2009).

Conceituam amostra como qualquer subconjunto ou fração de uma dada população que, por sua vez, pode ser compreendida como sendo um conjunto de elementos que representam o todo(MARTINS; MONTEIRO; QUEIROZ, 2013).

A população deste estudo foi composta por puérperas que atenderam os seguintes critério de inclusão: estarem hospitalizadas no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia, que tenham mais de 18 anos de idade, estáconsciente e orientada e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). A amostra foi composta por 15 puérperas.

Compuseram os critérios de exclusão aqueles participantes que não atendam aos critérios de inclusão acima citados.

### 3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. Compreende-se por entrevista semiestruturada a guiada por um roteiro de questões previamente elaborado, composto geralmente por questões abertas, que proporcionam uma organização flexível assim como o acréscimo de questionamentos na medida em que as informações estão sendo fornecidas pelo entrevistado(FUJISAWA, 2000 apudBELEI, et. al. 2008).

O roteiro de entrevista foi composto por perguntas abertas e fechadas. Estando este dividido em duas partes sendo a primeira composta pelosdados relacionados a caracterização do perfil social e a segunda aos dados relacionados aos fatores que influenciam a escolha do tipo de parto. (Apêndice B)

### 3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A aplicação do instrumento de coleta de dados ocorreu com as puérperasinternadas no Hospital da Mulher Parteira Maria Correia que foram abordadas em seus leitos, para responder as perguntas do roteiro de entrevista.Antes da aplicação do roteiro de entrevista os participantes foram previamente apresentados ao (TCLE) neste termo constaram informações como: a justificativa, os objetivos: geral e específicos assim como outras informações inerentes a pesquisa. Constará também a não obrigatoriedade em participar da pesquisa assim como a garantia do anonimato do participante, informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas e que os benefícios superam os riscos. O (TCLE)deverá

ser assinado pelos participantes da pesquisa e pelos pesquisadores, em duas vias, sendo que uma foi entregue ao entrevistado e a outra permanecerá sob os cuidados dos pesquisadores por um período de cinco anos, período no qual o entrevistado poderá requerer sua entrevista. Após o (TCLE) assinado a entrevista foi realizada com o auxílio de um gravador, nos meses de agosto e setembro de 2015.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada através da estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos e posteriormente analisados à luz da literatura.

A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, desenvolvido por Lefevre e Lefevre, que tem como fundamento a teoria da Representação Social, ou seja, o DSC apresenta-se como um discurso-síntese que surge através da elaboração das partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados. Permitindo-nos o conhecimento de pensamentos, representações, crenças e valores utilizando-se de métodos científicos (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Assim, segundo Lefèvre; Lefèvre; Teixeira (2000) essa análise técnica se constitui de duas etapas: leituras sucessivas dos discursos em seu estado bruto, análise previa de decomposição das respostas e da seleção das ideias centrais e das expressões-chaves presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi orientada pelos aspectos éticos da resolução 466/2012 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Segundo esta resolução deve-se atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes a ética da pesquisa que implica em: respeitar o participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida assim com ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos,

comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Devendo esta pesquisa ser realizada mediante ao (TCLE) dos participantes que manifestem a sua anuência à participação da mesma como preconiza a resolução (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da FACENE/FAMENE, conforme parecer em anexo (protocolo: 106/2015, CAAE:47955015.5.0000.5179) em anexo.

Sendo também observada a resolução 311/2007 COFEN que dispõem sobre o código de ética dos profissionais de enfermagem referindo-se do ensino, da pesquisa e da produção técnica científica por estes profissionais seguindo as normas ético-legais (COFEN, 2007).

A pesquisa em questão apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto aos participantes durante a coleta de dados. Porém os questionamentos elementares são comuns do dia a dia e em momento algum causam constrangimento à pessoa pesquisada. Apresenta-se como benefícios, a produção científica sobre o tema e a possibilidade de contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Enaltecendo assim que os benefícios superam os riscos.

### 3.8 FINANCIAMENTO

Quanto ao financiamento desta pesquisa a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) contribuiu com a disposição do acervo de livros e periódicos da biblioteca, com o orientador e a banca examinadora. Já os recursos financeiros ficaram a cargo do pesquisador associado, sendo esta pesquisa financiada por esta.

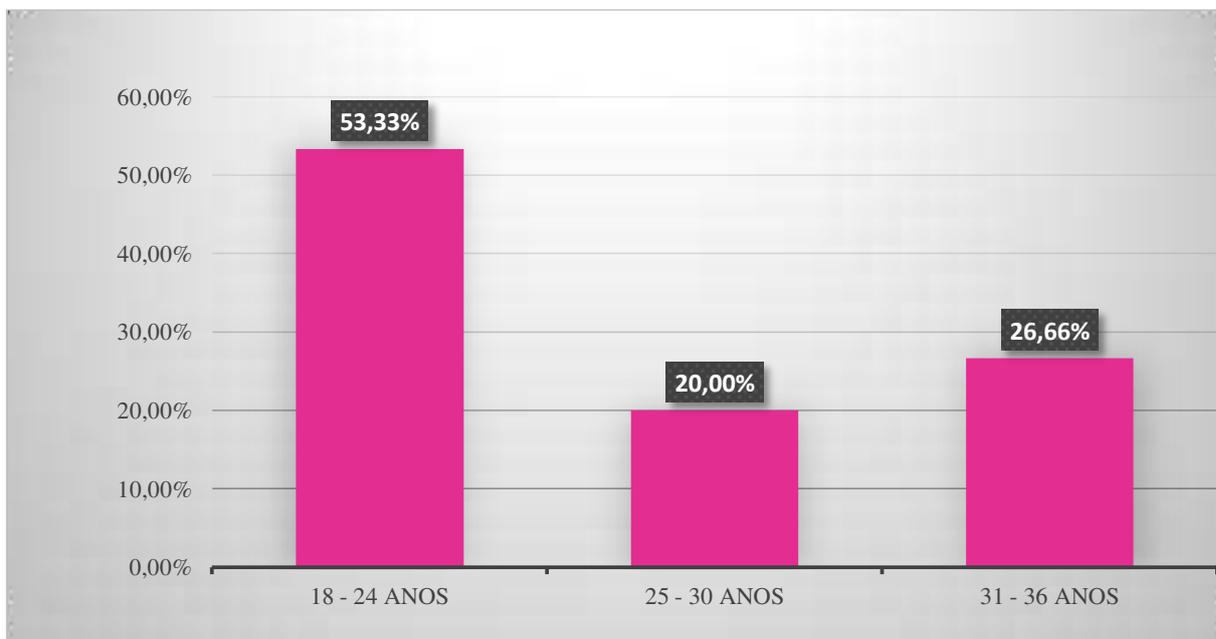
## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão apresentados os resultados, análises e discussões dos dados. Foram divididos em duas partes: análise dos dados relacionados a caracterização do perfil social das puérperas, sendo os seus resultados apresentados em forma de gráfico e discutidos a luz da literatura. A segunda parte refere-se a análise dos dados relacionados aos fatores que influenciaram a escolha do tipo de parto estando estes apresentados em forma de quadros e discutidos por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

### 4.1 ANÁLISE DOS DADOS RELACIONADOS A CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIAL DAS PUÉRPERAS.

O gráfico 1 refere-se a idade das puérperas entrevistadas, demonstrando que 53,33% estão na faixa etária de 18 a 24 anos (8/15), 20% entre 25 a 30 anos (3/15), e 26,66% entre 31 a 36 anos (4/15).

**Gráfico 1** - Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada a faixa etária. Mossoró/RN



**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

Observamos que as puérperas são em sua maioria mulheres jovens, porém, não podemos deixar de notar a presença de puérperas com idades mais avançadas (> 35 anos) o que é considerado fator de risco, merecendo estas uma atenção especial.

Para Gonçalves, Monteiro (2012), os nascimentos provenientes de mulheres com mais de 35 anos (gravidez tardia) tem aumentado de forma consistente mostrando-se tendência no Brasil e no mundo.

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) mostram que no ano de 2005 mulheres com 35 anos ou mais tiveram 279.190 filhos nascidos vivos, enquanto em 2010 o número aumentou para 299.183, sendo considerado aumento de 7,2%. Atribui-se o fato a mudanças relacionadas a maior entrada da mulher no mercado de trabalho, maior tempo levado para a formação profissional, assim como o aumento da expectativa de vida das mulheres (GONÇALVES; MONTEIRO, 2012).

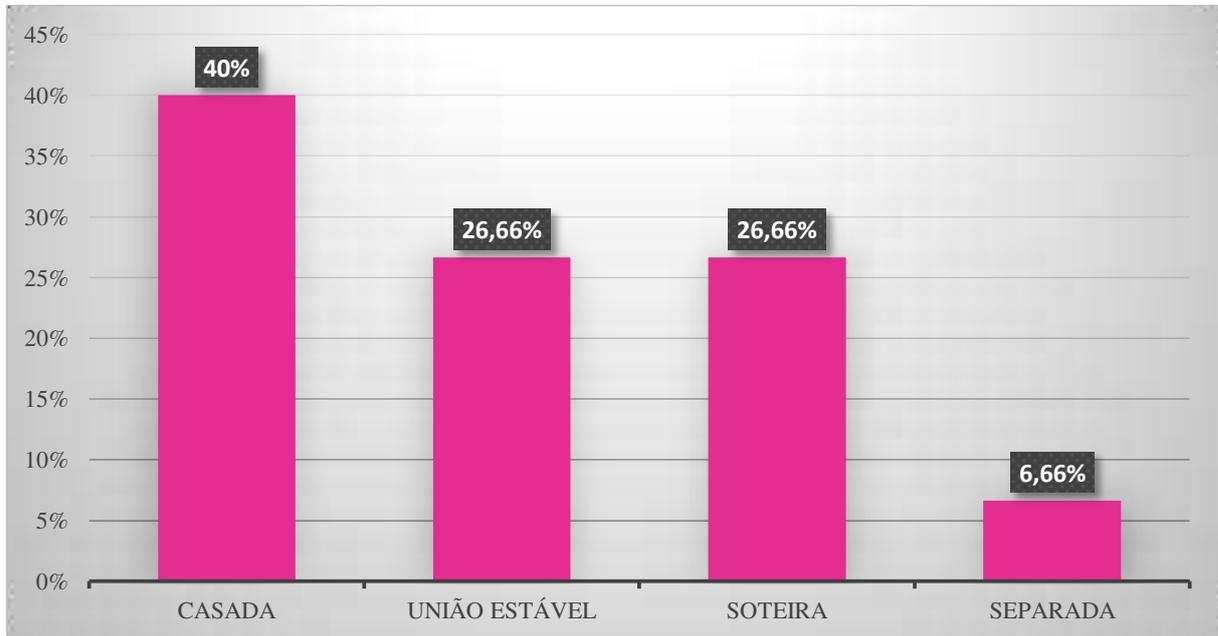
Agregados a estes fatores as evoluções tecnológicas também facilitaram o adiamento da maternidade. Com o advento de técnicas de reprodução assistida, com taxas significativas de sucesso comprovadas, aumentaram as chances e possibilidades de mulheres com idades mais avançadas poderem engravidar (SILVA; SURITA, 2009).

Eventos como hipertensão, aborto espontâneo, parto pré-termo, anomalias cromossômicas, malformações congênitas, placenta previa, descolamento prematuro de placenta, gravidez ectópica, ocorrência maior de baixo peso ao nascer, índice de Apgar menor que sete, diabetes gestacional e risco de mortalidade materna são os riscos mais apresentados na gravidez nesta faixa etária (SASS, 2011).

A presença de condições patológicas adversas apresentadas entre gestantes com mais de 35 anos torna este grupo vulnerável. Fazendo com que o número de hospitalizações durante a gravidez seja três a quatro vezes mais que em outras faixas de idade. Sendo assim a gravidez, nessa faixa etária, exige um maior cuidado por parte dos profissionais da saúde, em vistas a maior possibilidade de complicações maternas e neonatais uma vez que o número de mulheres que engravidam tardiamente está aumentando (CAETANO et. al, 2011).

O gráfico 2 refere-se ao estado civil das puérperas entrevistadas, demonstrando que 40% são casadas (6/15), 26,66% possuem união estável (4/15), 26,66% são solteiras (4/15) e 6,66% são separada (1/15).

**Gráfico 2-** Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao estado civil. Mossoró/RN



**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

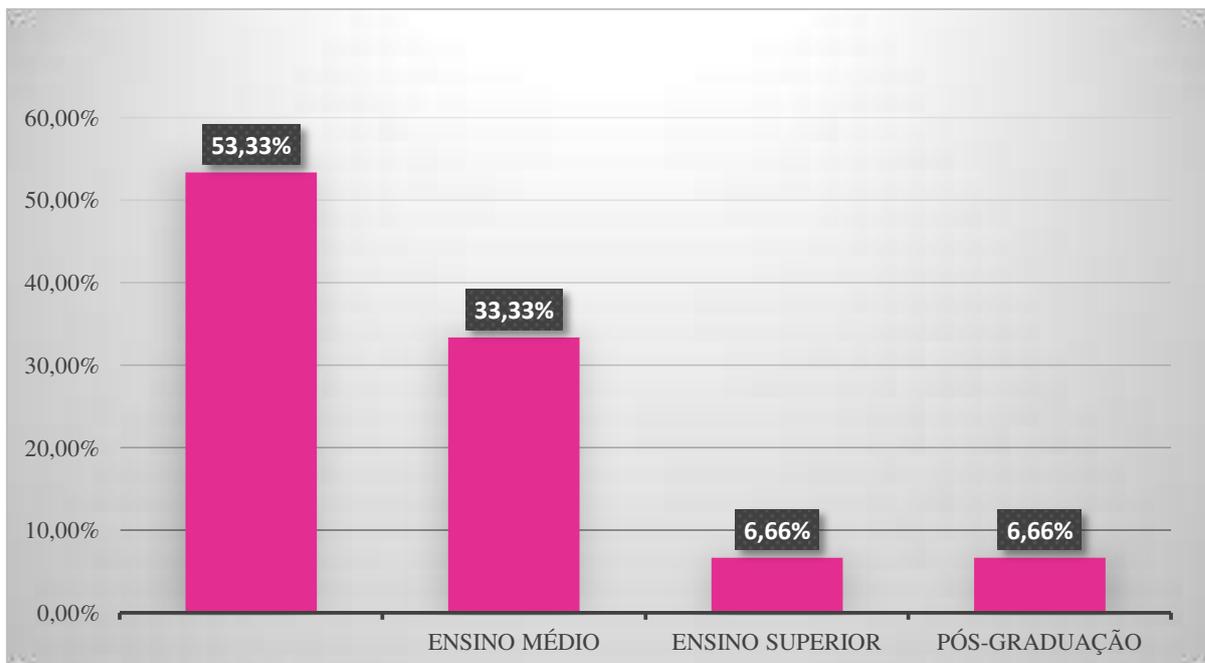
O gráfico 2 demonstra que a maior porcentagem representa mulheres casadas seguida por puérperas com união estável, ficando claro que as puérperas deste estudo em sua maioria possuem parceiros. Estes desempenham um papel muito importante nos períodos de gestação, parto e puerpério. São nestes períodos que a presença de um companheiro se faz imprescindível na vida da mulher que precisa de alguém para apoiá-la em suas fragilidades e tomadas de decisões (PEREIRA et al., 2015).

Segundo Santos e Bonilha (2000) a presença de um parceiro contribui sobre vários aspectos sendo um deles o aspecto emocional pois, mais que em qualquer momento na vida de um casal, é no período gravídico puerperal que a mulher necessita da companhia do seu esposo, do seu incondicional apoio na busca de um equilíbrio, para que tanto ela quanto o conceito possam gozar de saúde e qualidade de vida na gestação, parto e puerpério, assim como passar por estas fases de transformação de maneira tranquila. Outro ponto importante seria a presença do parceiro na participação dos cuidados com o bebê.

Outro aspecto importante ressaltado por Zambrano et al., (2003) e ter um parceiro seria o aspecto econômico, visto o possível apoio financeiro, garantindo-lhes uma situação estável que é de grande importância para o bom desenvolvimento da gravidez.

O gráfico 3 refere-se ao nível de escolaridade das puérperas entrevistadas, demonstrando que 53,33% possuem até o ensino fundamental (8/15), 33,33% possuem até o ensino médio (5/15), 6,66% possui ensino superior (1/15) e 6,66% possui pós-graduação (1/15).

**Gráfico 3-** Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao nível de escolaridade. Mossoró/RN



**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

Ao analisar o gráfico 3, podemos observar que a maioria das entrevistadas possuem até ensino fundamental deixando evidente a predominância do baixo nível de escolaridade apresentado pelas puérperas.

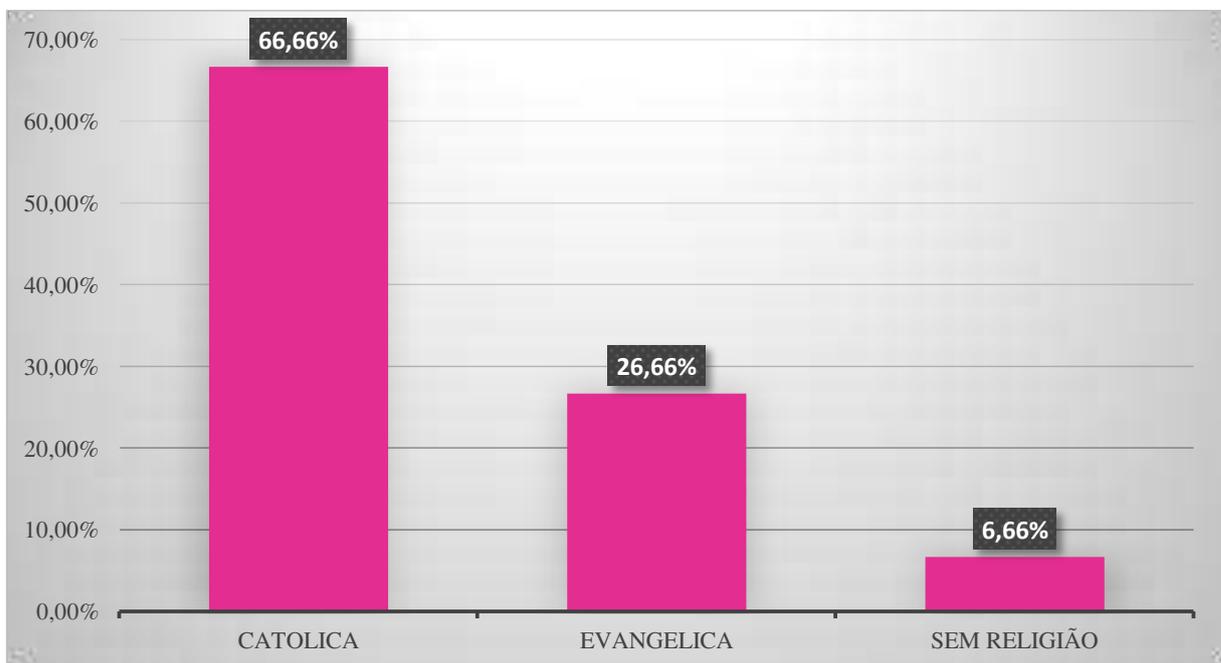
Para Leite et al., (2009) a escolaridade materna é considerada uma importante variável tendo em vista que a baixa escolaridade, é considerada um agravante para a saúde das mulheres assim como um fator de risco obstétrico.

A baixa escolaridade e até a falta de acesso muitas vezes das mães as consultas de pré-natal estariam diretamente relacionadas a riscos obstétricos uma vez que o desconhecimento da importância destes tipos de consulta na gestação não despertariam o interesse por parte das

mães em procurarem o atendimento. A falta de entendimento sobre a importância do pré-natal decorrentes da baixa escolaridade como também a falta de acesso aos serviços seria responsável também, pela associação existente entre as mortalidades perinatais, neonatais e infantis visto a não existência de acompanhamento de rotina dos recém-nascidos como também o difícil acesso aos serviços de puericultura, em virtude de uma menor condição social. Por último a relação da baixa escolaridade materna também se faria presente na associação do tipo de parto realizado tendo em vista que as mulheres com maior escolaridade costumam ter melhores condições econômicas possibilitando a estas escolhido tipo de parto (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

O gráfico 4 refere-se a religião das puérperas entrevistadas, demonstrando que 66,66% pertencem a religião católica (10/15), 26,66% pertencem a religião evangélica (4/15), e apenas 6,66% afirmaram não possuir religião (1/15).

**Gráfico 4-** Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada a religião. Mossoró/RN



**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

Ao analisar o gráfico percebe-se que a religião católica foi a religião que mais apresentou um número elevado de puérperas.

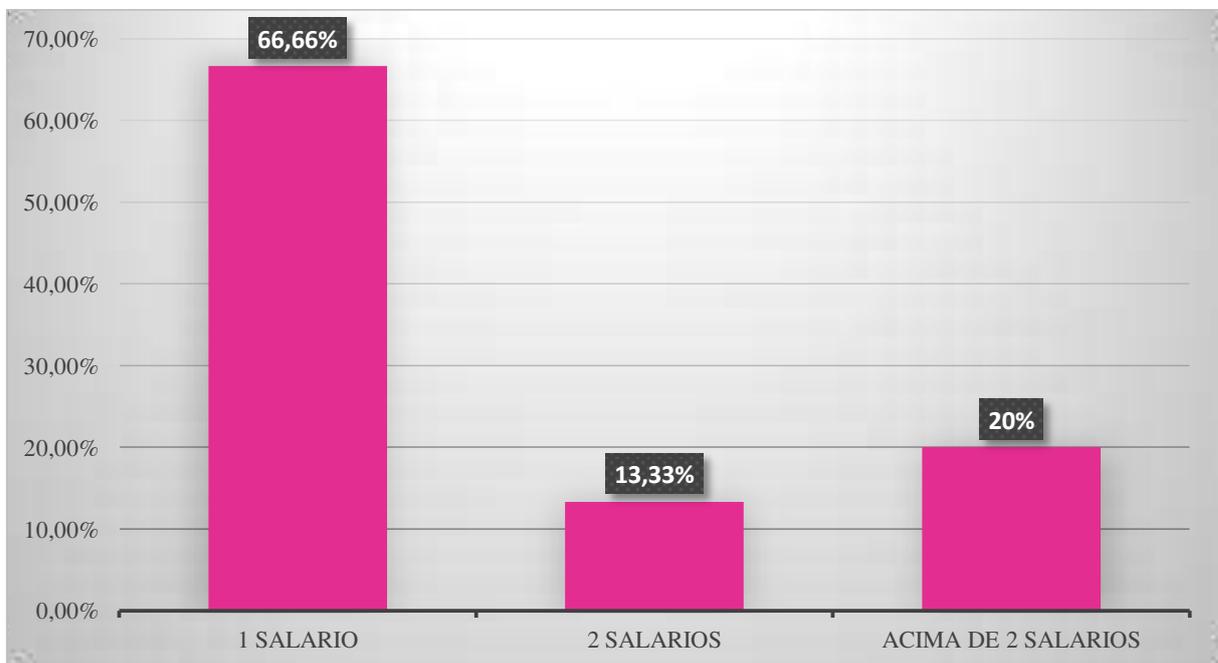
Perceber o significado que uma entidade religiosa tem para a vida das mulheres e que em alguns casos, acabam por influenciar e interferir em suas escolhas, é de extrema importância (PITILIN et al., 2013).

Para Rodrigues (2008) todas as concepções humanas partem da essências das religiões que é o sagrado. Neste sentido a gestação e maternidade também se configuram como experiências religiosas uma vez que configuram símbolos de ligação com o sagrado, o próprio conceito de mãe remete-se a ideia de matriz, de origem, de criação, a criança então remete-se a imagem da pureza representando constantemente a esperança de superação das dificuldades, por um futuro melhor, viabilizados pelo sagrado. O estado de gestação, parto e maternidade constituem símbolos de relação com Deus que apresentam nas sensações de totalidade, de esperança perpetuada pela criança, na emoção sobre sua experiência, do mistério da vida que surge onde não havia nada, da sensação ou não de força que lhe traz a certeza de chamado ou missão de responsabilidade, de co-criadoras da humanidade mas também remete-se a concepção de caos, perigo e medo da morte.

São estas concepções religiosas que habitam o subconsciente das mulheres associada a fatores culturais e socioeconômicos que acabam por influenciar a escolha do tipo de parto, seja esta escolha influenciada por percepções positivas ou negativas (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS, 2014).

O gráfico 5 refere-se a renda das puérperas entrevistadas, demonstrando que 66,66% possuem uma renda de 1 salário mínimo (10/15), 13,33% possuem renda de 2 salários (2/15) e 20% possui renda acima de 2 salários mínimos (3/15).

**Gráfico 5-** Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada a renda. Mossoró/RN



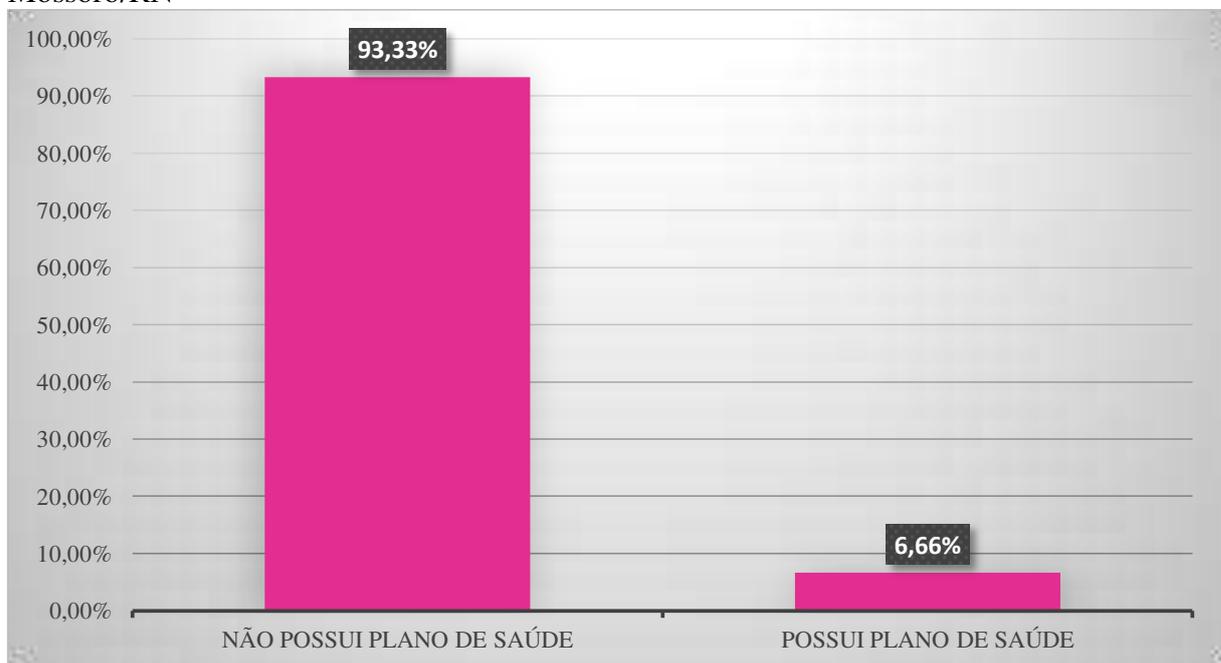
**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

O fator socioeconômico é de extrema importância uma vez que este estaria relacionado a melhor qualidade de vida, influenciando assim o acesso a condições básicas. Ao analisarmos o gráfico 5 constatamos uma alta porcentagem de mulheres com uma renda mensal de 1 salário mínimo, sendo esta baixa renda considerada um fator de risco obstétrico.

O padrão socioeconômico das mães é fator de risco para se ter recém-nascidos de baixo peso, este fator estaria associado a má nutrição das mães que durante a gestação, apresentam menor ganho de peso (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

O gráfico 6 refere-se ao plano de saúde das entrevistadas, demonstrando que 93,33% não possuíam plano de saúde (14/15) e apenas 6,66% afirmou possuir plano de saúde (1/15).

**Gráfico6-** Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao plano de saúde. Mossoró/RN



**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

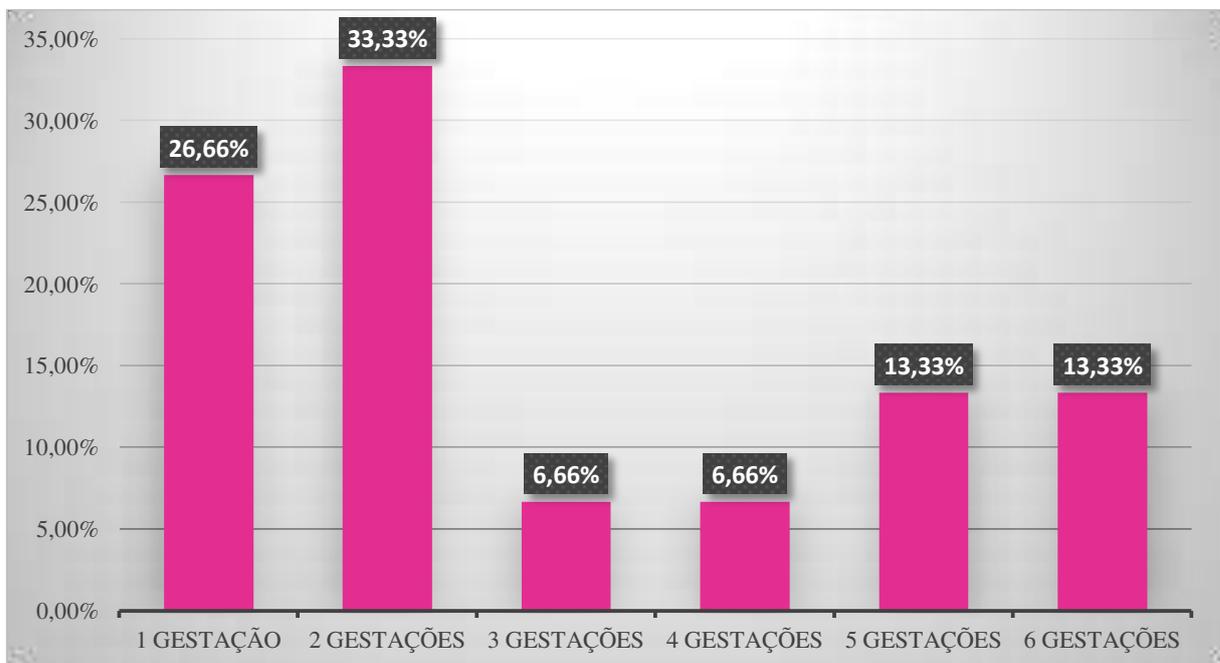
Ao analisarmos o gráfico 6 fica evidente a quase totalidade das entrevistadas não possuírem plano de saúde o que possui relação direta com a renda das entrevistadas, uma vez que a baixa renda está relacionada a utilização do serviço público de saúde e a não condição financeira para pagar por um plano de saúde.

Quando falamos em plano de saúde logo se estabelecem relações claras quanto as preferências expostas nos estudos pela via de parto. Autores confirmam a existência de um gradiente de incidência, maior de cesárias nas pacientes de melhor nível socioeconômico e

menor naquelas de pior condição social. Esses autores afirmam que após a mudança na forma de pagamento da assistência ao parto, a cesárea já se constitui o método de escolha mais associados aos planos particulares de saúde, ou seja, são nas mulheres que possuem plano de saúde que sobressaem-se os números de partos cesáreos (REIS et al., 2009).

O gráfico 7 refere-se ao número de gestações das puérperas entrevistadas, demonstrando que 26,66% das mulheres tiveram apenas 1 gestação (4/15), 33,33% tiveram 2 gestações (5/15), 6,66% tiveram 3 gestações (1/15), 6,66% tiveram 4 gestações (1/15), 13,33% tiveram 5 gestações (2/15) e 13,33% tiveram 6 gestações (2/15).

**Gráfico 7-** Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao número de gestações. Mossoró/RN



**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

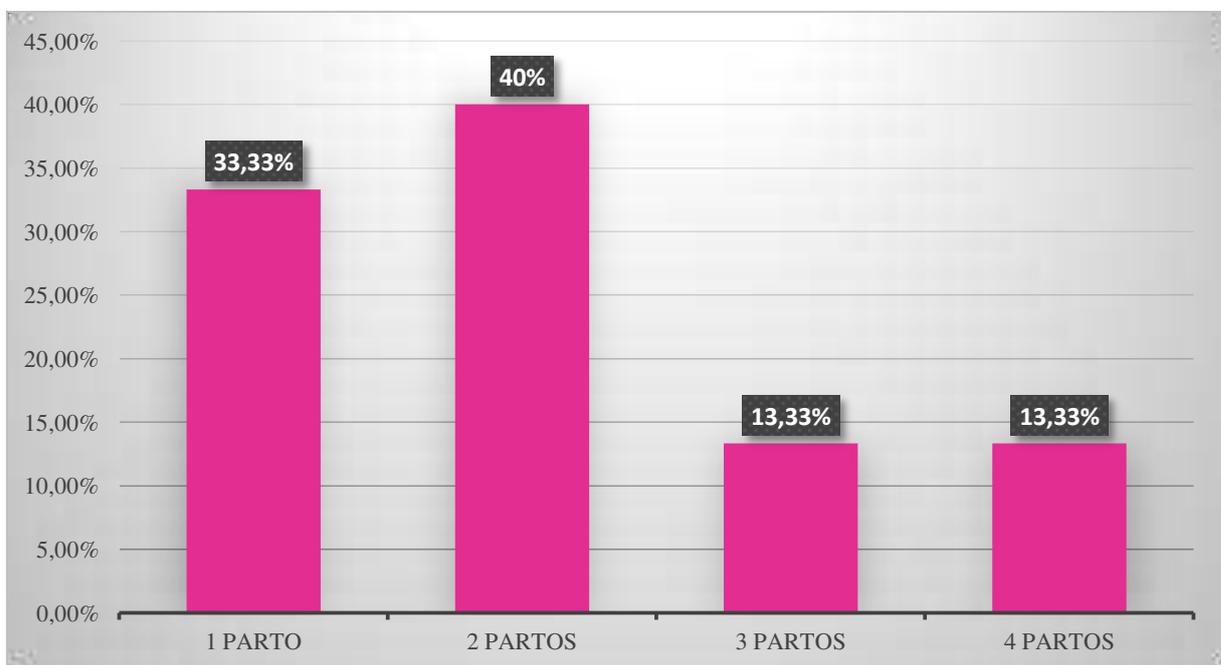
Ao analisar o gráfico 7, podemos observar que a maioria das puérperas entrevistadas 60% tiveram até 2 gestações o que condiz com a realidade que vem se afirmando nos últimos anos em nosso país, que é o de diminuição de filhos por casal, porém não podemos deixar de notar que 40% das puérperas que participaram desta pesquisa tiveram de 3 a 6 gestações um número considerado relativamente expressivo.

Segundo dados levantados pelo IBGE, o número de filhos por família caiu nos últimos 10 anos em 10,7%. Em 2003 a média de filhos por família no Brasil era de 1,78 passando em 2013 para 1,59 (BRASIL, 2004).

Segundo Pitilin et. al. (2013) alguns fatores contribuíram para a diminuição do número de filhos por família este cita a inserção da mulher no mercado de trabalho, e as políticas de controle de natalidade como as principais protagonistas desta redução. Deixando assim a maternidade de ser um destino irrefutável e obrigatório para as mulheres, que agora passam a escolher se querem ou não ser mães e mais que isso o número de filhos que desejam ter. Porém o autor chama atenção para o fato de que apesar da considerável redução da composição familiar pela queda dos índices de natalidade, o fenômeno da multiparidade permanece sendo merecedor de atenção.

O gráfico 8 refere-se ao número de partos das entrevistadas, demonstrando que 33,33% tiveram apenas 1 parto (5/15), 40% tiveram 2 partos (6/15), 13,33% tiveram 3 partos (2/15) e 13,33% tiveram 4 partos (2/15).

**Gráfico 8-** Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao número de partos. Mossoró/RN



**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

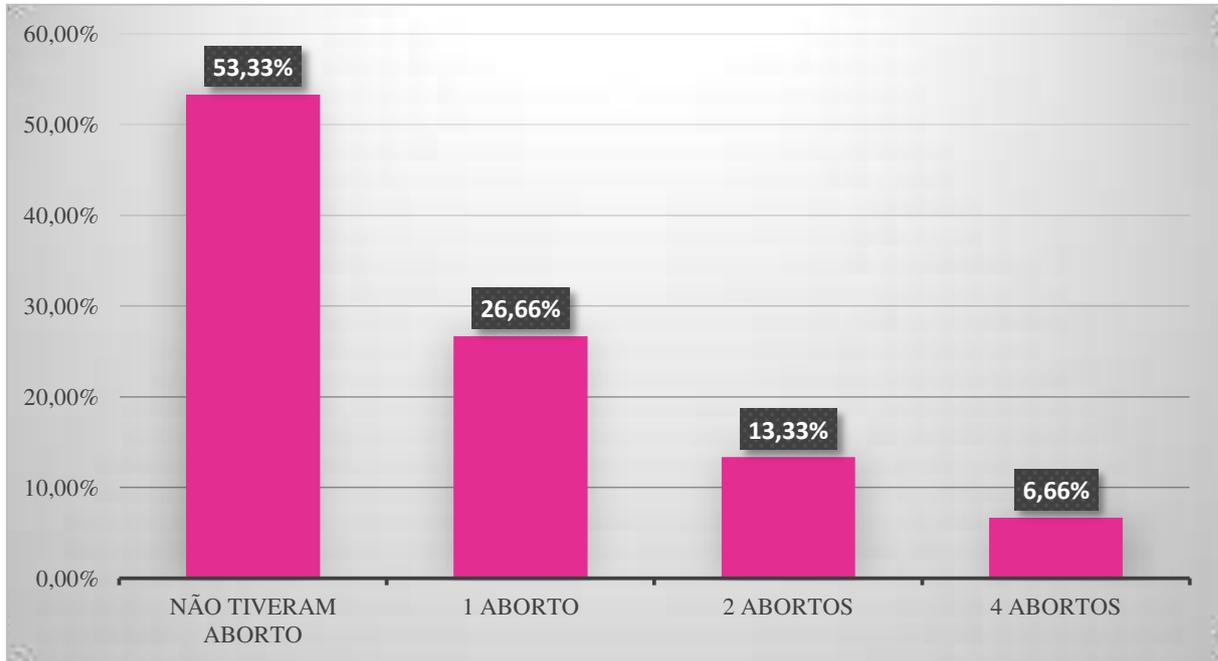
Relacionando o gráfico 8 com o gráfico 7, percebe-se que apesar das mulheres entrevistadas relatarem até 6 gestações, as mesmas afirmam que tiveram até 4 partos, ficando evidente que ocorreram abortos como antecedentes obstétricos.

O gráfico 9 refere-se ao número de abortos das puérperas entrevistadas, demonstrando que 53,33% das mulheres não tiveram aborto (8/15), 26,66% das mulheres tiveram 1

aborto(4/15), 13,33% das mulheres tiveram 2 abortos (2/15) e 6,66% das mulher tiveram 4 abortos (1/15)

**Gráfico 9-** Distribuição dos participantes da pesquisa relacionada ao número de abortos.

Mossoró/RN



**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

Ao analisar o gráfico 9, com relação ao aborto podemos notar que mais da metade das entrevistadas 53,33% nunca tiveram aborto e que 46,67% já abortaram. Observamos também a relação deste gráfico com os gráficos 7 e 8 uma vez que estes mostram uma diferença entre a relação do número de gestações e partos apresentadas.

Para Silva e Andreoni (2012) entende-se por aborto a interrupção da gravidez, podendo esta ser provocada ou simplesmente advir de complicações na gestação. No Brasil a prática de abortamento vem se constituindo assunto de grande importância e merecedor de atenção pelas políticas de saúde pública, uma vez que estas práticas só são permitidas como último recurso para salvar a vida da mãe ou se a gravidez resultar de um estupro. Não atendendo a nenhum dos critérios mencionados a pratica é considerada ilegal, sendo esta causadora de graves e frequentes problemas de saúde constituindo um grande número de causas de morbimortalidade materna. A legislação existente pouco coíbe estas práticas que se perpetuam assim como as desigualdades sociais, uma vez que os riscos impostos pela ilegalidade são vividos, sobretudo, pelas mulheres menos escolarizadas, geralmente as mais pobres, as que não tem acesso aos recursos.

#### 4.2 ANÁLISE DOS DADOS RELACIONADOS AOS FATORES QUE INFLUENCIARAM A ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

O quadro 1 refere-se as preferências das puérperas pelos tipos de partos e os motivos de suas preferências. Sendo identificadas três ideias centrais: Parto normal devido a recuperação rápida, parto normal devido a existência de menos complicações e parto cesáreo devido ao medo da dor.

**Quadro 1-** Ideias centrais e Discurso do sujeito coletivo (DSC) referentes ao questionamento: Qual o tipo de parto você prefere? Por que você escolheu este tipo de parto?

| IDEIA CENTRAL I   | EXPRESSÕES CHAVES   |
|---|---|
| Parto normal devido a recuperação rápida  | <p><i>“O normal, é doloroso mais em compensação a recuperação é mais rápida”</i>. E11</p> <p><i>“Escolhi, por causa da recuperação”</i>. E12</p> <p><i>“Melhor dá mais tempo para me recuperar”</i>. E13</p>  |
| DSC: Escolhi, [o parto normal] por causa da recuperação. O normal, é doloroso mais em compensação a recuperação é mais rápida e melhor, dá mais tempo para me recuperar.  |   |
| IDEIA CENTRAL II  | EXPRESSÕES CHAVES   |
| Parto normal devido a existência de menos complicações  | <p><i>“É menos arriscado”</i>. E3</p> <p><i>“Considero mais saudável pra criança por não utilizar de nenhum medicamento pra acelerar a vinda dela”</i>. E9</p> <p><i>“Eu sempre quis normal, a Cesária tem a complicação da anestesia”</i>. E12</p> |
| DSC: Eu sempre quis normal, a Cesária tem a complicação da anestesia, considero [o parto normal] mais saudável pra criança por não utilizar de nenhum medicamento pra acelerar a vinda dela, é menos arriscado. |   |
| IDEIA CENTRAL III   | EXPRESSÕES CHAVES   |
| Parto cesáreo devido ao medo da dor   |   |

|   |   |
|---|---|
|   | <p><i>“A dor é muito, muito forte”. E7</i></p> <p><i>“Eu prefiro a Cesária, apesar de tudo que falam, a favor do parto normal eu tenho muito medo da dor”. E8</i></p> |
| <p>DSC:Eu prefiro a Cesária, apesar de tudo que falam, a favor do parto normal eu tenho muito medo da dor, [no parto normal]a dor é muito, muito forte.</p> |   |

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

Ao analisarmos **as ideias centrais I e II** observou-se a preferência das puérperas entrevistadas pelo parto normal motivadas por dois benefícios sendo estes: recuperação mais rápida e melhor, e a existência de menos complicações. O fato das entrevistadas terem citado apenas estes dois benefícios como principais motivadores para a escolha nos chama bastante atenção tendo em vista a existência de vários outros benefícios relacionados ao parto normal que são citados pela literatura.

Os benefícios do parto normal são inúmeros, tanto para a mãe como para seu bebê. Vão desde uma melhor recuperação da mulher até uma menor incidência de desconforto respiratório no bebê. Seguindo esta lista de benefícios podemos citar: o menor tempo de internação hospitalar, menor risco de infecções, favorecimento da produção de leite materno, menos dor após o parto assim como rápida involução uterina, para as mães, já para os bebês além de nascerem com menos desconfortos respiratórios, nascem mais ativos e receptivos ao toque além de vinculado entre a mãe e o recém-nascido (VELHO et al., 2012).

Apesar dos inúmeros benefícios listados na literatura, é mais comum encontrarmos a citação destes mesmos dois benefícios aqui mencionados pelas puérperas, em trabalhos voltados para esta temática, levando-nos a questionar se para a maioria das mulheres estes dois benefícios são os considerados mais importantes ou se estas desconhecem os demais benefícios (HAUCK, 2010).

Na **ideia central III**, podemos observar um fato diferente das preferências discutidas até aqui, observa-se a preferência de puérperas pelo parto cesáreo, alegando como principal motivo de sua escolha, o fato de sentirem medo da dor causada por um parto normal, como mostram as falas.

Para Oliveira et. al. (2010) a percepção da dor no parto é considerada como um dos motivos que influenciam a mulher em sua preferência pela cesárea. Ideia esta que é propagada não só por crenças como também pela medicina contrapondo-se totalmente a possibilidade e visão da mulher em conseguir ter um parto normal como um momento prazeroso, afinal de

contas as crenças já existentes definem este momento como doloroso e de muita dificuldade para a mulher, onde o acompanhamento médico é imprescindível para a diminuição da dor, instalando-se assim a ideia de que quanto mais intervenções e mais aparatos tecnológicos envolvidos no processo menos dor e sofrimento.

Segundo Silva, Prates e Campelo (2014) é importante lembrar também que a dor é algo muito subjetivo, sendo influenciado diretamente por definições culturais e sociais, sendo o seu significado particular a cada indivíduo. Existem mulheres que definem como sendo algo natural do processo de parir, já outras referem este tipo de dor como um sofrimento muito grande, onde o medo se faz presente a todo tempo, acabando por optar pela cesaria como forma de fuga a dor. Medo este que segundo o autor não é justificável uma vez que o desconforto vivenciado pelas parturientes no trabalho de parto e pós-parto não é muito diferente entre as duas vias de parto.

O medo na hora do parto é apontado por diversos autores como uma falta de abordagem do aspecto emocional na condução da assistência ao pré-natal. Para estes as gestantes não recebem informações adequadas sobre as vantagens e desvantagens dos tipos de parto durante as consultas de pré-natal, assim como não são estimuladas em sua autonomia de escolha. A humanização da assistência e a implantação dos direitos da mulher influenciam de forma significativa a vivência da mulher no momento do parto (ANDRADE; BOTTI, 2012).

O quadro 2, refere-se a realização ou não do parto de preferência das puérperas, e para as que não tiveram o seu parto desejado realizado o motivo de sua não realização. Sendo identificadas duas ideias centrais: parto realizado desejado e parto realizado não desejado, mas realizado devido as circunstancias.

**Quadro 2** - Ideias centrais e Discurso do sujeito coletivo (DSC) referentes ao questionamento: O tipo de parto pelo qual você tinha preferência foi o parto realizado? Se não, por quê?

| IDEIA CENTRAL I  | EXPRESSÕES CHAVES  |
|--|--|
| Parto desejado realizado   | <p><i>“Foi, ainda bem”</i>. E12</p> <p><i>“Já estava me preparando psicologicamente, mas ai acabou sendo o da minha preferência mesmo”</i>. E8</p> |
| DSC: Foi, ainda bem, já estava me preparando psicologicamente, mas ai acabou sendo o da minha preferência mesmo. |  |

| IDEIA CENTRAL II  | EXPRESSÕES CHAVES   |
|---|---|
| Parto desejado não realizado  | <p><i>“Eu queria normal, e aí as circunstâncias me levaram para o cesáreo”</i>. E1</p> <p><i>“Não dilatei os centímetros que era pra dilatar pra pode ter”</i>. E2</p> <p><i>“Por que ela estava sentada e eu perdi líquido”</i>. E15</p> <p><i>“E a minha pressão subiu muito de repente e me impediu de ter um parto normal”</i>. E13</p> |
| <p>DSC: Eu queria normal, e aí as circunstâncias me levaram para o cesáreo, por que ela estava sentada e eu perdi líquido, não dilatei os centímetros que era pra dilatar pra pode ter, e a minha pressão subiu muito de repente e me impediu de ter um parto normal.</p> |   |

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

Analisando a **ideia central I** podemos observar a satisfação das entrevistadas em terem o parto desejado realizado. Segundo Guerra, (2010) a satisfação com a experiência do parto está intimamente ligada as expectativas criadas em relação ao que é esperado para este evento. Sendo assim as expectativas criadas no imaginário feminino durante a gestação a respeito da via de parto, como também a assistência prestada e os eventos que ocorreram no parto exercem influência na satisfação ou não das mulheres.

Para Bruzadeli e Tavares (2010) as expectativas também são geradas ou influenciadas em consequência das informações e orientações repassadas sobre os assuntos, assim como a forma que estão disponíveis ou acessíveis, sendo estas interpretadas de acordo com a história de vida de cada mulher.

Ao compreender que as usuárias tem expectativas e desejos que são frutos da sua natureza e cultura, e que estes precisam ser considerados no cuidado em saúde, através do reconhecimento de sua autonomia na escolha da via de parto, sendo sua decisão respeitada, e o parto de sua preferência o realizado geramos um processo de satisfação por parte da usuária como também acabamos por facilitar o processo que marca a transição do papel de mulher para o de mãe (ARATANI et al., 2014).

Porém o contrário também é verdadeiro pois a não realização do parto desejado acaba por retirar a autonomia feminina, gerando muitas vezes uma insatisfação ou conformação por

parte destas, dependendo da justificativa utilizada por parte dos profissionais para a não realização do parto desejado.

É o que ocorre quando analisamos a **ideia central II**, nesta podemos observar que o parto realizado não foi o desejado, mas foi o indicado, gerando um sentimento de insatisfação por não terem seus desejos atendidos e de conformação, devido a justificativa medica dada de impossibilidade da realização do desejado. Resta assim então saber se os partos realizados em detrimento aos que eram realmente desejados possuíam justificativas plausíveis para a sua realização.

A prova disto é a existência de grandes contrastes entre a preferência das mulheres e as reais práticas adotadas. Na análise dos discursos da ideia central II podemos observar a predominância da preferência das puérperas pelo parto normal, porém este não teria sido realizado pelas circunstancias que impossibilitaram e levaram a indicação do parto Cesário.

Segundo Souza (2002) vem sendo observado um grande aumento da realização do número de cesárias no Brasil, estas taxas vem ultrapassando as taxas de 16% considerada aceitável pela organização mundial de saúde (OMS).

Para Souza (2002) o aumento abusivo de cesárias no Brasil está e muito ligada a indicações desnecessárias. Pois as razões dadas pelos profissionais médicos para a realização de parto cesáreo nem sempre condiz com as reais situações de indicação deste procedimento, ou seja, do que é preconizado. Normalmente a gestante é manipulada com relação às informações prestadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos do parto assim como a sua necessidade real de realização.

Segundo Hauck (2010) existem vários fatores fomentam a indicação desnecessária deste tipo de procedimento, ajudando assim para o aumento expressivo do número de cesáreas, podendo-se destacar entre os principais motivos: a questão financeira, pois a remuneração para este tipo de procedimento é bem mais compensatória, a conveniência do médico, seria outro fator contribuinte tendo em vistas que ao estimular este tipo de procedimento, o médico pode melhor organizar seu tempo e agenda baseados no tempo de duração do parto e, os horário de realização, e outro fator também mencionado seria a própria formação acadêmica dos profissionais médicos diante do despreparo na condução e possíveis intercorrências nos partos normais, diferentemente da cesaria onde estes sentem-se dominando a situação.

Para Andrade e Botti, (2012) é inadmissível as indicações de cesárias desnecessárias, assim como a manipulação ou falta de informações corretas sobre os reais riscos envolvidos, destacando assim a legislação existente que dispõe sobre os direitos dos usuários em receber

informações sobre diagnósticos realizados, riscos, benefícios e inconveniências das medidas terapêuticas propostas, como também garantem o direito, ao consentimento ou recusa dessa terapêutica, após esclarecimentos adequados.

Para Aratani et al., (2014) deve haver uma simetria entre a relação médico-paciente com uma maior participação das mulheres na decisão do tipo de parto, tornando-se necessária a aproximação dos profissionais de saúde com as redes de autonomia/dependência das pessoas e, a superação da relação autoritária entre profissional e usuário. Uma importante fonte de informação e o momento para formar opinião é durante o pré-natal, pois ocorre a preparação física e psicológica da mulher para o ato da maternidade, sendo a melhor oportunidade para os profissionais desenvolverem o processo educativo.

O quadro 3 refere-se a existência ou não de opiniões externas quanto a escolha da via de parto das puérperas e se estas opiniões foram levadas em consideração influenciando ou não o tipo de parto escolhido. Sendo identificadas três ideias centrais: Não houve opinião externa; Deram opinião, porém não foi levada em consideração; Deram opinião, e a opinião foi levada em consideração.

**Quadro 3** - Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo (DSC) referentes ao questionamento: Alguém opinou na escolha do tipo de parto? Se sim você levou em consideração a opinião?

| IDEIA CENTRAL I  | EXPRESSÕES CHAVES   |
|--|---|
| Não houve opinião externa  | <p><i>“Não, ninguém opinou não”. E15</i></p> <p><i>“Quem opinava era eu pra ter um cesáreo pra ver se eu ligava, mas como eu não consegui a ligação ai eu preferi o normal né, mas ninguém se meteu nem opinou nada não. E5</i></p> |
| DSC: Não, ninguém opinou não, quem opinava era eu pra ter um cesáreo pra ver se eu ligava, mas como eu não consegui a ligação ai eu preferi o normal né, mas ninguém se meteu nem opinou nada não. |   |
| IDEIA CENTRAL II   | EXPRESSÕES CHAVES   |
| Deram opinião, porém não foi levada em consideração  | <p><i>“Minha mãe, queria que fosse Cesário”. E14</i></p> <p><i>“Meu marido queria que fosse normal, ele não queria que eu fosse operada, mas eu queria que fosse cesáreo mesmo”. E7</i></p>   |

|  |  |
|--|--|
| DSC: Minha mãe, queria que fosse Cesário, meu marido queria que fosse normal, ele não queria que eu fosse operada, mas eu queria que fosse cesáreo mesmo.  |  |
| IDEIA CENTRAL III  | EXPRESSÕES CHAVES  |
| Deram opinião, e a opinião foi levada em consideração  | <p><i>“Minha mãe, com certeza eu levei em consideração pelo fato dela já ter tido tanto um parto normal quanto uma cesariana e ela me falou, que pra ela a questão dos benefícios do parto normal foram bem melhores por que na cesariana ela teve que cuidar do meu irmão sozinha não tinha quem auxiliasse pra ela levantar”. E9</i></p> <p><i>“Sim, uma prima minha que faz medicina sempre conversou comigo, sobre isso e foi ela quem me convenceu desde o começo a querer fazer o parto normal”. E12</i></p> |
| DSC: Sim, uma prima minha que faz medicina sempre conversou comigo, sobre isso e foi ela quem me convenceu desde o começo a querer fazer o parto normal. Minha mãe, opinou e eu pelo fato dela já ter tido tanto um parto normal quanto uma cesariana e ela me falou pra ela a questão dos benefícios do parto normal foram bem melhores por que na cesariana ela teve que cuidar do meu irmão sozinha não tinha quem auxiliasse pra ela levantar. |  |

**Fonte:** pesquisa de campo, 2015.

Ao analisarmos a **ideia central I** constatamos que não houve opinião externa, sobressaindo-se no discurso apenas as opiniões próprias das entrevistadas. Diferentemente do que acontece quando analisamos a **ideia central II** onde foi constatada a existência de opiniões externas sobre a escolha da via de parto como mostra as falas das puérperas, porém segundo as mesmas estas opiniões não teriam sido levadas em consideração.

Ao analisarmos as ideias centrais I e II fica evidente a autonomia exercida pelas mulheres nas duas ocasiões, onde estas foram as protagonistas de suas escolhas, seja porque não houve opinião externa ou seja por ter existido opiniões externas, mas não terem sido levadas em consideração segundo as mesmas.

Para Ferrari (2009) a autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido o princípio da autonomia, que é conhecido comumente como o princípio do respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se autogovernem ou sejam autônomas, seja na sua escolha, ou nos seus atos. Quando as mulheres reconhecem que possuem o domínio sobre sua própria vida, assim como respeitam sua intimidade acabam por limitar, a intromissão dos outros indivíduos.

O direito à escolha da via de parto pela gestante, quando circunstâncias fisiológicas não a limitam, é direito individual não restringível, cabendo ao estado garantir a informação à mulher, promovendo sua autodeterminação, como também respeitando um direito fundamental. Sendo seu direito e dever dos profissionais que lhes assistem proporcionar informações, tirar todas as suas dúvidas, assim como esclarecer sobre o procedimento a que vai se submeter, as possíveis alternativas para que esta possa avaliar a melhor opção para si e exercer livremente sua vontade, como no caso das entrevistadas das ideias centrais I e II(MACEDO; ARRAES, 2013).

O que nem sempre acontece segundo Weidle et al., (2014) o exercício da autonomia depende de condições culturais, socioeconômicas e outras. Este revela que as pessoas são sim movidas por sua própria vontade, mas também pela vontade do mundo exterior (heteronomia), o que confere uma característica de dependência. Estas relações de autonomia/dependência se fazem presentes durante toda a nossa vida, parecendo assim mais apropriada a relação de autonomia dependente do que a autonomia absoluta.

É o que constatamos ao analisara **ideia central III** e percebermos que houve opinião externa, e que a opinião foi levada em consideração, e maisquando avaliamos as falas das entrevistas percebemos que estas não demonstraram se sentirem deixando sua autonomia de lado muito pelo contrário estas demonstram que a opinião dadas foram importantes influenciadores para sua decisão.

Segundo Silva, Prates e Campelo, (2014)é comum que a decisão pela via de parto receba diversas influências, sendo estas advindas tanto dos profissionais de saúde, que muitas vezes se excedem e acabam decidindo por conta própria o tipo de parto que a mulher deverá ter, quanto pelos próprios familiares com especial destaque para a mãe da gestante.

Porém é mais comum ainda também que as mulheres não se sintam deixando de lado a sua autonomia por levarem em consideração as opiniões que lhes foram dadas, e até que necessitem dessas opiniões, seja pela vulnerabilidade em que a mulher se encontra, desencadeada pelo processo parturitivo, somada à falta de conhecimento, ou pelo simples fato de respeitarem as opiniões de pessoas que possuam mais conhecimento sobre o assunto seja

este um médico ou até uma pessoa mais velha, que já passou pela situação de parturição, como no caso das mães e amigas, estas aparecem no topo quando falamos de influências em opiniões, possuindo um papel fundamental em suas decisões. Esta influência de opiniões deve-se a questões culturais que se perpetuam na sociedade ao serem passadas de mulher para mulher (FIGUEIREDO et al., 2010).

O quadro 4, refere-se aos principais motivos influenciadores da escolha pelo tipo de parto. Sendo identificadas três ideias centrais: Parto normal motivado pela menor tempo de recuperação e possibilidade de retorno as atividades diárias; Normal, motivadas pelos benefícios para mãe e bebê; Parto Cesário motivado pelo medo da dor.

**Quadro 4** - Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo (DSC) referentes ao seguinte questionamento: Fale sobre os principais motivos que influenciaram a escolha pelo tipo de parto?

| IDEIA CENTRAL I  | EXPRESSÕES CHAVES  |
|--|--|
| <p>Parto normal motivado pela menor tempo de recuperação e possibilidade de retorno as atividades diárias.</p>   | <p><i>“Os motivos foram, por causa da recuperação mais rápida”</i>. E1</p> <p><i>“Por tempo, por que eu tenho outros mais três meninos né pequenos que precisam de mim e eu não tenho quem fique comigo um mês tomando de conta deles tomando de conta da minha casa”</i>. E10</p> <p><i>“A recuperação foi o motivo principal para minha escolha”</i>. E13</p> <p><i>“O fato deu poder voltar a trabalhar mais rápido”</i>. E15</p> |
| <p>DSC: Os motivos foram, por causa da recuperação mais rápida. O fato deu poder voltar a trabalhar mais rápido, e por tempo, por que eu tenho outros três meninos pequenos que precisam de mim e eu não tenho quem fique comigo um mês tomando de conta deles, tomando de conta da minha casa, [sendo assim] a recuperação foi o motivo principal para minha escolha.</p> |  |
| IDEIA CENTRAL II   | EXPRESSÕES CHAVES  |

|   |   |
|---|---|
| <p>Normal, motivadas pelos benefícios para mãe e bebê.</p>  | <p><i>“Nasce mais saudável”. E14</i></p> <p><i>“Tanto pra mim quanto para o bebe eu acho mais natural, não há uma indução com medicamentos fortes por exemplo a gente só utiliza no finalzinho quando as contrações estão muito altas ai utiliza só uma forma pra acelerar a contração pra poder o bebe sair mais rápido mas, não tem uma anestesia que pode prejudicar por exemplo acarretar problemas de coluna ou não há o corte nisso não precisa utilizar medicamentos pra sarar e não prejudicar a amamentação da minha filha. A recuperação e a não utilização de métodos artificiais de medicamentos que poderiam causar qualquer tipo de transtorno pra mim depois do parto e prejudicar a minha amamentação também”. E9</i></p> |
| <p>DSC: Nasce mais saudável [é melhor] tanto pra mim quanto para o bebê eu acho mais natural, não há uma indução com medicamentos fortes por exemplo a gente só utiliza no finalzinho quando as contrações estão muito altas ai utiliza só uma forma pra acelerar a contração pra poder o bebe sair mais rápido mas, não tem uma anestesia que pode prejudicarpor exemplo acarretar problemas de coluna ou não há o corte nisso não precisa utilizar medicamentos pra sarar e não prejudicar a amamentação da minha filha. A recuperação e a não utilização de métodos artificiais de medicamentos que poderiam causar qualquer tipo de transtorno pra mim depois do parto e prejudicar a minha amamentação também.</p> |   |
| <p>IDEIA CENTRAL III</p>  | <p>EXPRESSÕES CHAVES</p>  |
| <p>Parto Cesário motivado pelo medo da dor</p>  | <p><i>“Por causa das dores que são mais fortes”. E7</i></p> <p><i>“A questão do medo”. E8</i></p>   |

DSC: A questão do medo, por causa das dores que são mais fortes.

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

Ao analisar a **ideia central I**, podemos observar a motivação das puérperas pela realização do parto normal, visando uma recuperação mais rápida, e com isso lhes proporcionando o retorno de suas atividades o mais breve possível.

Ao observarmos as falas das entrevistadas, fica evidente a preocupação destas em retomarem o mais rápido possível, as suas atividades diárias domésticas e empregatícias, nos lembrando sobre os múltiplos papéis que estas exercem na sociedade

Para Campos e Alcantara, Gois, ([2012]) o parto normal permite as mulheres uma recuperação mais rápida quase que imediata, pois possibilita a estas, logo após o nascimento levantar-se e cuidarem de seus filhos, como também lhes proporciona um retorno mais rápido as suas atividades diárias, quando comparadas ao maior tempo de repouso exigido no parto cesáreo, isso advém das complicações próprias do parto normal que são menos graves quando comparadas com aquelas advindas do parto cirúrgico.

Para Costa e Androsio, (2010) o papel da mulher vem sendo repensado e reelaborado. Com a inserção da mulher no mercado de trabalho nos últimos anos, esta está deixando de restringir-se apenas ao lar, passando, em muitos casos, a ser a principal provedora. Com o acúmulo de tarefas exercidas por estas, cuidar da casa, dos filhos, e ainda trabalhar fora, acabam gerando um sentimento de insubstituição na execução destas tarefas, passando estas a alimentarem uma preocupação quanto a realização das mesmas, e o desejo de retornar as suas obrigações o mais rápido possível, sejam estas vínculos empregatícios, ou domésticos.

Outro motivo apontado pelas entrevistadas seria a realização do parto normal, motivadas pelos benefícios existentes para mãe e bebê, como mostra a **ideia central II**.

Ao analisarmos a ideia central II observamos de forma positiva o conhecimento apontado pelas puérperas dos benefícios do parto normal para estase seus filhos, como forma de escolha. Estes benefícios encontram-se também referenciados no quadro 1 ideia central II. Segundo Azevedo et al., (2012) estas mães estão corretas quando mencionam que o parto normal apresentam menor risco para estas e seus bebês uma vez que a cesariana apresenta riscos relacionados à anestesia, infecção puerperal com sepse, episódios tromboembólicos, entre outros.

Para Tonon, Romani, e Grossi (2012) a priorização das mães em terem um parto em que avaliam como menos ariscado está diretamente ligado a preocupação materna primária,

esta caracteriza-se por um estado de verdadeira fusão emocional que se instala desde a gravidez, onde a mãe começa a desenvolver preocupações quanto ao bem estar e saúde de seu feto. Estas preocupações se apresentam mais fortes na decisão da escolha do tipo de parto, neste momento as mães preocupam-se em priorizar os tipos de procedimentos que tragam menos riscos aos seus bebês, para que eles nasçam o mais saudáveis possíveis. Preocupam-se também com o seu próprio bem estar uma vez que a pois o nascimento o bebê depende dos cuidados da mãe. Para o autor este tipo de preocupação denominada preocupação primária e de extrema importância para avaliar a qualidade do vínculo mãe bebê

Ao analisarmos a **ideia central III**, observamos nas falas das entrevistadas o medo da dor na realização do parto normal como principal fonte de motivação para a realização da cesariana, o que nos chama bastante atenção tendo em vista o medo como o protagonista da escolha.

Segundo Andrade e Botti, (2012) O medo do parto normal aparece constantemente como principal protagonista na decisão das mulheres pelo tipo de parto, para ele este fato é reflexo de uma má assistência no pré-natal, pois é no momento das consultas que, as mulheres deveram receber informações sobre diversos assuntos, devendo estas serem questionadas sobre suas expectativas com relação ao momento do parto, sendo de responsabilidade da equipe multiprofissionais ajudar a gestante a amenizar suas angústias e medos em relação ao parto, devendo ainda transparecer pela equipe que este momento é o mais natural na vida da mulher.

No entanto não é o que vem sendo observado nas práticas atuais que restringem a fisiologia, deixando de lado o mais importante que é o preparo das gestantes para o momento do parto, potencializando assim, seus medos perante o desconhecido. Que acabam priorizando as intervenções cirúrgicas por considerarem mais seguras. Associados a isso a cultura de que o parto cesáreo é indolor, e o conforto de poder agendar e não precisar esperar as contrações, são referenciados pelas mulheres que tiverem essa via, como primordial para a decisão pela cirurgia (CAMPOS; ALCANTARA, GOIS, 2010).

A Política Nacional de Humanização proposta pelo Ministério da Saúde, visa tornar o parto um momento singular na vida da mulher, livrando-as de práticas intervencionistas desnecessárias, tornando este momento o mais natural e humano possível (BRASIL, 2014).

O quadro 5, refere-se aos sentimentos relatados pelas puérperas frente a notícia da decisão sobre o seu tipo de parto. Sendo identificadas duas ideias centrais: Enfrentamento positivo e Enfrentamento negativo.

**Quadro 5** - Ideias centrais e discurso do sujeito coletivo (DSC) referentes ao seguinte questionamento: Como você se sentiu quando seu tipo de parto foi escolhido/decidido?

| IDEIA CENTRAL I  | EXPRESSÕES CHAVES  |
|--|--|
| Enfrentamento positivo   | <p><i>“Me senti feliz na hora”.E2</i></p> <p><i>“Fiquei numa alegria só, até por demais, grata ao meu senhor por ter me atendido”.E3</i></p> <p><i>“Eu me senti bem”.E6</i></p> <p><i>“Aliviada, por que eu queria que a saúde viesse em primeiro lugar”.E13</i></p>   |
| DSC:Eu me senti bem,me senti feliz na hora [fiquei] aliviada, por que eu queria que a saúde viesse em primeiro lugar, fiqueinuma alegria só, até por demais, grata ao meu senhor por ter me atendido.  |  |
| IDEIA CENTRAL II   | EXPRESSÕES CHAVES  |
| Enfrentamento negativo   | <p><i>“Eu me senti mal”.E1</i></p> <p><i>“Ao mesmo tempo assim um pouco com medo, eu tinha um medo de ir pra sala de cirurgia sabe preferia o parto normal”. E2</i></p> <p><i>“Por que o povo fala muito mal do Cesário né? Cesário é muito mal falado então, fiquei preocupada e ansiosa”.E11</i></p> <p><i>“Ansiosa, nervosa”.E9</i></p> |
| DSC:Eume senti mal, [fiquei] ansiosa, nervosa, ao mesmo tempo assim um pouco com medo, eu tinha um medo de ir pra sala de cirurgia sabe preferia o parto normal, por que o povo fala muito mal do Cesário né? Cesário é muito mal falado então, fiquei preocupada e ansiosa. |  |

**Fonte:** Pesquisa de campo, 2015.

Podemos observar então no quadro 5 quais os tipos de sentimentos, que afloraram no momento em que sua via de parto foi escolhida/decidida, e como se deu seu enfrentamento.

Ao analisarmos a **ideia central I** fica evidente os sentimentos positivos expressos pelas puérperas com que enfrentaram a notícia sobre a via de parto.

Como já mencionado no discurso do quadro 2 a satisfação está intimamente ligada as expectativas criadas pela mulher no decorrer da gestação, sobre como será osua vivência do

parto. Estas expectativas influenciarão o modo como o parto será experienciado e percebido (MATOS, 2012).

Sendo assim é comum ao nos depararmos com mulheres que posicionaram-se de forma positiva e que alimentaram expectativas positivas levarem este tipo de posicionamento para o dia do parto, tendo maiores chances de relatarem experiências positivas posteriormente, principalmente se a via de parto desejada, for realmente a realizada tendo em vistas que este é o principal fator que alimenta expectativas no decorrer da gestação.

O contrário também é verdadeiro pois segundo Lopes et al. (2005) o medo do parto pode ser considerado a expressão de vários sentimentos de ansiedade alimentados durante a gestação que atuam simno maior risco da gestante ter uma experiência negativa no parto.

O que ocorre na **ideia central II**, onde o enfrentamento apresentado por estas, sobre a notícia da via de parto foi negativo.

Para Velho et al., (2012) é também comum encontrar mulheres referindo sentimentos negativos frente a hora do parto seja pelo simples fato de se sentirem angustiadas e nervosas pelo momento que enfim chegou, ou seja, relacionados a via em que seu concepto nascera, podendo esta ser e obedecer a sua preferência previa, ou não o que as torna mais receosas.

De acordo com Lopes et al., (2005) são inúmeros os fatores citados como influenciadores de experiências negativas sendo estes os procedimentos obstétricos realizados, as preparações inadequadas e a escassez de informações dadas no pré-natal, a história obstétrica anterior, o desfecho de uma gravidez previa assim como o impacto causado do tipo de parto e das intervenções obstétricas sobre o tipo de parto.

Para Matos (2012) o enfrentamento negativo se faz presente principalmente quando o tipo de parto é realizado de forma inesperada. Tendo em vista os fatores apresentados como possíveis causadores de sentimentos negativos é importante trabalhar em vistas a proporcionar um atendimento diferenciado, tendo como base a visão de que o parto e a maneira como ele é vivenciado é individual, devendo ser proporcionado o cuidado e o conforto a atender a singularidade de cada parturiente. Devido à complexidade e particularidade de cada situação, a maneira como a assistência é oferecida implica na satisfação ou não de quem a recebe. Portanto deve-se trabalhar no cuidado e acolhimento das mulheres no processo de parturição fazendo com que haja relações interpessoais entre usuáριοse profissionais a fim de aproximar as preferências maternas da realidade do parto, diminuindo assim a ansiedade e vivências negativas evitando que estas experiências se estendam ao puerpério (VELHO et al., 2012).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu analisar os fatores que influenciam na escolha do tipo de parto, possibilitando-nos a oportunidade de melhorar a qualidade da assistência prestada a estas mulheres num período tão importante.

Vale salientar que os objetivos propostos foram atingidos, onde constatou-se que as puérperas tiveram preferência pelo parto normal motivadas pela recuperação rápida e a existência de menos complicações durante o parto. Outras referiram que preferem o parto cesáreo motivadas pelo medo da dor no parto normal. Algumas puérperas relataram que as opiniões externas não foram levadas em consideração, enquanto outras referiram que as opiniões externas influenciaram a escolha pelo tipo de parto a qual foram submetidas. Observou-se também que as puérperas apresentaram enfrentamento positivo para o trabalho de parto escolhido, enquanto algumas relataram enfrentamento negativo.

As hipóteses levantadas foram confirmadas, uma vez que as mulheres relataram o medo de sentirem dor e opiniões externas, como fatores que influenciaram a escolha do tipo de parto apesar de não mencionarem a influência dos profissionais da área da saúde que prestam assistência, principalmente o profissional médico.

No decorrer da pesquisa foram encontradas dificuldades mínimas, que não interferiram na realização do trabalho, tendo em vista a receptividade das puérperas em responderem as entrevistas assim como a quantidade de artigos disponíveis contemplando esta temática.

É importante enaltecer a importância que estes resultados trazem para os profissionais da área da saúde, ao que refere-se a melhor compreensão dos fatores influenciadores dos tipos de parto, possibilitando assim ferramentas na condução de uma melhor assistência, pautada no conhecimento de opiniões e sentimentos destas mulheres. É relevante também para as mulheres que passaram a ter suas opiniões, medos e receios valorizados e agora melhor compreendidos pelos profissionais.

## REFERÊNCIAS

- AGAHAMA, Elizabeth ErikoIshida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2015.
- AGUIAR, Ricardo Saraiva et. al. Orientações de enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. **Cogitare Enfermagem**. v.18, n.3, p.527-31, Jul/Set; 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/33567/21065>>. Acesso em: 30 abr. 2015.
- ANDRADE, Briena Padilha; BOTTI, Maria Luciana. Mulheres e parto: vivências que influenciam as escolhas. In: COLÓQUIO NACIONAL DE ESTUDOS DE GÊNERO E HISTÓRIA – LHAG/UNICENTRO, 2012. **Anais...** [S.l: s.n], 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/vnax0z>>. Acesso em: 30 out. 2015
- ARATANI, Nathan et. al. Preferência pelo tipo de parto entre gestantes primíparas. **Rev. Odontologia (ATO)**, Bauru, SP., v. 14, n. 3, p. 209-224, mar., 2014. Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/1268>>. Acesso em: 30 out. 2015
- AZEVEDO, Manuela Santos de. et. al. **Prevenção e promoção da saúde em grupos de gestantes e puérperas**. Pelotas. [2012]. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/20657/pdf>>. Acesso em: 09 maio 2015.
- BARBOSA, Gisele Peixoto et.al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov-dez, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- BELEI, Renata Aparecida et. al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas, n.30, p.187 - 199, jan/jun 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/1770>>. Acesso em: 09 maio 2015.
- BENINCASA, Bianca Chassot, et.al. Taxas de infecção relacionadas a partos cesáreos e normais no hospital de clínicas de Porto Alegre. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v.32, n.1, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=647302&indexSearch=ID>>. Acesso em: 01 maio 2015.
- BORNIA, Rita Bernadette Ribeiro Guerios. Fases clinicas do parto. In: Roberto Benzecry. **Tratado de obstetrícia FEBRASG**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- BRASIL, Ministério da saúde. Conselho nacional de saúde. Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Regulamenta pesquisa com seres humanos**. 2012. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rj>>

a&uact=8&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fconselho.saude.gov.br%2Fresolucoes%2F2012%2FReso466.pdf&ei=CRN2Vb3TD8bhsASG7ID4BA&usg=AFQjCNFHaqfDRgNfy\_g1PdYIjfEesee0ig> . Acesso em: 25 maio, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília-DF, 2004.

BRUZADELI, Daiane da Silva; TAVARES, Beatriz Barco. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea: entre puérperas adolescentes e adultas. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p. 150-7, 2010. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/9532>> Acesso em: 30 out. 2015

CAMPOS, Aline Souza, ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo de; SANTOS, Reginaldo Passoni dos. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. Revista de Enfermagem UFSM, v.4, n.2, p.332-341, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/bnwlq1>> . Acesso em: 10 nov, 2015

CAMPOS, Maria Elda Alves de Lacerda; ALCANTARA, Denise Ferreira; GOIS, Luciana Patrícia Brito Lopes. **Incidência e características de cesáreas e partos normais: um estudo comparativo**. [2012]. Disponível em: <<http://goo.gl/KExJah>> Acesso em: 10 Nov, 2015

CARDOSO, Priscila Oliveira; ALBERTI, Luiz Ronaldo; PETROIANU, Andy. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.427-435, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/16.2%20priscila.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen N° 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.huwc.ufc.br%2Farquivos%2Fbiblioteca\\_cientifica%2F1188236444\\_91\\_0.pdf&ei=OBI2VfPcLOG1sASSgIH4BA&usg=AFQjCNHz\\_dNZzGQBY6uz61cgHg9r0iW1Fw](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.huwc.ufc.br%2Farquivos%2Fbiblioteca_cientifica%2F1188236444_91_0.pdf&ei=OBI2VfPcLOG1sASSgIH4BA&usg=AFQjCNHz_dNZzGQBY6uz61cgHg9r0iW1Fw)> . Acesso em: 25 maio, 2015

CONSERVA, Roberta Campelo de Oliveira. **A política de saúde no Brasil: um enfoque na atenção voltado para as mulheres**. 2011. 31f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/1641>>. Acesso em: 01 maio 2015.

COSTA, Edina Silva et. al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr/jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/377>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

COSTA, Irla Henrique; ANDROSIO, Valéria de Oliveira. **As transformações do papel da mulher na contemporaneidade**. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/SVLDMH>>. Acesso em: 10 nov, 2015

- DIAS, Marcos Augusto Bastos et.al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.5, p.1521-1534, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n5/17>>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- FABRI, Renato Humberto; MURTA, Eddie Fernando Candido. Tipos de Parto e Formas de Assistência Médica em Uberaba-MG. **Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 21, n. 2, 1999.
- FERNANDES, Luciane Alves; GOMES, José Mário Matsumura. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **Contexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 1º semestre 2003. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/ConTexto/article/viewFile/11638/>>. Acesso em: 09 maio 2015.
- FERRARI, José. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. **Revista Bioética**, n.17, v. 3, 2009, p. 473 – 495. Disponível em: <[http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/512](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/512)> Acesso em: 13 nov. 2015
- FIGUEIREDO, Marília Z. A.; CHIARI, Brasília M.; GOULART, Bárbara N. G. de. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualitativa. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.25, n.1, p. 129-136, abr, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>>. Acesso em: 09 maio 2015.
- FIGUEIREDO, Nathália Stela Visoná de, et, al.Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=601305&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 nov. 2015
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GONÇALVES, Záfia Rangel; MONTEIRO, Denise Leite Maia. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Revista Femina** , v. 40, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/DzDUPw>> Acesso em: 10 nov, 2015
- GUERRA, Maria João Jacinto. **O parto desejado**: expectativas de um grupo de grávidas. 89f. Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde) - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9420>>. Acesso em: 30 out. 2015
- H Aidar, Fátima Hussein; OLIVEIRA, Urânia Fernandes and NASCIMENTO, Luiz Fernando Costa. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p. 1025-1029, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/7N4Kqd>> . Acesso em: 10 nov, 2015
- HAUCK, Flávia Terra. **Fatores associados à preferência da mulher na escolha do tipo de parto**. 26f. Monografia (Especialização em obstetrícia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/ZcjTA2> Acesso em: 10 nov. 2015

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do Sujeito Coletivo: uma abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa**. Caxias do Sul: EDUS, 2000.

LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro et. al. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista de bioética**. v. 21, n. 3, p. 509-17, 2013. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/798](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/798)>. Acesso em: 15 mar. 2015.

LOPES, Rita de Cassia Sobreira et, al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia reflexão e crítica**, v.18, n. 2, 2005. p.247-254. Disponível em: <<http://goo.gl/KMhKbB>>. Acesso em: 10 nov. 2015

MACEDO, Juliana Gabiatti de; ARRAES, Roosevelt. Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira. In: JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE: Saúde como objeto do conhecimento, história e cultura. **Anais...** Nov. 2013. Disponível em: <<http://www.humanas.ufpr.br/portal/sociologiasaude/files/2013/12/AUTONOMIA-DA-GESTANTE-NA-ESCOLHA-DE-PARTO.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015

MARTINS, Maria Niedja Pereira; MONTEIRO, Carlos Eduardo Ferreira; QUEIROZ, Tamires Nogueira. Compreensões sobre amostra ao manipular dados no software tinkerplots: um caso de uma professora polivalente. **Revista Eletrônica de Educação**, v.7, n. 2, 2013, p. 317-342. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/763>>. Acesso em: 09 maio 2015.

MATOS, Raquel Susana Tátá Vieira. **Antecipação e expectativas face ao tipo de parto**. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia, 2012. Disponível em: < <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/8239>>. Acesso em: 10 nov. 2015

MELLER, Fernanda de Oliveira; SCHAFER, Antônio Augusto. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciências e saúde coletiva**. v.16, n.9, p. 3829-3835. 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

NAZARÉ, B., FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Avaliação das preocupações sentidas durante a gravidez: Estudos psicométricos da versão portuguesa da Cambridge WorryScale (CWS). **Laboratório de Psicologia**, 2012. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20636>>. Acesso em: 30 abr. 2015

NEME, Bussamara. **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

OLIVEIRA, Andressa suelly Saturnino de. et. al. Percepção de mulheres sobre a escolha da via de parto: estudo descritivo. **Rev. Rene**, v. 11, n. especial, p. 32-41, 2010.. Disponível em: <<http://goo.gl/fUxptT>>. Acesso em: 30 out. 2015

OSAVA, Ruth Hitomiet. al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Rev Saúde Pública**. v.45, n.6, p.1036-43, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2412.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2015

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14 Supl. 1, p.25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14s1/1337>>. Acesso em: 01 maio 2015.  
p.1827-1834, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n6/33.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2015.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Pública**. v.45, n.1, p.185-94, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v45n1/1759.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

PEREIRA, Marilda de Oliveira et al. A figura paterna do período gestacional ao parto e puerpério. **Temas em saúde**, v.15, n.3, p.15-25, 2015.

PICCININI, Cesar Augusto et. al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>> Acesso em: 30 abr. 2015.

PITILIN, Érica de Brito; HARACEMIW, Annelise; MARCON, Sonia Silva and PELLOSO, Sandra Marisa. A família como sustentação no cotidiano de mulheres múltiparas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 2013, v.34, n.4, p. 14-20. Disponível em: < <http://goo.gl/MIPnyz> >. Acesso em: 10 nov, 2015

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et. al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p. 479-87, Jul-Set, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a14v16n3.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2015.

RATTNER, Daphne. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v.8, n.2, p.103-108, jun, 2014. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source>>. Acesso em: 01 maio 2015.

REIS, Sílvio Luís Souza dos. et.al. Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, n.1, p.7-10, jan.-mar. 2009. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

REZENDE, Claudia Barcellos. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. **Cadernos pagu**, v.36, p. 315-344, jan-jun; 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n36/n36a12.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015

RIBEIRO, Dione Viégas de Almeida; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; TURATO, Egberto Ribeiro. Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1827-1834, Jun. 2013

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010

RODRIGUES, Cátia Cilene Lima. **Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química**. Tese (Doutorado em Ciências da Religião) – Potifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

SANTO, Lilian Cordova do Espirito; BONILHA, Ana Lucia da Lourenzi. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, n.2, p.87-109, 2000. Disponível em: <<http://goo.gl/Kc8YCj>> Acesso em: 10 nov. 2015

SARMENTO, Regina; SETÚBAL, Maria Silvia Vellutini. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. cienc. medic.** Campinas, v.12, n.3, p.261-288, jul/set, 2003. Disponível em: <<http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/1260/1235>>. Acesso em: 30 abr. 2015

SASS, Arethuza et, al. Resultados perinatais nos extremos da vida reprodutiva e fatores associados ao baixo peso ao nascer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) v.32, n.2, p.352-8, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/2Hbvg6> > Acesso em: 10 nov. 2015

SASS, Nelson; HWANG, Susane Mei. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagnóstico e Tratamento**, v.14, n.4, p.133-7, 2009. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2015

SILVA, João Luiz de Carvalho Pinto e; SURITA, Fernanda Garanhani de Castro. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstet.**, v.31, n.7, p.321-5, 2009.

SILVA, Rebeca de Souza; ANDREONI, Solange. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1725-1733, 2012. Disponível em:< <http://goo.gl/SnL3uT>> . Acesso em: 10 nov, 2015

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e; PRATES, Renata de Carvalho Gomes; CAMPELO Bruna Queiroz Armentano. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem UFSM**, v.4, n. 1, Jan/Mar 2014, p.1-9 Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8861>>. Acesso em: 10 nov. 2015

SILVA, Talitha Raffo da. **Produção científica da enfermagem brasileira e os objetivos da política nacional de atenção integral a saúde da mulher**. 2012. 47f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SOUZA, Marta Rovey de. **Parto: entre o desejo e a realização**. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas

Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002. Disponível em: <http://goo.gl/GR5Z03> Acesso em: 30 out. 2015

TONON, Cláudia Backes; ROMANI, Patrícia Fasolo; GROSSI, Rosaura. A Gravidez da terapeuta e seus reflexos no processo psicoterápico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.28, n.1, p. 87-92, Jan-Mar; 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/11.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015

VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, EvangueliaKotziasAtherino dos; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; CAMARGO, Brígido Vizeu. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto & contexto enferm**, v.21, n.2, 2012, p. 458-466. Disponível em: < <http://goo.gl/hXHi8P> > Acesso em: 10 nov. 2015

WEIDLE, WelderGeison et. al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, 2014. 46-53 disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015

ZAMBRANO, Erika et, al. Cesaria: percepções das puerperas frente a escolha do tipo de parto. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 11. P. 177- 1 2003.DISPONIVEL EM: <http://goo.gl/Cga6ze> . Acesso em: 10 nov. 2015

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Sra.

A presente pesquisa intitulada Fatores que influenciaramna escolha do tipo de parto pelas puérperas no município de Mossoró/RN desenvolvida por Patricia de Oliveira Silva, pesquisadora associada e aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, a professora Esp. Joseline Pereira Lima, tem como objetivo geral: analisar quais são os fatores que influenciaram na escolha do tipo de parto das puérperas de uma maternidade no município de Mossoró/RN e como objetivos específicos: caracterizar o perfil social das puérperas entrevistadas; descrever as preferências pelo tipo de parto; identificar interferências na escolha do tipo de parto; conhecer sentimentos das puérperas investigadas durante a escolha do tipo de parto.

A mesma justifica-se por sua importância na relevância de seus resultados para a academia, enfermagem e para as mulheres. Para o pesquisador e mulheres sua importância encontra-se nas respostas dadas as várias questões levantadas por gestantes relacionadas a suas ansiedades no que se refere a decisão pela escolha do melhor tipo de parto, de forma que este trabalho vem a contribuir com informações para auxiliar estas em sua escolha, através do esclarecimento sobre os vários tipos de partos, seus riscos e benefícios. Destaca-se ainda para a academia por sua relevância científica como fonte de pesquisa e consulta para acadêmicos e interessados no tema. Para os profissionais da área da saúde como forma de conhecer melhor os fatores que influenciaramna escolha do tipo de parto, servindo, como fonte enriquecedora, na condução mais adequada da assistência prestada a gestantes e mulheres interessadas no assunto, auxiliando a enfermagem no que se refere ao atendimento de pré-natais, planejamento familiar e outros. Diante do exposto questiona-se quais os fatores que influenciaramna escolha do tipo de parto pelas puérperas no município de Mossoró/RN.

Será utilizada como instrumento para a coleta de dados, a aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas. Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nesta

pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.), uma vez que existe a possibilidade de publicação dos resultados.

Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

A pesquisa em questão apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto aos participantes durante a coleta de dados. Porém as atividades ou questionamentos elementares são comuns do dia a dia e em momento algum causam constrangimento à pessoa pesquisada. Apresenta como benefícios, a produção científica sobre o tema e a possibilidade de contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Os benefícios superam os riscos.

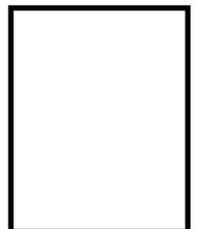
Os pesquisadores<sup>1</sup> e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES<sup>2</sup> estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró-RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Esp. Joseline Pereira Lima

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa



**Endereço residencial da Pesquisadora Responsável:** Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone: /Fax : (84) 3312-0143. E-mail: [josy\\_enf@facenemossoro.com.br](mailto:josy_enf@facenemossoro.com.br)

**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame – João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790 e-mail: [cep@facene.com.br](mailto:cep@facene.com.br)

## APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

**Roteiro de entrevista****I-DADOS RELACIONADOS À CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIAL**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Estado civil: ( ) casada ( ) solteiro ( ) divorciado ( ) separado ( ) viúvo.
3. Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_
4. Religião: \_\_\_\_\_
5. Renda: \_\_\_\_\_
6. Plano de saúde: \_\_\_\_\_
7. Número de gestações: \_\_\_\_\_
8. Número de parto: \_\_\_\_\_
9. Número de abortos: \_\_\_\_\_

**II – DADOS RELACIONADOS AOS FATORES QUE INFLUENCIARAM NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO**

1. Qual o tipo de parto você prefere? E por que você escolheu esse parto?
2. O tipo de parto pelo qual você tinha preferência foi o parto realizado? Se não por quê?
3. Alguém opinou na escolha do tipo de parto? Se sim você levou em consideração a opinião?
4. Fale sobre os principais motivos que influenciaram a escolha pelo tipo de parto?
5. Como você se sentiu quando seu tipo de parto foi escolhido/decidido?

**ANEXO**



## ANEXO A – Certidão

**Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.**  
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da  
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7º Reunião Ordinária realizada em 13 de Agosto 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado **"FATORES QUE INFLUENCIARAM NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO DAS PUÉRPERAS EM UMA MATERNIDADE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN"**, Protocolo CEP: 106/2015 e CAAE:47955015.5.0000.5179. Pesquisadora responsável: **Joseline Pereira Lima** e das Pesquisadoras associadas: **Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins, Patricia de Oliveira Silva e Kalidia Felipe de Lima Costa**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2015, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 13 de Agosto de 2015

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE