



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Luciana Jares Travancas

**Reconhecendo o medo como elemento fundamental na interação da mulher  
com a gravidez e o parto: perspectivas para o cuidado da enfermeira**

Rio de Janeiro

2019

Luciana Jares Travancas

**Reconhecendo o medo como elemento fundamental na interação da mulher com a gravidez e o parto: perspectivas para o cuidado da enfermeira**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

T779 Travancas, Luciana Jares.  
Reconhecendo o medo como elemento fundamental na interação da mulher com a gravidez e o parto : perspectivas para o cuidado da enfermeira / Luciana Jares Travancas. – 2019.  
104 f.

Orientador: Octavio Muniz da Costa Vargens  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Trabalho de parto. 3. Período pós-parto. 4. Medo. 5. Gestantes. 6. Epidemiologia descritiva. 7. Pesquisa qualitativa. I. Vargens, Octavio Muniz da Costa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

Luciana Jares Travancas

**Reconhecendo o medo como elemento fundamental na interação da mulher com a gravidez e o parto: perspectivas para o cuidado da enfermeira**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 17 de dezembro de 2019.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane Márcia Progianti  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane Baptista Quitete  
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2019

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho, a todos que acreditam que as pessoas e as nossas ações podem ser modificadas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar, o que descobrir e o que fazer para evoluirmos como pessoas e profissionais de enfermagem.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, o que seria sem a fé e a força que eu busquei nos momentos mais difíceis, que me fizeram iniciar o mestrado após anos longe da área da pesquisa.

Agradeço aos meus pais e minha avó Paula, que sempre me disseram que estudar é muito importante, por ser a única coisa que ninguém tira de você. Além de me incentivarem a lutar pelos meus sonhos e estarem sempre ao meu lado em todas as etapas da minha vida.

Agradeço ao meu orientador Prof<sup>o</sup>. Dr. Octavio pela paciência, convívio, apoio, compreensão e incentivo, tornando possível e real esta pesquisa.

Agradeço às minhas amigas por me escutarem sempre pedindo conselhos nos momentos de ansiedade, além de todo o incentivo e apoio constante.

Agradeço a todos que trabalham comigo, pois de alguma forma me apoiaram e estão próximos a mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena. Temos a missão e capacidade de ajudar as gestantes, no momento tão especial em suas vidas, que é a gravidez e o parir.

Agradeço a todas as gestantes e puérperas que participaram da pesquisa por dedicar seu tempo a mim. Embora não tenham conhecimento disto, mas iluminaram meus pensamentos de uma maneira especial. Na qual pude entender como se sentem e pensam a respeito do trabalho de parto, me levando a buscar mais conhecimentos para amparar outras gestantes futuramente.

### Saber Viver

Não sei...Se a vida é curta  
ou longa demais para nós,  
mas sei que nada do que vivemos  
têm sentido, senão tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:

colo que acolhe,  
braço que envolve,  
palavra que conforta,  
silêncio que respeita,  
alegria que contagia,  
lágrima que corre, olhar que acaricia,  
desejo que sacia,  
amor que envolve.

E isso não é coisa de outro mundo,  
é o que dá sentido à vida,  
é o que faz com que ela  
não seja nem curta,  
nem longa demais,  
mas que seja intensa,  
verdadeira, pura...enquanto durar.

*Cora Coralina*

## RESUMO

TRAVANCAS, Luciana Jares. **Reconhecendo o medo como elemento fundamental na interação da mulher com a gravidez e o parto:** perspectivas para o cuidado da enfermeira. 2019. 104 f. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Este estudo tem como objetivos: Identificar os fatores geradores de medo do parto para mulheres primigestas e primíparas, antes e após o parto; Analisar o significado do medo do parto para mulheres primigestas e primíparas e suas influências na vivência do parto normal. O estudo pertence ao projeto intitulado “Reconhecendo o medo como elemento fundamental na interação da mulher com a gravidez e o parto: perspectivas para o cuidado da enfermeira”. Realizei o estudo através de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa com a utilização da *Grounded theory (GT)*, na perspectiva do interacionismo simbólico. A pesquisa foi realizada no Hospital Naval Marcílio Dias, que possui serviço ambulatorial de obstetrícia, centro cirúrgico obstétrico e emergência obstétrica, situado no município do Rio de Janeiro. A população foi constituída por 26 mulheres grávidas primíparas, sendo 10 no ambulatório de pré-natal e 16 após o parto, no alojamento conjunto. Foram excluídas, as gestantes múltiparas e as primíparas, que tiveram parto de emergência sem tempo hábil para o trabalho de parto, e/ou cesariana eletiva. O instrumento de coleta de dados do estudo foi um roteiro de entrevista semiestruturada e foram gravadas, no período de março a julho de 2019, a partir do consentimento da entrevistada, considerando as exigências da Resolução 510/2016. Após a análise dos dados do período antes do parto surgiram 3 categorias: Temendo o parto; Sentindo medo; Pensando na gravidez, sendo identificado a categoria central Reconhecendo que o medo acaba determinando suas escolhas no parto. Na análise do período após o parto surgiram 3 categorias: Pensando sobre o trabalho de parto; Reconhecendo o medo e tendo que lidar com ele; Percebendo o cuidar no trabalho de parto, sendo identificado a categoria central: Reconhecendo que teve que lidar com o medo na vivência do parto. A partir da junção das 2 categorias central, originou-se uma nova categoria central: Reconhecendo o medo como elemento central na relação do trabalho de parto e na gravidez. Expressa à ideia de que a mulher percebe que os medos existentes sobre o trabalho de parto só são descobertos por ela durante a gravidez. Percebe que esses medos descobertos, na verdade, são decorrentes de suas relações com seu meio e com seu próprio corpo ou consigo mesma. Por fim, reconhece que suas decisões sobre o modo de parir são tomadas em decorrência desses medos. Este estudo verificou e analisou o medo do parto como influenciador na participação das gestantes no momento do parto, com o intuito de contribuir na elaboração de formas e métodos eficazes, como as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem, para ajudá-las e as deixando preparadas para o trabalho de parto e puerpério.

Palavras-chave: Trabalho de parto. Paridade. Medo. Parto normal.

## ABSTRACT

TRAVANCAS, Luciana Jares. **Recognizing fear as a key element in the woman's interaction with pregnancy and childbirth: perspectives for nurse's care.** 2019. 104 f. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This study aims to: Identify the factors that generate fear of childbirth for primiparous and primiparous women before and after childbirth; To analyze the meaning of fear of childbirth for primiparous and primiparous women and their influence on the experience of normal childbirth. The study belongs to the project entitled "Recognizing the fear with key element in the woman's interaction with pregnancy and childbirth: perspectives for the care of a nurse" .I conducted the study through a qualitative descriptive approach using the Grounded Theory (GT), in view of the symbolic interaction. The survey was conducted at the Naval Hospital Marcilio Dias, who has an outpatient clinic of obstetrics, obstetric surgical center and emergency obstetric, located in the municipality of Rio de Janeiro. The population consisted of 26 primiparous pregnant women in 10 women antenatal clinic and 16 after delivery in the rooming. They were excluded, the multigravidae and gilts, which had no emergency delivery time for labor, and / or elective cesarean section. The study data collection instrument was a semi-structured interview guide and were recorded in the period from March to July 2019, from the consent of the interviewee, considering the requirements of Resolution 510/2016. After analyzing the data in the period before parturition arose 3 categories: Fearing delivery; Feeling fear; Thinking about pregnancy, identified the central category Recognizing that fear ends up determining their choices in childbirth. In the analysis of the period after delivery came three categories: Thinking about labor; Recognizing fear and having to deal with it; Realizing care in labor, identified the central category Recognizing that had to deal with fear in childbirth experience. From the junction of the two central categories, originated a new core category: Recognizing fear as a central element in the labor relationship and the pregnancy. Expresses the idea that the woman realizes that existing fears about labor are only discovered by her during the pregnancy. Realize that these fears discovered, in fact, result from their relationship with their environment and with their own body or herself. Finally, recognize that their decisions about giving birth so are taken as a result of these fears. This study examined and analyzed fear of childbirth as influencing the participation of pregnant women at delivery, in order to contribute to the development of effective means and methods, such as non-invasive technologies for nursing care, to help them and leaving prepared for labor and postpartum. Expresses the idea that the woman realizes that existing fears about labor are only discovered by her during the pregnancy.

Keywords: Labor. Parity. Fear. Normal birth.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Nota do pesquisador sobre a análise das entrevistas antes do trabalho de parto .....	53
Quadro 2 -	Nota do pesquisador sobre a categoria 1 antes do trabalho de parto.....	54
Figura 1 -	Diagrama representativo: Temendo o Trabalho de Parto .....	56
Quadro 3 -	Nota do pesquisador sobre a categoria 2 antes do trabalho de parto.....	57
Figura 2 -	Diagrama representativo: Sentindo medo .....	59
Quadro 4 -	Nota do pesquisador sobre a categoria 3 antes do trabalho de parto.....	59
Figura 3 -	Diagrama representativo: Pensando na gravidez .....	60
Quadro 5 -	Nota do pesquisador sobre a categoria 1 após o trabalho de parto.....	62
Figura 4 -	Diagrama representativo: Pensando sobre o trabalho de parto .....	64
Quadro 6 -	Nota do pesquisador sobre a categoria 2 após o trabalho de parto.....	65
Figura 5 -	Diagrama representativo: Reconhecendo o medo e tendo que lidar com ele.....	66
Quadro 7 -	Nota do pesquisador sobre a categoria 3 após o trabalho de parto.....	67
Figura 6 -	Diagrama representativo: Percebendo o cuidar no trabalho de parto .....	68
Figura 7 -	Representação esquemática da ação humana na perspectiva do interacionismo .....	70
Figura 8 -	Diagrama representativo da categoria central: Reconhecendo o medo como elemento central na relação do trabalho de parto e na gravidez ...	77

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH	Hormônio adrenocorticotrófico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BVS-ENF	Biblioteca Virtual em Saúde em Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPPq	Conselho Avaliador de Projetos de Pesquisa do Hospital Naval Marcílio Dias
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CO	Centro Obstétrico
CRH	Hormônio liberador da corticotrofina
GT	Grounded Theory
HNMD	Hospital Naval Marcílio Dias
NO	Notas de Observação
NM	Notas metodológicas
NT	Notas teóricas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
ReHunNa	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SCIELO	Scientif Eletronic Library Online
SCOPUS	SciVerse Scopus
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SSM	Sistema de Saúde da Marinha
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
TNICEO	Tecnologias não invasivas de cuidados de enfermagem obstétrica
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	13
1	<b>CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO.....</b>	18
1.1	<b>Origem e significado do medo.....</b>	18
1.2	<b>Como a neurofisiologia do medo influencia o trabalho de parto.....</b>	23
1.3	<b>A Fisiologia do parto e a assistência humanizada.....</b>	26
1.4	<b>O medo do trabalho de parto e os cuidados da enfermeira obstétrica.....</b>	33
2	<b>PROPOSTA METODOLÓGICA.....</b>	40
2.1	<b>Abordagem teórico-metodológica.....</b>	40
2.1.1	<u>Interacionismo simbólico .....</u>	40
2.1.2	<u>Conceitos que norteiam o interacionismo simbólico .....</u>	42
2.1.2.1	Símbolo .....	42
2.1.2.2	Self (si mesmo) .....	42
2.1.2.3	Mind (mente) .....	43
2.1.2.4	Interação social .....	43
2.1.2.5	Ação.....	43
2.1.2.6	Sociedade.....	44
2.2	<b>Cenário do estudo.....</b>	44
2.3	<b>Participantes do estudo.....</b>	46
2.4	<b>Critérios de inclusão e exclusão.....</b>	47
2.5	<b>Estratégias de Coleta e análise dos dados.....</b>	47
2.5.1	<u>Grounded Theory.....</u>	48
2.6	<b>Considerações Éticas.....</b>	50
2.7	<b>Resultados Esperados e Divulgação.....</b>	51
3	<b>RESULTADOS.....</b>	53
3.1	<b>Categorização dos dados antes do trabalho de parto.....</b>	53
3.1.1	<u>Categoria 1: Temendo o trabalho de parto.....</u>	54
3.1.1.1	Subcategoria 1: Temendo a dor.....	54
3.1.1.2	Subcategoria 2: Sofrendo influência do meio.....	55
3.1.1.3	Subcategoria 3: Tentando entender o medo.....	56
3.1.2	<u>Categoria 2: Sentindo medo.....</u>	57

3.1.2.1	Subcategoria 1: Temendo o desconhecido.....	57
3.1.2.2	Subcategoria 2: Temendo o trabalho de parto virar cesárea.....	58
3.1.2.3	Subcategoria 3: Recebendo informações/influências externas.....	58
3.1.3	<u>Categoria 3: Pensando na gravidez.....</u>	59
3.2	<b>Categorização dos dados após o trabalho de parto.....</b>	61
3.2.1	<u>Categoria 1: Pensando sobre trabalho de parto.....</u>	62
3.2.1.1	Subcategoria 1: Percebendo sentimentos negativos.....	62
3.2.1.2	Subcategoria 2: Percebendo sentimentos positivos.....	63
3.2.2	<u>Categoria 2: Reconhecendo o medo e tendo que lidar com ele.....</u>	64
3.2.3	<u>Categoria 3: Percebendo o cuidar no trabalho de parto.....</u>	67
4	<b>INTERPRETANDO OS RESULTADOS À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO: RECONHECENDO O MEDO COMO ELEMENTO CENTRAL NA RELAÇÃO COM TRABALHO DE PARTO E A GRAVIDEZ.....</b>	69
4.1	<b>Indivíduo chega à situação: Como a mulher se vê na situação de grávida?.....</b>	71
4.2	<b>Indivíduo define a situação para si mesmo: Como a mulher grávida vê o parto?.....</b>	72
4.3	<b>Indivíduo determina a linha de ação em relação ao objeto: A grávida tem o parto normal mesmo sentindo medo do trabalho de parto .....</b>	73
4.4	<b>Indivíduo age abertamente: O parto fez com que elas lidassem com seus medos .....</b>	74
4.5	<b>Indivíduo interpreta seus próprios atos à luz da ação dos outros e interpreta a ação dos outros: Consideram o cuidar e o acompanhante serem importantes na ajuda para lidar com o medo do parto.....</b>	75
4.6	<b>Indivíduo revê perspectivas, definições da situação e linha de ação: o que as puérperas concluíram e sentiram a respeito do parto .....</b>	75
5	<b>DISCUSSÃO.....</b>	78
5.1	<b>Reconhecendo que o medo acaba determinando suas escolhas durante o parto.....</b>	78
5.2	<b>Reconhecendo que teve que lidar com o medo na vivência do parto.....</b>	79
5.3	<b>Reconhecendo o medo como elemento central na relação do trabalho de parto e na gravidez.....</b>	81

5.4	<b>A importância do cuidado no pré-natal e no trabalho de parto.....</b>	82
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	87
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	90
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	101
	<b>APÊNDICE B - Instrumento de Entrevista.....</b>	102
	<b>ANEXO A – Folha Parecer do CAPPq 28/2018.....</b>	103
	<b>ANEXO B – Folha de Rosto CONEP .....</b>	104

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Fundamentada na experiência como Enfermeira em um Centro Obstétrico há 10 anos, sendo os últimos 5 anos trabalhando no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), percebi que no período inicial do trabalho de parto, muitas gestantes questionavam o médico quanto a realizar a cesariana. Devido às fortes dores, muitas vezes, elas não estavam muito adeptas às orientações que a equipe de enfermagem fazia com intuito de ajudá-las no trabalho de parto e acabavam solicitando a cesárea. Percebi, com o tempo, que o medo expressado não era apenas da dor, mas estavam presentes medos diversos diante daquele momento, que apareciam como um sentimento frequente entre as parturientes, fazendo com que elas pedissem pela cesariana, provavelmente como forma de não enfrentar esses medos.

Na vivência diária com mulheres grávidas, durante o processo parturitivo, observava-se que algumas parturientes permaneciam em seus leitos, caladas, sem questionar o tratamento recebido, assumindo uma atitude passiva, de quem estava ali para cumprir ordens (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

O pensamento de algumas mulheres é de que, não tendo orientações no pré-natal, saberão instintivamente o que fazer durante o parto. Outras, porém, não tendo um modelo a seguir, precisam ter acesso às informações, para que possam manter-se tranquilas durante as contrações (BALASKAS, 2015).

As mulheres, em geral, consideram a gestação e o parto como experiências muito significativas. No entanto, o momento de dar à luz costuma estar associado a um grande medo. Durante a gestação, as expectativas criadas e as vivências relacionadas à maternidade, podem influenciar, positiva ou negativamente, a hora do parto.

O trabalho de parto é um acontecimento muito esperado pela gestante e por seus familiares e está repleto de significados construídos pela cultura, que podem desencadear sentimentos diferentes como receios, medo, alegria e surpresa, expondo assim a mulher a uma vulnerabilidade emocional (GIAXA; FERREIRA, 2011).

O estudo de Faúndes e Ceccatti (1991) identificou que existia, já na década de 1990, a influência dos aspectos socioculturais, com destaque para o medo da dor durante o trabalho de parto, a ideia de lesões anatômicas e fisiológicas que seriam provocadas pelo parto normal e o conceito, largamente difundido, do risco para o feto no parto vaginal. Isto fez com que o número de cesariana aumentasse bastante.

Levando-se em consideração as características da nossa população, que apresenta um elevado número de operações cesarianas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como meta, percentuais de 25% a 30%, como taxa de referência para a população brasileira.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, na portaria nº 306 de 2016, a taxa de cirurgia cesariana no Brasil, naquele ano, estava em torno de 56%. O Brasil vive ainda uma epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão de cirurgias realizadas a cada ano. Nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente, tornando-se o modo mais comum de nascimento no país. (BRASIL, 2016)

Ainda de acordo com as informações do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), em 2012, havia uma diferença significativa no percentual de cesarianas entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%).

A Fiocruz divulgou uma pesquisa, que avaliou mais de 20.000 mulheres num estudo de coorte; a conclusão principal desse estudo foi de que a proporção de cesarianas atingiu patamares muito superiores ao desejado pelas mulheres no início da gestação, tanto no setor privado, como no público. O motivo apresentado, por quase metade das mulheres, foi o medo da dor. (CÂMARA et al., 2016)

De acordo com o estudo de Domingues et al. (2014), as principais razões, referidas por 68,5% das mulheres para suas preferências iniciais pelo tipo de parto vaginal, são as percepções positivas, tais como ser ele, o parto mais natural, mais fisiológico e, principalmente, com recuperação mais rápida. Entre as multíparas, a experiência anterior positiva com o parto vaginal foi citada por cerca de um terço das mulheres para justificar a preferência por um novo parto vaginal. Sobre a escolha ter por base a informação recebida em diversos meios, inclusive nos serviços de saúde, acerca dos tipos de parto, foi referida por menos de 3% das mulheres, mas foi mais frequente em multíparas atendidas no setor privado. Também entre essas mulheres, é maior a vontade e o desejo de ter um parto vaginal. O medo da cesariana, seja por causa da cirurgia ou da anestesia, foi mais frequente entre multíparas do setor público.

Ainda para o mesmo autor, no estudo entre as mulheres com preferência pela cesariana, as percepções negativas sobre o parto vaginal foram relacionadas principalmente ao medo da dor do parto (46,6%), mas também às questões como o medo de não conseguir dar termo ao parto, críticas à forma “desumana” como ele é conduzido e medo de não conseguir atendimento. O medo da dor do parto vaginal foi referido por uma proporção significativamente maior de primíparas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Historicamente, termos como agonia, medo, provação, terror, sofrimento e morte têm sido associados às vivências do trabalho de parto em muitas culturas e grupos sociais. O acervo dos modos de enfrentamento da dor mostra, por outro lado, um grande e variado repertório de conhecimentos, rituais e técnicas disponíveis em culturas diversas e em conformidade com seus contextos históricos (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008).

Ao longo da vida, as mulheres sempre escutaram diversas histórias assustadoras sobre o momento do parto, relatadas sempre de forma pessimista, tal qual “a conhecida da minha amiga teve algum problema ou dificuldade na hora de parir,” e com isso formaram conceitos negativos, preestabelecidos sobre o trabalho de parto.

O fenômeno da dor do parto e todo o conjunto de percepções, sensações, temores, sentimentos e emoções ao redor dele, inscrevem-se em muitas dimensões da vida de cada mulher: na ordem da subjetividade em referência às esferas afetivo emocional, cognitiva, história de vida; no plano fisiológico, em referência à esfera somática; no âmbito sociocultural, no que diz respeito ao pertencer e identificação com os valores e práticas de um dado grupo social e no nível sócio institucional, por referência ao sistema de saúde e à assistência, aos quais as mulheres têm acesso. (TOSTES; SEIDL, 2016)

As experiências impactantes e significativas para a maior parte das mulheres, tanto as da gestação quanto as do parto, podem trazer consequências para o puerpério e influenciar as concepções e vivências da maternidade. (BORTOLETTI, 2007)

Assim, observamos que para promover uma melhor compreensão do processo da gestação e minimizar possíveis medos sobre o trabalho de parto, deve haver uma troca de informações sobre as diferentes vivências entre as mulheres e entre essas e os profissionais de saúde.

## **Objeto de Estudo**

O objeto deste estudo é o significado do medo para as mulheres primigestas e primíparas durante a sua vivência no trabalho de parto.

## **Questões Norteadoras**

As questões que fundamentam o desenvolvimento deste estudo são:

- Como o medo pode influenciar durante o trabalho de parto?

- O que o medo significa para as mulheres primigestas e primíparas acerca do trabalho de parto?

-Quais os fatores geradores de medo do trabalho de parto entre as mulheres primigestas e primíparas?

## **Objetivos**

Para responder a essas questões norteadoras foram definidos os seguintes objetivos:

- Identificar os fatores geradores de medo do parto para mulheres primigestas e primíparas, antes e após o parto;

- Analisar o significado do medo do parto para mulheres primigestas e primíparas e suas influências na vivência do parto normal.

## **Apresentando o Estado da Arte**

No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolve ações voltadas para a redução de cesarianas desnecessárias. Para isso, vem estimulando a prática do parto normal e definindo diretrizes de acompanhamento desse tipo de parto através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que foi instituído em 2000 para assegurar o acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, pós-parto e neonatal. (BRASIL, 2001)

Para Piccinini (2005, p.248), “o parto constitui-se em um momento em que as expectativas e ansiedades que acompanharam a gestante ao longo de meses acabam por tomar uma dimensão real, confirmadora ou não das esperanças e medos que cercam o parto”.

Esse marco do PHPN incentivou o aumento das pesquisas sobre o trabalho de parto e atenção à mulher. Diante deste contexto, e para aprofundarmos o conhecimento sobre o significado do medo do parto atribuído as mulheres primíparas, antes e após o trabalho de parto, a pesquisa foi realizada através de embasamento nas seguintes fontes: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual em Saúde em Enfermagem (BVS-ENF), Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Scientif Eletronic Library Online (SCIELO)*, *SciVerse Scopus (SCOPUS)* e *Science Direct*.

Os descritores “paridade”, “medo”, “saúde da mulher”, “trabalho de parto” e “parto normal”, que foram empregados isolados ou em combinações, de acordo com o contexto da pesquisa medo do parto, trouxeram como resultados: menos de 20 artigos nas décadas de 70 e

80, um pouco mais de 30 artigos na década de 90 e mais de 600 artigos a partir dos anos 2000. A pesquisa foi complementada com livros, dissertações, teses, leis, portarias e decretos.

Os temas mais abordados nos artigos foram: medo do parto vaginal, as vantagens e escolhas do parto vaginal, motivos da escolha da cesariana, a qualidade da assistência do pré-natal, a assistência dos profissionais da saúde no trabalho de parto, a importância do acompanhante no trabalho de parto e uso de métodos farmacológicos e técnicas não invasivas. Após a leitura do material selecionado demos ênfase, aos fatores geradores de medo na mulher em relação ao trabalho de parto.

### **Relevância do Estudo**

Este estudo consiste em verificar e analisar o medo do parto como influenciador na participação das gestantes no momento do parto, tendo como intuito contribuir na elaboração de formas e métodos eficazes, como as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem, para ajudá-las e deixá-las preparadas para o trabalho de parto e puerpério. Para Klaus e Kennell (1992), “ser valorizada e apoiada pode reforçar na mulher sentimentos de ser capaz e de poder assumir sua identidade materna”.

Pretendo que a divulgação do conteúdo desta pesquisa seja realizada através de apresentações em congressos de enfermagem e nos eventos científicos do Hospital Naval Marcílio Dias, assim como em publicações de revistas e através da internet, a fim de mostrar a necessidade e a importância de multiplicar o conhecimento sobre a gestação, trabalho de parto e puerpério, bem como a desmedicalização para as gestantes no pré-natal e ainda informações que propiciem à gestante evitar que atribuam aos seus medos significados negativos acerca do parto, para que possam também terem mais confiança na equipe médica e de enfermagem, nessa fase tão importante de suas vidas e de seus acompanhantes.

## 1 CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO

### 1.1 A origem e significado do medo

Na Grécia antiga encontrava-se a personificação de paixões – como o medo – em deuses. Os antigos concebiam o medo como uma punição dos deuses. Os gregos divinizaram Deimos (o temor) e Phóbos (o medo), e tentavam entrar em harmonia com esses deuses em tempos de guerra. (DELUMEAU, 1989)

Para se desvencilhar do poder aprisionante dessas divindades, os antigos realizavam oferendas a fim de que essa força não os abatesse e tomasse conta de seus espíritos, de suas almas. Tais oferendas tinham o objetivo, ainda, de desviar a ação aterrorizante de tais divindades para o inimigo. (SANTOS, 2003)

A visão do medo como um Deus era vista como um sujeito não-interiorizado, ou seja, eram exteriores ao homem e tinham uma função importante em seu destino, tanto em sentido individual como coletivo. Dessa forma, o medo era uma experiência subjetiva, de algo externo que se manifestava no sujeito.

É importante ressaltar que o medo passou por um processo de internalização com o passar dos tempos. Mudando de tempo e civilização, Delumeau (1989) e Duby (2003) se referem à Idade Média e a importância do Cristianismo na estruturação de uma vida subjetiva interiorizada e ainda, no processo de internalização das emoções, entre elas, figura o medo. A Inquisição direcionou suas investigações para bodes expiatórios, pagãos e para os próprios cristãos: atuando Satã, com efeito, sobre os dois quadros, e podendo todo homem, se não tomassem cuidado, tornar-se um agente do demônio. Daí a necessidade de um certo medo de si mesmo (DELUMEAU, 1989).

O mecanismo de internalização do medo, portanto, iniciou-se nos primórdios do Cristianismo, onde a Igreja teve uma grande contribuição nesse sentido quando apresentou o medo do demônio e do pecado. Foi levantado o inventário dos males e seus agentes, capazes de provocar nos homens, todo o mal: os turcos, os judeus, os heréticos, as mulheres (especialmente as feiticeiras). Nesse tempo, partiram à procura do Anticristo, anunciaram o Juízo Final, prova certamente terrível, mas que seria ao mesmo tempo o fim do mal sobre a terra. Uma ameaça global de morte foi assim segmentada em medos seguramente concretos,

nomeados e explicados porque refletidos e aclarados pelos homens de Igreja. Essa enunciação designava perigos e adversários contra os quais o combate era se não fácil, ao menos possível, com a ajuda da graça de Deus (DELUMEAU, 1989).

Delumeau (1989) analisa a difusão da Teologia na vida cotidiana da civilização ocidental como discurso inicial ao medo de si, ou seja, o quanto o indivíduo passou a temer a si mesmo, uma vez que podia ser um agente de Satã. Assim, não faltaram bodes expiatórios: judeus e feiticeiras ocuparam esse lugar do demônio, do mal. O medo do inferno, o medo da condenação eterna tinha relação com o encontro ou não com Deus, tudo passando por uma introspecção, pela procura de pureza, de combate ao pecado, que voltava o olhar para o interior do sujeito.

Esse processo de internalização do medo, porém ocorre de maneira lenta e complexa. Como mostra Elias (1993), o homem medieval não tinha controle sobre as paixões e eram instigados no indivíduo, mecanismos de controle de sua conduta. As sociedades guerreiras medievais não dispunham de um monopólio complexo da violência física; o medo, portanto, provinha de uma ameaça física externa, assumindo a forma do medo de forças exteriores.

O autor mostra ainda como mecanismos de controle efetuados através de terceiras pessoas são convertidos, de diversas maneiras, em autocontrole:

[...] as atividades humanas mais animais são progressivamente excluídas do palco da vida comunal e investidas de sentimentos de vergonha, [...] a regulação de toda a vida instintiva e afetiva por um firme autocontrole se torna cada vez mais estável, uniforme e generalizada (ELIAS, 1993, p.194).

A sociedade cortesã dos séculos XVII e XVIII ocupou um lugar específico no movimento destinado a impor uma regulação mais uniforme de padrões de conduta e na moderação das emoções. Uma das transições mais decisivas é a mudança de guerreiros para cortesãos. Dispensa dizer que há diferentes estágios nessa transição que, no Ocidente, ocorreu no século XI ou XII até que, lentamente, veio a extinguir-se nos séculos XVII e XVIII. (SANTOS, 2003)

Percebe-se que o medo veio adquirindo o aspecto de emoção interiorizada no indivíduo, fruto de uma construção histórica. Fazendo parte do processo de construção psicológica do homem, o medo se constitui como emoção singularizada, constitutiva do

psiquismo do sujeito, parte de seu repertório emocional. Diferentemente de medos antigos, temos na experiência de medo do indivíduo hoje, uma experiência individual e singular. (SANTOS, 2003)

Como afirmou Mezan (1997), Freud foi um pensador que, nas primeiras décadas do século XX, se referiu aos males de seu tempo, considerando os sofrimentos psíquicos inseridos em uma coletividade e, construídos coletivamente. Para ele, as principais causas do sofrimento psíquico em sua época seriam devidas à insatisfação imposta pela sociedade, dita patriarcal, na qual a religião possuía relevante peso, com uma moral sexual que exigia pesadas renúncias dos indivíduos. Assim, havia, por um lado, a repressão social e, por outro, a renúncia dos indivíduos aos seus desejos e fantasias devido às restrições religiosas, e estas seriam as razões da infelicidade, espécie de mal-estar, insatisfação.

Em contraste com as ideias de Freud, e um pouco antes, a partir do final do século XIX, e no decorrer do século XX, surgiram outras fontes de inquietação. Para Mezan (1997), se a sociedade antiga era, em muitos aspectos, mais rígida, a atual é por vezes desnorteante na sua fragmentação e na aceleração do ritmo das mudanças; se aquela opunha ao avanço do indivíduo obstáculos sedimentados na tradição, a de hoje já não oferece valores e nem rumos claramente identificáveis. Existe maior tolerância quanto aos aspectos sexuais em sentido estrito, o corpo é cuidado no esporte e exibido sem tantos pudores, a homossexualidade já não é perseguida como delito, as oportunidades para relacionamentos sexuais antes e fora do casamento se multiplicaram, mas a violência urbana, o consumo de drogas e outros comportamentos sociais que surgiram, não eram esperados e nem foram previstos por Freud.

O afrouxamento da autoridade patriarcal e de seus derivados, nas diversas esferas da vida, não deu lugar à fraterna união dos iguais, porém a um universo de desorientação e de insegurança cujos sinais estão por toda parte. O mal-estar atinge, como um todo, populações urbanas principalmente, sem levar em conta a classe e a posição social, expressando-se através de fenômenos como stress, depressão, episódios psicossomáticos, uso de drogas e mesmo delinquência. (MEZAN, 1997)

Costa (1998) fez uma análise da sociedade ocidental com base no argumento freudiano anteriormente citado: certos padrões de comportamento social hoje são suficientemente estáveis e recorrentes para que possamos afirmar a existência de uma forma particular de medo e reação ao pânico, que é a cultura narcísica da violência. Essa cultura é nutrida pela decadência social e pelo descrédito na justiça e na lei.

Segundo Costa (1998, p.167):

Na cultura da violência, o futuro é negado ou representado como ameaça de aniquilamento ou destruição. De tal forma que a saída apresentada é a fruição imediata do presente; a submissão ao *status quo* e a oposição sistemática e metódica a qualquer projeto de mudança que implique cooperação social e negociação não violenta de interesses particulares.

Essa época de violência e globalização, na qual vivemos, em constantes mudanças, sem garantias, geram um universo de insegurança e de medo. Percebe-se com o individualismo e o consumismo, o medo como sensação, que vem sendo experimentado (tendo em vista que estamos falando das grandes cidades do Ocidente, da classe média) também como produto consumível, causador da sensação de *frisson*.

Para Frattari (2008) medo é outro nome que damos à nossa ‘falta de defesa’. Quando a crença na capacidade dos meios tecnológicos propiciarem maior controle e segurança é abalada, aumentam-se a incerteza e a ansiedade. Teme-se, na verdade, o que não é administrável e o que é indefensável.

Como nos disse Costa (1998), vivemos em um mundo pobre de Ideais do Eu, onde não há a força dos meios tradicionais de doação de identidade como a família, a religião, o pertencimento político, o pertencimento nacional, a segurança de um trabalho, o apreço pela intimidade, regras mais estritas de pudor moral, etc. Para ele, a matriz de identidade se inscreve no corpóreo, como também os delírios, os fantasmas de desestruturação, de fragmentação, de fragilidade. O medo é inscrito no corpo. A modalidade de identificação que anteriormente possuía um referencial identificado em Deus agora se inscreve no corpóreo. O que mudou foi à natureza da experiência sentimental.

O medo já não é mais sacralizado, não tem mais relação com Deus, já é inscrito no corpo sob a forma de pânico. Hoje, o que existe é o sentimento de incerteza, fragilidade, insegurança, fragmentação, como maneira decomposta, banalizada, de uma experiência que antes era tão densamente carregada como o medo. Sendo comum, o medo aparece o tempo todo; criam-se, inclusive, estratégias para lidar com essa emoção, sendo uma delas o uso de medicamentos. (COSTA, 1998)

Anteriormente ao medo, temos um processo de ansiedade, na qual o indivíduo teme antecipadamente o encontro com a situação ou objeto que possa lhe causar algum mal. E o medo em excesso, que pode vir a influenciar a vida da pessoa, é chamado de pavor. Sendo assim, é possível se traçar uma escala de graus de medo, no qual, o máximo seria o pavor e, o mínimo, uma leve ansiedade (COSTA, 1998).

Para que o medo surja, ainda segundo Costa (1998), é necessário à presença de um estímulo que provoque ansiedade e insegurança no indivíduo. Porém, em determinadas situações, o medo pode ser desencadeado apenas a partir da ideia em relação a algo que seja desagradável, muitas vezes, ideias sem fundamento ou lógica racional, como nas crenças populares ou lendas.

No Dicionário de Psicologia a definição de medo envolve tanto aspectos emocionais, como aspectos fisiológicos (resposta fisiológica à emoção):

emoção intensa causada pela detecção de uma ameaça iminente, envolvendo uma reação imediata de alarme que mobiliza o organismo que põe em marcha uma série de alterações fisiológicas, o que inclui acelerar os batimentos cardíacos, redirecionar do fluxo sanguíneo da periferia para as entranhas, tencionar os músculos e mobilizar o organismo em geral para agir (VANDEBOS, 2010, p.585).

Carpenito-Moyet (2012) define medo como um estado em que a pessoa apresenta um sentimento relacionado a uma fonte identificável, considerada pela pessoa como perigosa. No diagnóstico de enfermagem, medo, ainda para Carpenito-Moyet (2012, p.278) é caracterizado como “[...] sensação de temor, apreensão e/ou comportamentos de evitação, atenção focada no perigo, défices de atenção, desempenho e controle”.

A NANDA (2013) faz referência ainda a um aumento no estado de alerta e à possibilidade da presença de comportamentos de ataque e/ou prevenção, estando a impulsividade do indivíduo aumentada. Os sinais e sintomas provocados pela resposta simpática são considerados por essa Associação, como características definidoras fisiológicas. Involuntariamente, uma série de compostos químicos que provocam reações que caracterizam o medo são produzidos, levando ao aumento do batimento cardíaco, aceleração da respiração e contração muscular.

O medo pode encontrar-se relacionado a diversos fatores: fisiopatológicos, relacionados ao tratamento, situacionais (pessoais e ambientais) e maturacionais. Uma conscientização dos fatores os quais, o medo se encontra relacionado, ajuda no seu controle, podendo este ser reduzido através da confrontação com a realidade de segurança da situação (CARPENITO-MOYET, 2012).

O medo não é só uma reação emocional, contém crenças por trás e não implica, portanto, uma natureza única e imutável. Trata-se de um sentimento construído historicamente, aprendido e ensinado de formas diferentes, dependendo da época. Existe uma série de emoções que reconhecemos como de medo, e por um acordo público na língua, há

alguns comportamentos que concebemos como de medo. Ele é abordado como algo conhecido, pois todos identificam o sentimento ou a sensação de medo, que pode aparecer com uma reação de fuga, de retração, de negação, de precaução ou de inibição. A caracterização, no entanto, não é simples e seria diferente de outras emoções parecidas, como terror, susto ou pavor. (SANTOS, 2003)

O imprevisível, o incontrollável e o desconhecido são características que fazem do parto um momento crítico, no qual surge muita ansiedade e, conseqüentemente o medo. Assim, devemos compreender, também, como ocorre esse medo fisiologicamente e a sua influência na mulher no momento do parto.

## **1.2 Como a neurofisiologia do medo influencia o trabalho de parto**

Um dos primeiros mecanismos do sistema nervoso ao atuar no sistema biológico do medo é uma estrutura cerebral, chamada de amígdalas, que está relacionada às emoções. Este grupo de neurônios que formam uma massa cinzenta de 3 cm no cérebro está envolvida na percepção do medo, como um alerta ao organismo.

O estímulo ambiental, captado pelos nervos sensitivos, chega ao tálamo, desta parte da percepção se direciona à amígdala. Este estímulo é denominado de estímulo subconsciente. A outra parte, percepção consciente, se direciona ao córtex sensorial e segue para o hipocampo, que é uma estrutura localizada nos lobos temporais do cérebro humano, ressaltado por muitos autores como a principal sede da memória (GUYTON; HALL, 2017).

Do hipocampo, o estímulo consciente segue finalmente para a amígdala, mais especificamente para região do núcleo lateral. Do núcleo lateral, este estímulo aversivo subdivide-se em três, onde serão captados por outras três regiões distintas da amígdala: núcleo basolateral, núcleo acessório basal e núcleo central (recebe a interpretação advinda do basolateral e do núcleo acessório basal). O núcleo central responde o estímulo de três maneiras: comportamento emocional (expressão de medo), resposta automática (geralmente comportamento de defesa) e resposta endócrina (GUYTON; HALL, 2017).

Quando o estímulo aversivo chega ao hipotálamo, este libera CRH (hormônio liberador da corticotrofina). Este hormônio atua diretamente no córtex adrenal, (glândulas suprarrenais). Anatomicamente as glândulas suprarrenais apresentam uma camada mais

superficial, mais periférica, que produz o cortisol, responsável por contribuir para a disponibilização de energia (GUYTON; HALL, 2017).

Esse processo hormonal acontece no Sistema Nervoso Autônomo Simpático. Após passar pelo cortisol, o CRH atua na medula adrenal, região mais interna das glândulas adrenais onde haverá a liberação de catecolaminas, que são compostos orgânicos que circulam no sangue, ligadas a proteínas plasmáticas, e que sustentam a atividade simpática no sistema nervoso, responsáveis pelas respostas ao medo. Dessa forma, ocorre a expressão de medo. (GUYTON; HALL, 2017).

De acordo com Crake e Barlow (1994), quando o perigo é percebido ou antecipado, como no caso do medo, o cérebro envia mensagens à uma seção de nervos chamados de sistema nervoso autônomo que possui duas subseções ou ramos: o sistema nervoso simpático, que é o sistema da reação de luta e fuga, que libera energia e coloca o corpo pronto para ação, e o sistema nervoso parassimpático, sistema de restauração que traz o corpo a seu estado normal.

O sistema nervoso simpático tende a ser um sistema “tudo-ou-nada”, isto é, quando ativado, todas as suas partes vão reagir, ou seja, ou todos os sintomas são experimentados ou pode ocorrer não haver reação e nenhum sintoma ser experimentado. Além disso, um dos efeitos principais do sistema nervoso simpático é a liberação de duas substâncias químicas no organismo: adrenalina e noradrenalina, fabricadas pelas glândulas suprarrenais (CRAKE; BARLOW, 1994)

A adrenalina e noradrenalina são usadas como transmissoras pelo sistema nervoso simpático para continuar a atividade de modo que, uma vez que estas atividades comecem, elas frequentemente continuam e aumentam durante, um certo período de tempo. Essa atividade somente é interrompida em duas situações: se primeiramente, as substâncias que serviam como mensageiras são, de alguma forma, destruídas por outras substâncias do corpo, ou no segundo caso, o sistema nervoso parassimpático, que geralmente tem efeitos opostos ao sistema nervoso simpático, for ativado e restaurar uma sensação de relaxamento.

Dessa forma, em algum momento, o corpo cansará da reação de luta-ou-fuga e ele próprio ativará o sistema nervoso parassimpático para restaurar um estado de relaxamento, assim a ansiedade não poderá continuar sempre aumentando e que conduza a níveis possivelmente prejudiciais para a pessoa. O sistema nervoso parassimpático é um protetor, que impede o sistema nervoso simpático de se desgovernar. (CRAKE; BARLOW, 1994)

Mesmo depois que o “perigo” tenha passado e que seu sistema nervoso simpático já tenha parado de agir, ainda nos sentimos em alerta e apreensivos por algum tempo, porque as

substâncias ainda estão presentes no sistema, porém não há perigo nisso. Este estado de alerta é considerado uma função adaptativa do organismo, para o caso do “perigo” ocorrer novamente; será útil ao organismo estar preparado para ativar o mais rápido possível a reação de luta-e-fuga (CRAKE; BARLOW, 1994).

A atividade no sistema nervoso simpático produz uma aceleração do batimento cardíaco, como também um aumento na sua força, pois ajuda a tornar mais veloz o fluxo de sangue e assim melhorar a distribuição de oxigênio nos tecidos e a remoção de produtos inúteis nos mesmos. Percebe-se, também uma mudança no fluxo do sangue, a partir da qual o sangue é redirecionado, havendo uma diminuição em algumas partes do corpo, onde ele não é tão essencial naquele momento (através do estreitamento dos vasos sanguíneos) sendo direcionado às partes onde é mais essencial (através da expansão dos vasos sanguíneos). Durante a ansiedade, a pele fica pálida e ocorre sensação de frio nas mãos e pés, além de dormências ou formigamentos, porque o fluxo de sangue é reduzido na pele, nos dedos das mãos e dos pés. Por outro lado, o sangue é direcionado aos músculos grandes, como os das coxas ou os bíceps, o que ajuda o corpo em sua preparação para ação (CRAKE; BARLOW; 1994).

Ocorre também, o aumento da velocidade e profundidade da respiração, já que os tecidos precisam de mais oxigênio para estarem preparados para a ação. As sensações provocadas por este aumento na função respiratória incluem de falta de ar, sensação de engasgar ou sufocar, e até mesmo dores e pressões no peito. Essa respiração aumentada causa um efeito colateral, que é a redução real do fluxo de sangue para a cabeça, que pode provocar sintomas como tonteadas, visão borrada, confusão, fuga da realidade e sensações de frio e calor fortes (CRAKE; BARLOW, 1994).

Além de toda essa cadeia neurofisiológica, Bezerra (2013) relata que hoje, tem sido comprovada a relação direta do funcionamento do sistema nervoso central com o comportamento humano, mais especificamente com cada emoção.

As manifestações fisiológicas das emoções podem ser classificadas de duas maneiras, viscerais (específicas para cada tipo de emoção e condicionamento pessoal) e as somáticas (comportamentos involuntários, podendo ser reflexos incondicionais ou condicionais).

No comportamento emocional, várias funções são atingidas e observadas: cognição, que é a percepção consciente das sensações, afeto, percepção de si e dos outros, motivação, ou seja, o desejo de agir e as modificações que ocorrem a nível de alterações somáticas e viscerais (BEZERRA, 2013).

As emoções fazem parte da vida de todos nós e devem ser compreendidas em função do sentido e do papel que elas assumem de significado para cada pessoa, uma vez que são influenciadas por fatores ambientais, culturais, familiares e condições socioeconômicas, que influenciam, também, as respostas a essa emoção.

Logo, as reações emocionais são influenciadas pelo que aprendemos, crescendo num certo tipo de sociedade, e diferem das de outras pessoas criadas em outros lugares; as pessoas sentirão e irão vivenciar emoções de maneira diferentes, da mesma forma que a língua nativa é diferente para cada país.

A emoção é filtrada pelos centros cognitivos do cérebro e dá lugar aos sentimentos, que são informações que permitem que os seres biológicos sejam capazes de identificar essas emoções nas diversas situações que vivenciam (CASANOVA; SIQUEIRA; MATOS e SILVA, 2009).

Podemos perceber isso nas mulheres, durante todo o período da gravidez, trabalho de parto e puerpério, situações nas quais podem estar presentes diversos sentimentos, como o medo, a vergonha, a tristeza, a alegria, e até mesmo a raiva, dentre outros.

### **1.3 A fisiologia do parto e a assistência humanizada**

As mulheres procuram a unidade hospitalar quando iniciam as contrações uterinas. O ingresso precoce da gestante no início do trabalho de parto ou pródomo, leva a espera por várias horas até que se inicie a fase ativa do parto, causando ansiedade nas mulheres e nos acompanhantes, uma vez que acham que o aumento da dilatação deveria ser mais rápido. O fato é que a admissão dessas gestantes ocorrendo precocemente, leva a consequências como o uso de procedimentos não necessários para o parto normal, a fim de agilizá-lo. (DEL REY et al., 2013)

O parto é um processo involuntário conduzido pela parte primitiva do cérebro, portanto, quando uma mulher está em trabalho de parto, essa parte primitiva que é o sistema límbico (hipotálamo e a hipófise) é a mais atuante. Já o neocórtex (parte racional de nosso cérebro) é a estrutura capaz de inibir este processo (MELLO, 2016).

No trabalho de parto a mulher libera diversos hormônios como a ocitocina responsável pela contração uterina e ejeção de leite; endorfinas, responsáveis pela diminuição da sensação dolorosa; prolactina responsável pela produção de leite; ACTH (hormônio

adrenocorticotrófico) em resposta aos hormônios que o feto libera, mostrando que está pronto e desencadeando as ações hormonais do corpo materno; prostaglandinas que preparam o colo uterino e o útero para responder à ocitocina com a dilatação. (MELLO, 2016)

Diante do estresse, do medo, do frio, mau humor, autopiedade, conflitos situacionais, dúvidas e inseguranças, distrações, falta de privacidade, vergonha, excesso de toques, expectativas, internação precoce, preocupações, conversas excessivas (incluindo perguntas), ambiente muito iluminado, barulhento, ocorrem os estímulos para produção de hormônios como adrenalina e noradrenalina, que por sua vez, estimulam a atividade do neocortex, que irá inibir o processo do parto (MELLO, 2016).

A adrenalina e a ocitocina são antagônicas; uma interrompe a função da outra. As duas estarão juntas somente no final do parto, quando a adrenalina é liberada como uma injeção de energia na mãe e no bebê, no entanto, até chegar a esse momento final, a gestante não pode ter adrenalina circulando na sua corrente sanguínea, pois precisa de tranquilidade e segurança durante o trabalho de parto (MANUCHAGUIAN, 2016).

A mulher em trabalho de parto necessita do respeito à fisiologia de seu corpo, precisa permitir que seu corpo aja. Isso só irá acontecer caso se sinta protegida, segura e apoiada, confortável, relaxada, e ainda estar em um ambiente aconchegante, quente, agradável, com penumbra e silêncio, ter privacidade, não se sentir sendo observada mas, acolhida e com liberdade (MELLO, 2016). Não podemos esquecer que durante o trabalho de parto, a gestante poderá passar por dois momentos distintos: de negatividade, através do medo, da dor e da tensão, e de positividade, ao aceitar e aproveitar o processo natural pelo qual está passando.

O processo de trabalho de parto ocorre em quatro períodos clínicos. O primeiro período clínico do parto é o período de dilatação que inicia com as contrações uterinas regulares até o apagamento e dilatação total da cérvix (10cm). É o período mais longo, porém sua duração varia conforme a paridade. Em multíparas demora em torno de 1h enquanto a duração em nulíparas pode ser de 20 horas ou mais (LOWDERMILK, 2012).

No início do trabalho de parto, as contrações estão leves e pouco desconfortáveis, com intervalo de 10 a 20 minutos e duração de 15 a 30 segundos. Com a progressão do trabalho de parto as contrações aumentam na intensidade, ocorrendo a cada 3 a 4 minutos e duram 50 a 75 segundos. A dor da contração começa no dorso e irradia para o abdômen e para baixo em direção as coxas (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Esse primeiro período se subdivide em 3 fases: latente com o maior progresso do apagamento do cérvix (processo que o canal cervical é progressivamente encurtado até atingir sua completa obliteração) e leve aumento da descida; na fase ativa há a dilatação mais rápida

e aumento da taxa de descida da apresentação fetal; Na fase de transição a dilatação inicia em 7-8 cm até a dilatação total de 10cm, quando ocorre um aumento na intensidade dos sinais e sintomas, ou seja, na força e frequência das contrações, presença de sangue e pressão na pelve com a descida do feto (LOWDERMILK, 2012; ZIEGEL, CRANLEY, 1985).

Del Rey et al. (2013) observa que a admissão da gestante durante a fase ativa do parto causa menor grau de intervencionismo em relação a fase latente. A fase ativa do parto é caracterizada como o período do parto que transcorre entre 4 e 10 cm de dilatação e com ritmo regular.

O segundo período do parto ou período expulsivo considera a dilatação cervical completa e termina com o nascimento do feto. Consideram seu início desde o começo do puxo materno com dilatação completa. Se subdivide em 2 fases: latente na qual o feto continua a descer através do canal do parto e faz sua rotação anterior, e a fase de puxo ativo, descida, na qual a mulher tem a necessidade de fazer força para baixo conforme a descida do feto. As contrações aqui estão regulares e com intervalo de 2 a 3 minutos, com duração de 50 a 90 segundos, aumenta a pressão intra-abdominal e uterina, esse período expulsivo dura em média 20 minutos para múltíparas e 50 minutos para nulíparas (GROSS; DROBNIC; KEIRSE, 2005; KILPATRICK; LAROS, 1989; ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

A adrenalina surge aqui com um papel de interação entre mãe e bebê. Após o parto e durante as últimas contrações antes do nascimento, seu nível de adrenalina se eleva bruscamente, e é por isso que assim que se iniciam os “puxos” involuntários as mulheres ficam “alertas”, tendem a optar pela posição vertical, cheias de energia e com uma súbita necessidade de se agarrar a alguém ou algo (MELLO, 2016).

Quando o bebê desce no canal de parto e na vagina, o períneo começa a se abaular e aparece visível na abertura vaginal. A cada contração, o períneo se distende mais e a abertura vaginal é esticada em forma ovóide e depois, larga e redonda. Posteriormente, a cabeça avança, até a área biparietal e apresenta-se na abertura vaginal, que é o chamado “coroar” e em seguida o bebê nasce (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Para o bebê o afluxo de noradrenalina possibilita que se adapte a privação de oxigênio e que esteja alerta ao seio da mãe. O bebê ativo abre os olhos e busca o contato com a mãe, o que libera mais ocitocina, fundamental para os momentos seguintes do processo como dequitação da placenta e amamentação (MELLO, 2016).

O terceiro período clínico do parto ou período de dequitação, vai do nascimento até a expulsão placentária. As contrações dos músculos uterinos continuam a intervalo de 3 a 4 minutos, e ocorre a separação da placenta que se desloca para a parte inferior do útero ou da

vagina, sendo expulsa por contrações abdominais ou manualmente. Ocorre geralmente em 30 minutos. É um momento de vigilância e cuidado quanto ao risco de hemorragia no pós-parto, causa de mortalidade materna.

O quarto período ou período de Greenberg, ocorre após a dequitação da placenta, dura de 1-2 horas, classificando-se de pós-parto imediato (GOMES, 2010; LOWDERMILK, 2012; ZIEGEL; CRANLEY, 1985)

Os hormônios necessários para o nascimento estão em nosso corpo e quando protegemos a fisiologia permitindo o corpo atuar, ou seja, quando damos a autonomia ao corpo, percebemos o quanto é importante para o nascimento, desenvolvimento do bebê e vínculos afetivos. Isso é enfatizado por Seibert et al., (2005, p.248): “o uso indiscriminado da tecnologia transformou o parto num acontecimento perigoso e distante da mulher, roubando-lhe a autonomia e privacidade”.

Retomando a história, o modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, tinha o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, não sendo permitido ou mesmo legalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto (DINIZ, 1997). Com o tempo, a obstetrícia médica passa a ter o papel de resgatadora das mulheres, através de uma preocupação humanitária de solucionar o problema da parturição sem dor, através de intervenções medicalizadas. Além disso, devemos considerar que, atualmente, o uso indiscriminado de técnicas medicalizadas, muitas vezes sem necessidade, nega à mulher a opção e direito de escolha.

A percepção da dor do parto é mais intensa quando se tem o medo, estresse, tensão, frio, fome, solidão, desconhecimento sobre o trabalho de parto, problema social e afetivo, ambiente diferente, com pessoas estranhas. Diante disso, é fundamental que a enfermagem cuide mantendo atitude acolhedora, utilizando alternativas saudáveis e seguras de manejo da dor, diminuindo o sofrimento da mulher durante o trabalho de parto e parto (DAVIM, 2009).

Para Nagahama e Santiago (2005), o conjunto das práticas médicas institucionalizou o paciente, submetendo-o ao saber e poder médico, que pôde ser visto como uma dominação e transformação da mulher em propriedade institucional no processo de parto e nascimento, se caracterizando como uma cultura institucional.

A quantidade de intervenções à gestante não considera os aspectos emocionais, humanos e culturais, tratando o processo como processo de adoecer e morrer (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, 2016).

No cuidado à parturiente e ao recém-nascido, as ações são controladas em meio à incerteza e ao caos da prática diária. Utilizar e apegar-se às rotinas e protocolos, serve para

que os profissionais possam demonstrar sua competência, controlar o medo e aumentar a autoconfiança sobre as situações que são imprevisíveis. (VARGENS et al., 2015).

A assistência de saúde no Brasil foi culturalmente construída e consolidada no cuidar através da institucionalização, medicalização e a entrega do corpo da mulher a equipe médica, sendo a mulher despida de sua individualidade, autonomia e sensualidade. Ocorrem a separação da família, remoção de roupas e objetos de cunho pessoal, ritual de limpeza como o enema, e a não-deambulação, onde a mulher mantém-se passiva (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Há alguns anos, o enema era usado no início do trabalho de parto para reduzir a evacuação durante o período expulsivo e a inconveniência que causava às mulheres. Havia a crença de que um esvaziamento intestinal proporcionaria espaço para o nascimento do feto, melhoraria o ritmo uterino, reduziria a duração do trabalho de parto, diminuiria a contaminação fecal do períneo, reduzindo o número de infecções para a mãe e o recém-nascido. Hoje, se argumenta quanto a inconveniência e riscos associados com o seu uso, por ser um procedimento desagradável, pelo aumento da dor durante o trabalho de parto, pela carga de trabalho do pessoal e os custos, além do fato de sua aplicação só causar perdas fecais aquosas, que podem aumentar o risco de infecção, além de ser apenas uma preferência dos profissionais de saúde (DEL REY, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), deveremos eliminar algumas condutas consideradas prejudiciais ou ineficazes como: uso rotineiro de enema, tricotomia, uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto, exame retal, administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, revisão rotineira do útero depois do parto, entre outras.

Além disso, qualquer conduta desnecessária e arriscada é uma violação ao direito da mulher à sua integridade corporal, assim como a imposição autoritária e não informada do procedimento, não condizendo com seu direito à condição de pessoa (BOARETTO, 2003).

Um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica brasileira é a pressa em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. Por sua vez, a assistência ao parto no Brasil permanece focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher, através do controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto além de partos com excesso de intervenções, incluindo as cesarianas (LEAL, 2014).

Esse processo tem início ainda no pré-natal quando as mulheres grávidas não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do

parto vaginal, e não são preparadas para conduzirem o seu próprio parto. No hospital, esse processo tem continuidade com a imposição de inúmeras intervenções medicamentosas e, as vezes desnecessárias que podem vir a causar a impressão de um parto ruim.

No estudo de Leal (2014) as mulheres de grupos socioeconômicos mais elevados sofreram maior número de intervenções desnecessárias, por serem mais vulneráveis aos efeitos adversos da tecnologia médica. Para as mulheres socioeconomicamente desfavorecidas houve uma maior utilização de procedimentos dolorosos, como a aceleração do trabalho de parto e baixo uso de analgesia obstétrica. Para reduzir as desigualdades entre os dois grupos, Leal afirma que deve ser incentivado o parto humanizado através do empoderamento da mulher e da promoção do uso de cuidados baseados em evidências.

A medicalização do parto reflete a medicalização da sociedade, que é a atuação da medicina em vários setores da vida social, causando mudanças de comportamento e podendo constituir-se em uma violência contra pessoas. Logo, é a invasão da medicina burocrática, tecnocrática e monopolizante sobre os domínios da vida social, que a aceita como se fosse o correto (ILLICH, 1975).

A assistência de enfermagem obstétrica deve sempre primar pelo respeito à dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle sobre seu corpo, de forma que o trabalho de parto não seja doloroso e traumatizante. Para que isso aconteça, é prioritário buscar meios de tornar a parturiente a protagonista de seu parto, ou seja, ativa em suas escolhas e vontades.

Assim surge o desmedicalizar, que devolve à mulher e à criança a condição de sujeito, na vivência de seu parto e nascimento, e faz parte do processo da humanização, em especial quanto ao respeito à assistência ao parto. A desmedicalização incentiva espaços que facilitam a parturição como um momento natural da mulher, intuitivo e mágico, através de práticas humanistas e holísticas que permitem o desenvolvimento da fisiologia e o respeito à natureza feminina. (PROGIANTI et al., 2003)

De acordo com Diniz (2005), a humanização da assistência, nas suas muitas teorias, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem presta a assistência, é uma mudança no como agir diante do sofrimento da outra pessoa. Dessa forma a humanização surge como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, resignificando o projeto de cuidar e a compreensão da condição humana e de direitos humanos.

As propostas de humanização do parto, no SUS e no setor privado, têm o objetivo de criar possibilidades para o exercício dos direitos, para que seja possível viver, efetivamente, a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Torna-se necessário reinventar o

parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha pela cesárea como parto ideal e a vitimização do parto vaginal violento (DINIZ, 2005).

O PHPN pelo Ministério da Saúde (2002), têm os seguintes princípios:

toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002, p. 6)

A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), que surgiu com a carta de Campinas, documento fundador da ReHuNa, denuncia circunstâncias de violência e constrangimento, assim como na assistência, quando as mulheres e as crianças são submetidas a condições pouco humanas no momento do nascimento, devido a interferências obstétricas desnecessárias, que acabam por inibir o mecanismo fisiológico natural do parto (DINIZ et al., 2002).

O artigo 12º da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Convenção CEDAW) dispõe:

Os Estados-parte adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar; sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-parte garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (PIMENTEL, 1979, p.23).

A assistência humanizada, para Diniz et al. (2002), significa fazer uma assistência que, não visa apenas ao parto normal a qualquer custo, mas que procura principalmente, resgatar a posição da mulher no processo do nascimento. Uma assistência que respeite a sua dignidade, sua autonomia e seu controle sobre a situação que vive.

A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha, na qual se assegura à mulher o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Busca reduzir a mortalidade materna e neonatal, pela adoção e o compromisso com as práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas da OMS de 1996 e garantir a presença do acompanhante desde o acolhimento da gestante até o pós-parto (BRASIL, 2011).

A equipe de saúde deve garantir a segurança e bem-estar da mulher através de um cuidado adequado e de qualidade, acolhendo a gestante e seus familiares, tendo preparação e fundamentação científica e uma visão voltada para a individualidade de cada gestante, permitindo a criação do vínculo e da confiança, passando tranquilidade (PEREIRA, 2016).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda como cuidados gerais durante o trabalho de parto, que a mulher deva ser tratada com respeito, ter acesso às informações e ser incluída nas decisões. No entanto, para que isso aconteça, o profissional deve estabelecer relação de intimidade com as gestantes e saber seus desejos e expectativas quanto ao parto. (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, 2016)

Ainda percorreremos um longo caminho para a concretização da humanização e desmedicalização, como melhoria do cuidado à saúde, mesmo a mulher estando respaldada pela Constituição Federal de 1988 que contém o princípio da igualdade e dispõe sobre o direito à plena assistência.

#### **1.4 O medo do trabalho de parto e os cuidados da enfermeira obstétrica**

De acordo com o estudo de Birgitta Salomonsson (2010), para a maioria das mulheres, o medo no parto está ligado as mesmas razões das experiências estressantes na vida, um processo de trabalho deteriorado e idade avançada. Em alguns casos, não foi possível identificar razões do medo e as enfermeiras obstétricas chamaram esse medo de “não esclarecido” que significa que a própria mulher não tem ideia real do porquê ela está com medo.

As mulheres hoje em dia têm, menos confiança nelas mesmas, menor noção de sua própria capacidade de parir e conhecimento insuficiente sobre as funções do seu próprio corpo. O medo de perder o controle é uma razão para o medo do parto, por dois aspectos: controle para comportar-se adequadamente e para controlar o processo de trabalho (BIRGITTA SALOMONSSON, 2010).

O mesmo é analisado por Pereira et al. (2013, p.205):

as mulheres sentem-se inseguras, incapacitadas e têm dificuldade nas tomadas de decisões sobre o tipo de parto e as técnicas a serem utilizadas durante o processo de parturição por não conhecerem as questões técnicas levantadas pelos profissionais da área da obstetrícia.

O medo afeta as mulheres em um nível tão intenso, que começam a questionar, sobre o que de fato afeta a confiança e capacidade em relação a dar à luz um filho. O parto é um dos eventos mais importantes da vida e uma mulher e a gravidez pode fortalecer a autoestima e a identidade feminina. Porém, o oposto também ocorre.

A dor não pode, apenas, ser relacionada com o processo fisiológico, vários fatores influenciam a percepção da dor. O medo, stress mental, tensão, fadiga, frio, fome, solidão, desamparo social e afetivo e falta de informações aumentam a dor na hora do trabalho de parto (LARGURA, 2000). Assim, a tensão, a angústia, o medo, causam a permanência do tono muscular residual, aumentando a dor. Quando controlada, através de técnicas de relaxamento, essa dor diminui (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

Cabe ressaltar que a influência do medo do parto a partir da experiência de outra gravidez vivida anteriormente ou de pessoas próximas, é relevante para identificar as mulheres grávidas com elevados níveis de medo do parto. Deve-se intervir precocemente, através de técnicas não invasivas que possam deixá-las mais calmas e mais perceptivas quanto ao seu corpo, conseqüentemente mais colaboradoras com trabalho de parto.

Durante o acompanhamento do trabalho de parto, as tecnologias de cuidado podem ser utilizadas com o intuito de ativar o trabalho de parto, aliviar a dor, auxiliar na descida e rotação interna (GOMES, 2010)

As pesquisas de Davim (2009) falam sobre as terapias alternativas como a acupuntura, a aromaterapia, a hidroterapia (que compreende o banho de aspensão e o banho de imersão), a homeopatia, as aplicações magnéticas (como a eletroestimulação transcutânea ou TENS) e o uso da bola suíça (também conhecida como bola de Bobath ou bola do nascimento), dentre outras ações. Essas terapias auxiliam o parto normal e encorajam a mulher a ter uma postura ativa e uma experiência enriquecedora.

Quando há confiança, conforto e segurança aumentassem a capacidade de relaxar e a concentração no trabalho de parto. Esse é feito de esforço, concentração e dedicação, portanto o ambiente, os recursos humanos e técnicos influenciam no progresso e no sucesso do parto.

As ações das enfermeiras obstétricas que atuam na perspectiva de cuidar no trabalho de parto, parto e nascimento, visam a que as intervenções e os procedimentos invasivos, só deverão ser realizados em ocasiões realmente necessárias. A parturiente tem o direito de escolher como deve ocorrer o parto e em qual posição ela deve se manter, o ideal é que não permaneça deitada, mas que deambule, sente-se na “bola de parto” ou no “cavalinho”, a fim de aliviar a dor e identificar qual posição a deixa mais confortável para o parto. Banhos de chuveiro parecem ser bastante eficientes no alívio da dor. O ambiente deve trazer conforto e

relaxamento no momento de trabalho de parto, além de músicas e aromas que transmitam tranquilidade (ALVES et al., 2015).

Na pesquisa de Gayeski (2010) a maior parte das mulheres atendidas fez uso de métodos não farmacológicos e os que mais se destacaram foram a bola suíça, deambulação e o banho de aspersão. Dessa forma, proporcionaram conforto à parturiente o que evitou o uso de substâncias farmacológicas que pudessem interferir no processo fisiológico do parto.

Matos et al. (2010) relata que os métodos não farmacológicos diminuem a dor provocada pelas contrações uterinas, aumentam a satisfação materna e melhoram os resultados obstétricos. As mulheres se apresentam participativas, uma vez que passam a ter controle sobre a dor. O apoio do acompanhante e dos cuidadores, a liberdade de movimentação e de escolha dos seus movimentos, também muito contribuem nesse momento.

As tecnologias de cuidado são técnicas, procedimentos e conhecimentos realizados pelo enfermeiro durante o processo de cuidado, empregados nas diferentes fases do processo de parir e nascer. Sua aplicação busca não intervir nos processos fisiológicos envolvidos (PROGIANTI; VARGENS, 2004).

As técnicas do cuidado promovem conforto, relaxamento, redução dos riscos e institui cuidados eficazes, benéficos e apropriados às necessidades da gestante, como por exemplo, o uso de água, óleos essenciais, aroma e música, estimulando a movimentação corporal; a deambulação, os exercícios posturais, movimentos pélvicos e o agachamento, podendo ou não empregar recursos como a bola suíça ou bobath, a cadeira de balanço obstétrica e o banquinho meia-lua, também são bastante eficazes. Há tecnologias de cuidado que utilizam princípios físicos da água e da gravidade, como nos partos na água vertical e de cócoras. Para preservação da integridade corporal, como por exemplo, as técnicas de proteção perineal que evitam intervenções desnecessárias, como a episiotomia de rotina (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011).

O trabalho de parto humanizado vai além das técnicas e exige da equipe de enfermagem preparação para desempenhar uma assistência de forma holística e com postura ética, pois além do alívio da dor, a mulher possui diversas outras necessidades como privacidade, suporte psicológico e autonomia sobre seu corpo.

A assistência prestada pelas enfermeiras é baseada no cuidado humano e holístico, dando assim o poder pleno às mulheres, para as escolhas das ações sobre o trabalho de parto, para que ela mesma, seja a protagonista desse processo. A enfermeira apoiará sempre as necessidades individuais de modo seguro, sendo contrária à cultura tecnocrata empregada nas instituições hospitalares atuais (PEREIRA et al., 2013)

Cabe refletir que o holismo faz com que a pessoa seja ativa, levando há grandes modificações em estilos de vida. Expressa, também, a sua inclusão nas questões de corpo, mente, emoções; trata do espírito do paciente no processo de cura (DAVIS-FLOYD, 2001)

Ressalta-se ainda que a qualidade da assistência ao parto depende, também, de componentes estruturais e funcionais do Centro Obstétrico (CO). Envolve a adequação dos recursos físicos, materiais e humanos, suficientes para transformar o CO em um espaço mais acolhedor e favorável à implementação das ações, que são preconizadas pela política de humanização, incluindo autorizar a presença de acompanhantes (PEREIRA, 2013).

De acordo com Gomes e Moura (2012, p. 250) o parto humanizado segundo os profissionais do campo obstétrico envolve:

“[...] prática baseada em evidências, a desmedicalização da assistência com o manejo da dor como prevenção da dor iatrogênica, a qualidade da relação interpessoal com o reconhecimento dos direitos do paciente, tratamento acolhedor e respeitoso, e a promoção dos vínculos familiares”.

Coloca a enfermagem como a principal responsável pelo acolhimento e cuidado não invasivo para a gestante. Destaca a necessidade de investimentos financeiros pelos hospitais para mudar a postura dos profissionais de saúde. Assim poderá haver uma implementação de base científica no cuidado, que leve a um novo olhar sobre o processo saúde e doença, compreendendo a pessoa em sua totalidade.

Mesmo existindo tecnologias analgésicas e anestésicas, que visem a atender a mulher no trabalho de parto, essa assistência nunca será completa se não vier acompanhada da postura ética do profissional com atitudes acolhedoras e humanas uma vez que, mesmo que se minimizem as sequelas físicas, as psicológicas serão permanentes.

No parto humanizado, é essencial o uso de cuidados não farmacológicos de alívio da dor. A equipe de enfermagem tem um papel fundamental ao proporcionar à parturiente o alívio da dor através de medidas simples como liberdade de adotar posturas e posições variadas, exercícios que facilitam o trabalho de parto, deambulação, respiração ritmada e ofegante, banhos de chuveiro e de imersão, toque e massagem, oferecendo à mulher a oportunidade de ter uma boa vivência do parto (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

A falta de conhecimento do próprio corpo e do processo fisiológico da gestação causam sentimentos de dúvidas e incertezas, que levam a mulher a ter insegurança. As informações recebidas em seu contexto social e familiar também contribuem para que a parturiente não colabore e não tenha confiança no momento do parto. A dimensão

sociocultural é capaz de interferir no tipo de parto, com a formação de mitos, crenças e opiniões que se refletem na experiência de cada gestação (ALBUQUERQUE et al., 2007).

Desta forma, é fundamental a realização de ações educativas pelo enfermeiro obstetra durante o pré-natal, trazendo autoconfiança e reduzindo o medo e as angústias que a mulher apresenta no momento da escolha do tipo de parto (PEREIRA et al., 2013). A enfermeira obstétrica deve olhar a outra mulher como um todo, na sua integralidade, considerando que têm sentimentos e que precisa de atenção no seu momento único, e nunca ser vista como um objeto.

O desafio da enfermeira obstétrica é devolver o poder a mulher grávida, mostrar que ela é capaz, dona de seu corpo e de seus pensamentos, e que ela pode ter um parto vaginal não traumatizante. Isso não é feito do dia para noite, nem mesmo durante algumas horas no período do trabalho de parto. Deve ser estimulado e desenvolvido durante o pré-natal no intuito de ajudar e aliviar todo o sofrimento da mulher com relação aos seus conceitos sobre o parto e sobre si mesma, além de desmitificar a incapacidade de parir que é imposta pela sociedade desde a infância, através de familiares.

A enfermagem exerce seu papel fundamentado no ato de cuidar, a fim de proporcionar conforto e segurança para parturiente. Contudo, possui também, suas atribuições administrativas que demandam muito tempo, deixando de lado, muitas vezes, a prática humanizada (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015)

Quanto à preparação profissional, os estudos vêm mostrando que, para que haja uma assistência humanizada, os profissionais necessitam ser capacitados e preparados para desenvolver tais cuidados (CAMPOS, 2016).

Desde 2001 o Ministério da Saúde relata que o processo de humanização do nascimento envolve uma mudança de atitudes, devendo iniciar pelo profissional de saúde, através de seus conceitos, deixando de lado preconceitos, para favorecer um acolhimento completo, técnico e humano à mulher, além da mudança das Instituições que devem estar estruturadas e preparadas para esta nova postura, incentivando, favorecendo, estimulando e capacitando seus profissionais. Ainda deverão estar administrativa e estruturalmente preparadas para o processo, amparadas e suportadas pelas normas e diretrizes específicas.

Para Duarte, Borges e Arruda (2011) é fundamental a realização de oficinas de sensibilização para os profissionais e uma enfermeira obstétrica para assessorar tecnicamente a implantação das práticas obstétricas humanizadas. Nessa sensibilização a equipe que atua em maternidades, passaria a ter um olhar mais humanizado, através da elucidação e transposição de suas próprias barreiras, medos, sentimentos, crenças internas e valores sociais.

Dessa maneira, as mulheres, conseguirão ter a autonomia resgatada, ter voz para identificar e expressar desejos sobre o que querem no parto e em seus corpos, além do controle sobre as suas ações e sentimentos. Assim, será incrementado o estímulo ao parto normal e o fortalecimento ao potencial da gestante.

Observamos desta forma, que mesmo com uma estrutura social pré-estabelecida, é possível o atendimento às necessidades de forma individualizada durante o trabalho de parto, ao invés, de dar ênfase a tecnocracia e às necessidades dos profissionais de saúde e das instituições hospitalares.

Diversos fatores, relacionados a cada mulher, podem influenciar a vivência do parto. Sejam eles, próprios da mulher gestante, como por exemplo, a idade, além de problemas sócios econômicos, experiências familiares ou a sua própria experiência no parto anterior; se houve ou não planejamento da gravidez, se o companheiro está ao seu lado ou não, as nossas inseguranças como mulher e futura mãe, dentre outros.

Acrescenta-se a esses fatores, o tipo de assistência que recebeu no pré-natal, a forma como é orientada sobre o que está acontecendo durante o trabalho de parto, as influências externas como luz acesa, barulho, estresse do desconhecido, dentre outros.

Devem ser considerados os aspectos intrínsecos de cada mulher, o tipo de cultura na qual vive, a sua própria visão e o tipo de atendimento prestado nos serviços de saúde à mulher grávida, a qualificação e liberdade de atuação das enfermeiras obstétricas; todos esses fatores influenciam em como será o parto.

Relembremos que, na época do cristianismo, o medo foi internalizado nas pessoas e inscrito no corpo. Isso permanece até hoje (COSTA, 1998). Porém, como emoção singularizada, constitutiva do psiquismo do sujeito, parte do seu emocional, o medo passa a ser presente em tudo, não só no pecado e no demônio (SANTOS, 2013). Com o afrouxamento da autoridade patriarcal percebemos uma sociedade com mais conflitos e insegurança, o que causa ansiedade e medo (MEZAN, 1997). A medicina tecnocrática, ainda tenta manter esse controle e mostrar, que a cesariana é o único e o mais seguro meio de dar à luz.

A dimensão sociocultural que vivemos interfere no tipo de parto, com a formação de mitos, crenças e opiniões que se refletem na experiência de cada gestação (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005), no entanto, a humanização, a desmedicalização, e o holismo têm mostrado, que é possível que as mulheres tenham autonomia, controle, autoconfiança e capacidade de parir sem intervenções medicalizadas (PROGIANTI et al., 2003).

No trabalho de parto é necessário o respeito à fisiologia do corpo; é necessário permitir que ele aja. Há que serem utilizadas formas de cuidar que ajudem no alívio da dor, do

medo e da insegurança, não permitindo que o parto seja um acontecimento traumatizante. (MELO, 2016) Para que isso aconteça, é necessário que a enfermeira obstétrica tenha sensibilidade, capacidade e ética para compreender a outra mulher nos seus sentimentos e na sua integralidade (DUARTE; BORGES; ARRUDA, 2011). A partir disso, pretendo buscar o significado do medo para as mulheres primíparas antes e após o trabalho de parto.

## 2 PROPOSTA METODOLÓGICA

### 2.1 Abordagem teórico-metodológica

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa com a utilização da *Grounded theory (GT)*, na perspectiva do interacionismo simbólico, sobre o significado do medo do parto para as mulheres primigestas e primíparas antes e após a vivência do trabalho de parto. Conforme mencionado por Malhotra (2012, p.155), “a pesquisa qualitativa proporciona uma melhor visão e compreensão do contexto do problema [...]”.

Para Bogdan e Biklen (2011), a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador é o instrumento chave. Ocorre um contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada; o significado que as pessoas dão as coisas e a sua vida, é o mais importante para o pesquisador. Dessa forma, irei analisar o significado do medo do parto para mulheres primigestas e primíparas e suas influências na vivência do parto normal.

Um estudo acerca da pesquisa qualitativa em Enfermagem segundo Chenitz e Swanson (1986) evidenciou a interação simbólica preocupando-se com os aspectos internos do comportamento humano, isto é, preocupando-se com a forma como as pessoas percebem eventos ou a realidade, e como agem em relação às suas crenças.

#### 2.1.1 Interacionismo simbólico

As fundações do interacionismo simbólico surgiram no início de 1900 com George Herbert Mead, um Psicólogo Social da tradição sociológica de Chicago, que teve influência de John Dewey. Eles defendiam que os seres humanos sofrem um processo contínuo de transformação devido às constantes mudanças do mundo social, sendo a mente o meio pelo qual se tem a reflexão sobre a situação e torna este processo possível.

O nome interacionismo simbólico foi dado pelo Sociólogo da Universidade de Chicago, Herbert Blumer, que esclareceu o trabalho de Mead e estabeleceu o interacionismo

simbólico como uma abordagem de pesquisa (MEAD, 2015; MORRIS, 1977; STRAUSS, 2017).

Para os interacionistas simbólicos, só é possível compreender o comportamento humano, interações e processos sociais, através do 'significado', para isso o pesquisador precisa entender os significados que são experimentados pelos participantes da pesquisa dentro de um contexto particular (CHENITZ; SWANSON, 1986; MORRIS, 1977).

De acordo com Blumer (1969), o interacionismo simbólico possui 3 pilares como base:

- a) a relação entre os seres humanos e o mundo ocorre pelos significados a partir dos quais sentimos, pensamos e interagimos. Abrange objetos, locais, situações, atividades do dia-a-dia;
- b) esses significados vêm ou são provocados pela interação social que temos com as pessoas;
- c) quando a pessoa entra em contato com outras pessoas ou elementos, os significados sofrem uma modificação na sua interpretação.

A relação desses passos de Blumer com o presente estudo é:

- a) a mulher age com relação ao medo do parto devido a diversos fatores que o desencadeiam, com base no que a nossa sociedade, cultura e experiências da vida marcaram no “eu” dessa mulher;
- b) o medo passa a ter um significado para a mulher, de acordo com a sua interação social, meio em que vive, familiares, amigos, etc;
- c) a mulher pode ter esse medo modificado e amenizado, bem como entender seus fatos geradores, através da mudança e entendimento de seu pensamento a respeito do parto, a partir da interação social com os profissionais que a vejam em sua integridade.

Assim, o interacionismo interpreta as percepções das pessoas, o significado e o sentido que elas dão às coisas e como esses relatos se relacionam com as experiências. É uma metodologia empírica que usa alguns procedimentos como: estudos de caso, entrevistas, observação participante, história de vida, conversações, análise de documentos, cartas, diários, dentre outros (CASSIANI, 1994; SANTOS; NÓBREGA, 2002).

## 2.1.2 Conceitos que norteiam o interacionismo simbólico

### 2.1.2.1 Símbolo

Sem o símbolo não interagimos com os outros e o utilizamos para pensar, comunicar ou representar. Os símbolos são representados por ações humanas ou palavras. A interação humana ocorre pelo uso dos símbolos, por sua própria interpretação ou interpretação dos seus significados através dos outros. Através do simbolismo da linguagem, as pessoas se integram à sociedade e interagem. Dessa forma, os seres humanos estão sempre interpretando ou definindo as ações uns dos outros (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

A compreensão e expectativas comuns da sociedade tem como base o consenso dos sentidos. Quando os gestos se tornam um sentido comum, ou seja, um elemento linguístico, são chamados de "símbolos significantes". (HAGUETTE, 2010)

### 2.1.2.2 *Self* (si mesmo)

Mead (2015) relata que o ser humano possui um *self*, que além do indivíduo agir com a sociedade, também age consigo mesmo, ou seja, pode tornar-se o objeto de suas ações. O *self*, tal como outros objetos, são influenciados por outras pessoas. A partir dos outros, ocorrem alterações dos referenciais sobre si mesmo. Este processo está sempre em processo de mudança.

O ser humano pode ser o objeto de suas próprias ações dentro da sociedade, que precede a existência do *self* (HAGUETTE, 2010).

O *self* é um processo social dentro do indivíduo e que se divide em dois: o eu e o mim. Sendo o “eu” a impulsão do indivíduo de forma espontânea e não socializada, uma reação ao ato do outro de forma impulsiva. Já o “mim” são as atitudes adotadas pelo indivíduo; é o que caracteriza nossa conduta, por ser totalmente consciente (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Para Morris (1977) a mudança sobre si mesmo é uma capacidade de refletir sobre si, e poder 'assumir o papel do outro' criando um meio de traduzir símbolos sobre o outro, permitindo que aos seres humanos desenvolvam o sentido de 'eu social'.

#### 2.1.2.3 *Mind* (mente)

A mente é a comunicação social do *self*. É através da mente que o indivíduo define a ação sobre si mesmo numa determinada situação, sendo essa ação uma interpretação do objeto para aquele indivíduo. A mente se manifesta na interação consigo próprio usando os símbolos. Ela é social, pois ocorre também, na interação com os outros, para entendê-los e definir a ação em relação ao objeto e as situações (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

#### 2.1.2.4 Interação social

A interação social é construída a partir da ação social. As pessoas agem de acordo com a sua interpretação sobre a situação. Na interação simbólica ocorre a interpretação e a definição entre as pessoas envolvidas (GLASER, 1978).

Na interação, nós somos objetos sociais uns para os outros, utilizamos os símbolos e determinamos o self causando uma ação mental, podemos tomar decisões trocamos ideias e perspectivas, agimos diante de uma situação e até assumimos o papel do outro (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

#### 2.1.2.5 Ação

O interacionismo simbólico compreende o fenômeno de uma maneira ampla. Revela e aponta o significado que tem a relação da teoria e da prática de enfermagem para o Enfermeiro para, a partir daí, compreender se esse significado ocorre ou é um resultado da interação do enfermeiro com os elementos envolvidos no processo assistencial. Procura

também saber se esses elementos são significativos, toda vez que interagem no seu ambiente de trabalho e como se utiliza o processo interpretativo ao agir reciprocamente (SANTOS; NÓBREGA, 2002). A partir da análise da experiência do medo, o significado do medo e os fatores que geram esse medo, será possível contribuir também, com a importância do papel da enfermeira no pré-natal e no trabalho de parto.

#### 2.1.2.6 Sociedade

A sociedade é toda atividade grupal que se baseia no comportamento cooperativo do homem, que envolve uma resposta às intenções dos outros. Essas são transmitidas por meio de gestos que se tornam simbólicos e passíveis de serem interpretados (GUITIERREZ, 1989).

Os indivíduos, ao interagirem, podem definir e alterar os atos dos outros. Cada grupo, organização ou interação é uma sociedade, envolve comunicação e interpretação pelos integrantes, e depois com o tempo se constrói a cultura. Assim, temos uma estrutura social que é a padronização das relações quando interagimos uns com os outros. Porém, o ser humano é mutável e dinâmico, interage consigo e com os outros conforme a situação se apresenta no presente (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997)

Charon (1985) já havia criado um esquema representativo dessa ação humana na perspectiva interacionista, que apresenta como o indivíduo chega à situação em que haverá interação, definindo para ele próprio tal situação (Figura 7).

## 2.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no HNMD inaugurado em 8 de fevereiro de 1980, no bairro do Lins, na cidade do Rio de Janeiro, com objetivo de atender aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) e servir de referência para assuntos da saúde da Força.

A escolha do HNMD decorreu de ser o único Hospital Naval do Sistema de Saúde da Marinha que é classificado como de atendimento nível terciário. Um hospital de referência com pessoal altamente capacitado e equipamentos sofisticados, possuindo capacidade de atendimento e tratamento de enfermidades de alta complexidade e recebe pacientes de todas

as Unidades do Sistema da Marinha. (JORGE; CARVALHO; DE CARVALHO; JORGE M; MEDEIROS, 2010)

O SSM é um sistema peculiar de prestação de assistência à saúde dos militares e respectivos dependentes, sob a modalidade de autogestão especial, disciplinada por legislação específica sujeita se à legislação específica (Decreto nº 92.512/86 e as Normas para Assistência Médico-Hospitalar na MB - DGPM-401), que delinea as condições de atendimento, os direitos e as obrigações dos respectivos beneficiários. (BRASIL, 1986; 2012; 2019)

As gestantes, militares e dependentes do sistema só podem ter o parto no HNMD, já que é o único hospital da Marinha no Rio de Janeiro. Nele, também são atendidas as gestantes de alto risco que são encaminhadas e transferidas de outras cidades do Brasil, pois o hospital é de referência nacional para o sistema da Marinha.

No hospital há um serviço ambulatorial de obstetrícia, centro cirúrgico obstétrico e emergência obstétrica, em que todos os atendimentos, seja no ambulatório, na emergência ou no parto, são realizados por médicos. O Centro Obstétrico possui em seu quadro de Oficiais da área de apoio à saúde (Enfermagem): 5 enfermeiras, sendo 2 enfermeiras obstétricas e 3 enfermeiras generalistas.

As usuárias do hospital são as próprias militares e ou as dependentes mais próximas de militares, como cônjuges e filhas. Seguem-se, nesses casos, a hierarquia de postos militares. Mesmo se as dependentes forem civis, elas são qualificadas de acordo com o posto de graduação de seu titular.

A escolha do hospital militar ocorreu pelo fato de inexistir pesquisa científica sobre o assunto medo do parto para as militares e dependentes dos militares. De acordo com o portal BVS saúde, usando os descritores militar e trabalho de parto, verificamos 60 artigos, sendo 1 em português, 4 em espanhol, 1 em japonês, 54 em inglês, dentre eles os assuntos que eram relacionados a gestação foram: a mortalidade materna, prematuridade, depressão pós parto, complicações na gestação e alto risco, internação no período do pré-natal e o trabalho de parto e ainda, parto: a fadiga nas militares.

Além disso, a escolha do HNMD ocorreu também, por ser um local predominantemente tecnocrático e possuir uma filosofia hierarquizada. No ano de 2018 o índice de cesárea foi em torno de 70% e parto normal de 30%. No entanto, a instituição tem buscado mudanças para humanização do parto desde 2014, com obras estruturais que permitiram a presença do acompanhante durante todo o período do trabalho de parto, parto e

puerpério, com a aquisição de camas para parto normal e acessórios que auxiliam no trabalho de parto, como: bola, assento ativo e banqueta para auxiliar no trabalho de parto.

### 2.3 Participantes do estudo

As participantes foram mulheres, maiores de 18 anos, que estavam vivenciando sua primeira gravidez (primigestas) e seu primeiro parto (primíparas). As gestantes foram entrevistadas pela pesquisadora em um local com privacidade no ambiente do ambulatório de pré-natal e as puérperas foram entrevistadas, durante sua internação no alojamento conjunto.

A amostragem foi intencional, na qual o pesquisador selecionou os indivíduos e o local do estudo, informando aos participantes sobre o problema e o fenômeno a ser estudado. (CRESWELL, 2014)

Para Charmaz (2009), a seleção da amostragem inicial é o ponto a partir do qual se define para onde quer ir o pesquisador na coleta de dados. Em seguida, se busca o embasamento e uma explicação para cada uma das categorias conceituais adquiridas, isso se chama amostragem teórica. É possível fazê-la utilizando-se memorandos que registram essa amostragem, que vai sinalizar as categorias incompletas, lacunas que precisam ser explicadas e que possam aparecer na análise, caso seja necessário elaborar novas categorias independentes. Dessa maneira, se tem confiança nos dados e na sua precisão. Assim, conforme forem surgindo dados que possam indicar novas perspectivas para a investigação, a pesquisa deverá continuar (DUARTE, 2002).

A coleta de dados será interrompida quando as categorias se apresentarem saturadas. Aqui os novos dados já não possuem *insights* teóricos para se construir novas categorias, ou seja, não tem nada novo acontecendo, logo, mantém-se o padrão das entrevistas anteriores e os objetivos já foram alcançados. (CHARMAZ, 2009).

Foram entrevistadas um total de 26 mulheres sendo: 10 mulheres primigestas e 16 mulheres primíparas. Assim, os participantes foram divididos em dois grupos:

Grupo amostral 1: mulheres primigestas

Grupo amostral 2: mulheres primíparas de parto normal

Houve, em conformidade com o preconizado pela Grounded Theory (GLASER, 1978) a possibilidade de se entrevistar a mesma participante antes e após o parto, o que a colocaria nos dois grupos amostrais. No entanto, as mulheres primigestas e primíparas entrevistadas não

foram as mesmas. Considerou-se, principalmente, o foco apenas no significado do medo, se seriam os mesmos nos dois grupos e como as primíparas resignificariam esse medo. Por esse motivo não haveria necessidade de serem as mesmas mulheres para os dois grupos amostrais.

#### **2.4 Critérios de inclusão e exclusão**

O estudo teve como critérios de inclusão as mulheres primigestas e primíparas, maiores de 18 anos, no período do pré-natal e as puérperas que tiveram trabalho de parto e parto vaginal.

Para Ricci (2008), primigesta é a mulher grávida pela primeira vez e primípara é a mulher que já deu a luz pela primeira vez a feto vivo ou morto.

O critério de exclusão foram as gestantes menores de 18 anos, as multíparas e as primíparas que tiveram parto de emergência, sem tempo hábil para o trabalho de parto, ou cesariana eletiva.

#### **2.5 Estratégias de coleta e análise dos dados**

A pesquisa foi realizada no Hospital Naval Marcílio Dias, no período de fevereiro de 2019 a junho de 2019.

O instrumento de coleta de dados do estudo foi um roteiro de entrevista semiestruturada, constituído de “uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista” (LAVILLE; DIONNE, 2008, p.188), apoiadas no teórico e nos objetivos da pesquisa.

Após a realização da entrevista, seguiu-se um roteiro pré-elaborado (APÊNDICE D), que nos levaram a compreender a percepção do medo, seu significado e seus fatores geradores, segundo as mulheres primigestas e as primíparas, antes e após a vivência do seu trabalho de parto. As entrevistas foram gravadas em meio eletrônico, a partir do consentimento da entrevistada (APÊNDICE A), considerando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

Posteriormente foram transcritas, literalmente as falas das entrevistadas a fim de assegurar o controle de qualidade e precisão do conteúdo. Depois de transcritas, para garantir sua precisão, foram relidas quantas vezes necessário. Na transcrição das entrevistas, as mulheres foram identificadas por códigos alfanuméricos: a letra E para entrevistada, seguida das letras AP referindo-se a antes do parto ou PP, pós parto, seguido do número na ordem em que foram entrevistadas. Ex: EAP01- entrevistada antes do parto n.1. Dessa forma, foi protegida a identidade das participantes.

### 2.5.1 *Grounded Theory*

O método *Grounded Theory* (GT), traduzido no português como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), foi desenvolvido pelos sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss, apresentado na obra *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, em 1967.

Esse método explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e consiste numa forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados por um processo de coleta e análise dos dados sistematicamente conduzidos. A *grounded theory* emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos, relacionando-as aos fenômenos específicos (STRAUSS; CORBIN, 2014).

Strauss acrescentou o interesse pelos significados dos processos sociais subjetivos, baseados no uso da linguagem, emergentes da ação. Já Glaser, a partir da sua formação na Universidade de Colúmbia, imprimiu ao método o processo de codificação, em especial, a realização de comparações entre os dados, assim como na pesquisa quantitativa (CHARMAZ, 2009).

O método é considerado adequado quando existe a vontade de compreender a realidade, as atitudes dos seres humanos, os significados atribuídos às situações, interações e experiências de suas vidas de forma subjetiva no seu cotidiano (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

A coleta e análise de dados pela *grounded theory* foi construída por Strauss e Corbin (2017), com base nos seguintes elementos:

- a) Condições causais: conjunto de eventos, incidentes ou acontecimentos que levam ao fenômeno. Podem ser percebidas através de expressões como: quando, onde, uma vez que, porque, devido a, por causa de;
- b) Fenômeno: é a ideia central, evento ou acontecimento que está sendo analisado pelo pesquisador;
- c) Contexto: grupo específico de particularidades que envolve as condições dentro das quais o fenômeno acontece e quais as estratégias de ação e interação devem ser tomadas;
- d) Condições intervenientes: indicam as condições estruturais que se apoiam nas estratégias de ação-interação e que pertencem ao fenômeno, como por exemplo, o tempo, espaço, cultura, status econômico, status tecnológico, história, biografia do indivíduo, entre outras;
- e) Estratégias de ação-interação: a partir das respostas dos indivíduos, ocorre uma ação-interação para gerenciar, lidar ou responder ao fenômeno e como ele se dá no contexto;
- f) Consequências: referem-se aos resultados ou expectativas da ação-interação em relação ao fenômeno.

Durante a aplicação do método, é importante realizar “memorandos” ou “memos” que são anotações com os registros das informações e impressões observadas durante a entrevista para futura complementação na análise dos dados, tornando mais fácil compreender, aprofundar e simplificar as situações em que o fenômeno se apresenta (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Schatzman e Strauss (1973) recomendam organizar esses registros de “memorandos e memos” usando a técnica das notas de observação (NO), notas metodológicas (NM) e notas teóricas (NT):

- a) Notas de Observação: são as descrições sobre toda a observação percebida no evento, no caso, durante a entrevista. Cada NO representa um acontecimento que possa subsidiar o julgamento dos dados ou obter evidências que os esclareçam. Aqui podem ser utilizadas expressões como: quem, o que, quando, onde e como;
- b) Notas Teóricas: dão um significado e estabelecem conexões entre notas de observações e definições já elaboradas, ou seja, são as interpretações, hipóteses e inferências com a finalidade de construir conceitos;

- c) Notas Metodológicas: servem para direcionar o pesquisador, para que possa tomar decisões sobre o estudo a partir da identificação dos problemas encontrados durante a busca de novos dados bem como a maneira estratégica de resolvê-los.

A análise de dados seguirá o processo de *grounded theory* que conceitua e reduz os dados, elabora categorias em propriedades e dimensões (subcategorias). Conforme e Dantas (2009) e Strauss e Corbin (2014) o processo de análise ocorre nos seguintes passos:

- a) codificação aberta: examina, reflete, compara e conceitua. Cada fragmento da entrevista terá uma palavra ou expressão que a define, formando códigos preliminares.
- b) codificação axial: os códigos são reagrupados, originando códigos conceituais, surgindo assim novas combinações que formarão subcategorias, que, através de conexões, explicações dos fatos, delinearão as categorias (códigos conceituais). Essas serão comparadas, relacionadas e interconectadas.
- c) codificação seletiva: ocorre o refinamento e integração das categorias até definir uma categoria central, que definirá o fenômeno central.

## 2.6 Considerações Éticas

A pesquisa foi desenvolvida após ser aceita pelo Conselho Avaliador de Projetos de Pesquisa (CAPPq-HNMD) do Hospital Naval Marcílio Dias (ANEXO A) e adicionada à Plataforma Brasil para encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UERJ para apreciação (ANEXO B), juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse seguiu os aspectos éticos conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, e conforme a Resolução 510/16 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou ainda que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

O TCLE foi apresentado e assinado pelas mulheres gestantes e primíparas que aceitaram participar da pesquisa após esclarecimento quanto à natureza da mesma, seus

objetivos, métodos, riscos potenciais e algum tipo de constrangimento que pudesse vir a causar. A participação nesta pesquisa teve a garantia de anonimato e foi assegurado que as informações não seriam utilizadas em prejuízo das pessoas. Na entrevista só estiveram presentes a pesquisadora e a entrevistada com ou sem seu acompanhante. Ressalta-se que não houve nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras às participantes. Nos casos de qualquer dano foi assegurado o direito a assistência integral e gratuita, no HNMD, inclusive do serviço de Psicologia do Hospital, pelo tempo que fosse necessário, além do direito a indenização por parte do pesquisador.

Através da *Grounded Theory*, o cenário e os participantes da pesquisa poderão ser alterados ao longo do trabalho e, caso seja necessário, qualquer alteração no projeto, será comunicada e enviada uma ratificação a Plataforma Brasil.

Além disso, permanecerá assegurado o direito de desistência da participante em qualquer momento da pesquisa. Ainda, a obtenção dos depoimentos das participantes do estudo, ocorreu após a aprovação do projeto pela instituição Hospital Naval Marcílio Dias e do CEP da UERJ.

## **2.7 Resultados Esperados e Divulgação**

A partir da interação social da mulher grávida primípara com o medo do parto, tem-se como pressuposto que o sentido atribuído a esse medo possa influenciar sua realização. Nessa perspectiva, o trabalho de parto se torna um temor real, o aguardo de uma dor insuportável, além de outros temores, o que culmina num momento com grandes chances de ser traumatizante.

O resultado esperado é verificar e analisar o medo do parto como influenciador na participação das gestantes no momento do nascimento, com o intuito de contribuir na elaboração de formas e métodos eficazes, como as tecnologias não invasivas de cuidados de enfermagem, para ajudá-las e deixá-las preparadas para o trabalho de parto e puerpério.

Pretendo que a divulgação do conteúdo desta pesquisa seja realizada através de apresentações em congressos de enfermagem e nos eventos científicos do Hospital Naval Marcílio Dias, em publicações como artigos em revistas e através da internet, a fim de mostrar a necessidade e importância de multiplicar o conhecimento sobre a desmedicalização para as gestantes no pré-natal, na gestação, no trabalho de parto e puerpério, evitando que as mesmas

permitam que seus medos adquiram significados negativos sobre o parto, e que, positivamente possam contribuir com a equipe médica e de enfermagem, nessa fase tão importante em suas vidas e na de seus acompanhantes.

### 3 RESULTADOS

#### 3.1 Categorização dos dados antes do trabalho de parto

Das 10 primigestas entrevistadas no pré-natal, 9 são dependentes de militares sendo 1 dependente de Sub-oficial; 7 dependentes de Cabo, 1 dependente de 3º Sargento e 1 Militar da ativa, 3º Sargento. Ou seja, todas eram dependentes ou militares na graduação de praça.<sup>1</sup> Estavam com idade gestacional, no terceiro trimestre, ou seja, entre 30 a 40 semanas e 3 dias, com idades entre 20 a 38 anos. Quanto ao nível de escolaridade: 7 mulheres com nível médio completo e 3 com superior completo. Quanto ao estado civil, 7 casadas e 3 solteiras.

Após análise dos dados das entrevistas referentes ao período anterior ao trabalho de parto foram identificadas 3 categorias e suas respectivas subcategorias:

#### Quadro 1- Nota do pesquisador sobre a análise das entrevistas antes do trabalho de parto

NOTA DO PESQUISADOR
Nas diferentes dimensões do medo que as mulheres primigestas relataram, pôde-se perceber que os medos se agregaram em mais de uma categoria. A influência externa é um fator gerador que faz originar o medo nelas e sempre aparece nas histórias das gestantes. Dessa forma, analiso uma interação entre a causa do medo e seu efeito sobre esta mulher, podendo uma categoria ou subcategoria aparecer novamente.

Fonte: A autora, 2019.

Categoria 1: *Temendo o trabalho de parto*; o que as grávidas relatam esperar do trabalho de parto. Foram percebidas palavras e expressões como: dor, sentindo-se com medo, nervoso, não tem certeza do que esperar, não esperando nada, achando que será tranquilo, tentando controlar o medo, deixando nas mãos de Deus, querendo parto normal, não tendo medo. A partir disso foram criadas as seguintes subcategorias: Temendo a dor; Sofrendo influência do meio; Tentando entender o medo.

<sup>1</sup> Os militares da Marinha estão organizados em graus hierárquicos, sendo estes de Oficiais e de Praças. As Praças possuem as seguintes graduações: Grumete (GR), Marinheiro (MN), Cabo (CB), 3º Sargento, 2º Sargento, 1º Sargento e Suboficial.

Categoria 2: *Sentindo medo*; esta categoria também foi dividida em subcategorias para identificar e explicar os fatores geradores desse medo como: Temendo o desconhecido; Temendo o trabalho de parto virar cesárea; Recebendo informações sobre influências externas;

Categoria 3: *Pensando na gravidez*; relata que a mulher antes de se tornar mãe, ouve muitas coisas boas sobre a maternidade. No entanto, quando estão grávidas e passam por todo o processo da gestação, se questionam se serão boas mães; sentem tristeza, as vezes arrependimento, choram, sentem cansaço, se sentem tensas, ansiosas pela hora de acabar a gestação, desejam que o bebê nasça bem, têm a preocupação de que dê tudo certo e desejam manter controle sobre suas emoções.

A identificação da categoria central, a partir da junção das categorias antes do trabalho de parto, com base no modelo teórico é: Reconhecendo que o medo acaba determinando suas escolhas durante o parto.

Quadro 2- Nota do Pesquisador sobre a Categoria 1 antes do trabalho de parto

NOTA DO PESQUISADOR
Antes do trabalho de parto, durante a gravidez, as primíparas se deparam com diversos sentimentos, expectativas e medos a respeito do trabalho de parto, mas também sobre outras nuances da vida. Assim, as categorias e subcategorias se alinham, mas algumas frases, a partir de suas percepções, podem se misturar e complementar mais de uma categoria em outro momento.

Fonte: A autora, 2019.

### 3.1.1 Categoria 1: Temendo o trabalho de parto

#### 3.1.1.1 Subcategoria 1: Temendo a dor

Os sentimentos que as grávidas de “primeira viagem” expressam sobre o trabalho de parto, à espera do parto normal, são inúmeros. Dentre eles temos a ansiedade, a insegurança, o medo da dor, a influência do meio com o qual convive (família e amigos) sobre como percebem o parto.

Embora essas gestantes nunca tivessem passado pela experiência do parir, verbalizaram temer a dor do parto, caracterizando-a com as seguintes palavras: dolorido, muito dolorido, dor absurda, dor insuportável.

Acho que o trabalho de parto vai ser muito dolorido, mas não sei a causa, acho que passar pelo trabalho de parto e no final ter de fazer cesárea; a dor é uma dor absurda, acho que é isso, isso vai causando um pouquinho de medo, de você entrar no trabalho de parto ou não entrar, não é? (EAP01)

Estou com medo um pouquinho, medo por mim, de sentir dor, muita dor, ser insuportável. (EAP02)

Eu tenho medo da dor que eu vou sentir, de ser o parto normal. Acho que a cesárea seria mais tranquila. Falam que geralmente a dor da cesárea é depois, não é? Você sente a dor onde foi cortado e tal. O parto normal se recupera mais rápido, mas a dor é na hora, não é? É tenso. Tenho medo sim”. (EAP05)

### 3.1.1.2 Subcategoria 2: Sofrendo influência do meio

A influência do meio social, através de experiências das pessoas da família, de amigas, de histórias que ouviram durante toda a sua vida, dos meios de comunicação como a televisão e internet, leva essas mulheres a esperar um grande sofrimento no parto.

O que as pessoas falam, falam tipo põe o terror em você. ‘Ah dói’, ‘acontece isso’, ‘acontece aquilo’. Depois, aí você fica com isso na cabeça, aí, aterrorizando um pouquinho. (EAP02)

Eu não sei. As pessoas acham loucura ter parto normal, as pessoas acham absurdo o bebê sair pela vagina. Eu vejo isso das pessoas. Dizem: ‘Deus que me livre!’ Ou dizem: ‘vou ter cesárea, de normal não tem nada!’. Acaba ouvindo essas coisas. (EAP07)

### 3.1.1.3 Subcategoria 3: Tentando entender o medo

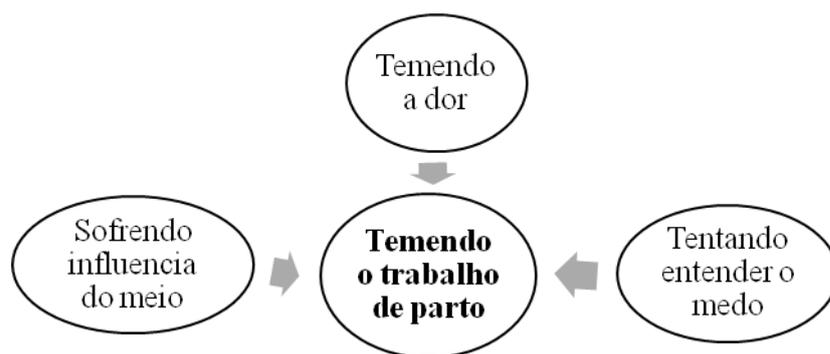
Algumas gestantes, na mesma entrevista, expressavam não ter medo. No entanto, na frase seguinte o relatavam. Às vezes não caracterizavam como medo, mas explicavam com outras palavras como ansiedade, não saber o que estão pensando, mostrando não saber definir se seria medo realmente o que sentiam.

Eu sinto um pouco de insegurança porque não sei exatamente o que vai acontecer, como as coisas vão acontecer, na ordem que vão acontecer e me sinto insegura. Medo junto com insegurança por não saber o que vai ser e como vai ser. (EAP10)

Então, no momento não consigo sentir nada nem definir nada, se é medo ou um pouco de ansiedade. (EAP07)

O que eu espero é que corra tudo bem, que acabe logo, que ele chegue logo... [risos]. Muitos medos. Medo de não ser boa mãe, de não ser boa esposa, de não ser boa filha. Muitos medos. Preocupação de querer fazer tudo certo, de não errar. Estou sem perspectiva nenhuma do trabalho de parto. Para ser sincera, se tiver que ser normal, que seja feita a vontade de Deus. Não estou pensando em nada, pior que não, não vem nada na minha mente. Só quero que ele venha com saúde. Só isso! (EAP06)

Figura 1 - Diagrama representativo: Temendo o Trabalho de Parto



Fonte: A autora, 2019.

### 3.1.2 Categoria 2: Sentindo medo

O medo faz parte do ser humano, no caso das mulheres grávidas, esse medo vem de uma história intrínseca na sociedade e nas mulheres de forma geral. Apenas percebem esses medos quando chegam à situação de estar grávida. Nesse momento, é que se iniciam as reflexões, sobre si mesma, e o que esperar do processo de parir.

#### Quadro 3 – Nota do Pesquisador sobre a categoria 2 antes do trabalho de parto

##### NOTA DO PESQUISADOR

O medo é citado muitas vezes pelas grávidas como descrito na categoria 1, ligando essa categoria à categoria 2. No entanto, senti necessidade de separar os fatores geradores desses medos do trabalho de parto em subcategorias para sua melhor compreensão.

Fonte: A autora, 2019.

#### 3.1.2.1 Subcategoria 1: Temendo o desconhecido

O imprevisível, o incontrolável e o desconhecido são características que fazem do parto um momento crítico, gerando muita ansiedade sendo, conseqüentemente um grande motivador do medo do trabalho de parto.

É porque a gente não tem certeza de nada. Só vou ter certeza mesmo quando eu ganhar meu neném [...] (EAP02)

O medo do desconhecido não é? Preocupação se vai dar tudo certo. Se não vai. Se, é o que eu espero, ou não. O que eu espero é que ocorra tudo bem, que acabe logo, que ele chegue logo. (EAP06)

### 3.1.2.2 Subcategoria 2: Temendo o trabalho de parto virar cesárea

Demonstraram ter medo de passar pelo trabalho de parto e por algum motivo, após toda a dor, ainda ter a cesárea e todo o processo dela, que especificam como recuperação dolorosa e medo da anestesia.

[...] isso vai causando um pouquinho de medo. De você entrar no trabalho de parto ou não entrar não é? Só um princípio de trabalho e virar cesárea. E você estava na expectativa de ter aquele trabalho de parto, acho que é isso. (EAP01)

Estou sentindo ansiedade mil, não é? Ansiedade maior que o medo sabe. Eu queria muito que fosse um parto humanizado, mas as coisas estão andando para cesárea por causa da hipertensão. Eu estou com mais medo de fazer a cesárea, sinceramente, do que normal, porque eu já que trabalhei isso na minha cabeça. Que o normal entrou vai sair, é normal! Então, para mim a questão da anestesia, não é? Esse perigo me assunta mais do que o parto normal, tenho mais medo da anestesia do que de outra coisa. (EAP09)

[...] tenho medo tanto da cesárea da *raqui* e do parto normal sei lá dois bebês saindo, não é? (EAP08)

### 3.1.2.3 Subcategoria 3: Recebendo informações/influências externas

O que as pessoas falam sobre o trabalho de parto e o parto em si, sejam histórias de outras pessoas ou percepções próprias, faz com que as gestantes primíparas tenham incentivos, poder e vontade de ter o parto normal. Por outro lado, podem sofrer influências negativas, ruins, inseguranças, que as deixam com medo e diminuem sua confiança e seu empoderamento.

Minha tia, irmã da minha mãe, teve parto normal de bebês grandes até, e minha tia, esposa do meu tio e uma prima todos foram parto normal. A questão do conhecimento e dos estudos e também essa vivência, percebi que as crianças são mais saudáveis, mulheres mais saudáveis. (EAP09)

É porque a gente não tem certeza de nada, só vou ter certeza mesmo quando eu ganhar meu neném, quando tiver ali na hora da cirurgia, todo mundo fala, cada um fala uma coisa, mas eu acho que cada pessoa é diferente. (EAP02)

Não sei o porquê, geralmente a gente vê em filme que parece até filme de terror. Eu estou até sonhando com parto normal, acordo suada todo dia. Estou com muito medo, apavorada, muito medo, acho que é o primeiro, a gente fica tensa, é muita tensão. (EAP05)

Figura 2 - Diagrama representativo: Sentindo medo



Fonte: A autora, 2019.

### 3.1.3 Categoria 3: Pensando na gravidez

Algumas vezes, o estar grávida pode ser uma surpresa ou uma escolha já pensada há muito tempo. A mulher, nas duas situações, tem que lidar com a gravidez e as influências desse momento sobre ela. Isso ocorre a partir de reflexões e sentimentos que são verbalizados por elas.

#### Quadro 4 – Nota do Pesquisador sobre a categoria 3 antes do trabalho de parto

##### NOTA DO PESQUISADOR

O que sentem na gravidez e todas as suas preocupações ocasionam um medo, que, muitas vezes, não são identificados por elas, claramente, como medos, no entanto, suas falas relatam ser semelhantes e complementam a categoria 1 e 2.

Fonte: A autora, 2019.

Algumas mulheres relataram sentir, diante da gravidez, tristeza e arrependimento, cansaço, medo de ser mãe, mas ao mesmo tempo expressavam o desejo de seus bebês

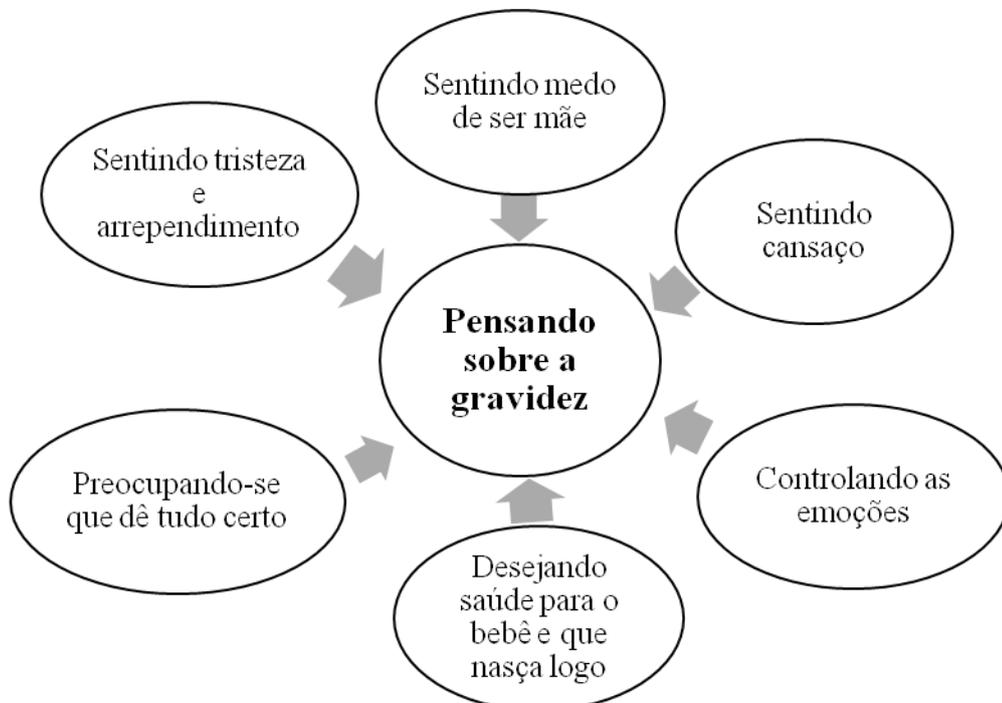
nascessem logo, preocupavam-se acerca do sucesso do trabalho de parto e se seriam capazes de manter o controle. Esses pensamentos pioram o nível de ansiedade, o medo do desconhecido e põem à prova a sua capacidade como mulheres.

Na verdade, eu não estou com medo. Só quero que o bebê nasça logo, só isso, que eu estou muito cansada. (EAP03)

Tenho medo! O trabalho de parto pra mim vai ser normal, porque eu já busco esse controle em diversas situações. O sentir é inevitável, mas é possível você entrar bem e sair bem, dentro desse equilíbrio, desse controle, do medo, da ansiedade, que é um monte de emoções juntas e aí um deles é o medo, não é? (EAP04)

Medo, não é? Têm hora que bate uma tristeza sei lá porque eu fui engravidar, porque não é? [...] estou com medo até hoje, porque fico imaginando como vou ser mãe, agora tá na barriga, mas e depois, choro muito, nossa! Eu estou aqui, mas quando estou em casa, fico sozinha. Só quero que nasça logo, só medo. Medo de doer. (EAP08)

Figura 3 - Diagrama representativo: Pensando na gravidez



Fonte: A autora, 2019.

### 3.2 Categorização dos dados após o trabalho de parto

Das 16 entrevistadas, primíparas de parto normal, 13 são dependentes de militares sendo 3 dependentes de Sub-Oficial; 4 dependentes de 3ºSargento; 4 dependentes de Cabo; 1 dependente de Marinheiro; 1 dependente de Soldado e 3 são militares Cabos, ou seja todas eram dependentes ou militares da graduação de praça. Idade gestacional entre 33 semanas a 41 semanas. Com a idade entre 18 a 33 anos. Nível de escolaridade de 8 mulheres com nível médio completo, 2 superior completo, 6 superior incompleto. Estado civil sendo 6 casadas, 7 solteiras e 3 união estável.

Após análise dos dados, referente ao período posterior ao trabalho de parto, foram identificadas 3 categorias e suas respectivas subcategorias:

- a) Categoria 1: *Pensando sobre o trabalho de parto*; existiram, como subcategorias, os sentimentos negativos e os sentimentos positivos quanto ao entendimento e a percepção desses sentimentos vivenciados.
- b) Categoria 2: *Reconhecendo o medo e tendo que lidar com ele*; vimos diversos tipos de medos sobre o parto: medo do trabalho de parto, medo da dor, de perder o filho, não ter forças no trabalho de parto, de não conseguir ser parto normal, risco de acontecer algo com o bebê, medo do bebê não aguentar ou de acontecer algo com ele, medo pelas experiências anteriores na família, do novo, das contrações fortes, de não ser boa mãe e do parto normal transformar-se em cesárea.
- c) Categoria 3: *Percebendo o cuidar no trabalho de parto*; sua importância como ajuda desde o pré-natal, do acompanhante, da assistência médica e da enfermagem durante trabalho de parto; houve uma visão positiva sobre o acolhimento no enfrentamento do parto.

A identificação da categoria central, a partir da junção das categorias depois do trabalho de parto, com base no modelo teórico é: Reconhecendo que teve que lidar com o medo na vivência do parto.

### 3.2.1 Categoria 1: Pensando sobre trabalho de parto

A maneira como a puérpera percebe o trabalho de parto, pode ser positiva ou negativa. No entanto, é importante analisar esse sentimento para que a mulher não carregue consigo qualquer tipo de trauma.

Quadro 5 – Nota do pesquisador sobre a categoria 1 após o trabalho de parto

**NOTA DO PESQUISADOR**

Busco nessa categoria perceber os sentimentos, sensações e emoções das puérperas separando-os em positivos e negativos, considerando que cada mulher possui uma percepção diferente sobre um determinado evento passado. Essa percepção será levada com ela por toda sua vida, influenciando sua forma de pensar e agir sobre o que é um trabalho de parto e o parir.

Fonte: A autora, 2019.

#### 3.2.1.1 Subcategoria 1: Percebendo sentimentos negativos

Foram relatados sentimentos negativos como: achar que iam morrer, achar que não iam aguentar, desespero, perda do controle sobre suas emoções, inseguranças em geral pelas coisas vistas hoje em dia, por achar que poderia virar uma cesárea; ansiedade maior que o medo em si, incertezas sobre a capacidade de parir, reações fisiológicas como, tremor e nervosismo, sensações de incapacidade de aguentar a dor que não a deixava mexer o corpo, comparação as outras grávidas que diziam que não conseguiriam, medo, relatos sobre sentir-se mal, péssima, sensação ruim, esgotamento físico, cansaço, fraqueza.

Acho que o maior medo era não nascer. Chegar a 10cm de dilatação que estava e ela não sair. E depois de passar todo sofrimento de trabalho de parto, acabar tendo que ir para cesariana. Era só esse o medo, assim ela entrar em sofrimento e tudo o mais, porque já estava encaixadinha, bonitinha. Acho que esse era o maior medo, não era o medo da dor do parto, nem nada. (EPP13)

Senti um pouco de medo, mas eu só via a hora dele nascer. De nascer logo e acabar logo com isso. Só isso mesmo. Medo só de sentir aquela dor toda e no final ter que ir para cesárea. Queria mesmo era normal, sentir a dor toda e acabou. (EPP14)

Estava com muitos gases, como se fosse para fazer cocô mesmo, nenhum momento eu senti contração, nem a barriga dura, nem nada. Eu achei que fosse morrer, ia ficar por lá, risos. Tive medo no trabalho de parto. (EPP01)

Senti dor e vontade de ter cesárea. Desistir do parto normal. Medo da dor. A anestesia diminuiria a dor. (EPP02)

Senti muita dor, não esperava que o trabalho de parto fosse tão difícil. E achei até que o parto em si, foi mais tranquilo que o trabalho de parto. (EPP03)

### 3.2.1.2 Subcategoria 2: Percebendo sentimentos positivos

Relatos positivos de que só pensavam apenas nelas e no bem do bebê, e não no trabalho de parto; pensando no bebê, elas tiravam forças de dentro de si para ajudar na fase final do parto e assim ver que o bebê nasceu bem; relato sobre superar as emoções, expectativa do parto de ser rápido para ver o bebê logo, sobre sentir-se tranquila chegando ao hospital, desejo de ter parto normal, sobre ser forte para não pedir a cesárea, ainda sobre o uso da ocitocina que ajudou a ter forças no final.

Tive sensação de medo, quando a dor vinha muito forte. Achava que não ia conseguir, mas eu tentava manter a tranquilidade. Porque dizem que tem que manter a tranquilidade no parto, porque senão piora. (EPP16)

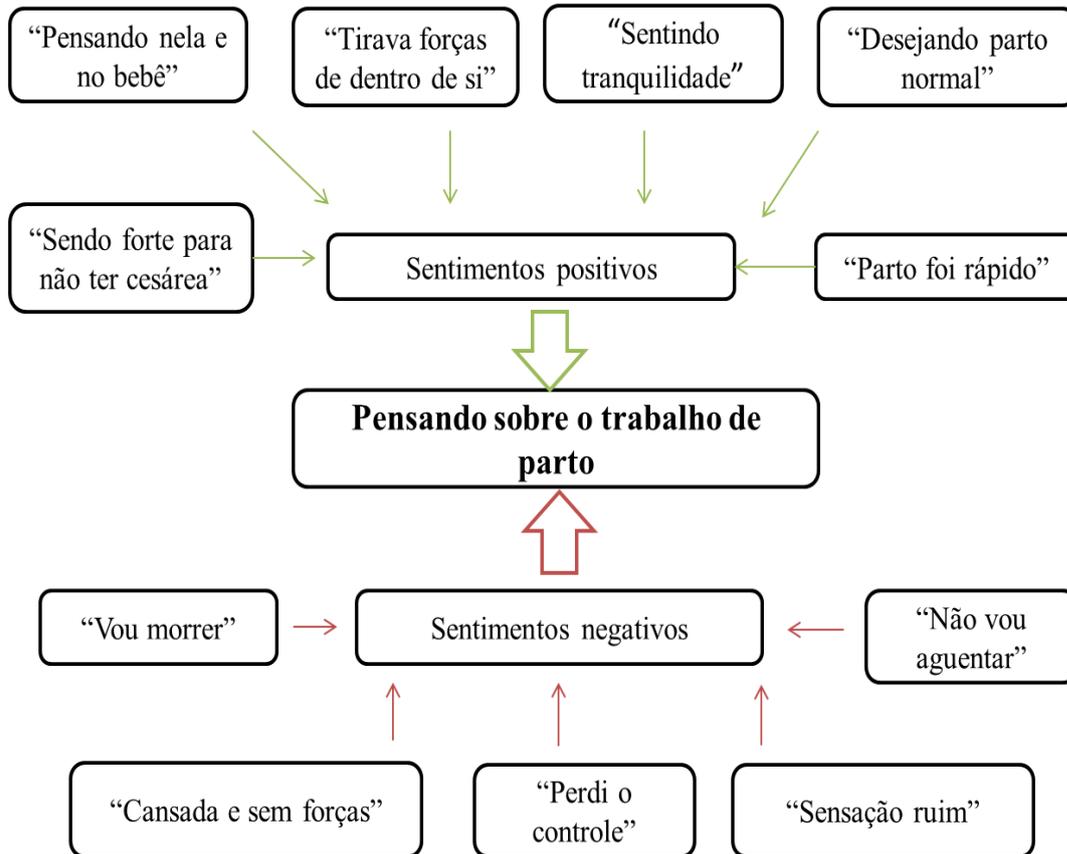
Ah, insegurança não é? Mas só de ver essa coisa linda, deixa a mulher bem mais forte. Me senti, péssima! Uma sensação realmente ruim, mas é uma dor única, não é? Traz emoção para a mulher de parto normal. Medo de morrer, muita dor, muita dor, mas é uma dor muito gostosa. Acho que toda a mulher tem que ter, não é?(EPP10)

Medo, medo, não! Eu senti na verdade, estava com medo dela passar da hora. Achei que ia demorar mais. Medo, medo não. Eu senti na verdade no final as contrações, eu senti pouco de medo, porque eu senti que a dor era mesmo inexplicável, como todo mundo fala. No começo, a dor era suportável, mas no final eu achava que não ia suportar mesmo. Todo mundo fala, não é? (EPP12)

Como assim, a dor? A dor foi bem forte, doeu muito. Eu achei que não ia conseguir, mas consegui e valeu a pena toda a dor. Senti muito mal, e achei que não ia ser capaz, porque dói muito, dói demais, demais, demais. É algo de outro mundo. (EPP11)

Eu acho que nem estava sentindo nada, nem acreditando, eu sabia que era possível ter parto normal, mas não sabia que ia conseguir tão rápido. Senti medo só, porque elas são prematuras. (EPP 15)

Figura 4 - Diagrama representativo: Pensando sobre o trabalho de parto



Fonte: A autora, 2019.

### 3.2.2 Categoria 2: Reconhecendo o medo e tendo que lidar com ele

Durante o trabalho de parto, os medos que as mulheres tinham quando grávidas, como medo da dor, medo de não conseguir parir, medo de virar cesárea, se tornaram mais reais. E nesse momento elas se viram obrigadas a lidar com a situação da melhor forma, enfrentando seus medos para viver o parto normal.

Quadro 6 – Nota do pesquisador sobre a categoria 2 após o trabalho de parto

NOTA DO PESQUISADOR

Assim como nos resultados dos dados referentes à percepção do medo antes do trabalho de parto, após o parto também são vistos praticamente medos iguais, porém agora elas lidam com esses medos.

Fonte: A autora, 2019.

A situação de conseguir parir, se tornar mãe, cuidar de um filho, todas as responsabilidades referentes à maternidade, geram medos nas mulheres e isso é percebido claramente nas expressões delas.

Não tinha medo antes. Tinha medo do trabalho do parto. Toda vez que eu vinha aqui, falava com a médica, por favor, faz cesárea! Porque só de ver os vídeos na internet, já ficava apavorada. Só de ver o vídeo da criança saindo, eu começava a chorar. (EPP01)

A dor, o medo de não ter força, de não conseguir ter parto normal ou de repente acontecer alguma coisa com a minha filha. (EPP03)

Meu bebê não aguentar ou eu não aguentar. Eu fiquei com muito medo por isso, pela dor que eu estava sentindo. De não conseguir empurrar ele o suficiente. Então, eu acho que na hora a única coisa que passou pela minha cabeça foi isso, os dois bem. O medo era esse. Sei lá, perder. Não conseguir estar com ele, foi exatamente isso que me deixou com medo. (EPP04)

Eu senti muita dor. Eu pensei que não fosse conseguir, como todos não é? Acho que no caso todos pensam isso. E para mim sei lá, eu senti que não estava encaixado, porque senti muita dor, muita dor, entendeu? No fundo, eu queria que acontecesse o mais rápido possível, porque eu queria ver minha filha, lógico! Mas, assim, o medo, o desespero, o nervoso que senti na hora, não ajudou muito. Fiquei muito nervosa. O medo de que era tudo novo, então assim, eu não consegui lidar com a dor. (EPP09)

Medo, não sei, insegurança, senti medo de não conseguir, a dor. [...] Só pensei no bebê, pensei nele, fiz a força e o medo vai embora. (EPP05)

A dor como significativa e presente no parto normal sendo descritas de diversas formas pelas puérperas como: muita dor, dor pior que a dor da morte, dói muito, de verdade muito mesmo, a dor causa medo, dor superando o medo, dor como algo de outro mundo, demais, achando que não suportariam até o fim, dor inexplicável, não querendo sentir a dor novamente tão cedo.

A dor foi pior que a dor da morte [risos]. Muito medo. De não conseguir ter força para ter meu filho. Eu gritei muito. Pedi cesárea, anestesia, na hora fiquei desesperada. (EPP03)

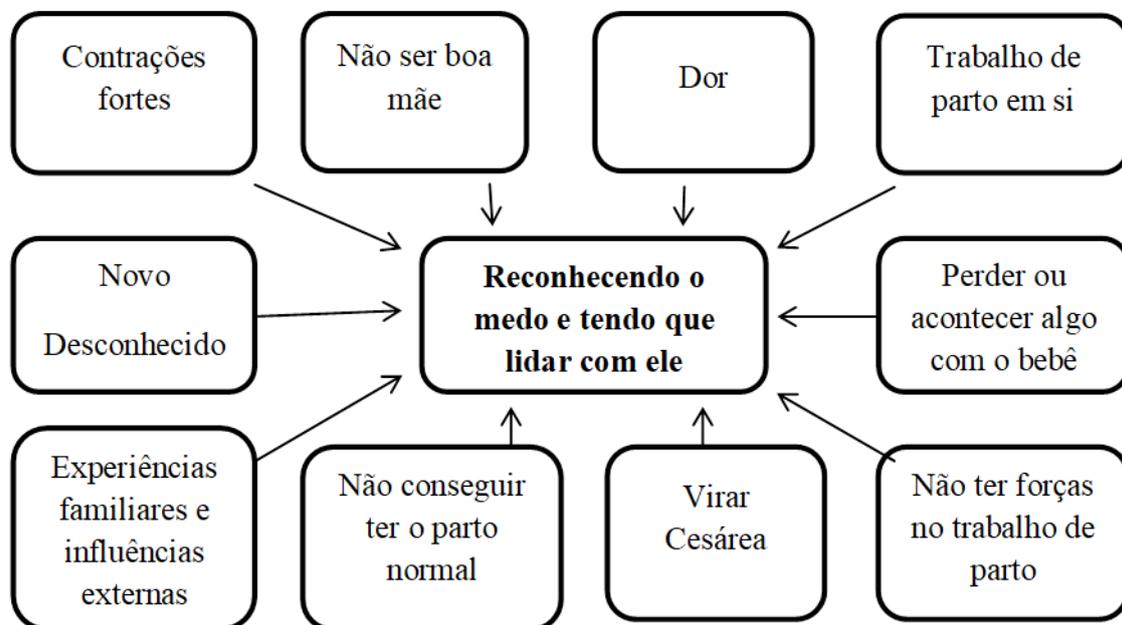
Senti muita dor e nervosismo [risos] Senti medo e dor [risos]. Medo da dor [risos]. É porque o trabalho de parto geralmente é muito difícil, não é? A vontade de ter meu filho foi o que me fez ter muita força. (EPP06)

Dói muito, dói mesmo, dói de verdade, mas também quando passa. Passa tudo, nem parece que tive filho agora, a dor [...] a dor [...] a dor te deixa com medo. (EPP07)

Eu escolhi cesárea, mas graças a Deus, Deus sabe o que faz. Ele veio normal e era pra ele vir normal mesmo. Dores, muitas dores eu não conseguia nem me mexer direito. Muitas dores mesmo, pensei que não ia aguentar. Eu senti muito medo, mas por ele e não por mim, mais por ele.(EPP08)

Me senti muito mal e achei que não ia ser capaz, porque dói muito, dói demais, demais, demais...é algo de outro mundo. (EPP11)

Figura 5 - Diagrama representativo: Reconhecendo o medo e tendo que lidar com ele



Fonte: A autora, 2019

### 3.2.3 Categoria 3: Percebendo o cuidar no trabalho de parto

A falta de orientação profissional adequada no pré-natal abre espaço para maiores influências da família e de amigos, principalmente abre espaço para os medos por não saberem o que esperar ou o que irão sentir e como agir.

#### Quadro 7– Nota do pesquisador sobre a categoria 3 após o trabalho de parto

##### NOTA DO PESQUISADOR

Com os relatos das puérperas sobre a ajuda que tiveram e a importância desse apoio de forma positiva no trabalho de parto, senti a necessidade de construir uma categoria sobre esse assunto apontado nas entrevistas. Assim, foi possível refletir sobre o tipo de assistência prestada e como elas são influenciadas de forma a modificar a perspectiva sobre o medo.

Fonte: A autora, 2019.

As puérperas relataram ter sido importante a presença e a ajuda do acompanhante ao seu lado no momento do trabalho de parto como forma de confiar em alguém e não se sentirem sozinhas. Além disso, elas elogiaram e identificaram, na equipe médica e de enfermagem, um fator importante de ajuda uma vez que esse apoio fez com que conseguissem buscar forças nelas mesmas e ter o parto normal.

Provavelmente, mais informação, mais acompanhamento, não é? Eu fiz pré-natal e tudo, mas assim, hoje em dia tem roda de gestante, essas coisas, de repente essas coisas poderiam me dar mais calma, mas a dor nada melhora, risos. (EPP03)

Minha mãe me ajudou, ela estava do meu lado, o tempo todo. De tudo que poderia ter me ajudado, além da fé que eu estava e pedindo ajuda ao papai do céu. A minha mãe foi que me ajudou a ficar mais tranquila. (EPP04)

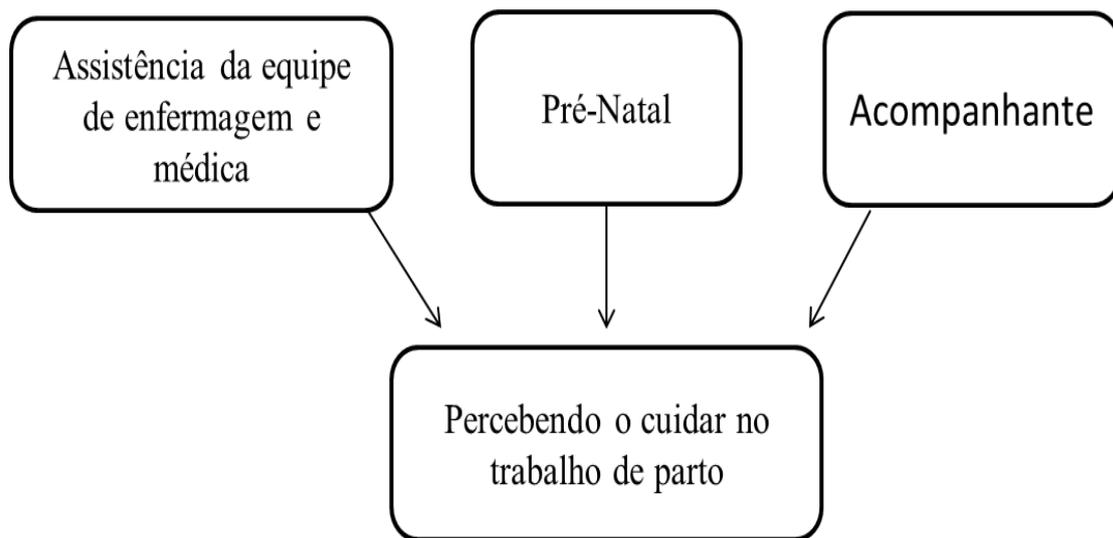
Eu acho que a questão não é nem medo, é se você é capaz de ter ou não. De você conseguir ou não, não é? Tem um leve medo, não é? Se você é capaz de conseguir ou não, mas com a ajuda dos médicos e das enfermeiras, ai eles fazem esse seu medo virar força. (EPP07)

Acho que a presença de algumas pessoas do setor, que já trabalharam comigo, ajudou. Apesar de que eu acho, que eu não contribuí muito, entendeu? Para as coisas acontecerem da maneira correta. Porque eu fiquei muito desesperada, mas assim, o fato delas estarem ali, que eu conhecia, me ajudou, as minhas amigas no caso. (EPP09)

Os médicos me ajudaram bastante, me ajudaram muito, muita coisa. (EPP11)

E o fato do Fernando estar aqui me ajudou muito, porque ontem quando eu vim de manhã eu estava muito mais apreensiva que ele não estava comigo e queria que ele chegasse. (EPP13)

Figura 6 - Diagrama representativo: Percebendo o cuidar no trabalho de parto



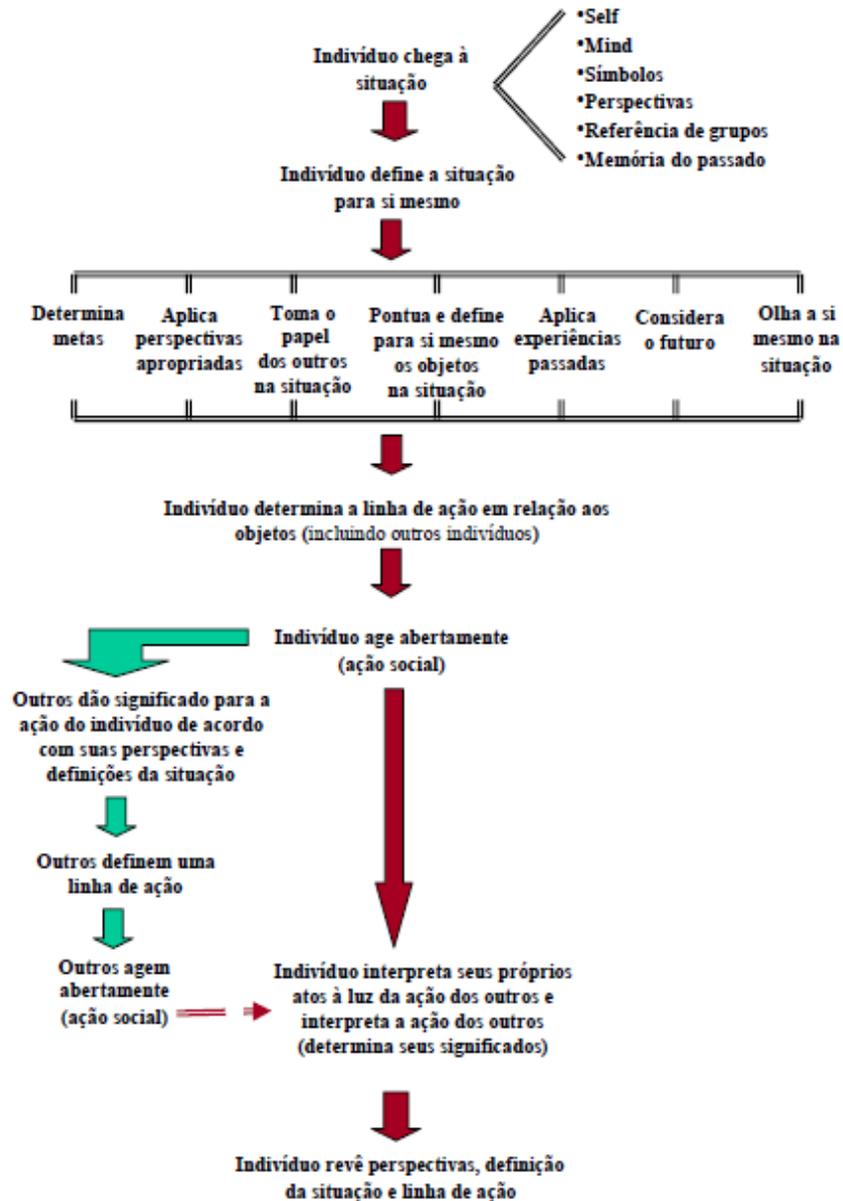
Fonte: A autora, 2019.

#### **4 INTERPRETANDO OS RESULTADOS À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO: RECONHECENDO O MEDO COMO ELEMENTO CENTRAL NA RELAÇÃO COM TRABALHO DE PARTO E A GRAVIDEZ**

Com base nas duas categorias “Reconhecendo que o medo acaba determinando suas escolhas no momento do parto” e “Reconhecendo que teve que lidar com o medo na vivência do parto”, respectivamente relacionadas ao período anterior ao trabalho de parto e após o trabalho de parto, surge uma categoria central definida como: Reconhecendo o medo como elemento central na relação com o trabalho de parto e a gravidez. Essa categoria central expressa a ideia de que a mulher percebe que os medos existentes sobre o trabalho de parto só são descobertos por ela durante a gravidez. Percebe que esses medos descobertos, na verdade, são decorrentes de suas relações com seu meio e com seu próprio corpo e consigo mesma. Por fim, reconhece que suas decisões sobre o modo de parir são tomadas também, e fundamentalmente, em decorrência desses medos.

A partir da categoria central, apresentado na Figura 7, a interpretação do processo à luz do interacionismo simbólico, usando a proposta de Charon (1985), para representação esquemática da ação humana sob a visão do interacionismo.

Figura 7 - Representação esquemática da ação humana na perspectiva do interacionismo



Nota: Tradução livre da figura por Vargens, 2000, usando a proposta de Charon (1985)

Os resultados, na visão interacionista, mostram que a mulher grávida primípara age com relação ao medo do parto devido a diversos fatores que o desencadeiam, com base no que a sociedade, cultura e experiências de sua vida ditaram no seu “eu”. Isso causa alguns medos que passam a ter um significado para ela tendo por base a interação social, meio em que vive, familiares, amigos, etc.

Identificando esses medos, eles podem ser exacerbados e sob uma ótica negativa, fazendo com que a gestante opte pela cesariana. Podem, porém, decidir enfrentá-los e manter controle sobre suas emoções, escolhendo o parto normal.

A gestante, então passa a entender esses medos, seus fatores desencadeantes e a necessidade que lidar ativamente com a situação de parir. Tudo isso, determina assim a sua visão sobre a situação agora de “mãe”, de mulher que teve parto normal, de empoderada. Através da mudança em sua percepção a respeito do parto, e a partir da interação social com os profissionais que a vêem em sua integridade, a mulher transforma esse significado de que o parto é sofrimento.

A partir de todos esses fatores, as mulheres poderão rever suas perspectivas, identificarem seu poder e terem mais confiança e capacidade para parir naturalmente.

#### **4.1 Indivíduo chega à situação: Como a mulher se vê na situação de grávida?**

A mulher quando engravidada, passa a pensar em vários questionamentos sobre como será sua vida futuramente: a gravidez, o sexo do bebê, a vida familiar, muitas coisas a serem resolvidas. Conforme avançam as semanas gestacionais, elas começam a perceber a realidade de estar grávida e o que isso tem como significado para elas, o que elas pensavam ou não sobre o parto, e uma percepção sobre si mesma e sobre esse momento.

Nunca tive medo do trabalho de parto em si agora estou tendo, não sei explicar, acho que é uma mistura de muita emoção junta não é? (EAP 01)

A gravidez é uma fase natural da vida, onde ocorre uma transição que faz parte do desenvolvimento e na qual ocorrem mudanças na identidade da mulher que passa a viver uma nova realidade quanto à percepção dos seus papéis, passando a ser olhada e olhar de outro modo. Em especial, na primeira vez que isso ocorre, como no caso da primípara, além de filha e mulher, ela se tornará mãe e será identificada dessa forma.

Muitos medos. Medo de não ser boa mãe, de não ser boa esposa, de não ser boa filha. Muitos medos. Preocupação de querer fazer tudo certo, de não errar. Estou sem perspectiva nenhuma do trabalho de parto. Para ser sincera, se tiver que ser normal, que seja feita a vontade de Deus! (EAP06)

#### 4.2 Indivíduo define a situação para si mesmo: Como a mulher grávida vê o parto?

A primípara define o parto para si, como um momento em que se iniciam uma série de mudanças significativas, envolvendo muito simbolismo. A dor e o sofrimento, histórias passadas de geração em geração, quando contadas, criam esses simbolismos e que são somados à influência da cultura, inconscientemente impostos à mulher.

Vem o medo de sofrer no parto vaginal, não saber se vai aguentar tanta dor, e o que vai acontecer com ela e com o bebê. A cesariana simboliza o desejo de permanecer íntegra e preservada como antes, sendo o meio menos dolorido e mais fácil de parir.

As mulheres sofrem influências externas, que normalmente são negativas. Isso diminui seu empoderamento, causando insegurança. Para entendê-las é necessário considerar o contexto sociocultural, no que diz respeito ao pertencer e a sua identificação com os valores da sociedade em que vive. Este contexto interfere na escolha do parto, na formação de mitos, crenças e opiniões das pessoas.

Além disso, as pessoas necessitam da identificação com o outro, terem os mesmos pensamentos para se sentirem inseridas em seu meio social. O comportamento humano é construído a partir dessas experiências e vivências; da mulher com sua mãe, com os padrões culturais, com o contexto em que acontece a gravidez, com a qualidade do vínculo com o pai da criança, entre outros. Essas influências podem ser observadas nas seguintes entrevistas, quando as mulheres seguem uma linha de ação em relação ao objeto.

Minha tia, irmã da minha mãe, teve parto normal de bebês grandes até, e minha tia, esposa do meu tio, e uma prima, todos foram parto normal. (EAP09)

Minha mãe perdeu uma irmã na hora do parto, da cesárea, a pressão subiu e ela se foi e deixou o filho aí. Falei com a minha mãe que se acontecer alguma coisa, que deus ajude a ela cuidar dos meus bebês. (EAP08)

O desejo de que o bebê nasça logo para que a gravidez termine e, ao mesmo tempo, o desejo de prolongar a gestação para adiar as novas adaptações exigidas pela vinda do bebê, causam a ansiedade, inseguranças e medos. Neste momento, os sentimentos costumam ser contraditórios e confusos para as mulheres, não sabendo identificar ou tendo receio de dizer ou lidar com os medos que surgem. Demonstram esses medos através da forma como se comportam diante do fenômeno do parto.

Tenho medo, mas acho que vou ficar feliz. Não tenho preferências, só quero que nasça logo, só medo. Medo de doer. (EAP08)

Eu queria normal, mas acho que será cesárea pelo meu quadro clínico, estou com medo do mesmo jeito, mas estou mais insegura do que com medo. Acho que o fato da pré-eclâmpsia, pelo fato de ser primeiro filho, de ficar internada, acho que essa mistura faz isso. (EAP10)

#### **4.3 Indivíduo determina a linha de ação em relação ao objeto: A grávida tem o parto normal mesmo sentindo medo do trabalho de parto**

O fato da gravidez e do parto terem que ser inevitavelmente enfrentados, a ansiedade e a insegurança se elevam. Com a proximidade da data prevista e a impossibilidade de saber exatamente como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto, não sendo possível controlar todo o processo, a gestante experimenta diversos tipos de medos.

Nesse ponto, as grávidas podem definir a situação e escolher por um dos dois caminhos: querendo o parto normal, pensando ser o melhor para elas ou, em outra vertente, temos as mulheres que interpretam isso tudo com a negação das mudanças ocorridas e fecham-se à oportunidade de vivenciar mais intensamente essas experiências novas e entender a sua força, buscando um “controle” emocional através da cesariana.

Esse controle, construído pela sociedade ao longo dos anos, acho que fez com que deixássemos até de ser mulher mesmo. De entender que é algo fisiológico. Que é algo natural. Que nosso corpo está preparado para isso. Ai por conta desse controle, vem o medo e na cesariana está tudo sobre controle. Você escolhe o dia, não é? Ai, vem esse medo recorrente a isso. (EAP09)

O medo significa algo normal, mas que deve ser controlado, deve ser dosado, para que não ocorra efeito ou alterações na parte interna das emoções. (EAP04)

Mesmo as grávidas demonstrando todos os fatores de medo e as influências externas que “sofreram”, que possam levá-las ao pensamento negativo e ver o parto como sofrimento, algumas grávidas mesmo percebendo isso, ainda assim, interpretam como uma forma de pensar positiva sobre o parto e decidem escolher o parto normal.

As pessoas que não têm muito, muita firmeza de pensamentos positivos, não tem muita segurança. Aí, elas se deixam influenciar por esses conselhos, por pessoas que não tiveram parto, não muito favorável, não é? Porque cada caso é um caso, aí acabamos absorvendo e achando que será do mesmo jeito. Então, espero assim, lidar da melhor forma pra lidar com tudo bem, estou normal, estou com medo ainda não. (EAP04)

Acho que as pessoas relutam um pouco hoje, antigamente não. A maioria das minhas amigas, meu círculo de amizade marcaram cesárea. E elas marcaram e nem discutiram com o médico o parto normal. Na minha família tem pouco índice de cesárea, tudo foi parto normal, só em caso de necessidade que foi cesárea, minha mãe, minhas tias tudo normal. (EAP07)

Claro que, olhando a questão do parto hoje em dia, a medicina em si. Os hospitais não estão bem equipados para parto natural propriamente dito. O desconforto da cadeira ginecológica que a gravidade não ajuda, o condicionamento ruim, mas percebe que crianças mais saudáveis e mulheres se recuperam muito melhor. (EAP09)

#### **4.4 Indivíduo age abertamente: O parto fez com que elas lidassem com seus medos**

O medo fez com que as mulheres agissem de formas diferentes: ou pedir a cesariana ou encarar a situação do parto querendo que a situação passasse rapidamente.

Senti dor e vontade de ter cesárea, desistir do parto normal. (EPP02)

Senti medo de não conseguir, só pensei no bebê, só pensei nele, fiz a força e o medo vai embora. (EPP05)

Não quis me descabelar, estou a gravidez inteira pensando assim que tinha que manter tranquila, já queria parto normal e estava torcendo por isso. (EPP16)

Então meu medo, na verdade foi mais porque aconteceu com minha irmã, uma situação em outro hospital, e forçaram muito o parto dela e minha sobrinha nasceu com problema, então isso na verdade ficou na minha cabeça e eu não queria induzir de jeito nenhum. (EPP08)

Eu achava que eu ia ser mais fraca e eu achei que fui muito forte, pelo fato de não ter chorado, eu queria ter chorado mesmo, mas não saia lágrimas dos meus olhos. (EPP12)

#### **4.5 Indivíduo interpreta seus próprios atos à luz da ação dos outros e interpreta a ação dos outros: Consideram o cuidar e o acompanhante serem importantes na ajuda para lidar com o medo do parto**

Quando a gestante deposita confiança na assistência, modifica a sua forma de pensar e isso muito contribui para retirar esses medos enraizados.

Cara, pelo que eu já ouvi de vocês aqui, vocês trabalham muito bem, então não estou com medo, espero o melhor de vocês, ser bem atendida, sempre q venho aqui sou muito bem atendida, então não tenho do que reclamar, não tenho medo. Talvez o medo de perder meu filho. (EAP03)

A gente vê tanta coisa hoje em dia, não é? Que dá uma insegurança. A equipe maravilhosa me ajudou muito, apoio de todo mundo, meu marido também, isso sem dúvida foi uma ajuda e tanto. (EPP10)

Comigo, graças a Deus eu tive uma equipe muito boa, o médico chegou e me acalmou, então eu fiquei mais tranquila, porque eu estava muito nervosa, tremendo muito, mas não sei a questão não é o medo é a dor em si. (EPP07)

O parto é um processo complexo que engloba a parte psíquica, social, econômica, cultural; dessa forma o “eu” da mulher será influenciado pela conduta que ela tomou durante o período do trabalho de parto e na forma como a assistência foi prestada.

Por fim, o que esse parto exerceu de impacto sobre essa mulher, será que foi negativo ou positivo?

#### **4.6 Indivíduo revê perspectivas, definições da situação e linha de ação: O que as puérperas concluíram e sentiram a respeito do parto**

Apesar da percepção de todo medo, insegurança, dor, sofrimento, a puérpera após lidar com a situação do parir, revê a sua perspectiva diante do parto. Em geral, a mulher o considera importante para que se sinta forte e leva em conta também as muitas emoções envolvidas.

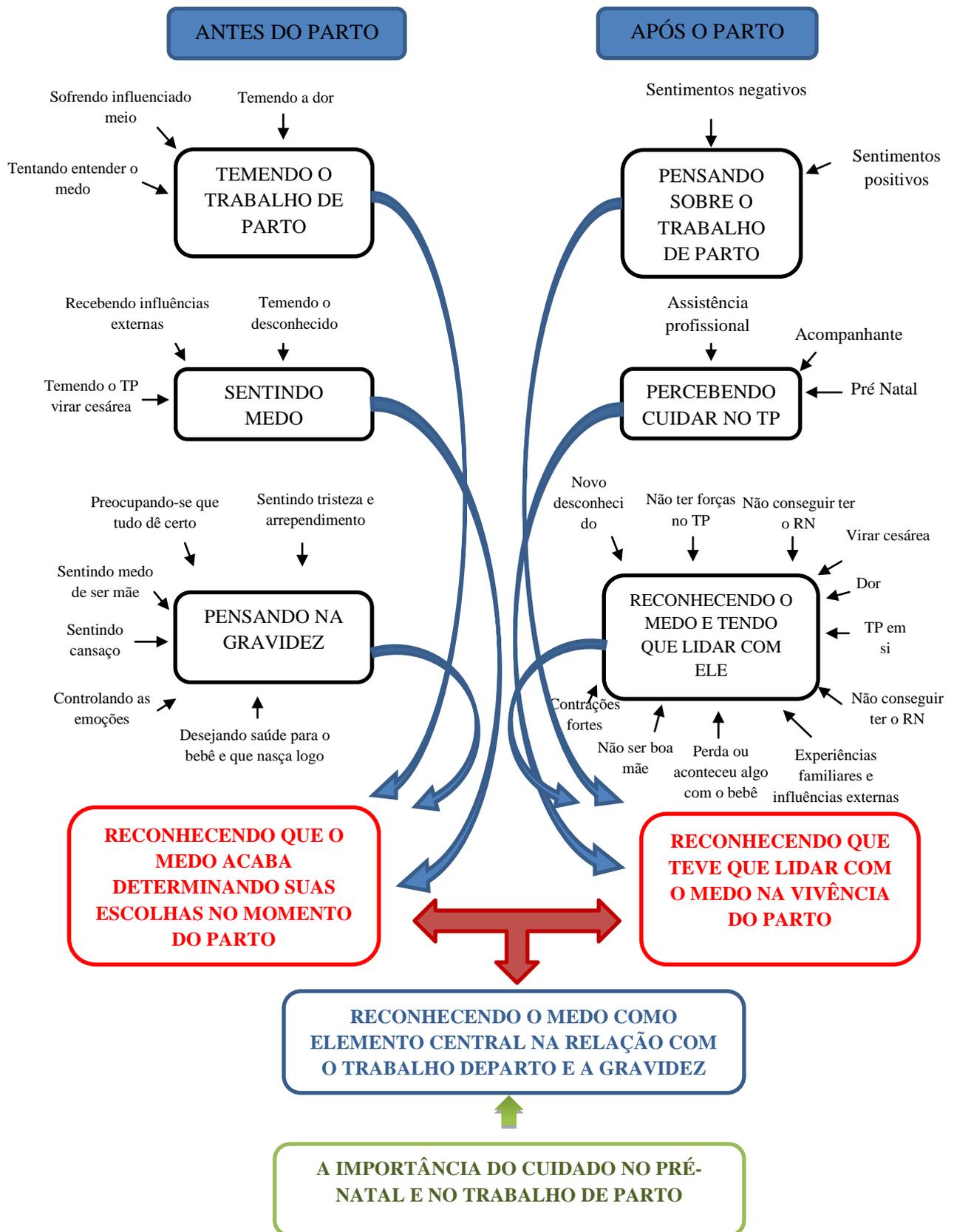
Ah! Insegurança, não é? Mas só de ver essa coisa linda, **deixa a mulher bem mais forte**. Me senti péssima, uma sensação realmente ruim, mas, é uma dor única, não é? Que traz emoção para a mulher de parto normal. (EPP10, grifo nosso)

Meu sentimento, assim, **vou esperar bastante tempo para ter outro**, porque assim, sentir essa dor toda de novo se for normal [risos]. (EPP01, grifo nosso)

Como assim, a dor, a dor foi bem forte, doeu muito, eu achei que não ia conseguir, mas consegui e **valeu a pena toda a dor**. (EPP11, grifo nosso)

Mas a **sensação foi ótima**, saber que minha filha nasceu bem, na verdade, eu não pensei tanto em mim, eu pensei mais nela. (EPP12, grifo nosso)

Figura 8 - Diagrama representativo da categoria central: Reconhecendo o medo como elemento central na relação do trabalho de parto e na gravidez



Fonte: A autora, 2019.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Reconhecendo que o medo acaba determinando suas escolhas durante o parto

O direito de decidir a forma de partejar é discutido desde a II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1988, que originou a Declaração de Adelaide, na qual foram propostas políticas públicas para atendimento ao parto com base nas necessidades das mulheres, permitindo que fossem protagonistas de seu parto, com postura ativa sobre todo o processo (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008). Contudo, o medo leva a interpretações socioculturais e traz uma identidade cultural referente à dor e ao sofrimento do trabalho de parto e à sua superação. Para Griboski e Guilhem (2006) o fator cultural é determinante para o ponto de vista emocional e físico, fazendo com que o parto normal tenha um significado de experiência traumática para a mulher.

A dor do parto normal é vista, histórica e culturalmente, como uma experiência que pertence ao parto e que não pode ser modificada. É associada à ideia de sofrimento esperado pela maioria das mulheres de diferentes culturas (OLIVEIRA; RIESCO; MIYRA; VIDOTTO, 2002). No entanto, o modelo biomédico e a mídia se tornam muito influentes na decisão dessas mulheres.

Segundo Pereira, Franco e Baldin, (2011) o medo da dor associado a histórias de outras mulheres, as levam a pensar emocionalmente na “cesariana a pedido”. Ressaltam ainda que a mulher contemporânea tem medo do sofrimento e da dor, isso reflete no seu protagonismo e afasta a mulher do seu poder de parir e maternar.

A gestação coloca em atenção o autocontrole, a partir da vivência de uma experiência corporal inédita, que causa não apenas mudanças no corpo e sensações físicas desconhecidas, mas também provoca várias mudanças subjetivas e sociais. O controle constante de si fica suspenso em situações desconhecidas como no caso da gravidez. Isso acaba por causar ansiedade e medos (REZENDE, 2012).

A mulher quando se torna gestante, experimenta o processo de reconhecimento dos seus medos e, conforme os resultados do estudo foi percebido que o medo do parto está ligado ao medo da dor, medo do desconhecido, medo de ser mãe, medo de acontecer algo ruim como nas histórias que ouviu na família ou das amigas.

O “medo da dor” durante ou após o parto é o fator de grande influência na escolha da gestante pelo parto vaginal ou pela cesárea. Isso ocorre devido às expectativas das gestantes por um parto “tranquilo”, rápido, sem dor ou intercorrências.

Com relação à influência de opiniões e relatos de outros a respeito das vias de parto, as gestantes confirmaram em sua pesquisa, que as mulheres mais próximas, sejam elas familiares ou amigas, possuem papel fundamental e essas opiniões se consagram na sociedade ao serem passadas de mulher para mulher (FIGUEIREDO et al., 2010).

O estudo de Dias et al. (2008) cita que, na análise dos fatores que influenciam a decisão do tipo de parto, apareceu uma informação prévia sobre isso e um elevado número de mulheres que relataram ter medo do parto normal e da cesárea. Concluíram que são necessários trabalhos educativos para a mulher, divulgando as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, além de explicar os métodos de alívio da dor disponíveis para ajudá-las. Só depois, elas terão um poder de escolha do seu parto.

Oliveira e Penna (2018) identificaram, pelo discurso das parturientes entrevistadas, que a preferência sobre o tipo de parto é muito mais que desejar, pois depende das orientações recebidas durante o pré-natal e engloba também os aspectos familiares e culturais. A mulher tem que afirmar pra si mesma e para sociedade o motivo de sua decisão pela via natural de parto.

A escolha da mulher vai além de sua decisão sobre a forma como irá parir. O mais importante é como ela irá agir diante da dor, dos seus medos, ou seja, suas atitudes diante o trabalho de parto.

## **5.2 Reconhecendo que teve que lidar com o medo na vivência do parto**

Após vivenciar o parto normal, as puérperas refletiram sobre si mesmas durante o trabalho de parto. Alguns sentimentos foram positivos e as impulsionaram para ter força e tranquilidade para verem seus filhos o mais rápido possível. Alguns sentimentos foram negativos e relataram não terem ajudado muito, percebendo que foram tomadas pelo desespero, cansaço e dor. No entanto, conseguiram ver a importância do cuidado que foi realizado pela assistência de enfermagem. Além disso, as puérperas relataram ter os medos idênticos aos que tinham quando eram gestantes. O reconhecimento desses medos as fizeram lidar com eles para então poderem parir.

A categoria *sentimento de preparo e confiança para o parto* na pesquisa de Tostes e Seidl (2016), mostrou que as gestantes não se sentiam preparadas para o momento do parto. Os motivos eram: sensação de medo, apreensão e sentimento de não confiança. Foi concluído junto às outras categorias do estudo, que esses sentimentos e percepções ocorrem pela ausência de conversa e informações suficientes sobre o parto. Sobressaem expectativas negativas que fazem com que elas se questionem sobre sua capacidade de lidar com a situação.

O sofrimento gerado pela dor do parto, também foi relatado com a palavra “melhor” no sentido de que é bom para a mulher senti-la, uma vez que é sua responsabilidade gerenciar o processo do parto e o clímax. Após o parto a mulher percebe a representatividade do sofrimento da dor como um ato heróico que a faz se sentir mais forte. A pesquisa comparou o poder da mulher de superar a dor no parto com as virtudes de deusa. (VARGENS; MACEDO; SILVA; PROGIANTI, 2015)

No resultado da pesquisa foi verificada, a importância das gestantes perceberem o cuidado prestado no trabalho de parto e durante ele. Em especial a presença do acompanhante, ao lado delas, incentivando e as apoiando em todo o período, para que não desistissem.

O que já era esperado, conforme visto também em outros estudos, como de Souza e Gualda (2016) foi que as mulheres não deixavam os acompanhantes saírem de perto delas. Além disso, foi ressaltado nesse estudo que o carinho, o apoio, a ajuda e a massagem foram consideradas atitudes facilitadoras do parto. Esse apoio emocional ajudou as mulheres a terem força para continuar e parir. E foi enfatizado pelos colaboradores assistenciais que a mulher sozinha, teria mais dificuldade no parto, menos confiança para encarar o desafio e maior dificuldade para enfrentar as dores das contrações. Apenas a presença do acompanhante já é uma forma de ajuda. Além de minimizar os medos da mulher naquele momento.

Superar os seus medos no momento de dor, onde tudo é novo, fará diferença em suas vidas. A puérpera reconhece que teve que lidar com esses todos esses medos e conseguiu passar pelo trabalho de parto e finalmente parir.

### **5.3 Reconhecendo o medo como elemento central na relação do trabalho de parto e na gravidez**

Da interação da mulher grávida e da primípara com o medo do parto, tem-se como pressuposto que o significado atribuído ao medo do parto possa influenciar o momento do seu trabalho. A partir disso, o trabalho de parto se torna um temor, o aguardo de uma dor insuportável, entre outros temores, o que culmina no processo de trabalho de parto com grandes chances de ser traumatizante.

A dor do trabalho de parto é o motivo de um medo comum, manifestado antes do trabalho de parto e confirmado pelas puérperas após ele. Engloba uma resposta neuro comportamental ao estímulo de dor que é sentido de forma única e pessoal. Nesse caso, há que entender a dor vivenciada pela mulher e tentar amenizá-la. Mazoni e Carvalho (2008) perceberam que a dor pode ser manifestada mesmo na ausência de agressão tecidual. Ressaltam que o importante é o “ser que sente a dor e não a dor como ser”. Entender o evento e a interpretação, que a mulher faz sobre a dor que vivencia no parto e suas causas é, o que vai facilitar na intervenção e na maneira de como será aliviada essa dor.

O medo da dor do parto é um símbolo do parto normal. Conforme visto no discurso das participantes, onde se evidencia de certa forma a relação de influência do sistema de assistência obstétrica do país sobre o corpo feminino. O que é visto pela forma como se processa o gerenciamento e a medicalização do parto. (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012)

O sofrimento é um dos significados atribuídos à dor do parto para as mulheres que tiveram parto normal. Reconhecer os significados e sentimentos deve ser o primeiro passo para o cuidado. Dessa maneira, as mulheres são respeitadas e valorizadas e passam a ser ativas em seu trabalho de parto. A dor do parto é real e necessária, pois as mulheres que passam por ela atribuem a ela um significado, o que faz a mulher ressignificar e transcender essa dor. (VARGENS; MACEDO; SILVA; PROGIANTI, 2015)

A mulher gestante inicia um processo de auto avaliação e direcionamento de seus pensamentos para o bebê, família, medos, como será como mãe, etc. No trabalho de parto ela lida com todo esse conflito que é somado ao medo da dor e do sofrimento e aos aspectos psicossocioculturais que o momento envolve.

Relembremos que na época do cristianismo o medo foi internalizado nas pessoas e inscrito no corpo. Isso permanece até hoje (COSTA, 1998). Porém, como emoção

singularizada, constitutiva do psiquismo do sujeito, parte do seu emocional, o medo passa a ser presente em tudo, não só no pecado e no demônio. (SANTOS, 2013) Com o afrouxamento da autoridade patriarcal percebemos uma sociedade com mais conflitos e insegurança, o que tem causado ansiedade e medo. (MEZAN, 1997) Conforme esses autores, o medo surge de fatores externos, gerados na cultura, na sociedade, na família e internalizado, em nós, de forma singular. Muitas vezes, sem percebermos, carregamos medos desconhecidos que acabamos por descobrir em nós mesmos, quando chegamos a uma determinada situação, como é o caso da gravidez e do parto. E a medicina, na sua forma tecnocrática, ainda mantém um controle sobre a mulher e o processo de parir. Isto é percebido na sua forte influência sobre as mulheres, quando têm a ilusão de que seus medos irão sumir após a utilização da medicalização durante a gravidez, no trabalho de parto e no pós parto.

Após o parto, as puérperas da pesquisa reconheceram seus medos, apontando-os, e pôde ser percebida a semelhança com os relatos das gestantes. Assim, identificam-se diferentes tipos ou dimensões do medo, tais como: o medo do trabalho de parto ser dolorido, medo de ser mãe, medo de virar cesárea, medo do desconhecido, medo de acontecer algo com o bebê e medo de não conseguir parir.

No entanto, após o nascimento de seus filhos, as puérperas conseguiram perceber que superaram todos esses medos. Pariram seus filhos e ressignificaram esses medos. A dor, por exemplo, passou a ser entendida não como algo a ser temido ou evitado, mas como essencial para parir e que faz bem a mulher, deixando-a mais forte, consideraram ter sido bom e importante passarem por isso.

#### **5.4 A importância do cuidado no pré-natal e no trabalho de parto**

Para que a enfermeira obstétrica seja capacitada para realizar uma assistência que alcance o objetivo de entender e ajudar a mulher grávida, é necessário que ela seja treinada a se perceber na perspectiva do outro, mesmo que nunca tenha passado por tal vivência. Mas como é possível fazer isso?

Souza et al. (2015) descrevem que o pré-natal é o momento quando se pode falar abertamente sobre medos e preocupações sem que a grávida seja criticada. É importante que o profissional aborde os temas relaxamento, dor, ansiedade, medo, para que possa começar a haver uma preparação para o trabalho de parto.

Uma possibilidade de atenção no pré-natal é vista no estudo de Damasceno e Said (2008) quando avaliaram a aplicação de um método problematizador no cuidado educativo de um grupo de mulheres gestantes. Essa prática educativa foi uma forma de aplicar o cuidado oferecendo a elas, um suporte social, informativo e de apoio para diminuir o estresse e o medo do parto, assim como preparando -as para enfrentamentos e superações na fase do parto e na hospitalização.

Para Laluna, Rosa E Pereira (2005), o método problematizador tem a reflexão com a intenção de transformar. Espera-se que os sujeitos se deparem com as situações problemas em diferentes cenários e possam usar seus atributos construídos no enfrentamento, na intervenção e na superação do problema.

Barros (2011) relata que os próprios profissionais sabem da importância da atenção prestada às parturientes. A humanização do parto e o cuidado holístico reduzem as intervenções no parto e incentivam o parto normal.

A enfermagem acode as mudanças de atitudes diante da gravidez, do parto e do puerpério, na qual amplia a assistência para as áreas biológica, psicológica, social e cultural, não valorizando práticas intervencionistas (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

Pereira, Franco e Baldin (2011) perceberam em sua pesquisa que a maioria das gestantes, avaliaram positivamente o curso preparatório para as grávidas, vendo-o como forma de aprendizado e troca de experiências, mediadas pelos profissionais de saúde. Além disso, poucas gestantes relataram busca na literatura sobre o assunto trabalho de parto.

Ainda nesse estudo, as gestantes disseram ser importante a opinião feminina porque valida uma experiência sentida por outra mulher, ganhando mais peso do que a opinião masculina e a do médico, uma vez que esse fenômeno é exclusivo das mulheres.

Considera-se primordial a mudança do nível de consciência da mulher gestante, que a permita parar de referir-se a uma memória cultural. Assim como, a rotina de atenção ao pré-natal, também não pode seguir um padrão arcaico que não ajude nas necessidades emocionais da família.

Cabe ressaltar que no Sistema da Marinha, o pré-natal de baixo risco é realizado no ambulatório das policlínicas navais em alguns bairros no Rio de Janeiro. O pré-natal de baixo risco, após 35 semanas gestacional e o de alto risco são realizados no HNMD, sempre por médicos. Dessa forma, o atendimento no pré-natal ainda se encontra voltado para o fisiológico e a partir de seus protocolos de acompanhamento.

O que pôde ser percebido nas entrevistas das primíparas é que não foi citada a assistência pré-natal, contudo citaram a importância do cuidar da equipe médica e de

enfermagem durante o trabalho parto e o parir, onde normalmente há mais tempo para conversar, instruir e escutar a gestante.

O cuidar durante o trabalho de parto deve ser sensível, de forma respeitosa e desmedicalizada, o que irá trazer benefícios para a mãe e o bebê, se estendendo ao período do puerpério e da amamentação. Segundo Maldonado, (2017, p.113) as práticas recomendadas são:

atenção ao pré-natal com informações úteis para tranquilizar e aumentar a confiança da gestante e para favorecer o parto vaginal espontâneo; adotar o princípio de precaução, respeitando a fisiologia natural do parto, fazendo o mínimo de intervenções somente no momento em que forem realmente necessárias; oferecer apoio e acompanhamento qualificado no trabalho de parto e no pós-parto; estimular contato pele a pele logo após o nascimento, assim como a primeira mamada.

Moura, Costa e Teixeira (2010) sobre a importância de valorizar a escuta e o diálogo nas relações interpessoais entre os profissionais de enfermagem e as gestantes, com ênfase no respeito, atenção e atendimento as necessidades delas.

Na pesquisa de Souza et al. (2015) na categoria de ações do enfermeiro em prol da mulher no trabalho de parto e parto, foi percebido que os enfermeiros deram atenção às preocupações das mulheres e prestaram boa assistência: ouviram suas angústias, ministraram medicações para dor e tudo que pudesse ser possível durante o trabalho de parto. Todo esse apoio foi, depois, lembrado por elas que relataram terem ficado mais calmas.

De acordo com Mota, Oliveira, Victor e Pinheiro (2009), o profissional deve ter vínculo de educação em saúde com as gestantes, respeitar e responder aos questionamentos levados para o pré-natal, pois para a gestante pode ser um problema sério e conflituoso. Assim, será possível o efetivo acolhimento a gestante. Utilizando a comunicação, demonstrando compreensão sobre seu problema, se mostrar interessado em ajudar, esclarecer e educar sobre formas de agir para amenizar isso. Isso é uma atitude transformadora do cuidar.

Oliveira e Penna (2018) relata que é importante considerar a subjetividade e as necessidades de cada mulher, validar as suas escolhas, as impulsionando a terem uma atitude crítica diante das orientações recebidas, podendo ser capazes de reconhecer os benefícios e os riscos existentes na via de parto.

Isso também foi percebido, com as puérperas do estudo de Tostes e Seidl (2016), no qual relataram o que teria sido importante para o atendimento do pré-natal que poderia ter aumentado sua confiança e preparo para o parto. Estariam mais preparadas se: fornecessem mais informações sobre o parto e atenção mais individualizada com apoio as suas

necessidades particulares; acontecessem palestras sobre parto; preparação psicológica; parto realizado com mesmo médico que realizou o pré-natal.

Assim, se torna urgente a necessidade de preparar as gestantes para o parto devendo ser o foco para os serviços de pré-natal e para as políticas públicas. Primeiro devemos diferenciar dois tipos de assistência: o tipo informativa, que orienta em relação à gestação, aos cuidados com o físico, a alimentação, o repouso, o ganho de peso, e em relação ao parto em si, como agir, como respirar e manter a tranquilidade, como ser ativa e colaborar com o processo em si. Orientações sobre os cuidados com o bebê, amamentação e aos primeiros cuidados. O segundo tipo é sobre o momento da parturição em si, e que torna esta vivência humanizada. Aqui se tem menos informação e mais atenção criando-se um vínculo emocional entre a parturiente e o profissional, conseqüentemente se tem um vínculo com o próprio processo de parturição. (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Dessa forma, o acolhimento pode ser construído com base na ética, no respeito à diversidade e na tolerância aos diferentes, através da escuta clínica solidária, comprometida com a construção da cidadania e da empatia.

O acolhimento só ocorre quando o profissional tenta identificar as necessidades do outro, e se forma uma relação negociada que constrói o vínculo e estimula a autonomia e a cidadania. A sua construção depende do profissional perceber e reconhecer o usuário enquanto sujeito, que fala, julga e deseja. O acolhimento e o vínculo ampliam a eficácia das ações de saúde e aumentam a autonomia e participação nos serviços prestados (SCHIMITH; LIMA, 2004).

As tecnologias de cuidado podem ser utilizadas nas diferentes fases do processo de parir e nascer. São tecnologias leves, com base no conjunto de saberes estruturados, construídos, a partir da vivência da prática e são aplicados intencionalmente com justificativas teóricas e possuem resultados positivos (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014).

Os métodos não invasivos utilizados pelos enfermeiros obstétricos são denominados de tecnologias não invasivas de cuidados de enfermagem obstétrica (TNICEO). Envolvem o conhecimento científico que os enfermeiros obstétricos utilizam durante o trabalho de parto e parto, com a finalidade de incentivar e proporcionar o empoderamento feminino e confiar na perfeição de seu corpo, que é capaz de parir. (OLIVEIRA; PROGIANTI; PEREGRINO, 2014).

As TNICEO são caracterizadas como: relacionais (criam o vínculo entre pessoas), abertas (integra vários saberes populares no cuidado), vivas (dinâmicas, adaptáveis e renováveis conforme a situação), instituintes (renovadas dependendo da situação), de conforto

(ajuda a mulher a lidar com as sensações relacionadas ao momento do parto visando seu conforto), complexas (une os saberes e as emoções), potencializadoras (ajuda a mulher entender seu corpo e aumenta a sua capacidade de lidar com o ato de parir). (PROGIANTI; MOURO; NASCIMENTO, 2013).

Utilizando essas TNICEO, o processo de empoderamento é iniciado tendo como objetivo principal o conhecimento sobre a gravidez, o trabalho de parto e o parir. Com as atitudes, habilidades e autoconhecimento, a mulher assume a responsabilidade por suas escolhas diante do processo de parir. E quando a mulher não tem acesso à informação suficiente, ficam dúvidas sobre as escolhas dessa mulher. Sem informação, será realmente uma escolha livre?

Um sistema tecnocrático, vertical, com profissional em seu centro e não a gestante, conduz a uma assistência que leve a falta de empoderamento dessa mulher. Se essas mulheres não estão empoderadas e os profissionais também não têm empatia suficiente para aceitar as escolhas do outro, e estão engessados pela incorporação, deve-se refletir sobre um planejamento de educação no pré-natal, no ambulatório, e no centro obstétrico que oportunize esse empoderamento.

Deve-se pensar em algumas mudanças de atitude da equipe de enfermagem diante das mulheres grávidas. No entanto, para que isso seja realizado no HNMD, faz se necessário uma constante atualização dos profissionais dessa instituição. Visto que a informação é poder, colaborar para perpetuação de um sistema que priva as mulheres gestantes de tais informações é privá-las de empoderamento.

Seria interessante iniciar rodas de educação continuada com as enfermeiras obstétricas, enfermeiras e praças que possuem maior contato com a gestante durante o trabalho de parto, para que pudessem modificar sua forma de ver e pensar a respeito do outro e poder perceber a situação da mulher grávida que possui medos e histórias de vida diversas.

Uma capacitação que esclareça aos profissionais do Centro Obstétrico, sobre as TCNICEO, para que se possa mudar, também, a forma de pensar desses profissionais. Se não houver mudanças no âmbito do *mind /self* desses profissionais, impregnado com a cultura de seu meio, se não houver uma ressignificação dessa situação de interação, a iniciar-se pelos profissionais, então à assistência não trará mudanças mais humanizadas e menos medicalizada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As primigestas e as primíparas da pesquisa, pelo fato de passarem pela primeira vez por uma gravidez e pelo parto, possuem mais preocupações que as múltiparas. Seus sentimentos, medos, crenças deverão ser minimizados no período do pré-natal, momento em que a mulher grávida deverá ser vista como uma pessoa que precisa de orientação, para conseguir lidar com todas as suas angústias, que o momento propicia.

A gestante quando é preparada no pré-natal com informações sobre a gestação, parto e puerpério, se torna mais confiante e segura. Isso não é feito do dia para noite, nem mesmo durante algumas horas no período do trabalho de parto. Deve ser estimulado e desenvolvido durante o pré-natal no intuito de ajudar e aliviar todo o sofrimento da mulher com relação aos seus conceitos sobre o parto e sobre si mesma, além de desmistificar a incapacidade de parir que lhes é imposta pela sociedade desde a infância. podendo assim, assumir seu novo papel de mulher-mãe, empoderada em suas atitudes e esclarecida através das tecnologias não invasivas de cuidados que ajudarão nessa fase.

As puérperas tiveram uma percepção de toda a dor, sofrimento, angústias, medo de virar cesárea, o medo de não conseguir, medo de o bebê não nascer bem, entre outros medos. E mesmo com todos esses sentimentos e sensações, depois do parto ressignificaram seus medos e perceberam que valeu a pena terem experimentado o parto normal; se consideraram fortes, passaram felicidade por estarem com seus bebês, por terem conseguido parir de forma natural; algumas avaliaram até que se descontrolaram e poderiam ter ajudado mais. Toda essa percepção será levada com elas, em suas vidas, e no caso de futura gravidez, terão um maior incentivo para outro parto normal.

Tal interpretação se expressa também nas proposições e conclusões teóricas do estudo apresentadas como se segue:

- a) A mulher antes de estar grávida tem uma percepção sobre ser mãe, a gravidez e o parto, resultantes de suas interações com seu meio;
- b) Ao ver-se, na situação de grávida ela pensa sobre a sua gravidez, sobre o que está passando nesse momento. Identifica e define sentimentos de cansaço, de tristeza; preocupa-se com saúde do bebê, preocupa-se que tudo dê certo, sente medo de ser mãe e busca controle de suas emoções;
- c) Inicia um processo de reflexão sobre como vê o parto, teme o trabalho de parto e teme a dor do parto;

- d) A mulher grávida, então, sofre influências externas e tenta entender seus medos. Reconhece que sente medo e que este acaba determinando suas escolhas durante o parto;
- e) A mulher se permite passar pelo parto normal e expressa sua visão sobre o trabalho de parto de forma positiva ou negativa, de acordo com a definição para si da situação de interação em que se encontra;
- f) Vivencia a experiência do parto normal mesmo reconhecendo e enfrentando seus medos: medo do desconhecido, medo da dor, medo do parto “virar cesárea”, medo das contrações fortes, medo de não conseguir ter o bebê, medo de repetir as experiências familiares, medo de não ter forças ou não conseguir fazer força, e medo de não ser boa mãe;
- g) Ao expressar suas ações na situação do parto a puérpera reconhece que teve que lidar com o medo na vivência do parto e considera ter sido importante para lidar com esse medo, bem como o apoio e a presença do acompanhante, a assistência recebida dos profissionais naquele momento e um pré-natal de qualidade;
- h) Por consequência, a puérpera reconhece o medo como elemento central na sua relação com o trabalho de parto e a gravidez; ressignifica sua visão sobre seus medos e percebe que valeu a pena ter tido o parto normal;
- i) Como resultado da ressignificação, a puérpera percebe que a mulher se torna mais forte, sentindo-se feliz por estar com seu bebê e por ter conseguido ter o parto normal.

Após verificar e analisar o medo do parto como influenciador na participação das gestantes no momento do parto, acredito que, esse estudo cause, nos profissionais de saúde envolvidos na área obstétrica, uma reflexão, para que possam entender a mulher grávida, na concepção de seu “eu” total e dos seus medos.

Dessa forma, poderão ajudar as mulheres a entenderem a si mesmas e buscar métodos de lidar com esses medos. Através da percepção da origem desses medos, o que elas pensam a respeito deles e como poderão estar preparadas para lidar com eles, por conseguinte conseguirão parir sem qualquer tipo de traumas, em especial o trauma psicológico.

Como limitação do estudo, destaca-se que os resultados apresentados revelam percepções das grávidas e das puérperas do HNMD, que em sua maioria realiza pré-natal no próprio sistema militar. Isso sugere mais pesquisas que abordem de forma qualitativa a

perspectiva de outras mulheres e, também, dos profissionais da assistência que estão envolvidos na parturição.

Como contribuição do estudo, para a área da enfermagem obstétrica, espero que esses resultados possam subsidiar novos estudos de campo que aprofundem essa temática sob a perspectiva das mulheres. Dessa forma, poderíamos melhorar cada vez mais, o cuidado à mulher no pré-natal, trabalho de parto e no puerpério, o que mostra ser fundamental para o avanço científico do processo de cuidar, na assistência de enfermagem obstétrica.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, L. C. et al. Conhecimento de mulheres sobre o motivo para a realização do parto cesáreo. **Revista do Hospital Universitário / UFMA**, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA, Manaus, v.1, n.1, 1995. São Luís, 1995. v. 8, n. 2, p. 9-16. 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9806/2/Rego%20Neto%20J%20S%20Perfil%20epidemiologico....pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.
- ALMEIDA, O.S.C.; GAMA, E.R.; BAHIANA, P.M. Humanização do parto: atuação dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 4, n.1, p.79-90. Jan/Jun.2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/456/437>>. Acesso em: 15 de abr. 2018.
- ALMEIDA, N.A.M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M.R. Perspectivas de dor no parto normal de primigestas no período pré natal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.4, p. 819-27. out-dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/12.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- ALVES, C.C.et al. Humanização do parto de métodos não farmacológicos para alívio da dor: relato de experiência. **SANARE**, Sobral, v.14, 2015. Suplemento n.2. Mostra Pet Saúde. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/870/530>>. Acesso em: 5 maio 2018.
- BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Teoria fundamentada nos dados de grounded theory e o uso na investigação em enfermagem no Brasil. **Revista de enfermagem referência**. Coimbra. III série nº3-mar.2011.Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-177.pdf>> . Acesso em: 13 jun. 2018.
- BALASKAS, J. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural (a história e a filosofia de uma revolução) 3. ed. Revisado e aum. atual. São Paulo (SP): Aquariana/Ground. 2015. 416p.
- BALDIN, N.; FRANCO, S.C.; PEREIRA, R.R. Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v.20, n. 3, p.579-589, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000300005>>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- BARROS, M.L.F. Perception of health professional and women about type of delivery: literature review. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Pernambuco. v.5 (spe), p.496-504, 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3963/html>> Acesso em: 4 jul.2018.
- BEZERRA, M.G.; CARDOSO, M.V. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino Americana Enfermagem-USP, São Paulo**, v. 14, n.3, p. 414-21, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2018.

BEZERRA, A.S. et al. As bases biológicas do medo uma revisão sistemática de literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**. Ceará. Ano 1, v.1, n.3, set. 2013. Disponível em: < <http://www.interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/419/300>> . Acesso em: 3 abr.2018.

BIO, E; BITTAR, R.E; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase activa do Trabalho de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstétrico** [internet], São Paulo, v. 28, n.11, p.671-9. 2006. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032006001100007&script=sci\\_arttext&tlng=in](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032006001100007&script=sci_arttext&tlng=in)> Acesso em: 22 ago 2019.

BIRGITTA SALOMONSSON, M. Ns. C. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. **Rev. Midwifery**, Amsterdam, v. 26, n.3. p. 327-337, Jun. 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18774630>>. Acesso em: 4 maio de 2018.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: perspective and method**. Berkley: University of California press, 1969.

BOARETTO, M.C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. 2003. 141p. Dissertação (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: < <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/boarettomcm.pdf> >. Acesso em: 04 de abril de 2018.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S.K. **Qualitative research for education: an introduction to theory and methods**. Prentice Hall, 5 ed. 2011. 320p. Disponível em: < [https://www.academia.edu/25034807/Bogdan\\_Bliklen\\_Qualitative\\_Research\\_Education\\_Introduction\\_Theory\\_Methods](https://www.academia.edu/25034807/Bogdan_Bliklen_Qualitative_Research_Education_Introduction_Theory_Methods) >. Acesso em: 2 jul. 2018.

BORTOLETTI, A. F.; MORON, J.; BORTOLETTI FILHO, M. U.; NAKAMURA, R. M. **Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar**. Santana, & R. Mattar (Ed.), Barueri, SP: Manole. 2007.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto Nº 92.512**, de 2 de abril de 1986. Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D92512.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D92512.htm)> Acesso em: 10 de out de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Defesa. Marinha do Brasil. Portal Marinha do Brasil . **Fusma**. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/content/fusma>>. Acesso em: 10 de out de 2019.

\_\_\_\_\_. Marinha do Brasil. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401**. Normas para Assistência Médico-Hospitalar. Brasília-DF, Finalidade: Normativa 3ª Revisão. 2012. Disponível em: < <https://www.marinha.mil.br/dsm/sites/www.marinha.mil.br.dsm/files/DGPM-401%20rev3%20MOD6%20-%20completo.pdf>> Acesso em: 10 de out de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Secretaria de Políticas de Saúde, Área técnica da mulher. Brasília, DF, 2001. Disponível em: < <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd0413.pdf> > Acesso em: 13 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.** Brasília, DF. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2002. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 4 de maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html) > Acesso em: 12 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº. 306 de 28 de março de 2016.** Aprova as diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Edição 59. Seção 1. p. 58. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf> > Acesso em: 02 de maio de 2018.

CÂMARA, R. et al. Cesariana a pedido materno. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.43, n.4, p. 301-310, 2016. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt\\_0100-6991-rcbc-43-04-00301.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n4/pt_0100-6991-rcbc-43-04-00301.pdf)>. Acesso em: 24 de mar. 2018.

CAMPOS, N.F. et al. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, PB, abr. 2016, v.14, n.1, p.47-58. Disponível em: <[http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/5.-A-IMPORT%C3%82NCIA-DA-ENFERMAGEM-NO-PARTO\\_PRONTO.pdf](http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/5.-A-IMPORT%C3%82NCIA-DA-ENFERMAGEM-NO-PARTO_PRONTO.pdf)>. Acesso em: 3 maio 2018.

CARPENITO-MOYET, L. **Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica.** 13 ed. Porto Alegre: Artmed. 2012

CASANOVA, N.; SIQUEIRA, S. MATOS E SILVA, V. **Emoções.** Trabalho de psicologia dos alunos do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes (Portugal). 2009.27p. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>. > Acesso em 26 de março de 2018.

CASSIANI, S. H. B. **Buscando significado para o trabalho: o aperfeiçoamento profissional sob a perspectiva de enfermeiras.** Ribeirão Preto, 1994. 197 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/> > Acesso em: 10 maio. 2018.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada:** guia prático para análise qualitativa. Tradução de Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

CHARON, J.M. **Symbolic Interactionism.** 2 ed. Englewood Cliffs: Prentice hills, 1985.199p.

CHENITZ, W.C; SWANSON, J.M. **Qualitative research in nursing**. California: Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, CA, USA, 3–15, 1986.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (Brasil). **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação**. Brasília-DF, 2016.379p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 240a Reunião Ordinária. Disponível em: < [www.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf](http://www.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf) > Acesso em: 28 de abr.2018.

COSTA, J. F. **Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.221p.

COSTA, T.N.A.; DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Rev. Esc.enf. USP**. São Paulo, v. 31. n. 2. p. 219-26.1997. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v31n2/v31n2a04.pdf>>. Acesso em: 3 ago 2018.

CRAKE, M.; BARLOW, D. **Fisiologia do medo e da ansiedade**. Nova York: Oxford University Press, 1994.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa- escolhendo entre cinco abordagens**. 3.ed. [S.l]. Ed. Penso. 2014.

DAMASCENO, A.M.; SAID, F.A. O método problematizador no cuidado educativo com mulheres no preparo ao parto. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 13, n.2, p.173-83, 2008. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12433> >. Acesso em: 10 ago 2019.

DANTAS, C.C. et al. Teoria fundamentada nos dados- aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 7, n.4, p.573-579, 2009. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt\\_21.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_21.pdf)>. Acesso em: 22 jul 2018.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; DANTAS, J.C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, Jun/July, v. 43, n.2, p.438-45, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n2/a25v43n2.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2018.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics, Texas (USA)**, n.75, 2001, S5-23. Department of Antropology.University of Texas Austin. Disponível < [http://doi.org/110.1016/50020-7292\(01\)00510-0](http://doi.org/110.1016/50020-7292(01)00510-0) > Acesso em: 30 mar. 2018.

DEL REY, L.F.H. **Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal**. Versão restrita. Brasília, DF: OPAS, 2013. Disponível: <[www.redesindical.com.br/abesfo/arqs/manuais/226.pdf](http://www.redesindical.com.br/abesfo/arqs/manuais/226.pdf)> Acesso em: 20 de abril de 2018.

DELUMEAU, J. **História do medo no ocidente 1300-1800 uma cidade sitiada**. La peur en Occident (xive -xviiiè siècle): Une cité assiégée. Jean Delumeau 1923. Tradução de Maria Lucia Machado; Tradução de notas Heloísa Jahn. São Paulo : Companhia das Letras, 2009. Disponível em: < <https://www.companhiadasletras.com.br/trechos/80113.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

DIAS, M.A.B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n.5, p. 1521-1534, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10309>>. Acesso em : 28 ago.2019.

DINIZ, S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. 1997. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod\\_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A2nero.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%A2nero.pdf)> . Acesso em: 20 de março de 2018.

DINIZ, S.G. et al. Dossiê Rede feminista de saúde: **Humanização do parto**. Rede nacional feminista de saúde direitos sexuais e direitos reprodutivos. 2002. 40p.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.627-637. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2018.

DOMINGUES, R.M.S.M. et.al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde pública**, Fiocruz, Rio de Janeiro, 30 sup: S101-S116, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>> Acesso em 12 de abril de 2018.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, Fundação Carlos Chagas, São Paulo, n. 115, p.139-154, março, 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>>. Acesso em: 8 ago 2018.

DUARTE, S. J. H; BORGES, A.P.; ARRUDA, G.L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Minas Gerais, 2011; abr/jun; v.1, n.2, p.277-282. Disponível em:< <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/13/122>>. Acesso em: 20 abr 2018.

DUBY, G. **Ano 1000, ano 2000**: na pista de nossos medos. São Paulo: Unesp, 2003.147p.

ELIAS, N. **O processo civilizador**: formação do Estado e civilização. Rio de Janeiro: Zahar, 1993. v. 2. 308p. Tradução de Ruy Jungmann. Disponível em: < <https://uerjsa.files.wordpress.com/2013/04/elias-norbert-o-processo-civilizador-vol-ii.pdf>>. Acesso em: 13 de abril de 2018.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G.A. Operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Caderno Saúde Pública**. Fiocruz, Rio de Janeiro, Abril/junho, v.7, n. 2, p. 150-73, 1991. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a03.pdf>>. Acesso em: 27 mar.2018.

FIGUEIREDO, N. S.V.; BARBOSA, M. C.A.; SILVA, T. A. S.; PASSARINNI, T. M.; LANA, B.N.; BARRETO, J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora-MG, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010. Disponível em: < file:///C:/Users/Luciana/Desktop/1146-Manuscrito%20sem%20identifica%C3%A7%C3%A3o%20dos%20autores-6693-1-10-20110506.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

FRATTARI, N.F. Insegurança e medo contemporâneo: uma leitura de Zygmunt Bauman. **Revista Sociedade e cultura**, Goiás, v.11, n. 2 julho/agosto 2008. Disponível em:< file:///C:/Users/Luciana/Desktop/5298-Texto%20do%20artigo-20275-1-10-20081219.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2018.

GAYESKI, M.E.; BRUGGEMANN, O.M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis v.19, n.4. Out/ Dez, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2018.

GIAXA, T.E.P.; FERREIRA, M.L.S.M. Miedo e inseguridad de la gestante durante el trabajo de parto como motivos para la demanda de internación precoz. **Investigacion Educacion Enfermagem**, Colômbia, v. 29, n.3, p. 363-370, 2011. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105222406004.pdf>>. Acesso em: 20 mar.2018

GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity**: advances in the methodology of grounded theory by Barney G. Glaser. 1 ed. University of California. San Francisco: The Sociology Press, 1978. 164p.

GOMES, M.L. **Enfermagem obstétrica**: diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010. 168p. Disponível em: < <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/027.pdf>>. Acesso em:20 abr. 2018.

GOMES, M.L.; MOURA, M.A.V. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 abr/jun; v.20, n.2, p.248-5. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4073/2865>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, Jan-Mar; v.15, n.1, p. 107-14, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

GROSS, M.M.; DROBNIC, S.; KEIRSE, M.J.N. **Influence of fixed and time-dependent factors on duration of normal first stage labor**. Birth 2005;321:27-33 NE3. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15725202>>. Acesso em: 5 abr. 2018.

GUTIÉRREZ, M. G. R. **A intervenção do enfermeiro: uma análise a partir da prática.** São Paulo, 1989. 111p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica.** 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2017. 1176p.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 12. ed. Ed. Vozes. Petrópolis, RJ. 2010.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.** 3. ed. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1975. 164f.

JORGE, M. J.; CARVALHO, A. F.; CARVALHO, M. P.; JORGE, M. F.; MEDEIROS R. O. **Gestão orientada para resultado: um estudo sobre os hospitais navais da Marinha do Brasil.** In: VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia – 2010.

KILPATRICK, S.J.; LAROS, R.K. Characteristics of normal labor. **Obstetrics & Gynecology**, USA, jul. v.74 n. 1 p.85-7, 1989. Disponível em:< <https://europepmc.org/abstract/med/2733947>>. Acesso em: 2 abr.2018.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. **Pais-Bebê: a formação do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.330p.

LALUNA, M.C.; ROSA, R.S.L.; PEREIRA, S.M.S.F. Metodologias inovadoras de ensino e aprendizagem. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v.12, n.4, p.101-7, 2005.

LARGURA, M. A. **Assistência ao parto no Brasil.** 2.ed. São Paulo (SP), 2000.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Tradução Heloisa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG.1999. Reimpressão 2008. 244f. Disponível em:< [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1048063/mod\\_resource/content/1/A%20construc%C7%A7%C3%A3o%20do%20saber%20-%20Laville%20e%20Dionne.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1048063/mod_resource/content/1/A%20construc%C7%A7%C3%A3o%20do%20saber%20-%20Laville%20e%20Dionne.pdf)>. Acesso em: 2 ago.2018.

LEAL, M.C, et al. Intervenções obstétricas durante trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno Saúde Pública-Fiocruz**, Rio de Janeiro. Vol.30, sup 1, S17-S47, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 5 abr.2018.

LOWDERMILK, D.L. et al. **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica.** Tradução da 10.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1024p.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor.** 2ª impressão. São Paulo: Idéias e Letras, 2017. 244p.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.** 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2012.768p.

MANUCHAGUIAN, P.R. **A ação dos hormônios durante o trabalho de parto.** 2016. Disponível em: <[www.espacoitawegman.com.br/hormonios/](http://www.espacoitawegman.com.br/hormonios/)> Acesso em: 14 mar. 2018.

MATOS, T.A; SOUZA, M.S; SANTOS, E.K.A; VELHO, M.B; SEIBERT, E.R.C; MARTINS, N.M. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.63, n. 6. Brasília. Nov/Dez, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2018.

MAZONI, S.R. CARVALHO, E.C. Dor de parto: considerações históricas e conceituais. **Revista Dor**, São Paulo, v.9, p.1176-1182, 2008. Disponível em: <<https://bdpi.usp.br/item/001678927>> Acesso em 3 de junho de 2019.

MEAD, G.H. **Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist.** 1934/1959. 1.ed.The University of Chicago Press, Chicago, IL, USA. 2015.544p.

MEDEIROS, R.M.K.; SANTOS, I.M.M.; SILVA, L.R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. Esc Anna Nery. **Revista de Enf**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.765-72, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a22.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2019.

MELLO, A L. **Fisiologia do parto: como tudo acontece! Grupo vínculo apoio voluntário especializado para cuidados coma vida.** Publicado janeiro 2016. Disponível em <[www.gvinculo.com.br](http://www.gvinculo.com.br)> Acesso em: 14 de março de 2018.

MEZAN, R. **Freud, pensador da cultura.** São Paulo: Brasiliense, 1997.668p.

MORRIS, M. B. **An Excursion into Creative Sociology.** 1977, Basil Blackwell, Columbia University Press, Oxford, New York.

MOTA, E.M.; OLIVEIRA, M.F.; VICTOR, J.F.; PINHEIRO, A.K.B. Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto. **Rev. Rene**, Ceará, v. 12, n.4, p. 692-698, 2011.

MOURA, M.A.V; COSTA, G.R.M; TEIXEIRA, C.S. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Revista de Enfermagem da UERJ**, rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 429-34, jul/set 2010. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a16.pdf>>. Acesso em: 20 ago.2019.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014.** Tradução de Regina Machado Garcez, Porto Alegre: Artmed, 2013. NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** Ciência Saúde Coletiva-Fiocruz, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.651-7, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2018.

OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Rev Bras Enferm**, rio de Janeiro, v.71,Suppl 3, p.1228-36, 2018. [Thematic Issue: Health of woman and child] . Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>>. Acesso em: 20 ago2019.

OLIVEIRA, F.A.; PROGIANTI, J.M.; PEREGRINO, A.A.F. Direct costs of delivery with related obstetrical nursing practice in Birth Center. Escola Anna Nery **Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.421-7, 2014.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; RIESCO, M.L.G.; MIYRA, C.F.R.; VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev Lat. Am. Enfermagem**, São Paulo, Set-Out; v.10, n.5, p. 667-74, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a7.pdf>>. Acesso em: 21 ago 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Centro de Informação das Nações Unidas. **Recomendações da OMS no atendimento ao parto natural**. Genebra: OMS. 2001. PEREIRA, S.S. Parto natural: atuação da enfermagem diante da assistência humanizada. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v.10, n.3, p.199-213, set, 2016. Disponível em: < <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1727/1682>>. Acesso em: 20 abr.2018.

PEREIRA, A.L. et al. Percepção das puérperas sobre o parto normal em uma maternidade do Rio de Janeiro. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17 n.1, 2013. Disponível em: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170806\\_102009.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170806_102009.pdf)> Acesso em 13 junho de 2019.

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Rev. Bras. Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n.3, p. 376-388, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>>. Acesso em: 8 jul.2018.

PICCININI, C.A. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Rio Grande do Sul, v.18, n.2, p.247-254, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

PIMENTEL, S. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – Cedaw**. 1979 . Disponível em: <[http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/.../SPM2006\\_CEDAW\\_portugues.pdf](http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/.../SPM2006_CEDAW_portugues.pdf)> Acesso em: 31 mar. 2018.

PINHEIRO, B.C. BITTAR, C.M.L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, Canoas, RGS, v.37, p.212-227, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a15.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2019.

PRATA, J.M; PROGIANTI, J.M. DAVID, H.S.L. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. **Texto Contexto Enferm**, Rio de Janeiro, out-dez; v. 23, n.4, p.1123-9, 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt\\_0104-0707-tce-23-04-01123.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01123.pdf)>. Acesso em: 26 ago. 2019.

PROGIANTI, J.M; LOPES, A.S; GOMES, R.C.P. A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v.11, n.3, p.273-7. 2003.

PROGIANTI, J.M.; MOURO, R.J.O; NASCIMENTO, N.M. Empoderamento feminino: promoção do parto fisiológico com uso de tecnologias não invasivas de cuidado. In: Souza

KV, Duarte, ED, organizadores. **PROENF: saúde materna e neonatal**. Porto Alegre: Artmed; 2013. v. 2, p. 53-76.

PROGIANTI, J.M; VARGENS, O.M.C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Rev. Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.194-7, 2004. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713004.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed . Porto Alegre: Artmed, 2004.487p.

REZENDE, C.B. Em torno da ansiedade: subjetividade, mudança e gravidez. **Interseções**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 438-454, dez 2012. Disponível em:< <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/viewFile/8557/6442>>. Acesso em: 16 ago.2019.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 1.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, 712p.

RODRIGUES, A.V.; SIQUEIRA A.A.F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 8, n.2, p. 179-186, abr./jun., 2008. Disponível em: < [https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14356/art\\_RODRIGUES\\_Sobre\\_as\\_dores\\_e\\_temores\\_do\\_2008.pdf?sequence=1](https://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14356/art_RODRIGUES_Sobre_as_dores_e_temores_do_2008.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 20 mar.2018.

SANTOS, L.O. O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões. **Rev. psicologia ciência e profissão**, Brasília, DF, v. 23 n.2.2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n2/v23n2a08.pdf>>. Acesso em:21 abr.2018.

SANTOS, S.R.; NÓBREGA, M.M.L. A grounded theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 55, n. 5, p. 575-579, set-out. 2002. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672002000500015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672002000500015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 jul.2018.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. L. **Field research: strategies for a natural sociology**. New Jersey: Prentice-Hall, 1973. 149f.

SCHIMITH, M.D.; LIMA,M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública- Fiocruz**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov-dez, 2004.

SEIBERT, S.L.; BARBOSA, J. L. S.; SANTO J.M.; VARGENS O.M.C. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem UERJ**, rio de Janeiro, v.13, n.2, p.245-51, 2005.

SESCATO, A.C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm**, Paraná, 2008; v.13, n.4, p.585-9.

SILVA, T.F.; COSTA, G. A. B.; PEREIRA, A.L.F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, Jan/Mar; v.16, n1:82-7, 2011.

SOUZA, S.R.K.; GUALDA, D.M.R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, v.25, n.1, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>>. Acesso em: 14 de setembro de 2019.

SOUZA, M.G.; VIEIRA, B.D.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.; LEÃO, D.C.M.R.; De SÁ, A.M.P. A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto. **Revista de Pesquisa Cuidado e Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p.1987-2000, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/5057/505750945021>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

STRAUSS, A. **Continual Permutations of Action**. 1.ed. Ed. Routledge. 2017. 280p.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE Publication, 4.ed. 2014. 456p.

TOSTES, N. A. SEIDL, E.M.F. Expectativas das gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, SP, v. 24, n. 2, p.681-693, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a15.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

VANDEBOS, G. (Org) **Dicionário de Psicologia da APA** – American Psychological Association Tradução de Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed. 2010

VARGENS, O.M.C. **Querendo fazer algo diferente à relação de interação entre enfermeira e a mulher frente ao fenômeno da mutilação nas cirurgias ginecológicas**. 2000. 125p. Tese (Professor Titular)- Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

VARGENS, O.M.C.; MACEDO, P.O; SILVA, A.C.V; PROGIANTI, J.M.. Pain in childbirth and suffering: perspectives of Brazilian women. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, 2015 jan/abril; v.2, n.1, p. 15-20.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1985. 696p.

## APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido



Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada Reconhecendo o medo como elemento fundamental na interação da mulher com a gravidez e o parto: perspectivas para o cuidado da enfermeira conduzida pela mestrandia Luciana Jares Travancas sob orientação da Prof. Octavio Muniz da Costa Vargens. Este estudo tem como objetivos: Identificar os fatores geradores de medo do parto para mulheres primigestas e primíparas, antes e após o parto; Analisar o significado do medo do parto para mulheres primigestas e primíparas e suas influências na vivência do parto normal. Você foi selecionada por ser mulher, ter acima de 18 anos, e estar no hospital militar no município do Rio de Janeiro. Sua participação não é obrigatória e o estudo não acarretará em custos ou compensações financeiras por sua participação na pesquisa. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará em custos, prejuízos à mesma e ao seu atendimento médico-hospitalar.

A participação neste estudo poderá acarretar riscos mínimos, tais como a possibilidade de estresse, alteração emocional e constrangimento. Nos casos de qualquer dano será assegurado o direito a assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, além do direito a indenização por parte do pesquisador. Tais riscos poderão ser amenizados com a realização da entrevista em um lugar seguro e privativo, em que estará presente apenas você e a pesquisadora. As informações fornecidas por você serão de grande importância para alcançarmos os objetivos da pesquisa. Além disso, pode contribuir através da verificação e análise do medo do parto como influenciador na participação das gestantes no momento do parto, com o intuito de elaborar formas e métodos das equipes de profissionais que sejam mais eficazes para ajuda-las e as deixando preparadas para o trabalho de parto e puerpério, de forma menos traumatizante possível.

Essa pesquisa propiciará contribuições importantes para o ensino, pesquisa e para a assistência da enfermagem e demais profissionais de saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista em um local com privacidade, no período do pré-natal, ocorrerá no ambulatório da obstetrícia. No pós-parto a entrevista ocorrerá no alojamento conjunto no 6B. A pesquisa será conduzida apenas pela pesquisadora Luciana. O conteúdo da entrevista consiste em perguntas abertas com dados de caracterização sócio demográficas e com tópicos que serão abordados no decorrer da mesma. A entrevista será gravada em aparelho eletrônico.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação das mulheres participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Luciana Jares Travancas – Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – lucianajares@hotmail.com - 996340648 ou Octávio Muniz da C. Vargens – Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - na Boulevard 28 de Setembro, 157 – 7º andar – Vila Isabel – Rio/RJ – cep: 20551-030.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao CEP/HNMD: Rua Cesar Zama, 185, Lins de Vasconcelos, RJ. CEP: 20725-090- Tel: 25995452- E-mail: hnmd.cep@marinha.mil.br.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora/Aplicadora do TCLE: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B** – Instrumento de entrevista

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



**Título: Reconhecendo o medo como elemento fundamental na interação da mulher com a gravidez e o parto: perspectivas para o cuidado da enfermeira.**

Entrevista nº: \_\_\_\_\_

**Identificação das mulheres:**

Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_

Quem acompanhou o parto: \_\_\_\_\_

Mora com quem: \_\_\_\_\_

**Questão relacionada ao medo do trabalho de parto**

O que o medo significa para você antes do trabalho de parto?

O que o medo significa para você, agora, após o parto?

**Temas a serem introduzidos na entrevista, caso não sejam abordados espontaneamente pela entrevistada.**

(Estes temas serão apresentados a entrevistada na medida em que for evoluindo a entrevista, não tendo necessidade de seguir esta ordem ou esta formulação das perguntas)

**Antes do parto:**

- 1) Você tem medo?
- 2) Como você acha que será o trabalho de parto?
- 3) Quais os fatores que você considera serem causadores do seu medo?
- 4) Por que você está com medo?

**Após o parto:**

- 1) Como você se sente/sentiu no momento do trabalho de parto?
- 2) Você sente/sentiu medo? Por quê?
- 3) O que você acha que lhe deixa/deixou com medo (os fatores geradores)?
- 4) O que você considera que ajudará/dificultará ou ajudou/dificultou para o seu medo no momento do trabalho de parto?

## ANEXO A – Folha parecer do CAPPq 28/2018



MARINHA DO BRASIL  
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS  
CONSELHO AVALIADOR DE PROJETOS DE PESQUISA  
PARECER DO CAPPq 28/2018

Após avaliação do projeto pelo Conselho Avaliador de Projetos de Pesquisa (CAPPq) e envio de parecer para conhecimento e ratificação pelo Exmo. Sr. Diretor do HNMD, transmite-se abaixo o decidido.

**Projeto de Pesquisa:**

*“O medo do parto: Significados atribuídos por primíparas antes e após a vivência do parto”.*

**Pesquisadora:**

Luciana Jares Travancas

**Considerações:**

Este Conselho é favorável à realização da pesquisa, entretanto, o projeto deve ser inexoravelmente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HNMD), para que seja verificado se está em consonância com a Resolução CNS 466/2012. Solicitamos que seja enviado relatório final a este Conselho ao fim da pesquisa.

Rio de Janeiro, 22 de outubro de 2018.

  
MARCELO LEAL GREGÓRIO  
Capitão de Fragata (Md)  
COORDENADOR DO CAPPq/HNMD

## ANEXO B – Folha de Rosto CONEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: O medo do parto: significados atribuídos por primíparas antes e após a vivência do parto			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 20			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Luciana Jares			
6. CPF: 085.285.827-28	7. Endereço (Rua, n.º): Rua Conselheiro Autran VILA ISABEL 17 ap 304 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 20551060		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 21996340648	10. Outro Telefone:	11. Email: lucianajares@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>28</u> / <u>09</u> / <u>2018</u>		<u>Luciana Jares Trevisan</u> Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Hospital Naval Marcílio Dias	13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Instituto de Pesquisas Biomédicas	
15. Telefone: (21) 2599-5452	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Antônio Carlos Barbosa Nardin Lima</u> PF: <u>874.654.187-04</u>			
Cargo/Função: <u>Vice-Diretor de Saúde</u>			
Data: <u>18</u> / <u>10</u> / <u>2018</u>		<u>Antônio Carlos B. Nardin Lima</u> Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			