

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DE PARTO
VAGINAL EM USUÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
ARACAJU**

TATHIANY REZENDE DE MOURA

ARACAJU
Março – 2019

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DE PARTO
VAGINAL EM USUÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
ARACAJU**

Dissertação de mestrado submetida à banca examinadora para a obtenção do título de mestre em Saúde e Ambiente, na linha de pesquisa Enfermidades e Agravos à Saúde de Impacto Regional

TATHIANY REZENDE DE MOURA

**Orientadora
Profa. Dra. Marлизete Maldonado Vargas**

ARACAJU
Março/2019

M929n Moura, Tathiany Rezende de
Níveis de satisfação com a experiência de parto vaginal
em usuárias de unidade de saúde da família em Aracaju / Tathiany
Rezende de Moura; orientação [de] Prof.^a Dr.^a Marлизete Maldonado
Vargas– Aracaju: UNIT, 2018.

60 f. il ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade
Tiradentes, 2018

Inclui bibliografia.

1. Parto vaginal. 2. Satisfação do paciente. 3. Episiotomia I.
Moura, Tathiany Rezende de. II. Vargas, Marлизete Maldonado.
(orient.). III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 618.4

**NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DE PARTO VAGINAL EM
USUÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU**

Tathiany Rezende de Moura

Dissertação de mestrado submetida à banca examinadora para a obtenção do título de mestre em saúde e ambiente, na linha de pesquisa Enfermidades e Agravos à Saúde de Impacto Regional

Aprovada por:

Profa. Dra. Marлизete Maldonado Vargas
Orientadora

Profa. Dra. Claudiene Santos
Universidade Federal de Sergipe

Profa. Dra. Andressa Sales Coelho
Universidade Tiradentes

Aracaju
Março/2019

DEDICATÓRIA

A Maria Manuella, que carrega nome e sobrenome da ancestralidade que faz de mim quem sou e que me mostra todos os dias que, assim como a felicidade, o amor é ato contínuo.

EPÍGRAFE

*Fazer o que amamos nos leva automaticamente
a descobrir mais sobre quem realmente somos*
Richard Bach, no livro Fernão Capelo Gaivota

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo fomento à pesquisa e por possibilitar formação de pesquisadores. À Universidade Tiradentes pela estrutura e equipe de professores e funcionários com os quais sempre pude contar durante minha trajetória no mestrado.

Aos professores e colegas do PSA, com os quais pude vivenciar os desafios do mestrado e da pesquisa e aprender sobre a interdisciplinariedade e mudar a forma de pensar. Agradeço também aos funcionários, pelas dúvidas tiradas e pela disponibilidade em ajudar, em especial ao Lucas pela atenção e pela infinidade de e-mails respondidos.

Às professoras participantes das bancas Cláudia Moura, Claudiene Santos e Andressa Coelho pelas considerações e correções, que me fizeram amadurecer o trabalho e me deram incentivo para melhorá-lo.

Minha enorme gratidão à minha orientadora, Profa. Marlizete. Estamos encerrando o processo do mestrado e aprender com você foi um grande privilégio. Todos os momentos, sugestões, correções, palavras de incentivo, o acolhimento do projeto sobre violência obstétrica, a pesquisa em saúde pública, tudo tornou esses dois anos de curso muito enriquecedores. Obrigada por sua alegria, por sempre me incentivar, pelo apoio nos momentos de desânimo, pelos eventos que me convidou para participar, pelos congressos, por tudo! Muito obrigada de coração!

À minha companheira de coleta de dados, transcrição e tabulação, correções e todas as etapas da execução do projeto. Cláudia, sua presença leve e sempre bem-humorada com certeza tornou tudo mais agradável. Obrigada pela amizade que, com certeza, vai perdurar.

À minha família: minha irmã Anne, meus pais Marlon e Cláudia, que me ajudam a superar todas as dificuldades, me dão força para seguir e me ensinaram que a convivência não é uma tarefa fácil, mas que é enormemente recompensadora. Aos meus avôs, Manoel e Filadelfo, a memória de vocês sempre vai me incentivar a ser uma pessoa melhor. À minha avó Gleide, cuja experiência de vida tanto me ajudou a entender sobre a maternidade. Sou grata por ter vocês como minha família. Minha gratidão especial à Anne, companheira de vida e que foi fundamental no processo do nascimento de minha filha e que viveu momentos tão marcantes conosco.

Ao meu grande amor, Maria Manuella, que sempre foi real, intensa e engrandecedora como o amor deve ser. A melhor experiência da minha vida foi poder proporcionar a você um

nascimento respeitoso e humano. Obrigada por todos os beijos, abraços e sorrisos. E pelos dias difíceis que a maternidade traz, nesses dias é que o vínculo se mostra indissolúvel e aprendemos a dar valor às coisas simples.

Aos meus amigos, apoiadores, incentivadores e companheiros de café e desabafo, meu muito obrigada (em ordem alfabética!) a Amanda, Ana Mércia, Chris, Erick e Thábata, Heitor e Tânia, João e Pepita e Raquel. Agradeço, com muito amor, às minhas amigas Cícera e Priscilla, fundamentais na trajetória do meu parto humanizado, assim como ao Grupo AME por existir e possibilitar nascimentos respeitosos.

Às amigas e companheiras de humanização: Elenice, Joana e Luna, juntas conseguimos unir mulheres-mães de diferentes profissões, mas com o grande objetivo de empoderar e apoiar mulheres que buscam uma experiência de parto digna.

A Denver, que esteve comigo na realização do sonho e em todas as etapas necessárias para que conseguíssemos um parto humanizado e que me deu todo o suporte possível durante os momentos em que precisei me ausentar e pude contar com você no cuidado da nossa pequena.

A Henrique, que demorei, inesquecivelmente, um ano para responder um convite para uma entrevista sobre parto humanizado. Gratidão por sermos o alento um do outro naqueles momentos de tantas demandas e unhas roídas. Agradeço também à sua família, em especial à Luizete, por todo amor e cuidado comigo e com Manuella.

À dança, sempre presente ao longo da vida, que me ajuda a lidar artisticamente com diversas situações em todos esses anos e que me proporciona levar arte, movimento e música a todos os lugares que eu vou e dançar o que nem sempre é possível falar e que me permitiu conhecer e estabelecer laços com quem produz, estuda e vive de arte.

SUMÁRIO

RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1 Recomendações da Organização Mundial da Saúde.....	17
3.2 Diretrizes do Ministério da Saúde.....	21
3.3 Autonomia feminina no trabalho de parto e parto.....	24
3.4 Violência obstétrica.....	25
3.5 A via de parto desejada.....	27
3.6 A humanização da assistência ao parto.....	28
3.7 Satisfação materna.....	31
4 MÉTODO.....	33
4.1 Tipo do estudo.....	33
4.2 Aspectos Éticos.....	33
4.3 População e amostra.....	35
4.4 Instrumentos para a coleta de dados.....	35
4.5 Procedimentos.....	35
4.6 Análise de dados.....	36
4.7 Análise da confiabilidade das subescalas 2 e 3 do Questionário de Experiência e Satisfação com o parto (QESP).....	36
4.8 Dificuldades e adequações.....	36
5 RESULTADOS.....	38
6 DISCUSSÃO.....	47
7 CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES E ANEXOS.....	62
APÊNDICE A: Formulário de Pesquisa.....	63
ANEXO A: Parecer de aprovação do comitê de ética da Universidade Tiradentes.....	64
ANEXO B: Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP).....	65
ARTIGO I - Níveis de satisfação com a experiência de parto vaginal em usuárias de unidades de saúde da família em capital nordestina.....	66
ARTIGO II - Fatores associados a uma experiência de parto positiva em mulheres usuárias de unidades de saúde da família de Aracaju.....	67
ARTIGO III - Autonomia da mulher no trabalho de parto: da violência obstétrica à humanização.....	69
ARTIGO IV - Dispareunia relacionada à via de parto: uma revisão integrativa.....	70

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Características sociodemográficas e obstétricas das participantes do estudo sobre níveis de satisfação com a experiência de parto vaginal em usuárias de USF de Aracaju, 2018.....	38
Tabela 2: Relação entre escolaridade e idade.....	39
Tabela 3: Classificação a qualidade do atendimento da maternidade pelas participantes no trabalho de parto do estudo sobre níveis de satisfação com a experiência de parto vaginal em usuárias de USF de Aracaju, 2018.....	40
Tabela 4: Experiência Positiva do parto relativos à confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto, de usuárias de USF, Aracaju, 2018.....	41
Tabela 5: Relação entre idade e o score de Experiência Positiva: relativos à confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto, de usuárias de USF, Aracaju, 2018.....	42
Tabela 6: Experiência Negativa: medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto, de usuárias de USF, Aracaju, 2018.....	43
Tabela 7: Relação entre idade e o score Experiência Negativa: medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto de usuárias de USF, Aracaju, 2018.....	45
Tabela 8: Relação entre escolaridade e planejamento da gravidez, em usuárias de USF, Aracaju, 2018.....	45
Tabela 9: Relação entre as variáveis idade e qualidade do atendimento com conhecimento sobre o trabalho de parto de usuárias de USF, Aracaju, 2018.....	46

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

OMS	Organizao Mundial da Saúde
SUS	Sistema nico de Saúde
PAISM	Política Nacional de Assistência Integral  Saúde da Mulher
UBS	Unidade Bsica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TP	Trabalho de Parto
P	Parto
PP	Pós-parto
PNH	Política Nacional de Humanizao

RESUMO

A assistência de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e para uma experiência de nascimento positiva, devendo ser considerada no planejamento de todo serviço de saúde materno-infantil e na avaliação da sua qualidade. Para uma assistência humanizada deve-se construir um novo olhar sobre o processo saúde-doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo-mente e construa uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção. Uma experiência de nascimento positiva está associada a um aumento do vínculo mãe-filho e das habilidades maternas, contribuindo para seu senso de realização e autoestima, destacando a importância da avaliação da satisfação materna com o processo e fatores associados, como a dor, métodos para alívio e intervenções não recomendadas que podem associar o parto a uma experiência negativa e interferir no ajuste psicológico das mulheres no pós-parto. O estudo teve como objetivo analisar o nível de satisfação de parturientes na assistência ao parto vaginal, o quantitativo de mulheres submetidas à episiotomia e o nível de conhecimento acerca dos acontecimentos relativos ao trabalho de parto. Tratou-se de estudo exploratório com análises quali-quantitativas com puérperas primíparas e multíparas atendidas em Unidades de Saúde da Família de Aracaju/SE. Foram entrevistadas 198 puérperas pós-parto vaginal atendidas em quatro Unidades de Saúde da Família. Os instrumentos foram subescalas Experiência Positiva e Experiência Negativa do “Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto” (QESP) e um formulário para coleta de dados sociodemográficos e obstétricos. A maior parte das participantes tinha entre 18 e 35 anos, baixa escolaridade, convivia com o companheiro e não exercia atividade remunerada. A taxa de realização de episiotomia foi 65% (n=129) e houve relação entre a realização de episiotomia e menor satisfação com a experiência de parto. As participantes que não foram submetidas à episiotomia ($p=0,0357$), as que não planejaram a gravidez ($p=0,0054$), que não tiveram complicações no momento do parto ($p=0,0485$) e as que estavam em seu primeiro parto ($p=0,0005$) apresentaram percepção mais positiva em relação à confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto. As mulheres que não exerciam nenhuma atividade remunerada ($p=0,0010$), as que tiveram laceração espontânea ($p=0,0045$) e as que precisaram de sutura no primeiro e/ou nos partos seguintes ($p=0,0199$) apontaram ter mais medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto. As puérperas classificaram o atendimento nas maternidades como bom (n=114) e a experiência de parto como satisfatória. Entretanto, afirmaram ter pouco controle da situação e medo durante o trabalho de parto, assim como a falta ou escassez de conhecimento acerca dos acontecimentos relativos ao trabalho de parto. Sugerem-se, com este estudo, intervenções com as mulheres para melhorar o nível de conhecimento das mulheres sobre o parto, as diferenças entre procedimentos rotineiros e seletivos e os direitos da gestante e com as equipes assistenciais abordando a temática da humanização, respeito ao parto e nascimento e a satisfação materna com o processo de parto.

PALAVRAS-CHAVE: parto normal, parto humanizado, humanização da assistência, satisfação do paciente.

ABSTRACT

Quality and humanized care is essential to maternal and newborn health and to a positive birth experience, and should be considered in quality assessment and planning of all maternal and child health services. For a humanized assistance, a new perspective on the health/illness process must be constructed, which understands person's body/mind totality and builds a culture of respect for human rights, including sexual and reproductive rights, assigning value to the subjective aspects involved in the attention. A positive birth experience is associated with increased mother-child bonding and maternal skills, contributing to their sense of achievement and self-esteem, highlighting the importance of assessing maternal satisfaction with the process and associated factors such as pain, pain relief methods and non-recommended interventions that may associate labor and delivery to a negative experience and interfere with the psychological adjustment of postpartum women. This study aimed to analyze the level of parturient satisfaction in vaginal delivery, the number of women submitted to episiotomy and the level of knowledge about the events related to labor. It was an exploratory study with qualitative and quantitative analyzes with primiparous and multiparous puerperae treated at the Health Units of the Aracaju / SE Family. The instruments were subscales Positive Experience and Negative Experience of the "Questionnaire of Experience and Satisfaction with Childbirth" (QESP) and a form for the collection of sociodemographic and obstetric data. A total of 198 postpartum vaginal women were interviewed in four Family Health Units. Most women were between 18 and 35 years of age, of low schooling, live with their partner and do not exercise paid work. The rate of episiotomy was 65.15% (n = 129) and there was a relationship between episiotomy and less satisfaction with the delivery experience. The analysis showed that women who did not undergo episiotomy ($p = 0.0357$), those who did not plan for pregnancy ($p = 0.0054$), those who did not have complications at the time of delivery ($p = 0.0485$) and those who were in their first birth ($p = 0.0005$) presented a more positive perception regarding the confirmation of expectations, self-control, self-confidence, knowledge, pleasure and satisfaction with the delivery experience. Women who had no paid activity ($p = 0.0010$), those who had spontaneous laceration ($p = 0.0045$), and those who required suturing in the first and / or subsequent deliveries (0.0199) were more fearful, malaise and pain during labor and delivery. Postpartum women classified care in maternity hospitals as good (n = 114) and the delivery experience as satisfactory. However, they affirmed to have little control of the situation and fear during labor, as well as they had poor knowledge about the events related to labor. This study suggests interventions to improve the level of women's knowledge about childbirth, such as the differences between routine and selective procedures and pregnant women rights and with health professionals to address the humanization issue, respect to childbirth and birth and maternal satisfaction with the labor process.

KEY-WORDS: natural childbirth, humanizing delivery, humanization of assistance

1 INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza a filosofia predominante de respeito, apoio e cuidado para a mulher grávida e parto (CHALMERS *et al.*, 2001). Em 1997, a OMS, publicou recomendações o parto normal, que deve ter início espontâneo, não induzido, devendo a parturiente possuir a liberdade de se movimentar a qualquer momento e o direito de receber suporte contínuo durante a parturição, tais como monitoramento cardíacos fetais, alimentação, adoção de posições não supinas, respeito à privacidade, o uso do partograma e presença de acompanhantes, além de evitar intervenções rotineiras, como por exemplo a episiotomia (OMS, 1997).

Em relação à cesárea, A OMS a define como uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, indicada apenas por motivos médicos (OMS, 2015). Quanto ao índice de cesáreas, a América Latina tem a maior prevalência do mundo com taxa de, 44,3% e o Brasil se destaca por ser o segundo país com maior taxa de cesáreas, 55,5%, atrás apenas da República Dominicana, com 58,1%. Diferentemente, na América do Norte e na Europa Ocidental são, as taxas desse tipo de parto são respectivamente, 32% e 26,9% (BOERMA *et al.*, 2018).

Em serviços de Saúde Pública no Brasil, as mulheres grávidas submetidas ao parto vaginal sofrem manipulação excessiva, permanecem confinadas, são impedidas de andar ou comer, recebem ocitocina e dão à luz na posição supina, com o auxílio de uma episiotomia. (LEAL, 2012). A episiotomia é um dos principais procedimentos usados nas maternidades do país e é um exemplo das intervenções que não devem ser realizadas rotineiramente, mas de forma seletiva (LEAL, 2014). Consiste em uma incisão no assoalho pélvico para ampliar os tecidos moles da porção mais distal do canal de parto. Foi durante muito tempo o principal procedimento realizado durante o parto sob o objetivo de proteger o assoalho pélvico e

prevenir o trauma fetal durante o nascimento e o uso rotineiro foi amplamente aceito no passado, principalmente em primíparas (MYERS-HELFGOTT; HELFGOTT, 1999). A insatisfação com o parto vaginal está intimamente relacionada à dor e aos métodos de alívio da dor utilizados, seja anestesia neuroaxial ou formas alternativas de analgesia (DE LUCA, 2014). Experiências negativas no parto, como raiva, medo e dor intensa, são fatores determinantes no ajuste psicológico das mulheres no pós-parto (GIBBINS; THOMSON, 2011; LALLY *et al.*, 2008).

No Brasil, a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tem buscado melhorar a assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal através de uma maior abertura ao ingresso de mulheres aos serviços de saúde garantindo o direito a promoção, prevenção, assistência integral e recuperação em todo o território nacional. Um dos objetivos gerais dessa política é garantir a qualidade e humanização da atenção à saúde em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e ciclos de vida, cuja finalidade é auxiliar para a diminuição da morbidade e mortalidade feminina no país (MS, 2011).

Em Sergipe, a Fundação Hospitalar de Saúde preocupou-se em implementar os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Humanização na prática dos profissionais de saúde nas instituições do estado através da oferta de um curso de humanização em saúde para gestores e trabalhadores da rede estadual de saúde pública em 2010. Tal curso aconteceu em várias unidades assistenciais e resultou na elaboração de dezesseis planos/projetos de intervenção, distribuídos nas diversas unidades assistências que compõem a rede da Fundação, sendo um deles a “Promoção e garantia do direito a acompanhante” em uma maternidade pública de alto risco, que teve oito colaboradores participantes do curso (NOBRE *et al.*, 2013).

No entanto, apesar de haver a preocupação com a assistência humanizada no contexto da saúde pública em Sergipe, a experiência profissional da autora desse trabalho em Fisioterapia Pélvica e Sexualidade, diante da atuação em fóruns, grupos de discussão sobre parto humanizado, relatos de parto e a própria experiência durante a gestação, o estudo da temática violência obstétrica em Aracaju tem sua relevância calcada na resistência à implantação da humanização da assistência na prática, mesmo com o empoderamento, informação e busca das mulheres e a existência da Política Nacional de Humanização.

Diante disso, e considerando que a vontade das mulheres deve ser soberana a respeito do próprio corpo (ONU, 1948), o objetivo deste estudo foi identificar aspectos determinantes na satisfação/insatisfação com a experiência de parto vaginal e analisar o nível de conhecimento de parturientes sobre tudo o que envolve o processo de parto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o nível de satisfação de parturientes com a experiência de parto vaginal e a assistência recebida.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Identificar o quantitativo de mulheres submetidas à episiotomia;

2.2.2 Analisar os níveis de satisfação das parturientes com os parâmetros assistenciais recebidos durante o período do parto;

2.2.3 Verificar o nível de conhecimento sobre a fisiologia do trabalho de parto;

2.2.4 Constatar se experiência de parto vaginal foi considerada positiva ou negativa para as mulheres entrevistadas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Historicamente, o partejar era exercido somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade. As parteiras, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria e eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis, a atividade era exercida de forma humanitária e a dedicação era de missão sacerdotal (ARRUDA, 1989).

O atendimento ao nascimento era considerado atividade desvalorizada e, portanto, poderia ser deixado aos cuidados femininos pois não estava à altura do cirurgião (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005) e, além disso, os médicos eram raros e pouco familiarizados em assistir ao parto e nascimento (ARRUDA, 1989). Contudo, no final do século 16, a profissão de parteira sofreu declínio, a partir da utilização do fórcepe obstétrico pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005), que influenciou a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, pois instaurou o conceito de que é possível comandar o nascimento e que o parto era perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico (OSAVA; MADEME, 1995).

Após a segunda metade do século 19, quando o discurso médico se caracterizou pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades, o parto deixou de ser privado, íntimo e feminino, e passou a ser vivido de maneira pública, com a presença e interferência de outros atores. O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do mesmo. O preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O uso do fórcepe permitiu a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista pela ideia do parto como um ato controlado pelo homem, já que as parteiras não tinham condições econômicas de adquiri-lo e eram consideradas incapazes de dominar novas técnicas pela inferioridade intelectual que era atribuída às mulheres. Também no paradigma intervencionista médico estavam excluídas as práticas de acompanhar o processo de parto e confortar a parturiente (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde foi criado em 1953, que coordenou, em nível nacional, a assistência materno-infantil. Suas diretrizes iniciais primaram também pelo cunho nacionalista, sendo “um dever imperioso defender de maneira eficaz a criança brasileira, em verdade, ainda o melhor elemento a salvaguardar o futuro da nacionalidade” (CANESQUI, 1987), inserida no modelo centralizador, concentrado nas ações de puericultura, e voltada

para as camadas urbanas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A partir de então continuaram a surgir diretrizes à respeito da saúde da mulher, parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005), a citar: Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil em 1971, Plano Decenal de Saúde para as Américas - produto da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (REMS)- em 1972, Programa de Assistência Materno-Infantil secundário à criação do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) em 1975, Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) em 1978, Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsau) em 1980, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, o conceito de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática (AISM) em 1984.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), surgiu em 1988 com o intuito de propiciar maior autonomia à mulher e respeito à sua individualidade, tendo como características principais a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais, com objetivo principal de reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (BRASIL, 2000).

A integralidade da assistência é um dos princípios norteadores das práticas e serviços que compõe o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990) e deve interligar as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; considerar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo; e articular de forma contínua os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde (ANDRADE; COSTA, 2010; PAIM; SILVA, 2010; SILVA; RAMOS, 2010).

Por outro lado, mesmo havendo políticas e portarias ministeriais (ANDRADE; COSTA, 2010), o alcance desse princípio ainda não é realidade operacionalizada na totalidade das práticas assistenciais cotidianas, uma vez que estas ainda são pautadas na medicalização, verticalização de programas e fragmentação de ações e relações (LUCCHESI; VERA, PEREIRA, 2010).

O modelo de assistência à saúde, no Brasil, se fez fragmentado, curativo e hospitalar, características que exercem impacto na elaboração, implantação e monitoramento de políticas do setor, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular. O caráter excludente e desigual da assistência sempre foi uma marca da saúde no Brasil, bem como das práticas de assistência ao parto, modelo que privilegiou e consolidou as práticas médico-hospitalares individuais, financiadas pelo sistema previdenciário, em detrimento das ações

coletivas de prevenção e promoção da saúde, somando-se a isso o fato de que a assistência à saúde no Brasil é oferecida por um mix de serviços públicos e privados (MAIA, 2010).

No âmbito obstétrico, políticas, programas e portarias criadas não conseguiram romper o paradigma hegemônico estruturado historicamente no país (BRASIL; 2003, BRASIL; 2011, RAMALHO *et al.*; 2016), e dessa forma, não impactaram de forma significativa na integralidade, constituindo-se em uma barreira para a efetivação da humanização e qualidade da atenção ao parto e nascimento (ASSUNÇÃO, SOARES, SERRANO; 2014), contrapondo-se ao princípio em questão, que visa a consolidação de um sistema de saúde público cooperativo entre sujeitos trabalhadores, gestores e usuários na realização de diretrizes e ações coletivas, organizadas por lógicas voltadas para a garantia dos direitos sociais (PAIM; TEIXIERA, 2006).

3.1 Recomendações da Organização Mundial da Saúde

No cenário mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou em 1997, um relatório que classifica as práticas comuns na assistência ao parto normal em quatro categorias, dependendo em sua utilidade, eficácia e nocividade. Na categoria “A” estão as práticas que são consideradas úteis e devem ser encorajadas, a citar: plano de parto, feito com a mulher durante a gravidez determinando onde e por qual profissional ela será atendida; avaliação do risco de gravidez durante o pré-natal, cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o profissional durante o TP; monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante todo o TP, P e na conclusão do processo de nascimento; oferta de fluidos orais durante o TP e P; respeito à escolha informada das mulheres sobre o local de nascimento; prestar assistência no TP e P no nível mais periférico, onde o parto é viável e seguro e onde a mulher sente-se segura e confiante; respeito ao direito à privacidade no local do parto; empatia por parte dos profissionais; respeito à escolha do acompanhante; dar informação e explicação à mulher; métodos não invasivos não farmacológicos para alívio da dor durante o parto, como técnicas de massagem e relaxamento; monitorização fetal com ausculta intermitente; uso único de materiais descartáveis e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis durante todo o TP; uso de luvas no exame vaginal, durante o parto e no manuseio da placenta; liberdade de posição e movimento ao longo do TP; incentivo à posições não supinas no TP; monitoramento cuidadoso do progresso do TP; uso do partograma da OMS; ocitocina profilática no terceiro estágio do trabalho de parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto; procedimento estéril para o corte do cordão umbilical; prevenção da hipotermia do bebê; início do contato

pele a pele entre mãe e filho e apoio ao início do aleitamento materno até uma hora após o parto; exame de rotina da placenta e das membranas.

As práticas que são claramente nocivas ou ineficazes e devem ser eliminadas estão na categoria “B”, descritas por: uso rotineiro de enema; depilação rotineira dos pelos pubianos; infusão intravenosa de rotina no TP; inserção profilática de rotina da cânula intravenosa; uso rotineiro da posição supina durante o TP; exame retal; uso de pelvimetria de raios-X; administração de ocitócicos a qualquer momento antes do parto de tal forma que o seu efeito não pode ser controlado; uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o TP; esforço sustentado e dirigido para baixo (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do TP; massagem e alongamento do períneo durante o segundo estágio do TP; uso de comprimidos orais de ergometrina na terceira etapa do TP para prevenir ou controlar a hemorragia; uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do TP; lavagem de rotina do útero após o parto; revisão de rotina (exploração manual) do útero após o parto.

A categoria “C” engloba práticas para as quais as evidências são insuficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser usadas com cautela, tais como métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o parto tais como ervas, imersão em água e estimulação nervosa; amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do TP; pressão de fundo de útero (manobra de Kristeller) durante o TP; manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo da cabeça fetal no momento do nascimento; manipulação ativa do feto no momento do nascimento; ocitocina de rotina, tração controlada do cordão umbilical ou combinação dos dois durante o terceiro estágio do TP; clampeamento precoce do cordão umbilical; estimulação do mamilo para aumentar as contrações uterinas durante a terceira etapa do TP.

Na última classificação, a categoria “D”, estão as práticas frequentemente usadas indevidamente, que são: restrição de alimentos e líquidos durante o TP; controle da dor por agentes sistêmicos; controle da dor pela analgesia peridural; monitoramento fetal eletrônico; usar máscaras e vestidos estéreis durante a assistência; exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um profissional; aumento da ocitocina; mover rotineiramente a mulher em trabalho para uma sala diferente no início do segundo estágio; cateterização da bexiga; encorajar a mulher a empurrar quando há dilatação completa ou quase completa do colo do útero, antes que a mulher sinta o desejo de empurrar; adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do TP, como 1 hora, se as condições materna e fetal forem boas e se houver progresso do TP; uso liberal ou rotineiro de episiotomia; exploração manual do útero após o parto (OMS, 1997).

Em 2018, a OMS publicou um novo guia com maior detalhamento de informações para que assistência intraparto proporcione uma experiência positiva de parto. Este guia tem o objetivo de informar o desenvolvimento de políticas de saúde e protocolos clínicos relevantes em nível nacional e local. Portanto, o público-alvo inclui formuladores de políticas nacionais e locais de saúde pública, implementadores e gestores de programas de saúde materno-infantil, gestores de unidades de saúde, organizações não-governamentais (ONGs), sociedades profissionais envolvidas no planejamento e gestão de serviços de saúde materno-infantil, profissionais de saúde (incluindo enfermeiros, parteiras, médicos gerais e obstetras) e pessoal acadêmico envolvido na formação de profissionais de saúde.

As consultas técnicas da OMS levaram a 56 recomendações sobre cuidados intraparto: 26 delas são recomendações recentemente desenvolvidas e 30 são recomendações integradas a partir de diretrizes existentes da OMS. As recomendações são de acordo com o contexto de assistência intraparto no qual elas são relevantes, ou seja, cuidados durante o parto e nascimento, cuidados durante a primeira fase do trabalho de parto, cuidados durante a segunda etapa do trabalho de parto, cuidados durante a terceira fase do trabalho de parto, o recém-nascido, e atendimento imediato da mulher após o nascimento. A classificação das recomendações segue as categorias: Recomendado: indica que a intervenção ou opção deve ser implementada; Não recomendado: indica que a intervenção ou opção não deve ser implementada; Recomendado apenas em contextos específicos: indica que a intervenção ou opção é aplicável apenas à condição, configuração ou população especificada na recomendação e só deve ser implementada nesses contextos; Recomendado apenas no contexto de pesquisa rigorosa: indica que existem incertezas importantes sobre a intervenção ou opção. Em tais casos, a implementação pode ainda ser empreendida em grande escala, desde que tome a forma de pesquisa que seja capaz de abordar questões não respondidas e incertezas relacionadas tanto à eficácia da intervenção ou opção quanto à sua aceitabilidade e viabilidade.

Resumidamente, a OMS recomenda na assistência ao TP e P o cuidado respeitoso, comunicação efetiva usando metodologia simples e culturalmente acessível, presença do acompanhante escolhido pela mulher durante TP e P e a continuidade do cuidado em contexto específico como os modelos de cuidado liderados por parteiras, nos quais uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas apoiam uma mulher durante todo o pré-natal, intraparto e pós-parto em contextos com programas de obstetrícia em bom funcionamento.

No primeiro estágio do TP, de 5 cm até dilatação cervical completa, são recomendados diferenciação de fase latente e fase ativa; informação à mulher da duração aproximada de até

12h no primeiro TP e 10h nos partos seguintes, embora não seja uma duração estabelecida; ausculta usando um aparelho de ultra-som Doppler ou estetoscópio Pinard fetal para a avaliação do bem-estar fetal na admissão; exame vaginal digital em intervalos de quatro horas; ausculta fetal intermitente; analgesia epidural para alívio da dor; analgesia opioide; técnicas de relaxamento para manejo da dor; técnicas manuais para alívio da dor; fluidos orais e alimentação; mobilidade e liberdade de escolha da posição. Nesse estágio não são recomendados estabelecimento da dilatação de 1 cm por hora; intervenção obstétrica em mulher com dilatação inferior a 1 cm por hora; intervenções médicas como ocitocina ou cesariana antes de 5 cm de dilatação para acelerar o trabalho de parto; pelvimetria de rotina; cardiocografia de rotina; depilação perineal e/ou púbica de rotina; enema de rotina; limpeza vaginal rotineira com clorexidina; manejo ativo do TP; amniotomia de rotina; uso de ocitocina após analgesia epidural; medicações antiespasmódicas e uso de fluidos intravenosos.

No segundo estágio do TP, momento entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de empurrar (puxo voluntário), como resultado de contrações uterinas expulsivas são recomendados: livre escolha da posição para o parto; apoio e suporte ao puxo voluntário e técnicas para prevenção do trauma perineal.

No terceiro e último estágio do TP, fase da saída da placenta após o nascimento do bebê, são recomendados: uso de uterotônicos profiláticos para prevenção de hemorragia pós-parto, esperar no mínimo um minuto para o clampeamento do cordão umbilical com a finalidade de melhorar a saúde materna e infantil e resultados nutricionais; tração controlada do cordão umbilical para partos vaginais se profissional e a parturiente considerarem uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase do TP como importante. A massagem uterina não é recomendada como intervenção para prevenir hemorragia no pós-parto (OMS, 2018).

Especificamente sobre a episiotomia, a OMS não recomenda uso rotineiro ou liberal em mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo. Se houver uma indicação de episiotomia, chamada de episiotomia seletiva, esta deve ser realizada com anestesia local efetiva e o consentimento informado da mulher e a sutura deve ser feita preferencialmente de forma contínua. A técnica recomendada é uma incisão médio-lateral, já que as incisões na linha média estão associadas maior risco de lesão complexa do esfíncter anal obstétrico (OMS, 2018).

Os cuidados prestados, o acolhimento e práticas humanizadas são de extrema importância para o sucesso e satisfação desde o pré-natal até o parto (GAMA *et al*, 2009; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; VELHO *et al*, 2012; VIEIRA *et al*, 2011). As

maternidades públicas têm se esforçado para adequar as políticas de saúde em seu cotidiano (VIEIRA *et al*, 2011), mas mesmo assim, o Sistema Único de Saúde pode melhorar sua assistência e ainda tem lacunas a serem preenchidas.

3.2 Diretrizes do Ministério da Saúde

No Brasil, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (Ministério da Saúde, 2017) estão em concordância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e incluem que as mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.

As diretrizes incluem que para estabelecer comunicação com a mulher os profissionais devem cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada; manter uma abordagem calma e confiante, demonstrando à ela que tudo está indo bem; bater na porta do quarto ou enfermaria e esperar antes de entrar, respeitando aquele local como espaço pessoal da mulher e orientar outras pessoas a fazerem o mesmo; perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa; se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas; verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem português; avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela; encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades; solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou documentação; mostrar à mulher e aos seus acompanhantes como ajudar e assegurar-lhe que ela o pode fazer em qualquer momento e quantas vezes quiser. Quando sair do quarto, avisar quando vai retornar e envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, tanto quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.

Também é recomendado apoio físico e emocional e todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar sem dispensar o apoio oferecido pelo pessoal do hospital. Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação e devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher (ex. doula).

Durante o TP, as mulheres podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água e podem ingerir uma dieta leve, desde que não estejam sob efeito de opióides ou não apresentem fatores de risco iminente para anestesia geral.

Em relação ao alívio da dor no trabalho de parto, o Ministério da Saúde recomenda que os profissionais de saúde devem refletir sobre como suas próprias crenças e valores influenciam a sua atitude em lidar com a dor do parto e garantir que os seus cuidados apoiem a escolha da mulher que e que sejam adotadas estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, tais como: sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto; os gestores nacionais e locais devem proporcionar condições para o redesenho das unidades de assistência ao parto visando a oferta da imersão em água para as mulheres no trabalho de parto; se uma mulher escolher técnicas de massagem durante o trabalho de parto que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, ela deve ser apoiada em sua escolha; se uma mulher escolher técnicas de relaxamento no trabalho de parto, sua escolha deve ser apoiada; a injeção de água estéril não deve ser usada para alívio da dor no parto; a estimulação elétrica transcutânea não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido; a acupuntura pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado e disponível para tal; apoiar que sejam tocadas as músicas de escolha da mulher durante o trabalho de parto; a hipnose pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado para tal; por se tratar de intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais, não se deve coibir as mulheres que desejarem usar audio-analgesia e aromaterapia durante o trabalho de parto; os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos. Também podem ser utilizados, posteriormente aos métodos não-farmacológicos, métodos farmacológicos como analgesia inalatória, analgesia intramuscular e endovenosa e analgesia regional, observando recomendações médicas específicas para tipo de método.

Na primeira fase do trabalho de parto, as mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto. O enema não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto. Procedimentos como a tricotomia pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto, assim como a amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, que não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem. Em caso de falha no progresso da primeira fase do TP, devem ser observados alguns pontos, a exemplo do ambiente onde a mulher está sendo assistida; a atitude da mulher, se postura mais ativa ou não; estado emocional da mulher; o tipo de apoio e suporte físico e emocional que a mulher estiver recebendo; paridade; dilatação e mudanças cervicais; contrações uterinas; altura e posição da apresentação; necessidade de referência ou solicitação de assistência profissional apropriada.

Na segunda fase do TP, deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios. Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos e a manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto. Recomenda-se não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo, mas, caso seja realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus e assegurando analgesia efetiva antes de sua realização. Não se recomenda a também a massagem perineal durante o segundo período do parto nem a aplicação de *spray* de lidocaína para reduzir a dor perineal no segundo período do parto, mas pode-se considerar aplicação de compressas mornas no períneo no segundo período do parto e podem ser utilizadas tanto a técnica de 'mãos sobre' (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de 'mãos prontas' (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) para facilitar o parto espontâneo.

No terceiro e último estágio, deve-se reconhecer que o período imediatamente após o nascimento é um período bastante sensível, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança. Assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho (BRASIL, 2017).

3.3 Autonomia feminina no trabalho de parto e parto

Décadas de normatização do parto parecem ter interferido negativamente, em maior ou menor grau, na autonomia da mulher no contexto deste evento marcante enquanto experiência e determinante na satisfação materna com o processo e dentro desse contexto ressalta-se o conceito de autonomia (auto= próprio, nomos=norma, regra, lei) que remete à liberdade e capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construírem sua trajetória na vida, sendo necessidade fundamental para os indivíduos humanos que é condição para sua saúde, para sua vitalidade. Na saúde, autonomia é um determinante positivo fundamental, sua ampliação é protetora à saúde assim como, inversamente, a restrição de autonomia é fator de risco elementar na cadeia causal dos principais grupos de agravos e patologias (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008).

Quando para o indivíduo existe apenas uma forma ou caminho para a resolução ou realização de algo, dificilmente se pode considerar que há autonomia, pois essa, inerente à pessoa, faculta ação própria a cada indivíduo, frente à pluralidade e diversidade das circunstâncias nas quais vive. A pessoa autônoma também pode e deve decidir com base em crenças e valores próprios, mesmo que diferentes dos predominantes na sociedade na qual se insere. Da mesma forma, transportando tal assertiva à área da saúde, pode-se afirmar que quem recebe os serviços profissionais de outros, o paciente, pode agir na condição de paciente e, ainda assim, atuar autonomamente na relação com profissionais de saúde, respeitando-se os aspectos psicológicos, biológicos e espirituais dos atores dessa relação. Sendo assim, pessoas vulneráveis, deficientes, dependentes ou dotadas de necessidades especiais possuem autonomia reduzida, porém protegidas contra qualquer intenção de dano ou abuso (ARAUJO *et al.*, 2008).

A atuação da equipe no momento do parto pode interferir tanto de forma negativa quanto positiva no exercício da autonomia. Positivamente tem-se as práticas assistenciais extra-hospitalares (casas de parto e parto domiciliar, assistência prestada por profissionais não médicos e enfermeiras obstetras); as práticas assistenciais de apoio e conforto e uso de técnicas de relaxamento; e as práticas assistenciais educativas (acompanhamento pré-natal, atividades em grupo e informação/esclarecimento) (REIS *et al.*, 2017).

Pesquisas iniciais apontam o envolvimento no processo decisório/controle da situação como uma das questões principais para a satisfação das mulheres com os serviços que atendem o parto (MURRAY; WILCOCK; KOBAYASHI, 1996) e que maiores níveis de satisfação com o parto foram encontrados entre as mulheres com maior nível de informação

durante a internação (MURRAY; WILCOCK; KOBAYASHI, 1996; GREEN; COUPLAND; KITZINGER, 1998).

Como práticas assistenciais que interferem negativamente na autonomia podem ser relacionadas as relações assimétricas entre profissional e paciente, condutas e procedimentos não informados ou não consentidos; práticas padronizadas ou rotineiras (prescrições generalizadas e sem base em evidências científicas, negligência aos aspectos emocionais e autonomia feminina); práticas que intensificam a sensação dolorosa do parto (intervenções obstétricas desnecessárias, banalização da dor do parto por parte dos profissionais) e a prática assistencial impessoal e fria (repressão e abandono) (REIS *et al.*, 2017).

Através de um processo de formação ideológica, o conjunto de práticas institucionais médicas como um todo medicaliza e institucionaliza o paciente e, apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente: a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do cerimonial de internação— separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular. Ou seja, a atenção foi organizada como uma linha de produção e a mulher transformou-se em propriedade institucional (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

3.4 Violência obstétrica

Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico e não a mulher. Além disso, a litotomia dificulta o trabalho de parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher ao leito e impedem que ela se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia, que pode ser solicitada pela gestante como método para alívio de dor e é um direito assegurado pela lei Nº 15.759 no estado de São Paulo, a impedem de participar ativamente do parto, obrigando o médico a realizar a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo, manobra banida dos livros de obstetrícia por ser considerada arriscada, mas ainda largamente utilizada). Por fim, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia em todos os partos vaginais (DINIZ; DUARTE, 2004).

No modelo tecnocrático de assistência ao parto, só há duas alternativas para a parturiente: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea, ou seja, a liberdade de escolha acerca do tipo de parto é limitada pela falta de

informação das mulheres sobre riscos e benefícios dos procedimentos médicos, bem como pela ausência de uma referência diferente de parto que não as duas já citadas (MAIA, 2010).

Inicialmente o termo utilizado era violência institucional, abordado da ótica das instituições e não das mulheres. No entanto, a atuação dos movimentos sociais engajados sobretudo por mulheres mães e profissionais, em prol da humanização do parto, a violência institucional em maternidades passou a ter maior relevância e visibilidade, sendo entendida como um fenômeno complexo, frequentemente presente na atenção ao parto, que representa um problema de saúde pública no país. Desse modo, o termo violência institucional no parto foi suplantado pela nomenclatura violência obstétrica (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

A expressão violência obstétrica pode ser definida como qualquer conduta, ato ou omissão realizado por profissionais de saúde, tanto em instituição pública, quanto privada que, direta ou indiretamente, leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres. Expressa-se em tratamento desumano, abuso da medicalização e “patologização” dos processos naturais, levando à perda da autonomia e capacidade para decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida (VENEZUELA, 2007). Também são considerados violentos, o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários, frente às evidências científicas, resultando em uma cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas à saúde da mulher e/ou do seu filho (D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

Estão ainda incluídos na temática da violência obstétrica, a negligência na assistência, a discriminação social, a violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), a violência física (incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), o abuso sexual e a violência psicológica.

A percepção das mulheres sobre violência institucional no parto está relacionada à falta de qualidade na assistência, destacando-se a ausência de vínculo e comunicação entre profissionais e pacientes, seus familiares e outros profissionais, problemas nos diagnósticos médicos, falta de acolhimento e resolutividade (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Nesse sentido, é possível contribuir para desencadear ações com o objetivo de desnaturalizar a violência obstétrica, dar voz às mulheres que viveram essas experiências, promover discussão coletiva sobre o assunto, entre outras ações realizadas por pesquisadores, mulheres ativistas, militantes e todos aqueles que lutam contra a violência em saúde e em prol da humanização do parto e nascimento (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

3.5 A via de parto desejada

Diante da expectativa de um parto vaginal associado ao sofrimento, a decisão pelo tipo de parto gera dúvidas, insegurança e medo. As mulheres que vivenciaram o parto natural sem intervenções desnecessárias e/ou rotineiras, tem percepções positivas, são mais tranquilas, rápidas, simples e práticas. A experiência anterior desempenha um papel fundamental na decisão, portanto, as mulheres que tiveram parto natural continuam optando por isso. Mulheres primíparas que têm dúvidas acabam sendo influenciadas pela mídia, familiares e aqueles que já experimentaram o parto (ISLAM, 2007)

Pesquisas sobre aspectos relacionados à preferência cesariana constataram que as motivações são medo do parto vaginal, insegurança nos cuidados locais, experiência negativa no parto normal, desejo de realizar laqueadura tubária e experiência prévia positiva (VALE *et al*, 2015; SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015).

O direito de livre escolha da via de parto é um dos elementos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e é influenciado por fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras (BRASIL, 2001). Tal escolha deve ser baseada na informação sobre tipos de parto, riscos e benefícios e é direito universal das mulheres grávidas previsto pela Aliança Global para Maternidade Segura, tendo relação com o conhecimento das mesmas sobre o assunto, as informações que são tratadas pelos profissionais da área de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2002) e as experiências anteriores das próprias mulheres ou das pessoas próximas, exitosas ou não, acabam servindo como espelho e induzindo a mulher a escolher seu tipo de parto (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

A maioria das gestantes relata preferência pelo parto normal (SILVA *et al.*, 2017), justificada pelo fato de ser um processo natural, ter uma recuperação pós-parto mais rápida, facilitando a locomoção e trabalho, além da possibilidade de realização dos cuidados com o bebê sem restrições (NASCIMENTO *et al.*, 2015), mas ante as altas taxas de cesáreas, os motivos associados à preferência e suas justificativas, torna-se necessário reavaliar a forma de organização das práticas obstétricas, com o intuito de proceder mudanças na assistência ao parto, respeitando a fisiologia da mulher e favorecer interesses de todos os envolvidos (SANCHES; MAMEDE. VIVANCOS, 2012).

A cesárea é um procedimento cirúrgico e tem como finalidade intervir quando riscos são maiores diante dos benefícios do parto normal, devendo ser indicada, apenas em casos necessários (OMS, 2015). No entanto, apesar de aumentar o risco de morbimortalidade tanto para mãe quanto para o recém-nascido, muitas gestantes desejam a cesárea como via de parto. O medo está entre os motivos que podem influenciar a expectativa e a escolha da gestante, este é um dos agentes estressantes mais relatados por diferentes motivos: medo

da dor, medo de não conseguir ter o parto, medo da forma como será conduzido pelos profissionais, sendo as principais justificativas para a preferência pela cesárea, pois é vista por muitas como indolor, rápida e segura (DOMINGUES *et al.*, 2014, VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2017).

Em serviços de Saúde Pública no Brasil, as mulheres grávidas submetidas ao parto vaginal sofrem manipulação excessiva, permanecem confinadas, são impedidas de andar ou comer, recebem ocitocina e dão à luz na posição supina, com o auxílio de uma episiotomia. Nenhum desses procedimentos é recomendado pela OMS (LEAL, 2012) e aumentam o medo de aceitar o impacto de um parto desencadeado de maneira espontânea, medo de ficar permanentemente deformada, de ficar com a vagina alargada e arruinar sua sexualidade e de sentir dores insuportáveis (MALDONADO, 2002). Esses medos se fortalecem pela falta de conhecimento sobre a fisiologia do trabalho de parto, pela ausência de alguém que lhe ofereça alguma segurança e quando ela está sozinha durante o trabalho de parto (WEIDLE *et al.*, 2014).

Deve-se oportunizar a mulher o resgate de seu protagonismo no processo de nascimento, permitindo a ela decidir sobre o tipo de parto com base em informações consistentes e evidências científicas (NASCIMENTO *et al.*, 2015) desde que elas tenham condições de escolher, de forma isenta, aquele que melhor lhes convém (SILVA *et al.*, 2017) e observando que o “bom parto”, seja ele vaginal ou cesárea, deve ser aquele que proporcione bem-estar materno e neonatal (SANCHES; MAMEDE. VIVANCOS, 2012).

3.6 A humanização da assistência ao parto

Desde as décadas de 1980 e 1990, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promoverem a discussão sobre a violência no parto e combatê-la. Mas foi apenas a partir da década de 1990, intensificando-se nos anos 2000, que o tema passou a constituir um campo de investigação formal no país (TORNQUIST; 2004, AGUIAR; 2010, VENTURI; AGUIAR; HOTIMSKY; 2011).

O movimento contra a violência obstétrica no Brasil é derivado das críticas crescentes que os diferentes grupos vêm fazendo a respeito da assistência ao parto no país, sendo considerado como um “movimento em prol da humanização do parto e nascimento”, que envolve diversos profissionais e instâncias da sociedade, baseando-se no reconhecimento da participação ativa da mulher e de seu protagonismo no processo de parto, com ênfase nos

aspectos emocionais e no reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; DINIZ, 2005).

Em 2003, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS, que busca por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. A PNH tem como princípios a transversalidade, que visa transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas, reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido; indissociabilidade entre atenção e gestão, onde trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva, já que o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde, o usuário e sua rede sociofamiliar devem também se responsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros; por último o princípio do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, pois mudanças na gestão e atenção são mais concretas se construídas com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um, enfatizando que o SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As diretrizes do HumanizaSUS são orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, sendo a primeira delas o acolhimento, como forma de reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde e deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. A segunda diretriz é a gestão participativa e cogestão, que se expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos,

da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. A diretriz da ambiência busca criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. A quarta diretriz denominada clínica ampliada e compartilhada, é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença e permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. A valorização do trabalhador, quinta diretriz, objetiva dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. A sexta e última diretriz é a defesa dos direitos dos usuários, que possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O movimento pela humanização do parto no Brasil se iniciou de maneira descentralizada, por meio de diferentes iniciativas em diversos Estados brasileiros, todas focadas em ressignificar a assistência e atuar de acordo com diferentes modelos, menos tecnocráticos e mais centrados na figura da mulher (DINIZ *et al*, 2015). A fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) possui papel de destaque, especialmente em função de sua carta de fundação, a “Carta de Campinas” (DINIZ *et al*, 2015; TORNQUIST; 2004). Este documento representou uma forma de denúncia das circunstâncias violentas da assistência ao parto, caracterizando-as como pouco humanas, constrangedoras e marcadas pela ocorrência de intervenções desnecessárias e violentas, que transformava a experiência de parir e nascer em uma vivência aterrorizante, onde as mulheres se sentiam alienadas e impotentes (DINIZ *et al*, 2015). Alguns aspectos da discussão a respeito da violência na assistência ao parto promovida no interior da Rehuna passaram a ser levados e discutidos, também, pelas usuárias dos sistemas de saúde, especialmente por mulheres mães (SENA; TESSER, 2017).

Humanizar o parto e o nascimento é um movimento de reestruturação que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pare, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (WAGNER, 2001), envolvendo os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, evitem

intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbi-mortalidade materna e fetal (BRASIL, 2001; TORNQUIST, 2003; DINIZ, 2005).

O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia. Em termos da assistência, o modelo humanístico propõe devolver ao parto seu lugar como um evento fisiológico e afetivo. Nesse sentido, preconiza-se que a mulher possa ter, caso queira, um acompanhante de sua escolha em todo o processo do pré-parto, parto e puerpério; tenha liberdade de movimentação; possa receber métodos não farmacológicos para alívio da dor; tenha privacidade e a presença constante de um profissional capacitado para acompanhar o parto; possa escolher a posição de parir; seja a primeira a ver seu bebê e a pegá-lo; e tenha seu medo e sua dor percebidos como legítimos e integrantes do processo (MAIA, 2010).

No Brasil, o modelo tecnocrático de assistência ao parto realiza, na dualidade entre as esferas pública e privada, a plenitude de suas duas possibilidades legítimas: um parto “normal” intervencionista e traumático e o excesso de cesarianas, respectivamente. Enquanto os serviços públicos, aos quais tem acesso a população de menor poder aquisitivo, oferecem às suas mulheres o parto normal traumático, os serviços privados, com os quais as usuárias estabelecem uma relação de consumo, oferecem a cesariana como marca de diferenciação e de “modernidade”. O acirramento da disputa pelo modelo de assistência ao parto, com a legitimação pública do modelo humanizado, ocorre no mesmo momento em que se acirram as pressões do estado para regular a saúde suplementar e no qual se busca fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde. Tal timing não seria mera coincidência: não seria possível questionar o modelo de assistência ao parto sem questionar toda a lógica de assistência à saúde no Brasil (MAIA, 2010).

3.7 Satisfação materna

A satisfação com o trabalho dos médicos é condizente com o sentimento de respeito e confiança (SILVA *et al*, 2017) e em relação à classificação da qualidade do atendimento da maternidade em geral, desde a admissão até a alta, considerando também o atendimento por parte da recepção e demais funcionários além da equipe de assistência ao parto, as entrevistadas que consideraram o atendimento como “bom” ou “excelente”, tiveram melhores percepções quanto às expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto ($p= 0,0000$) em concordância com outro estudo feito em maternidade pública de Aracaju, que destacou também a satisfação das usuárias com a estrutura física da instituição (RETT *et al*, 2017) e outro no Ceará que mostrou satisfação com qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no trabalho de parto, parto e

no pós-parto (FREIRE *et al*, 2017). A satisfação das mulheres com a experiência de parto está ligada a fatores como tipo e qualidade da assistência recebida, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, rapidez do parto, pouco sofrimento, o bom estado geral de si e do bebê e presença de acompanhante familiar (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; SOARES *et al*, 2017).

A relação profissional-usuária destaca-se como fator importante para a promoção da humanização, haja vista que a mesma se baseia em princípios éticos e humanos, tendo como base o respeito, ofertando ainda suporte emocional às mulheres. Essa relação favorece a satisfação, pois as puérperas se sentem acolhidas e amparadas, acarretando maior confiança e segurança no trabalho de parto e parto, resultando em conforto, além de favorecer o protagonismo da mulher diante do processo parto-nascimento (SOARES *et al*, 2017).

Na região nordeste do Brasil, estudos mostram que puérperas que tiveram parto normal assistido por enfermeira relataram estar muito satisfeitas com a qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais tanto no trabalho de parto quanto no parto e no pós-parto. Constatou-se que a experiência das mulheres com o parto assistido por enfermeira foi bastante satisfatória para elas, mesmo que a dor tenha sido relatada como de grande intensidade durante o trabalho de parto e o parto (FREIRE *et al*, 2017).

4 MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

Estudo de levantamento exploratório com análises quali-quantitativas.

4.2 População e amostra

4.2.1 População

A população do estudo caracterizou-se por puérperas primíparas ou multíparas maiores de 18 anos que tiveram seu último parto por via vaginal e gestação de feto único atendidas nas quatro Unidades de Saúde da Família (USF) selecionadas Município de Aracaju/SE, localizadas nos bairros Santa Maria, Lamarão e Santos Dumont no período de junho a setembro de 2018.

4.2.2 Amostra

Para o cálculo amostral considerou-se os 1004 partos vaginais no ano de 2017 de mulheres provenientes dos bairros onde estão localizadas as quatro Unidades de Saúde da Família selecionadas para a coleta de dados, segundo informações fornecidas pelo Sinasc - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. O dimensionamento amostral para amostra aleatória simples, segundo Barbetta, resultou em 198 mulheres, considerando erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% (BARBETTA, 2002).

4.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: Foram elegíveis para o estudo todas as mulheres primíparas ou multíparas, maiores de 18 anos, que tiveram o último parto por via vaginal no período da coleta de dados para a pesquisa.

Critérios de exclusão: Foram excluídas as puérperas que tiveram condição clínica desfavorável e/ou complicação grave com internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); mulheres com capacidade cognitiva reduzida ou ausente, as puérperas cujo último parto foi cesariana, as que tiveram natimorto ou tinham idade inferior a 18 anos.

4.3 Instrumentos para a coleta de dados

Para levantamento de dados sociodemográficos e obstétricos foi utilizado um formulário estruturado elaborado para a pesquisa (Apêndice A).

O segundo instrumento Questionário de Experiência e Satisfação com o parto – QESP é um questionário de auto relato constituído por um total 104 questões referentes às expectativas, experiência, satisfação e dor relativas ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. As perguntas relativas à experiência, satisfação e dor são do tipo lickert numa escala que varia entre 1 e 4 (“nada”, “um pouco”, “bastante”, “muito”). As questões que se reportam às expectativas também são do tipo Lickert numa escala que varia entre 1 e 4 (“muito pior”, “pior”, “melhor”, “muito melhor” ou “muito menos”, “menos”, “mais”, “muito mais”). As questões que se relacionam com a intensidade da dor, embora sejam igualmente do tipo Lickert, variam numa escala entre 0 e 10 (“nenhuma”, “mínima”, “muito pouca”, “pouca”, “alguma”, “moderada”, “bastante”, “muita”, “muitíssima”, “extrema”, “a pior jamais imaginável”). Alguns dos aspectos considerados neste instrumento são: condições físicas e humanas da instituição; uso de estratégias de controle da dor; sentimento de controle e nível de autoconfiança; intensidade de dor sentida, emoções, medos, mal-estar e dificuldades no trabalho de parto, parto e pós-parto; apoio de pessoas significativas e satisfação com o tempo que demorou cada uma das fases do parto e com o tempo que decorreu desde o nascimento até poder tocar e pegar no bebê.

A cotação nas subescalas do QESP obtém-se somando a pontuação de cada um dos itens constituintes da subescala. Por seu turno, a pontuação da escala total deriva da soma das pontuações obtidas nas subescalas. Quanto mais elevada a pontuação obtida em cada uma das subescalas, mais positiva a percepção da mulher na dimensão avaliada pela sub-escalas. Consequentemente, quanto mais elevada a cotação da escala total, mais positiva a antecipação do parto. A administração tem duração aproximada de 30 minutos. O questionário é dividido em oito sub-escalas, a citar: Subescala 1 – Condições e Cuidados Prestados, subescala2 – Experiência Positiva, Subescala 3 – Experiência Negativa, Sub-escalas 4 – Relaxamento, Subescala 5 – Suporte, Subescala 6 – Suporte do Companheiro, Sub-escalas 7 – Preocupações e Subescala 8 – Pós-Parto (FIGUEIREDO *et al*, 2004).

Para este estudo foram selecionadas as subescalas 2 – Experiência Positiva e 3 – Experiência Negativa, que juntas totalizam 34 itens.

4.4 Procedimentos

A primeira etapa constituiu-se da aplicação do formulário de pesquisa (Apêndice A) totalizando 17 itens elaborados pelos pesquisadores para coleta de dados sociodemográficos (data de nascimento, maternidade do último parto, nível de instrução, estado civil e vínculo empregatício/atividade remunerada), obstétricos (risco gestacional, planejamento da gravidez, idade gestacional no momento do parto, complicações no parto, quantidade e vias de parto, laceração espontânea e realização de episiotomia) e classificação geral do atendimento na maternidade (excelente, bom, ruim ou péssimo) que foi apresentado após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A segunda etapa consistiu na aplicação do Questionário de Experiência e Satisfação com o parto – QESP em versão modificada, que avaliou a satisfação da paciente com a experiência de parto e considerou os 34 itens das subescalas dois e três do questionário citado, que investigam a experiência positiva e a experiência negativa relacionada à forma, ao tempo de duração, à confiança, medo, prazer ou satisfação, cooperação da mulher e intensidade da dor no trabalho de parto, parto e pós-parto (Anexo B).

As etapas da coleta de dados foram realizadas pela pesquisadora e por estagiárias dos cursos de psicologia e enfermagem da Universidade Tiradentes.

4.5 Análise de dados

Os dados foram transcritos para o programa Microsoft Office Excel versão 2016 e as análises estatísticas foram realizadas no software R, versão 3.5.0 (The R Core Team, 2018), e o nível de significância adotado em todos os testes de hipótese foi de 5%.

Para comparar os domínios das Sub-Escalas 2 e 3 com as demais variáveis, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a aderência das variáveis à distribuição Normal. Quando o pressuposto de normalidade foi atendido, foram utilizados os testes paramétricos de t-Student (1908) para a comparação aos pares, Análise de Variância (Fisher, 1918) para comparações múltiplas e Tukey (1949) para avaliar o contraste entre múltiplas médias. Quando os dados não apresentaram distribuição Normal, foram utilizados os testes de Mann-Whitney (1947) para comparações múltiplas, Kruskal-Wallis (1952) para comparações múltiplas e Nemenyi (1963) para avaliar o contraste entre as medianas.

Tendo em vista que o QESP não é um instrumento validado para a população brasileira, torna-se pertinente o cálculo do Alpha de Cronbach (CRONBACH, 1951) das suas

subescalas 2 e 3 utilizadas na população estudada. Portanto, foi utilizado ao Alpha de Cronbach para verificar a confiabilidade destas escalas. O mesmo pode assumir valores entre 0 e 1, onde zero indica falta de correlação e o valor indica correlação entre os itens. Valores acima de 0,7 indicam confiabilidade elevada, portanto, são consideradas aceitáveis.

4.6 Análise da confiabilidade das subescalas 2 e 3 do Questionário de Experiência e Satisfação com o parto (QESP)

O coeficiente alfa é uma das ferramentas estatísticas mais importantes e difundidas em pesquisas envolvendo a construção de testes e sua aplicação. É um índice utilizado para medir a confiabilidade do tipo consistência interna de uma escala, ou seja, para avaliar a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados. Em outras palavras, o alfa de Cronbach é a média das correlações entre os itens que fazem parte de um instrumento (CORTINA, 1993).

O Alpha de Cronbach das subescalas 2 e 3 do Questionário de Experiência e Satisfação com o parto (QESP), na versão portuguesa, foi de 0,87 e 0,88, respectivamente (COSTA *et al.*, 2004). Na população estudada observou-se para a subescala 2 um alpha de Cronbach de 0,86 e para a subescala 3, 0,82, demonstrando ser um instrumento de alta confiabilidade.

4.7 Aspectos Éticos

O protocolo desta pesquisa está baseado na Resolução No 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para estudos com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tiradentes, através da Plataforma Brasil, parecer número 2.612.091 (Anexo A).

4.8 Dificuldades e adequações

Inicialmente, o projeto tinha como objetivos investigar o nível de satisfação das puérperas com a experiência de parto vaginal e a função sexual pós-parto em primíparas. No entanto, dadas as características das Unidades de Saúde da Família onde foram realizadas as coletas, foram necessárias modificações, a citar:

Constatou-se nas unidades selecionadas um pequeno quantitativo de primíparas maiores de 18 anos, a maior parte é múltipara, o que levou a uma mudança no critério de inclusão, abrangendo também mulheres que com mais de um filho.

A estrutura física das unidades não permitia o uso de uma sala reservada para as entrevistas, todas as salas estavam ocupadas com os atendimentos das equipes e as entrevistas foram realizadas nas salas de espera enquanto as mulheres aguardavam

atendimento. Por esse motivo não foi possível a aplicação do questionário Female Sexual Function Index (FSFI) sobre a função sexual, que por conter perguntas de foro íntimo exige um espaço privativo.

A falta de espaço privativo nas unidades impossibilitou a aplicação do questionário para detectar possíveis disfunções sexuais no período pós-parto relacionadas à episiotomia e laceração espontânea, dados que poderiam estimular mudanças na assistência ao parto vaginal de forma a haver menor quantidade de intervenções rotineiras e mais critérios de avaliação para as situações em que há real necessidade.

Essa limitação traz prejuízo para as mulheres atendidas nas instituições de assistência materno-infantil tanto na assistência ao parto quanto no pós-parto, pois a ausência de dados sobre a sexualidade no puerpério não estimula profissionais e gestores de saúde a elaborar ações educativas e assistenciais para prevenir e tratar sintomas que podem interferir negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Também, por conta da indisponibilidade de espaço privativo nas unidades não foi possível a gravação das entrevistas, como inicialmente estava previsto no projeto, pois os relatos de participantes da pesquisa possibilitariam analisar, qualitativamente as experiências de parto vividas pelas mulheres entrevistadas.

5 RESULTADOS

Das puérperas participantes deste estudo, 170 (85,9%) foram entrevistadas em Unidades de Saúde da Família do bairro Santa Maria, 24 (12,1%) no bairro Lamarão e 4 (2%) no bairro Santos Dumont.

A maioria das puérperas participantes são mulheres jovens, sendo que 85 (43,2%) tem até 26 anos, 87 (44,2%) tem entre 27 e 35 anos e a minoria, 25 mulheres (12,6%) tem idade acima de 36 anos. Quanto à escolaridade, 78 (39,39%) possuíam o ensino fundamental incompleto e 76 (38,38%) o ensino médio completo. No que diz respeito ao estado civil, a maioria era amasiada, 107 (54,04%) e 154 (77,78%) não exercem nenhuma atividade remunerada (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas e obstétricas das participantes do estudo sobre níveis de satisfação com a experiência de parto vaginal em usuárias de USF de Aracaju, 2018.

Variável / Categoria	N	F (%)
Idade		
Até 26 anos	85	43,2
27 a 35 anos	87	44,2
Maior que 36	23	11,62
Escolaridade		
Fundamental completo	22	11,11
Fundamental incompleto	78	39,39
Médio completo	76	38,38
Médio incompleto	17	8,59
Superior completo	1	0,51
Superior incompleto	4	2,02
Estado Civil		
Amasiada (mora junto)	107	54,04
Casada	39	19,70
Divorciada	1	0,51
Solteira	46	23,23
União Estável	5	2,53
Exerce atividade remunerada		
Não	154	77,78
Sim	44	22,22
Planejamento da última gravidez		
Não	129	65,15
Sim	69	34,85
Gravidez de risco		
Não	167	84,34
Sim	31	15,66
Gravidez de risco		
Diabetes Gestacional	1	0,51
Hipertensão	30	15,15
Não	167	84,34

Idade gestacional no momento do parto		
Menor que 37 semanas	20	10,10
37 a 41 semanas	166	83,84
Maior que 41 semanas	12	6,06
Complicações no momento do parto		
Não	190	95,96
Sim	8	4,04
Filhos		
1	60	30,30
2 a 5	125	63,13
mais de 5	12	6,06
Número de cesáreas		
0	189	95,45
1	9	4,55
Episiotomia		
Não	69	34,85
Sim	129	65,15
Laceração espontânea		
Não	124	62,63
Sim	74	37,37

A maioria das mulheres não planejou a gravidez ,129 (65,15%) e a gestação não foi de risco, 167 (84,34%). Das 31 mulheres que apresentavam uma gravidez de risco, os motivos foram hipertensão (n=30) e diabetes gestacional (n=1). Em relação à idade gestacional no momento do parto, 166 (83,84%) apresentaram de 37 a 41 semanas de gestação e 190 (95,96%) não tiveram complicações durante o mesmo. Quanto ao número de filhos, 60 (63,13%) tiveram de 2 a 5 filhos. Sobre a via de parto, 189 (95,45%) afirmam que nunca fizeram parto cesárea.

Ao analisar a relação entre idade e escolaridade, observa-se que uma relação estatisticamente significativa, indicando que das pessoas quem tem apenas o ensino fundamental, 50% tem até 26 anos, das que tem ensino médio, 51,1% tem idade entre 27 a 35 e as entrevistadas que tem ensino superior incompleto ou completo estão na faixa entre 27 e 35 anos. Das entrevistadas acima de 35 anos, 15% tem o ensino fundamental e 10% o ensino médio (Tabela 2).

Tabela 2: Relação entre escolaridade e idade

Variável / Categoria	Faixa Etária						P-valor
	Até 26 anos		27 a 35 anos		Acima de 35 anos		
	N	%	N	%	N	%	
Escolaridade							
Fundamental	50	50.0	35	35.0	15	15.0	0.023*
Médio	35	38.0	47	51.1	10	10.9	
Superior	0	0.0	5	100.0	0	0.0	

*P-valor significativo ao nível de significância de 5%.

Quanto à episiotomia, 129 (65,15%) das puérperas afirmam ter sido submetidas, sendo que 127 (64,14%) foram submetidas à episiotomia em um ou mais partos, e 119 (60,10%) no primeiro parto. No que se refere à laceração espontânea, 74 (37,37%) das mulheres tiveram de forma espontânea, destas, 71 mulheres precisaram de episiorrafia (sutura) após a laceração espontânea. Em relação à laceração espontânea no primeiro parto, apenas 34 (17,17%) das entrevistadas precisaram de episiorrafia.

Em relação ao atendimento da maternidade no trabalho de parto/parto, mais da metade classifica como bom o atendimento (57,58%) (Tabela 3).

Tabela 3: Classificação a qualidade do atendimento da maternidade pelas participantes no trabalho de parto do estudo sobre níveis de satisfação com a experiência de parto vaginal em usuárias de USF de Aracaju, 2018.

Variável / Categoria	N	F (%)
Qualidade do atendimento		
Excelente	57	28,79
Bom	114	57,58
Ruim	18	9,09
Péssimo	9	4,55

Na Tabela 4 observam-se as associações entre as variáveis apresentadas na Tabela 1 e a Experiência Positiva com a experiência de parto. As mulheres que não foram submetidas à episiotomia no primeiro parto, tiveram uma percepção mais positiva em relação à confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto em comparação com as mulheres que foram submetidas à episiotomia no primeiro parto ($p=0,0357$).

A variável “gravidez não-planejada” também apresentou relação significativa com percepção mais positiva em relação à confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto ($p=0,0054$).

Mulheres que não tiveram complicações no momento do parto ($p=0,0485$) e as que estavam em seu primeiro parto (primíparas) ($p=0,0005$) apresentaram percepção mais positiva em relação à confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto. Por outro lado, não houve associação estatisticamente significativa entre as referidas variáveis as variáveis clínicas de gravidez de risco e idade gestacional no momento do parto e a realização de episiotomia em mulheres com mais de um filho (multíparas), e mulheres que tiveram laceração espontânea no primeiro parto e/ou nos partos seguintes. Também, não foram estatisticamente

significantes as associações entre o resultado dos 22 itens a subescala e as variáveis idade, escolaridade, convivência com o companheiro e atividade remunerada.

Tabela 4: Experiência Positiva do parto relativos à confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto, de usuárias de USF, Aracaju, 2018.

Variável / Categoria	N	Média	Desvio Padrão	P-valor
Idade				
Até 26 anos	85	54,8	11,7	0,208
27 a 35 anos	87	57	11,6	
Acima de 35 anos	25	58,4	12,4	
Escolaridade				
Fundamental	100	57,75	12,18	0,0524
Médio	93	54,13	11,40	
Superior	5	62,40	10,36	
União Estável				
Não	47	54,98	13,43	0,4749
Sim	151	56,54	11,40	
Exerce atividade remunerada?				
Não	154	55,66	11,57	0,2989
Sim	44	57,93	12,97	
Gravidez de risco				
Não	167	56,01	11,85	0,6823
Sim	31	57,00	12,33	
A última gravidez foi planejada?				
Não	129	54,43	11,59	0,0054*
Sim	69	59,41	11,87	
Idade gestacional no momento do parto				
Menor que 37 semanas	20	57,60	12,46	0,4633
37 a 41 semanas	166	56,27	11,94	
Maior que 41 semanas	12	52,33	10,48	
Complicações no momento do parto				
Não	190	56,59	11,73	0,0485*
Sim	8	46,13	12,36	
Filhos				
0 a 1	61	51,54	12,10	0,0005*
2 a 5	125	57,86	10,86	
mais de 5	12	62,00	14,78	
Episiotomia				
Não	69	58,03	12,39	0,1159

Sim	129	55,17	11,55	
Episiotomia no primeiro parto				
Não	79	58,37	12,14	0,0357*
Sim	119	54,71	11,55	
Laceração espontânea				
Não	124	55,20	11,70	0,1441
Sim	74	57,78	12,13	

Variável / Categoria	N	Média	Desvio Padrão	P-valor
Necessidade de sutura após a laceração espontânea				
Não	127	55,41	11,73	0,2374
Sim	71	57,52	12,16	
Sutura após laceração no primeiro parto				
Não	164	56,08	11,64	0,8361
Sim	34	56,59	13,24	
Classificação do atendimento na maternidade				
Bom	114	56,38	10,30	0,0000*
Excelente	57	60,93	11,58	
Péssimo	9	48,11	14,54	
Ruim	18	43,78	11,04	

*P-valor significativo ao nível de significância de 5%.

Na Tabela 5 foi analisada a relação entre a idade da mulher e a experiência positiva de parto, mas não foram encontrados resultados significativos indicando que a idade da gestante ter relação com a satisfação materna com o processo de parto, confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento e experiência prazerosa.

Tabela 5: Relação entre idade e o score de Experiência Positiva: relativos à confirmação de expectativas, autocontrole, autoconfiança, conhecimento, prazer e satisfação com a experiência de parto, de usuárias de USF, Aracaju, 2018.

Variável / Categoria	N	Média	DP	P-valor
Idade				
Até 26 anos	85	54.8	11.7	0.208
27 a 35 anos	87	57	11.6	
Acima de 35 anos	25	58.4	12.4	

Observa-se na Tabela 6, a análise da Subescala 3 do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto, que trata da percepção de experiência negativa, composta por 12 itens sobre medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto.

As variáveis clínicas gravidez de risco, idade gestacional e complicações no momento do parto, quantidade de filhos, não foram estatisticamente significantes quando associadas ao medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto.

Apenas as variáveis “Teve laceração espontânea”, “Precisou de ponto após a laceração espontânea” e “Pontos após laceração em um ou mais partos” se apresentaram significativos para o grupos de mulheres que não exercem nenhuma atividade remunerada, tiveram mais medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto, em comparação com as mulheres que estão ativas no mercado de trabalho ($p=0,0010$).

As mulheres que tiveram laceração espontânea ($p=0,0045$) tiveram mais medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto, assim como as que precisaram de sutura no primeiro e/ou nos partos seguintes ($0,0199$). Não houve associação estatisticamente significativa entre a classificação do atendimento realizado na maternidade e a subescala experiência negativa do QESP.

Tabela 6: Experiência Negativa: medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto, de usuárias de USF, Aracaju, 2018.

Variável / Categoria	N	Média	DP	P-valor
Idade				
Até 26 anos	85	32.1	13.5	0.902
27 a 35 anos	87	29.4	9.7	
Acima de 35 anos	25	29.8	13.1	
Escolaridade				
Fundamental	100	50,22	11,73	0,5638
Médio	93	51,76	10,52	
Superior	5	51,20	1,92	
União Estável				
Não	47	49,62	13,58	0,9337
Sim	151	51,39	10,11	
Exerce atividade remunerada?				
Não	154	49,74	11,02	0,0010*
Sim	44	55,27	10,02	
Gravidez de risco				
Não	167	50,71	10,89	0,2539
Sim	31	52,39	11,79	

A última gravidez foi planejada?				
Não	129	50,82	10,46	0,4834
Sim	69	51,25	12,08	
Idade gestacional no momento do parto				
Menor que 37 semanas	20	53,00	9,24	0,2407
37 a 41 semanas	166	50,41	11,40	
Maior que 41 semanas	12	55,33	6,79	
Complicações no momento do parto				
Não	190	50,99	10,83	0,5346
Sim	8	50,50	15,86	
Filhos				
0 a 1	61	51,41	12,80	0,3807
2 a 5	125	50,75	9,75	
mais de 5	12	51,00	14,45	
Episiotomia				
Não	69	48,81	12,65	0,1150
Sim	129	52,12	9,91	
Variável / Categoria	N	Média	Desvio Padrão	P-valor
Não	79	49,08	12,99	0,1742
Sim	119	52,23	9,35	
Laceração espontânea				
Não	124	52,44	10,71	0,0045*
Sim	74	48,50	11,18	
Sutura após a laceração espontânea				
Não	127	52,39	10,63	0,0059*
Sim	71	48,44	11,34	
Sutura após laceração em um ou mais partos				
Não	127	52,17	10,62	0,0199*
Sim	71	48,82	11,47	
Sutura após laceração no primeiro parto				
Não	164	51,37	10,20	0,6627
Sim	34	49,06	14,38	

*P-valor significativo ao nível de significância de 5%.

Observa-se na Tabela 7, a análise da Subescala 3 do Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto, que trata da percepção de experiência negativa, composta por 12 itens sobre medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto.

As variáveis clínicas gravidez de risco, idade gestacional e complicações no momento do parto, quantidade de filhos, não foram estatisticamente significantes quando associadas ao medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto.

Apenas as variáveis “exerce atividade remunerada”, “Teve laceração espontânea”, “Precisou de ponto após a laceração espontânea” e “Pontos após laceração em um ou mais partos” tem relação com a subescalas 3. Portanto, pode-se dizer que em relação a Subescala 3 as mulheres que não exercem nenhuma atividade remunerada, tiveram mais medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto, em comparação com as mulheres que estão ativas no mercado de trabalho ($p=0,0010$).

As mulheres que tiveram laceração espontânea ($p=0,0045$) tiveram mais medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto, assim como as que precisaram de sutura no primeiro e/ou nos partos seguintes ($0,0199$).

Não houve associação estatisticamente significativa entre a classificação do atendimento realizado na maternidade e a subescala experiência negativa do QESP.

Observa-se, na Tabela 7, que não houve associação significativa que indicasse que a idade da mulher possa ter relação com uma experiência negativa de parto ou com medo, mal-estar e dor durante o processo de trabalho de parto e parto.

Tabela 7: Relação entre idade e o score Experiência Negativa: medo, mal-estar e dor durante o trabalho de parto e parto de usuárias de USF, Aracaju, 2018.

Variável / Categoria	N.	Média	DP	P-valor
Idade				
Até 26 anos	85	32.1	13.5	0.902
27 a 35 anos	87	29.4	9.7	
Acima de 35 anos	25	29.8	13.1	

Foram analisadas também outras associações, relacionando o nível de escolaridade e o planejamento da gravidez, idade e qualidade do atendimento recebido nas maternidades e a escolaridade e idade da mulher. Na Tabela 8, observa-se que não houve relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o planejamento da gravidez.

Tabela 8: Relação entre escolaridade e planejamento da gravidez, em usuárias de USF, Aracaju, 2018.

Variável / Categoria	Gravidez Planejada	P-valor
----------------------	--------------------	---------

	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Escolaridade					
Fundamental	41	59.42	59	45.7	0.169
Médio	27	39.13	66	51.2	
Superior	1	1.45	4	3.1	

Na Tabela 9, observa-se que não houve relação estatisticamente significativa entre a escolaridade, a idade e a qualidade do atendimento com conhecimento sobre o trabalho de parto.

Tabela 9: Relação entre as variáveis idade e qualidade do atendimento com conhecimento sobre trabalho de parto de usuárias de USF, Aracaju, 2018.

Variável / Categoria	Freq.	Média	Desvio Padrão	P-valor
Idade				
Até 26 anos	85	2.4	1.1	0.152
27 a 35 anos	87	2.6	1	
Acima de 35 anos	25	2.7	1.1	
Qualidade do atendimento				
Excelente	57	2.5	1	0.312
Bom	114	2.6	1.1	
Ruim	18	2.3	1.2	
Péssimo	9	2	0.7	

6 DISCUSSÃO

Em Sergipe, um estudo epidemiológico-social de saúde materno-infantil realizado na capital Aracaju observou que a maioria das usuárias das maternidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) são aquelas com menor poder aquisitivo, onde as maiores proporções de partos ocorreram na faixa etária de 20 a 24 anos, a renda familiar abaixo de 2 salários mínimos, baixa escolaridade e o predomínio da escolaridade de 9 a 11 anos de estudo (GURGEL *et al*, 2009). Mais recentemente, em 2017, um estudo em maternidade pública de Aracaju constatou que a maioria das puérperas era jovem, do lar, da cor parda, estudaram até o ensino médio incompleto, tinham união estável, residiam no interior do estado e com baixa renda familiar (RETT *et al*, 2017).

Mesmo com anos de diferença entre os estudos realizados localmente, não se observa uma mudança no perfil sociodemográfico das parturientes atendidas nas maternidades públicas do estado de Sergipe, já que das mulheres entrevistadas neste estudo percebe-se que a maior parte é jovem (entre 18 e 35 anos), tem entre 9 e 12 anos de estudo, convive com o companheiro, não exerce atividade remunerada e teve o parto em maternidade vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A maioria das mulheres afirmou que a gravidez não fôra planejada, em concordância com estudo que apontou que apenas um terço das gestações foram planejadas (BORGES *et al*, 2001). Afirmaram também que não houve risco gestacional e a minoria que apresentou uma gravidez de risco era devido a hipertensão e a diabetes gestacional. Nas mulheres em idade procriativa a prevalência de hipertensão gestacional vai de 0,6 a 2,0%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6 a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos (FREIRE; TEDOLDI, 2009). Já de diabetes gestacional, estima-se prevalência de 2,4% a 7,2%, dependendo do critério utilizado para o diagnóstico (SCHMIDT *et al*, 2001). Todas as entrevistadas durante a pesquisa evoluíram para um parto sem complicações e boa condição de saúde da mãe e do bebê após o parto.

6.1 Episiotomia e intervenções obstétricas

Da amostra selecionada, cerca de 95% nunca tiveram parto por cesariana, em concordância com a recomendação da OMS, que preconiza uma taxa de 10% de cesáreas (OMS, 2015) e define a cesariana como uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos, pois pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma

segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico, mas a nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015).

Em contrapartida, 60% das entrevistadas foram submetidas à episiotomia no primeiro parto e 65% em um ou mais partos, contrariando a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que estima a realização de episiotomia em 10% dos partos vaginais (OMS, 1997) e não recomenda o uso rotineiro ou liberal de episiotomia nos partos vaginais espontâneos (OMS, 2018).

A média nacional de realização de episiotomia, segundo Leal *et al.* (2014) na pesquisa nacional “Nascer no Brasil” é de 56%, considerada alta assim como encontrado em outros estudos, a exemplo da taxa de 76,2% de episiotomia nos partos vaginais (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005), 57,55% de todos os partos normais e em 83,7% dos partos de primíparas (SALGE *et al.*, 2012), 49,4% dos partos vaginais (BALLESTEROS-MESEGUER *et al.*, 2016). Por outro lado, partos assistidos por enfermeira (o) obstetra podem ter menores taxas de episiotomia, 5,4% e maior satisfação da mulher com o processo de parto (FREIRE *et al.*, 2017).

O projeto “Nascer no Brasil”, inquérito nacional sobre parto e nascimento sob coordenação geral da Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz e publica os resultados das pesquisas desde 2011. Em 2014, um desses estudos reuniu informações sobre 23.940 partos das cinco regiões do Brasil de instituições públicas e privadas. Apesar de 48,1% dos partos terem sido por via vaginal, apenas 5% partos aconteceram de forma natural, sem intervenções. A incidência punção venosa periférica, posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia foram de 70%, 92%, 37% e 56% respectivamente. O Nordeste, assim como Norte e Centro-oeste, apreze entre as regiões em que foram menos frequentes os procedimentos não farmacológicos para alívio da dor e uso de partograma. Em contraste, mulheres da Região Sul tiveram maior chance de se movimentarem durante o trabalho de parto quando comparadas às da região Sudeste (LEAL *et al.*, 2014).

6.2 Laceração espontânea

O trauma perineal ou genital pode ser provocado por episiotomia ou lacerações. As lacerações espontâneas são classificadas em quatro níveis, sendo que o primeiro grau apresenta lesão apenas da pele e mucosas, no segundo grau há lesão dos músculos perineais

sem atingir o esfíncter anal. Na lesão de terceiro grau, existem subclassificações por conta do comprometimento do complexo do esfíncter anal: 3a – laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal; 3b – laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal; 3c – laceração do esfíncter anal interno. Mais graves, as lesões de quarto grau envolvem o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal (BRASIL, 2017).

Nesse estudo, a laceração espontânea ocorreu em 17,17% nas primíparas e 37,37% nas mulheres de segundo ou mais partos. A literatura aponta que as lacerações espontâneas de primeiro ou segundo grau parecem ser mais vantajosas do que a realização de episiotomias rotineiras, uma vez que são relatadas como mais bem cicatrizadas e resultando em menos sangramento e dor para a mulher (EASON; FELDMAN, 2000). Menores taxas de episiotomia podem levar a maiores taxas de laceração espontânea, cerca de 70% em sua maioria de primeiro e segundo grau e 84,6% precisaram de sutura/episioplastia (FREIRE *et al*, 2017). Ainda não há evidências de que o uso rotineiro da episiotomia reduza de fato o trauma perineal/vaginal, mas a episiotomia seletiva resulta em menor possibilidade de lesão perineal/vaginal severa quando não se pretende realizar um parto instrumentalizado, não havendo evidência de que a episiotomia seletiva resulta em prejuízo para a mãe ou para o bebê (JIANG, 2017).

6.3 Níveis de satisfação com a experiência

Das participantes da pesquisa, 111 (56,1%) afirmam que a dor sentida no processo de trabalho de parto foi “pior” ou “muito pior” do que a dor esperada, 109 (55,1%) classificam a dor máxima como “a pior jamais imaginável” e 99 (50%) afirmam não estar satisfeitas com a intensidade da dor sentida no processo, o que torna a dor um aspecto importante na satisfação com a experiência de parto, assim como encontrado no estudo de COSTA *et al* (2003) em que as participantes demonstraram insatisfação com a intensidade da dor durante o trabalho de parto.

Por outro lado, 143 (72,2%) afirmam estar satisfeitas com a forma como decorreu o trabalho de parto e 141 (71,2%) com a forma como decorreu o parto, apesar de 101 (51%) afirmarem não ter sentido prazer ou satisfação durante o processo de parto e 117 (59%) sentirem “um pouco”, “bastante” ou “muito” mal-estar durante o processo de parto. Dados similares foram encontrados em estudo no Rio de Janeiro, em que das 246 entrevistadas, cerca de 70% avaliaram seu parto como “bom” ou “muito bom”, e 16,7% acharam no “ruim” ou “muito ruim”, justificando a classificação com o sofrimento no parto, a má atenção da equipe, complicações do bebê e o parto demorado e/ou difícil. Para as mulheres com percepção positiva, o parto rápido, o bom tratamento da equipe, o pouco sofrimento e o bom

estado da mãe e do bebê foram os aspectos mais importantes, assim como a presença de acompanhante. As informações recebidas pelas mulheres durante a assistência ao trabalho de parto e ao parto apresentaram uma clara associação com a satisfação com o parto (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004).

Neste estudo, apesar de 114 (57,6%) classificarem o atendimento como “bom” e 57 (28,8%) como “excelente”, boa parte das participantes (n=65, 32,9%) afirmam que o parto foi “pior” ou “muito pior” do que o esperado e 59 (29,8%) se sentiram “nada” ou “um pouco” úteis e cooperativas em conjunto com a equipe, o que pode estar relacionado à assistência recebida, que tem influência sobre a satisfação materna com o processo de parto, destacando-se alguns dos aspectos mais valorizados pelas mulheres durante o atendimento, como a atenção imediata às suas necessidades, o bom humor, a dedicação e a preocupação da equipe (SANTOS; SIEBERT, 2001), o conforto físico e o suporte emocional proporcionados pelo acompanhante familiar (DOMINGUES, 2002).

6.4 Aspectos relacionados à assistência humanizada no processo de parto

As parturientes entrevistadas, 50,5% afirmam ter “nada” ou “um pouco” de controle da situação, 43,9% se sentiram “nada” ou “um pouco” confiantes e 48,5% sentiram “bastante” ou “muito” medo durante o parto. Esses dados vão de encontro ao modelo de assistência intraparto implementado pela Organização Mundial da Saúde em 2018, que envolve assistência respeitosa ao parto e nascimento, suporte emocional de um acompanhante escolhido pela parturiente, comunicação efetiva por parte da equipe, métodos para alívio da dor, monitoramento regular e preenchimento do partograma, alimentação e uso de fluidos orais, mobilidade no trabalho de parto e escolha da posição de parto, plano de parto e continuidade do cuidado (OMS, 2018). As sensações de controle e confiança parecem estar presentes após o parto e pode ser atribuído à sensação de alívio após o nascimento e pelas reações de felicidade por terem um filho e vê-lo saudável e/ou por não terem tido complicações durante o parto (SILVA; BARBIERI, FUSTINONI; 2011; FREIRE *et al*, 2017).

Quanto ao nível de conhecimento dos acontecimentos relativos ao parto, 50,5% das puérperas entrevistadas relatam “nada” ou “um pouco”. Essa carência de conhecimento com a qual as mulheres chegam na maternidade, exige dos profissionais um cuidado redobrado para transmitir segurança e confiança às parturientes e possibilitar que elas vivenciem o parto como protagonistas, reconhecendo sua autonomia sobre seu próprio corpo (FREIRE *et al*, 2017).

A falta de conhecimento proveniente da ausência ou insuficiência de orientação durante o pré-natal, dificulta o enfrentamento da parturição pela mulher por temer o desconhecido. É importante que a mulher seja informada sobre o trabalho de parto, parto e puerpério no decorrer de sua gestação (SOUZA *et al*, 2013). Além disso, elas também devem ser informadas sobre as boas práticas de atenção ao parto, os cuidados obstétricos adequados e os benefícios do parto vaginal para que sejam preparadas para conduzir seu parto ativamente (LEAL *et al*, 2014).

7 CONCLUSÃO

Constatou-se que a maior parte das mulheres participantes do estudo é jovem, saudável, de baixa escolaridade, convive com o companheiro, não exerce atividade remunerada, não planejou a gravidez e tem pouco conhecimento acerca do processo de trabalho de parto e parto. Mesmo relatando satisfação com a experiência de parto e classificando o atendimento nas maternidades como bom, as mulheres relatam ter pouco controle da situação, sentir-se pouco confiantes, com medo durante o trabalho de parto e relatam menor satisfação com a realização de episiotomia.

A falta de conhecimento do que é fisiologicamente esperado durante o trabalho de parto e a crença social de que o parto é um evento sofrido e doloroso pode causar nas mulheres uma expectativa que uma boa assistência está ligada a um bom estado de saúde do bebê após o parto e não às intervenções a que a parturiente foi submetida ou à qualidade da assistência oferecida pela equipe.

Além da assistência humanizada ao pré-natal, parto e pós-parto, é importante observar que a maior parte da amostra é composta por mulheres jovens que tem entre dois e cinco filhos e que não planejaram a gravidez, mostrando que o planejamento familiar deve ser melhorando nas Unidades de Saúde, visto que é parte das ações previstas na atenção básica para promoção da saúde. Ações educativas com adolescentes e jovens em escolas e dentro da própria unidade de saúde podem melhorar o conhecimento acerca da sexualidade, métodos contraceptivos, planejamento eficaz da gravidez e doenças sexualmente transmissíveis e são intervenções de baixo custo que podem ser muito eficazes na conscientização dessa população e trazer importantes benefícios futuros, como propiciar que as mulheres tenham maiores níveis de escolaridade e maior inserção no mercado de trabalho.

Diante disso, sugerem-se intervenções para informação das mulheres sobre a fisiologia do parto, as intervenções que podem ser necessárias e em quais situações são recomendadas para que a mulher tenha sua autonomia respeitada durante o trabalho de parto e se sinta mais confiante e empoderada durante o processo.

A autonomia feminina durante os momentos de pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto visa inserir a mulher como participante ativa do processo, de forma que a sua opinião seja ouvida e considerada como membro da equipe, com igual grau de importância, e que ela seja informada na condição clínica da gravidez e do parto, intervenções necessárias, riscos e benefícios e que seja parte do planejamento e da tomada de decisão da via de parto, já que o processo de parto e nascimento acontece no corpo da mulher, assim como as possíveis consequências do parto, e seu protagonismo deve ser respeitado e propiciado pelas equipes de assistência ao parto.

Ações para melhorar o nível de conhecimento das mulheres sobre o parto natural e humanizado, presença do acompanhante, diferenciação das intervenções rotineiras e seletivas são ações que podem ser realizadas de formas simples em espaços coletivos de forma a alcançar várias mulheres num curto período de tempo e com menor demanda de organização. Nas unidades visitas, os atendimentos de pré-natal acontecem em dias pré-estabelecidos de forma que várias gestantes ficam reunidas na unidade, momento que poderia ser aproveitado para as ações sugeridas, seja nas salas de espera por atendimento, mesmo que em conjunto com outros perfis diferentes de usuários, seja em salas de reuniões, mais privativas, em que as mulheres podem se sentir mais confortáveis.

Sugere-se, também, intervenções voltadas às equipes de assistência ao parto abordando a temática da humanização e respeito ao parto e nascimento, já recomendado pelos órgãos de saúde, mas com a aplicação limitada na prática, a exemplo do suporte emocional e da não realização de procedimentos de rotina para aceleração do parto e que podem causar medo e insegurança na parturiente.

A humanização da assistência também insere a valorização do trabalhador como diretriz e, assim como a preocupação com estrutura oferecida aos pacientes, é preciso observar e propiciar melhores condições de trabalho às equipes, com uma quantidade suficiente de profissionais para atuar e disponibilidade de material e estrutura física para que haja o suporte necessário para oferecer uma assistência de qualidade.

Este estudo serve como início da busca pela compreensão dos aspectos que podem influenciar positiva ou negativamente a satisfação com a experiência de parto vaginal e a qualidade da assistência e identificar quais pontos podem ser melhorados para que a assistência obstétrica no estado de Sergipe acompanhe o crescente movimento pela humanização do parto no Brasil e possa seguir efetivamente as recomendações do Ministério da Saúde e se alinhar às recomendações da Organização Mundial da Saúde, entendendo a relevância da experiência de gestação, parto e puerpério na vida das mulheres, seus filhos e na construção do núcleo familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, J.M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS: Práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saúde e Sociedade* 2010; 19(3): 497–508.
- ARAUJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? *Rev Bioét* 2008; 16(1): 117–123.
- ARRUDA, A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer, pp. 35-42. In: Quando a paciente é mulher. Relatório do Encontro Nacional da Campanha saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Ministério da Saúde: Brasília, 1989.
- BALLESTEROS-MESEGUER, C.; CARRILLO-GARCÍA, C.; MESEGUER-DE-PEDRO, M.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTÍNEZ-ROCHE, M.E. Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis cínicas que influenciam sua realização. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016; 24:e2793.
- BARBETTA, P.A. *Estatística aplicada às Ciências Sociais*. Editora da UFSC, 5ed., 340p. 2002.
- BOERMA, T.; RONSMANS, C.; MELESSE, D.Y.; BARROS, A.J.D.; BARROS, F.C.; LIANG, J.; MOLLER, A.B.; SAY, L.; HOSSEINPOOR, A.R.; YI, M.; RABELLO NETO, D.L.; TEMMERMAN, M. Optimising caesarean section use 1- Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 2018; 392: 1341–48.
- BORGES, A.L.V.; CAVALHIERI, F.B.; HOGA, L.A.K; FUJIMORI, E.; BARBOSA, L.R. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. *Rev. esc. enferm. USP* 2011; 45(esp. 2): 1679-84.
- BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de set. de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, set, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2018.
- _____. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2011. 44 p.
- _____. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília, 2010. 242 p.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de jun. de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 24 jun 2011. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 03 abr. 2018.

BUHLING, K.J.; SCHMIDT, S.; ROBINSON, J.N.; KLAPP, C.; SIEBERT, G.; DUDENHAUSEN, J.W. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *EJOG* 2006; 124: 42–46.

CANESQUI, A. M. Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana. Textos NEPO, 13. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas, 1987.

CHALMERS, B.; MANGIATERRA, V. PORTER, R.; WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28(3): 202-7.

CICUTO, A.G.; BELISÁRIO, C.R.L.; TAVARES, B.B. A satisfação de puérperas com o seu parto. *Investigación y Educación en Enfermería* 2012; 30(2): 208-214.

CORTINA, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology* 1993; 78: 98-104.

COSTA, R.; FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; PAIS, A. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicol Saúde Doenças* 2003; 4(1): 47-67.

CRONBACH, L. J. Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16(3): 297–334.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359(9318): 1681-1685.

DE LUCA, R.S. Diminished control and unmet expectations: testing a model of adjustment to unplanned cesarean delivery. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 2014; 14(1): 183-204.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 627-37.

DINIZ, S. G.; DUARTE, A. C. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). Editora UNESP, 179 p., 2004.

DINIZ, S.G.; SALGADO, H.O.; ANDREZZO, H.F.A.; CARVALHO, P.G.C.; CARVALHO, P.C.A.; AGUIAR, C.A.; *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Rev Bras Cresc Des Hum* 2015; 25(3): 377-384.

DOMINGUES, R.M.S.M. *Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; TORRES, J.A.; D'ORSI, E.; PEREIRA, A.P.E. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad de Saúde Pública* 2014; 30(1): 101-116.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad de Saúde Pública* 2004; 20 (1): 252-262.

EASON, E.; FELDMAN P. Much ado about a little cut: is episiotomy worthwhile? *Obstetrics and Gynecology* 2000; 95: 616–618,

FIGUEIREDO, B.R.C.; PACHECO, A.; MARQUES, A.; PAIS, A. Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças* 2004; 5(2): 159-187.

FIGUEIREDO, R.C.B.; PACHECO, A.; PAIS, A. Parto: Expectativas, Experiências, Dor E Satisfação. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2003; 4(1): 47-67.

FISHER, R. A. The Correlation Between Relatives on the Supposition of Mendelian Inheritance. *Philosophical Transactions of the Royal Society of Edinburgh* 1918; 52: 399–433,.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F. A. C.; CAMPOS, F. C. C. DE; ALVARES, J.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. D. A. Autonomy as a central criterion in the concept of health promotion. *Ciencia & saude coletiva* 2008; 13(2): 2115–2122.

FREIRE, C.M.V.; TEDOLDI, C.L. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia - Hipertensão Arterial na Gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2009; 93(6 supl.1): 110-178.

FREIRE, H.S.S.; CAMPOS, F.C.; CASTRO, R.C.M.B.; COSTA, C.C.; MESQUITA, V.J.; VIANA, R.A.A. Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *Rev enferm UFPE*. 2017;11(6):2357-2367.

FREIRE, H.S.S.; CAMPOS, F.C.; CASTRO, R.C.M.B.; COSTA, C.C.; MESQUITA, V.J.; VIANA, R.A.A. Parto Normal Assistido por Enfermeira: Experiência e Satisfação de Puérperas. *Revista de Enfermagem UFPE on line* 2017; 11(6): 2357-2367.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

GAMA, A.S.; GIFFIN, K.M.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G.P.; D'ORSI, E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(11): 2480-2488.

GIBBINS, J.; THOMSON, A.M. Womens expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 2001; 17: 302-313.

GOODMAN, P.; MACKEY, M.C.; TAVAKOLI, A.S. Factors related to childbirth satisfaction. *J Journal of Advanced Nursing* 2004; 46: 212-219.

GREEN, J.; COUPLAND, V.; KITZINGER J. *Great expectations – a prospective study of women's expectations and experiences of childbirth*. Cheshire: Books for Midwives Press; 1998.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. DO; GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. DO. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Revista Estudos Feministas* 2018; 26(1): 1–11.

GURGEL, R.Q.; NERY, A.M.D.G.; ALMEIDA, M.L.D.; OLIVEIRA, E.R.R.; LIMA, D.F.D.; BETTIOL, H. *et al.* Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2009; 9(2): 167-177.

HODNNET, E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Ame Jour Obs Gyn* 2002; 186(5): 160-172.

ISLAM M. The Safe Motherhood Initiative and beyond. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2007; 85(10): 733-820.

JIANG, H.; QIAN, X.; CARROLI, G.; GARNER, P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000081, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28176333> >

KRUSKAL, W. H.; WALLIS, W. A. Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *Journal of the American Statistical Association* 1952; 47(260): 583–621.

LALLY, J.E.; MURTAGH, M.J.; MACPHAIL, S.; THOMSON, R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine* 2008; 14:6-7.

LEAL, M.C. Being pregnant in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(8): 1420-1421.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(1): 17-32.

LUCCHESI, R.; VERA, I.; PEREIRA, W.R. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet], v.12, n. 3, p. 562-62010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11144>.

MAIA, M. B. *Assistência À Saúde E Ao Parto No Brasil*. [s.l: s.n.]. Disponível em < <http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf> >

MALDONADO, M.T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 16ª ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

MANN, H. B.; WHITNEY, D. R. On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other. *The Annals of Mathematical Statistics* 1947; 18(1): 50–60.

MARQUES, A.C.M. *Determinantes das Expectativas e Satisfação das Mulheres durante o Trabalho de Parto, Parto e Pós-parto* [Dissertação]. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu; 2013.

MERCER, R.T.; FERKETICH, S.L. Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research* 1994; 43: 344-51.

MURRAY, I.; WILCOCK, A.; KOBAYASHI, L. Obstetrical patient satisfaction. *J Health Care Mark* 1996; 16:54-57.

MYERS-HELFGOTT, M.G.; HELFGOTT, A.W. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 1999; 26: 305-325.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 651–657.

NAKANO, A.R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L.A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis* [online] 2015; 25(3): 885-904. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>.

NASCIMENTO, R. R. P.; ARANTES, S. L.; SOUZA, E. D. C.; CONTRERA, L.; SALES, A. P. A. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. *Revista Gaucha de Enfermagem* 2015; 36: 119–126.

NOBRE, M.T.; MELO, L.E.; SOUSA, K.O.; SANTANA, L.R.O.; RIBEIRO, L.T.A. Política Nacional de Humanização na Rede Estadual de Saúde Pública de Sergipe. *Revista de Extensão Universitária da UFS* 2013; 2: 171-182.

NEMENYI, P. *Distribution-free multiple comparisons*. [s.l.] Princeton University, 1963.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; GOZALEZ RIESCO, M.L.; ROSAS MIYA, C.F.; VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 2002, 10(5): 667-674.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; MIQUILINI, E.C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(3): 288-295.

ORANGE, F.A.; PASSINI-JR, R.; MELO, A.S.O.; KATZ, L.; COUTINHO, I.C.; M.R. AMORIM, M.M.R. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(1):112-117.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS: Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em http://www.mp.go.gov.br/portaIweb/hp/7/docs/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet], 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 03 abr. 2018.

OSAVA, R.H.; MAMEDE, M.V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. *Jornal Brasileiro de Ginecologia* 1995; 105(1/2): 3-9.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. DA. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12: 109–114.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública* [online] 2006; 40(n. esp.): 73-78. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>

PASQUALI, L. *Psicometria: teoria dos teste na psicologia e na educação*. 5 ed. Petropolis: Vozes, 2013.

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde Soc.* 2011; 20(3): 579-89.

RAMALHO, K.S.; SILVA, S.T.; LIMA, S.M.; SANTOS, M.A. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade? *Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fits* [online] 2012; 1(1): 11-22.
Disponível: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/462/198>

REIS, T. L.; PADOIN, S. M.M.; TOEBE, T. R. P.; PAULA, C. C.; QUADROS, J. S. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2017; 38(1).

RETT, M.T.; OLIVEIRA, D.M.; SOARES, E.C.G.; DESANTANA, J.M.; ARAÚJO, K.C.G.M. Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracaju. *ABCS Health Sci* 2017; 42(2): 66-72.

SALGE, A.K.M.; LÔBO, S.F.; SIQUEIRA, K.M.; SILVA, R.C.R.; GUIMARÃES, J.V. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. *Rev. Eletr. [Internet]* 2012; 14(4): 779-85. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a05.html>>.

SANCHES, N.C.; MAMEDE, F.V.; VIVANCOS, R.B.Z. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. *Texto & Contexto – Enfermagem* 2012; 21(2): 418-426.

SANTANA, F.A.; LAHM, J.V.; SANTOS, R.R. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba* 2015; 17(3): 123-127.

SANTOS, O.M.B.; SIEBERT, E.R.C. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75(1): 73-79.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; REICHEL, A.J.; BRANCHTEIN, L.; MATOS, M.C.; COSTA E FORTI, A. Gestational diabetes mellitus diagnosed with a 2-h 75-g oral glucose tolerance test and adverse pregnancy outcomes. *Diabetes Care* 2001; 24:1151-1155.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: Relato de duas experiências. *Interface: Communication, Health, Education* 2017; 21(60): 209–220.

SIGNORELLO, L.B.; HARLOW, B.L.; CHEKOS, A.K.; REPKE, J.T. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2001; 184: 881–890.

SILVA, A. C. L.; FÉLIX, H. C.; FERREIRA, M. B. G.; WYSOCKI, A. D.; CONTIM, D.; RUIZ, M. T. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2017; 1: 1–11. Disponível em <<https://doi.org/10.5216/ree.v19.44139>>

SILVA, A.C.S. *Vivências da Maternidade: Expectativas e Satisfação das Mães no Parto* [Dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2011.

SILVA, L.M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S.M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev. bras. enferm* 2011; 64(1):60-65.

SILVA, R.V.G.O.; RAMOS, F.R.S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2010; 9(3): 593-601.

SILVA, S. P. C. E; PRATES, R. D. C. G.; CAMPELO, B. Q. A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Revista de Enfermagem da UFSM* 20147; 4(1): 1–9.

SOARES, Y.K.C.; MELO, S.S.S.; GUIMARÃES, T.M.M.; FEITOSA, V.C.; GOUVEIA, M.T.O. Satisfação das Puérperas Atendidas em um Centro De Parto Normal. *Rev enferm UFPE* 2017; 11(11): 4563-4573.

SOUZA, C.O.; FERREIRA, C.B.; BARBOSA, N.R.; MARQUES, J.F. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *Rev. pesquis. cuid. Fundam* 2013; 5(4): 743-754.

SOUZA, L.; PITANGUI, A.C.R.; GOMES, F.A.; NAKANO, A.M.S.; FERREIRA, C.H.J. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(6): 741-747.

STUDENT. The Probable Error of a Mean. *Biometrika* 1908; 6: 1–25, 1908.

THE R CORE TEAM. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2018.

TORNQUIST, C.S. *Parto e o poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil* [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

TUKEY, J. W. Comparing Individual Means in the Analysis of Variance. *Biometrics* 1949; 5(2): 99–114.

VALE, L.D.; LUCENA, E.E.S.; HOLANDA, C.S.M.; CAVALVANTE, R.D.; SANTOS, M.M. Preference and factors associated with the type of delivery among new mothers in a public maternity hospital. *Rev Gaucha Enferm* 2015; 36(3): 86-92.

VELHO, M.B.; SANTOS, E.K.A.; BRÜGGEMANN, O.M.; CAMARGO, B.V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(2): 458-466.

VELHO, M.B.; SANTOS, E.K.A.; COLLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2014; 67(2); p: 282-289.

VENEZUELA. La Asamblea Nacional. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência. Venezuela: La Asamblea Nacional, 2007.

VENTURI JÚNIOR, G.; AGUIAR, J.M; HOTIMSKY, S.N. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado – 2010. In: 7o Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal; 2011; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras; p. 1-6, 2011.

VIEIRA, S.M.; BOCK, L.F.; ZOCHE, D.A.; PESSOTA, C.U. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto Enferm* 2011; 20: 255-262.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75: 25-37, 2001.

WEIDLE, W. G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q.; DAL BOSCO, S. M. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cadernos Saúde Coletiva* 2014; 22(1): 46–53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Technical Working Group. Care in normal birth: a practical guide. *Birth* 1997; 24(2): 121-123.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APÊNDICES/ANEXOS

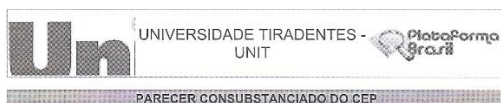
APÊNDICE A

Formulário de Pesquisa

Formulário de Pesquisa	
i	Dados Pessoais
Data de Nascimento:	
Maternidade:	
ii	Variáveis Sociodemográficas
Idade: () 18 a 35 anos () > 36 anos	
Instrução: () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo	
Estado Civil: () Solteira () Amasiada () Casada () Divorciada () União Estável	
Exerce atividade remunerada: () Sim () Não	
iii	Variáveis Clínicas
Gravidez de risco: () Diabetes () Diabetes Gestacional () Hipertensão () Hipertensão Gestacional-DHEG () Cardiopatia _____ () Doença Crônica _____	
Gravidez planejada: () Não () Sim	
Idade gestacional no momento do parto () < 37 semanas () 37 a 41 semanas () > 41 semanas	
Complicações no momento do parto () Não () Sim _____	
Quantidade de partos: _____ Cesárea () Vaginal: () Data do último parto:	
iv	Variáveis de acesso à assistência
() Episiotomia (incisão feita pela equipe) () Laceração espontânea (lesão pela própria passagem do bebê) () Episiorrafia (sutura)	
Qualidade do atendimento da maternidade no trabalho de parto/parto: () Excelente () Bom () Ruim () Péssimo	

ANEXO A

Parecer de Aprovação do Comitê de Ética da Universidade Tiradentes



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Níveis de Satisfação com a experiência de parto vaginal e função sexual
Pesquisador: Marilzeite Maldonado Vargas
Área Temática:
Versão: 4
CAAE: 80801017.3.0000.5371
Instituição Proponente: INSTITUTO DE TECNOLOGIA E PESQUISA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.612.091

Apresentação do Projeto:

A política de parto humanizado enfatiza o respeito, apoio e cuidado para a parturiente e adoção de medidas que tornam o trabalho de parto e parto uma experiência positiva, associada a um aumento do vínculo mãe-filho e habilidades maternas. Além disso, a humanização do parto contribui para o senso de realização, autoestima e satisfação materna com o processo. Por outro lado, uma intervenção como a episiotomia, incisão no assoalho pélvico para ampliar os tecidos moles da porção mais distal do canal de parto, podem comprometer a qualidade da vida sexual pós-parto. Segundo a OMS todas as mulheres devem ser perguntadas, no período de 2 a 6 semanas após o parto, sobre a retomada da relação sexual e a possível dispareunia, como parte da avaliação de seu bem-estar geral. Pretendemos com este projeto analisar o nível de satisfação de parturientes na assistência ao parto vaginal e a prevalência de disfunção sexual no pós-parto associada à realização de episiotomia. Serão sujeitos da pesquisa uma amostra 364 mulheres, em períodos de até seis meses pós-parto, que estiverem consultando nas Unidades Básicas de Saúde. A coleta de dados será realizada através de uma entrevista, para coleta de informações do prontuário e entrevista estruturada com a paciente para levantamento de dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos, aplicação das Subescalas 2 (Experiência Positiva) e 3 (Experiência Negativa) do Questionário de Experiência e Satisfação com o parto - QESP e do Female Sexual Function Index, validado em português. Espera-se estabelecer uma relação entre a satisfação com a experiência de parto e as práticas assistenciais, destacando-se a episiotomia e

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
 Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Página 01 de 04



Continuação do Parecer: 2.612.091

sua possível influência no retorno à vida sexual no período pós-parto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o nível de satisfação de parturientes na assistência ao parto vaginal e a prevalência de disfunções sexuais no pós-parto associadas à episiotomia.

Objetivo Secundário:

Identificar as práticas de assistência mais recorrentes no trabalho de parto e parto;
 Investigar a relação entre a realização de episiotomia e a ocorrência de disfunção sexual no pós-parto;
 Analisar os níveis de satisfação das parturientes com os parâmetros assistenciais recebidos durante o período do parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica para a área da Saúde Coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI, 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais o XI, 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
 Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 2.612.091

resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P PROJETO_1009277.pdf	28/03/2018 10:39:38		Aceito
Outros	Respostaparecer4.docx	28/03/2018 10:34:44	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	FormularioCEP_TathianyMariz_Modificad4.docx	28/03/2018 10:32:35	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Investigador	declaracao_instituicao_promotora_modificada.pdf	28/03/2018 10:30:54	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_modificada.pdf	28/03/2018 10:30:06	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Outros	Respostaparecer3.docx	16/02/2018 17:50:04	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	FormularioCEP_TathianyMariz_Modificad3.docx	16/02/2018 17:48:20	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Investigador	declaracao_instituicao_promotora.pdf	16/02/2018 17:47:44	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Declaração de Assentimento e Infraestrutura	TCLE_F_Modificado3.docx	16/02/2018 17:46:59	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Outros	Respostaparecer2.docx	23/12/2017 01:49:33	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Outros	Questionario de Experiencia e Satisfacao com o Parto.docx	23/12/2017 01:43:56	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Outros	FSFI.pdf	23/12/2017 01:42:53	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Outros	Formulario_de_Pesquisa.docx	23/12/2017 01:41:22	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado2.docx	23/12/2017 01:38:24	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Projeto Detalhado	FormularioCEP_TathianyMariz_Modif	23/12/2017	TATHIANY	Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
 Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 2.612.091

/ Brochura	icado2.docx	01:37:45	DE MOURA	Aceito
Investigador	declaracao_dos_pesquisadores.pdf	01/12/2017 11:54:59	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Outros	Respostaparecer.pdf	01/12/2017 11:51:30	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado.docx	01/12/2017 11:50:00	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	FormularioCEP_TathianyMariz_Modificad3.docx	01/12/2017 11:48:53	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito
Investigador	declaracao_da_instituicao.pdf	26/10/2017 11:47:29	TATHIANY REZENDE DE MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 20 de Abril de 2018

Assinado por:
 ADRIANA KARLA DE LIMA
 (Coordenador)

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
 Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Página 04 de 04

ANEXO B

Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP) ITENS DAS SUBESCALAS 2 E 3

- Leia com atenção cada um dos itens abaixo. Não há respostas certas ou erradas. Apenas deve selecionar uma das opções, conforme a sua experiência pessoal.
- Ao longo do questionário serão utilizadas as seguintes siglas: TP – Trabalho de Parto; P – Parto; PP – Pós-parto.

1	O TP decorreu de encontro com as suas expectativas?	1.() Muito pior 2.() Pior 3.() Melhor 4.() Muito melhor
2	O T decorreu de encontro com as suas expectativas?	1.() Muito pior 2.() Pior 3.() Melhor 4.() Muito melhor
3	A dor que sentiu no TP foi de acordo com as suas expectativas?	1.() Muito pior 2.() Pior 3.() Melhor 4.() Muito melhor
4	A dor que sentiu no P foi de acordo com as suas expectativas?	1.() Muito pior 2.() Pior 3.() Melhor 4.() Muito melhor
5	Sentiu que tinha a situação sobre controle durante o TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
6	Sentiu que tinha a situação sobre controle durante o P?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
7	Sentiu-se confiante durante o TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
8	Sentiu-se confiante durante o P?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
9	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
10	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao P?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
11	Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao PP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
12	Sentiu medo durante o TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
13	Sentiu medo durante o P?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
14	Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
15	Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o P?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
16	Que quantidade de mal-estar sentiu durante o TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
17	Que quantidade de mal-estar sentiu durante o P?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
18	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
19	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o P?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
20	Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou logo após o parto?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
21	Recorda da dor no TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
22	Recorda da dor no P?	1.() Nada 2.() Um pouco

		3.() Bastante 4.() Muito
23	Está satisfeita com a forma como decorreu o TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
24	Está satisfeita com a forma como decorreu o P?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
25	Está satisfeita com a forma como decorreu o PP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
26	Está satisfeita com o tempo que demorou o TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
27	Está satisfeita com o tempo que demorou o P?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
28	Está satisfeita com o tempo que demorou o PP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
29	Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
30	Está satisfeita com a intensidade da dor que sentiu no TP?	1.() Nada 2.() Um pouco 3.() Bastante 4.() Muito
31	Intensidade média de dor durante o TP?	1.() Nenhuma 2.() Mínima 3.() Muito pouca 4.() Pouca 5.() Alguma 6.() Moderada 7.() Bastante 8.() Muita 9.() MUITÍSSIMA 10.() A pior jamais imaginável
32	Intensidade máxima de dor durante o TP?	1.() Nenhuma 2.() Mínima 3.() Muito pouca 4.() Pouca 5.() Alguma 6.() Moderada 7.() Bastante 8.() Muita 9.() MUITÍSSIMA 10.() A pior jamais imaginável
33	Intensidade média de dor durante o P?	1.() Nenhuma 2.() Mínima 3.() Muito pouca 4.() Pouca 5.() Alguma 6.() Moderada 7.() Bastante 8.() Muita 9.() MUITÍSSIMA 10.() A pior jamais imaginável
34	Intensidade máxima de dor durante o P?	1.() Nenhuma 2.() Mínima 3.() Muito pouca 4.() Pouca 5.() Alguma 6.() Moderada 7.() Bastante 8.() Muita 9.() MUITÍSSIMA 10.() A pior jamais imaginável

ARTIGO I

NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DE PARTO VAGINAL EM USUÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAPITAL NORDESTINA COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

15/01/2019

ScholarOne Manuscripts



Saúde e Sociedade

Home

Author

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

Saúde e Sociedade

Manuscript ID

SAUSOC-2019-0026

Title

NÍVEIS DE SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DE PARTO VAGINAL EM USUÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAPITAL NORDESTINA

Authors

Moura, Tathiany
Vargas, Marizete
Silva, Cláudia

Date Submitted

15-Jan-2019

Author Dashboard

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2019. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

@ScholarOneNews | System Requirements | Privacy Statement | Terms of Use

<https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>

1/2

ARTIGO II

FATORES ASSOCIADOS A UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA EM MULHERES USUÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

[HOME](#) [CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#) [ANTERIORES](#) [NOTÍCIAS](#) [SUBMISSÃO](#) [TUTORIAIS](#)

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #6623 > **Resumo**

#6623 Sinopse

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão

Autores Cláudia Soares da Silva
Título FATORES ASSOCIADOS A UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA EM MULHERES USUÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU
Documento original [6623-18352-1-SM.DOCX](#) 2018-12-15
Docs. sup. [6623-18353-1-SP.PDF](#) 2018-12-15 [INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR](#)
Submetido por MATHEUS Matheus SOUSA Sousa de Macena 
Data de submissão dezembro 15, 2018 - 08:21
Seção Artigos
Editor Nenhum(a) designado(a)
Comentários do Autor Trabalho premiado no 19º Congresso de Psicologia

Situação

Situação Aguardando designação
Iniciado 2018-12-15
Última alteração 2018-12-15

Metadados da submissão

[EDITAR METADADOS](#)

Autores

Nome Cláudia Soares da Silva 
Instituição/Afiliação Universidade Tiradentes
País Brasil
POLÍTICA DE CONFLITO DE INTERESSES —
Resumo da Biografia —
Contato principal para correspondência.

Título e Resumo

Título FATORES ASSOCIADOS A UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA EM MULHERES USUÁRIAS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU
Resumo Introdução: A experiência referente ao parto é influenciada por múltiplos fatores fisiológicos e psicossociais que podem acarretar à ansiedade, medo ou desespero da mulher. A humanização visa melhorar a assistência ao parto, favorecer a participação ativa da mulher e se preocupar com a satisfação da mulher com o processo do nascimento. Objetivos: avaliar a satisfação materna com o processo de parto e identificar fatores propiciam uma experiência positiva de parto. Metodologia: Estudo multimétodo envolvendo 198 puérperas primíparas e multiparas pós-parto vaginal, que responderam ao "Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto" (QESP) modificado em UBS de Aracaju. Resultados e Discussão: A maioria das participantes referiu não estar satisfeita com a dor sentida no trabalho de parto (n=145). As Mulheres não submetidas à episiotomia no primeiro parto (p=0,0357) e as que não tiveram complicações (0,0485) apresentaram respostas mais positivas sobre a experiência de parto. Conclusão: As puérperas mostraram-se satisfeitas com a experiência de parto e classificam positivamente o atendimento nas maternidades. No entanto, intervenções e experiência de dor podem ser fatores limitantes para a satisfação materna com o processo de parto.

Indexação

Área e sub-área do Conhecimento Saúde Coletiva
Palavras-chave Parto normal; Parto humanizado; Humanização da assistência.
Idioma pt

Agências de fomento

Agências Instituto de Tecnologia e Pesquisa

Referências

Referências ARAGÃO, H.T. et al. Trabalho de parto e os métodos não farmacológicos para alívio da dor: Revisão Integrativa. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2017.
BORGES, A.L.; CAVALHIERI, F.B.; HOGA, L.A.K.; FUJIMORI, E.; BARBOSA, L.R. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(Esp. 2):1679-84.
COELHO, E.D.A.C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da

Estratégia Saúde da Família. Acta Paul Enferm, v. 25, n. 3, p. 415-22, 2012.

COSTA, M.L. et al. Episiotomia no parto normal: incidência e complicações. Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX, v. 13, n. 1, p. 173-187, 2015.

DARÔS, D. Z. et al. Socialização de conhecimentos e experiências sobre o processo de nascimento e tecnologias do cuidado. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 12, n. 2, p. 308-14, 2010.

DE LUCA, R.S. Diminished control and unmet expectations: testing a model of adjustment to unplanned cesarean delivery. Analyses of Social Issues and Public Policy 2014; 14(1): 183-204.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cad de Saúde Pública 2004; 20 (1): 252-262.

FIGUEIREDO, B.R.C.; PACHECO, A.; MARQUES, A.; PAIS, A. Questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP). Psicologia, Saúde & Doenças 2004; 5(2): 159-187.

FREIRE, H.S.S.; CAMPOS, F.C.; CASTRO, R.C.M.B.; COSTA, C.C.; MESQUITA, V.J.; VIANA, R.A.A. Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. Rev enferm UFPE. 2017;11(6):2357-2367.

GIBBINS, J.; THOMSON, A.M. Womens expectations and experiences of childbirth. Midwifery 2001; 17: 302-13.

GURGEL, R.Q.; NERY, A.M.D.G.; ALMEIDA, M.L.D.; OLIVEIRA, E.R.R.; LIMA, D.F.D.; BETTIOL, H. et al. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. Ver Bras Saúde Matern Infant. 2009;9(2):167-77.

HODNNET, E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2002; 186(5): 160-72.

LALLY, J.E.; MURTAGH, M.J.; MACPHAIL, S.; THOMSON, R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. BMC Medicine 2008; 14:6-7.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública [Internet] 2014; 30(1):S17-S32

MACHADO PIESZAK, G. et al. Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: perspectivas para o cuidado. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 16, n. 6, 2015

MERCER, R.T.; FERKETICH, S.L. Maternal-infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. Nursing Research 1994; 43: 344-51.

MOTA, E.M. et al. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 12, n. 4, 2011.

REIS, C.C. et al. Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. Ciencia y Enfermería, v. 23, n. 2, p. 45-56, 2017.

RETT, M.T.; OLIVEIRA, D.M.; SOARES, E.C.G.; DESANTANA, J.M.; ARAÚJO, K.C.G.M. Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracaju. ABCS Health Sci. 2017; 42(2):66-72.

RIOS, N.K.M.A. et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica sob a luz da Teoria Humanística. Cadernos ESP, v. 12, n. 1, p. 80-90, 2018.

SERRUYA, S.J.; CECCATI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1281-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Technical Working Group. Care in normal birth: a practical guide. Birth 1997; 24(2): 121-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ARTIGO III

AUTONOMIA DA MULHER NO TRABALHO DE PARTO: DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA À HUMANIZAÇÃO COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

UFBA • FECH • NEIM • PPGNEIM

REVISTA
feminismos

Home > Usuário > Autor > Submissões Ativas

Submissões Ativas

ATIVO

ARQUIVO

ID	MM-OD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
564	12-17	ART	Moura, Carreiro Nunes, Latorre	AUTONOMIA DA MULHER NO TRABALHO DE PARTO: DA VIOLÊNCIA À HUMANIZAÇÃO	EM AVALIAÇÃO

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Apontamentos

TODOS	NOVO	PUBLICADO	IGNORADO		
DATA DE	HITS	URL	TÍTULO	SITUAÇÃO	AÇÃO

USUÁRIO

Logado como:

erica

Perfil

Sair do sistema

AUTOR

Submissões

Ativo (1)

Arquivo (0)

Nova submissão

NOTIFICAÇÕES

Visualizar

Gerenciar

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Todos

ARTIGO IV

DISPAREUNIA RELACIONADA À VIA DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA COMPROVANTE DE SUBMISSÃO



Dispareunia relacionada à via de parto: uma revisão integrativa

*Dyspareunia related to the mode of delivery:
An integrative review*

Tathiany Rezende de MOURA¹  0000-0003-1273-6042

Erica Feio Carneiro NUNES²  0000-0002-1274-4686

Gustavo Fernando Sutter LATORRE³  0000-0001-9806-9572

Marlize Maldonado VARGAS⁴  0000-0001-9653-3104

RESUMO

No pós-parto, pode haver dor durante a relação sexual e disfunções do assoalho pélvico, que são associadas ao parto vaginal pela possibilidade de lesões perineais ou episiotomia, levando a indicações de cesariana eletiva como fator de proteção da função sexual. Assim, este estudo propõe analisar a relação entre parto por vaginal ou cesárea e a presença de dispareunia no período pós-parto. Foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados Lilacs e PubMed utilizando os descritores "Sexual Dysfunction, Physiological" e "Postpartum Period". Foram encontrados 28 artigos, sendo incluídos 13 por se

¹ Faculdade Inspirar, Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia Pélvica. Aracaju, SE, Brasil.

² Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Ciências do Movimento Humano. Belém, PA, Brasil.

³ Faculdade Inspirar, Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia Pélvica, Uroginecologia Funcional. R. Crispim Mira, 458, Centro, 88020-340, Florianópolis, SC, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: GFS LATORRE. E-mail: <gustavo@perineo.net>.

⁴ Universidade Tiradentes, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Laboratório de Planejamento e Promoção da Saúde, Aracaju, SE, Brasil.

Como citar este artigo/How to cite this article

Moura TR, Nunes EFC, Latorre GFS, Vargas MM. Dispareunia relacionada à via de parto: uma revisão integrativa. Rev Ciênc Med. 2018;27(3):157-165. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n3a4283>

