

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO



AMANDA BASÍLIO BASTOS DOS SANTOS

**CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DAS GESTANTES DO  
SERVIÇO PÚBLICO SOBRE PARTO HUMANIZADO**

Aracaju/SE

2017

AMANDA BASÍLIO BASTOS DOS SANTOS



## **CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DAS GESTANTES DO SERVIÇO PÚBLICO SOBRE PARTO HUMANIZADO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>PhD. Júlia Maria Gonçalves Dias**

Aracaju/SE

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DAS GESTANTES DO  
SERVIÇO PÚBLICO SOBRE PARTO HUMANIZADO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aracaju, 09 / 10 / 2017.

---

Autor: Amanda Basílio Bastos dos Santos



---

Orientadora: ProfªPhD. Júlia Maria Gonçalves Dias

AMANDA BASÍLIO BASTOS DOS SANTOS

## **CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DAS GESTANTES DO SERVIÇO PÚBLICO SOBRE PARTO HUMANIZADO**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Orientadora: ProfªPhD. Júlia Maria Gonçalves Dias  
Universidade Federal de Sergipe

BANCA EXAMINADORA

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

*"De sorte que, se teus olhos forem bons, todo teu corpo terá luz".*

*Mateus 6:22.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me ter como filha e não como serva, por me amar, por perdoar minhas falhas, por estar sempre comigo. Obrigada por segurar minha mão quando quis desistir, obrigada pela missão que me destes. Tudo será para sua honra e glória.

Agradeço aos meus pais e irmãos, por não poder estar presente, mas nunca me ausentar das suas companhias. Obrigada por ficarem sempre comigo.

Agradeço aos meus grandes amigos, Vívian, Bruna, Rodrigo e Milena, por me aceitar, me confortar e me apoiar, e nunca permitir que eu desistisse. Especialmente Vívian com quem dividi minhas aflições nas últimas semanas de "ajustes".

Agradeço a LIAGO, em especial a Lorena, Wilas, Lyra e Cibele, pelo tempo e dedicação disponibilizado.

Agradeço a Luzinho, minha eterna amiga, por estar sempre disponível para ajudar.

Agradeço ao professor Dr. Enaldo, pela iniciativa em ajudar, por querer que entendessemos e por disponibilizar seu tempo.

Agradeço a Amintas, por conciliar minhas dúvidas, meus temores, por me incentivar e tentar achar um caminho pra me fazer feliz.

E um muito obrigado a minha ilustríssima orientadora, não só nos trabalhos como na vida. Dra Júlia Dias, Julia, obrigada por acreditar no meu potencial, por me corrigir, por me orientar, por ser tudo que é. Terei você pra sempre em meu coração e prometo sempre continuar respirando, independente do que aconteça, apenas respirando.

## RESUMO

**OBJETIVO:** avaliar o grau de conhecimento das gestantes de dois serviços públicos em Aracaju-SE sobre parto humanizado. **MÉTODOS:** estudo descritivo, prospectivo, observacional, transversal, a coleta de dados se fez por meio de questionário. Foram utilizados testes estatísticos de associações de variáveis (Qui-quadrado e Exato de Fisher). **RESULTADOS:** a média da idade foi 26,6 anos, 145 (72,5%) eram procedentes do interior, 181 (90,5%) tinham renda até um salário mínimo, 38% (76) tinha escolaridade menor ou igual a 8 anos. Iniciaram o pré-natal até o 1º trimestre 142 (71%), tiveram o médico conduzindo o pré-natal 144 (72%), 142 (71%) preferiam o parto normal, 88 (44%) relataram medo da cesarea e 116 (58%) medo das dores do parto normal. O profissional do pré-natal não ofereceu informações em 133 (66,5%). Ouviram falar sobre Parto Humanizado, 61 (30,5%), destas 51 (83,6%) apresentaram resposta adequada sobre o conceito. Observamos associações entre o conhecimento prévio e: procedência, renda, aborto, médico como prenatalista e preferência pelo parto normal. Frequência expressiva de resposta adequada entre as que não ouviram falar associada a: renda, escolaridade, prenatalista e ausência de informações advindas do profissional. **CONCLUSÕES:** a maioria não tinha conhecimento sobre Parto Humanizado, as que tinham responderam adequadamente, a maioria era procedente de Aracaju e apresentam maior renda, essas variáveis tiveram associação significativa com o grau de conhecimento. A maioria preferiu parto normal, tinha como prenatalista o médico e não receberam informações quanto aos tipos de parto pelo profissional executante.

**PALAVRAS-CHAVE:** PARTO HUMANIZADO, GESTANTES, PARTO OBSTÉTRICO, CONHECIMENTO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** to analyse the knowledge's degree of the pregnant women of two public services in Aracaju-SE about humanized birth. **METHODS:** a descriptive, prospective, observational, cross-sectional study was performed using a questionnaire. Statistical tests of associations of variables (Chi-square and Fisher's exact test) were used. **RESULTS:** a mean of the age for 26.6 years, 145 (72.5%) were procedural of the interior, 181 (90.5%) received less than one minimum wage, 38% (76) had studied in their lives less than or equal to 8 years . They started prenatal care until the first trimester, 142 (71%); the doctor had the prenatal care 144 (72%); 142 (71%) preferred normal birth, 88 (44%) reported fear of cesarean and 116 (58%) fear of normal labor pains. The prenatal professional did not offer information to 133 (66.5%). They heard about Humanized Childbirth, 61 (30.5%); among these, 51 (83.6%) presented an adequate answer on the concept. We observed associations between prior knowledge and: origin, income, abortion, physician as prenatalist and preference for normal birth. Expressive frequency of adequate answer among those who did not hear associated with: income, schooling, prenatalist and absence of information from the professional. **CONCLUSIONS:** most had no knowledge about Humanized Birth, those who had answeredw adequately, most were from Aracaju and had higher income, these variables had a significant association with the degree of knowledge. The majority preferred normal labor, had as prenatalista the doctor and did not receive information on the types of delivery by the professional performer.

**KEYWORDS:** HUMANIZING DELIVERY, PREGNANT WOMEN, OBSTETRIC DELIVERY, KNOWLEDGE AND HUMANIZATION OF ASSISTANCE.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AMB - Associação Médica Brasileira

ANDO - Associação Nacional de Doulas

CPN - Centro de Parto Normal

AMB - Associação Médica Brasileira

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DONA - Associação de Doulas da América do Norte

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento

RN - Recém Nascido

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-** Características sociodemográficas e do pré-natal de gestantes entrevistadas sobre parto humanizado em serviço público no período de julho a agosto de 2017.

**Tabela 2-** Conhecimento sobre parto normal e humanizado em gestantes atendidas em serviço público no período de julho a agosto de 2017.

**Tabela 3-** Características sociodemográficas e do pré-natal comparadas com o conhecimento prévio ou não sobre parto humanizado em gestantes atendidas em serviço público no período de julho a agosto de 2017.

**Tabela 4-** Características sociodemográficas e do pré-natal comparada com a adequação da resposta das 61 pacientes que declararam possuir conhecimento prévio sobre parto humanizado em serviço público no período de julho a agosto de 2017.

**Tabela 5 -** Características sociodemográficas e do pré-natal comparadas com a adequação da resposta das 139 pacientes que declararam **NÃO** possuir conhecimento prévio sobre parto humanizado que foram entrevistadas de julho a agosto de 2017.

**Tabela 6.** Resultado das análises de regressão logística: associação multivariada entre gestantes que possuíam conhecimentos prévios e variáveis que influenciam nas chances desse conhecimento.

**Tabela 7.** Resultado das análises de regressão logística: associação multivariada entre gestantes que **NÃO** possuíam conhecimento prévio e variáveis que influenciam nas chances desse conhecimento.

## SUMÁRIO

<b>I. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>13</b>
<b>1. HISTÓRICO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. TIPOS DE PARTO.....</b>	<b>16</b>
2.1 TOCURGIA.....	16
2.2 NATURAL.....	17
2.2.1 HUMANIZADO.....	18
<b>3. PARTO HUMANIZADO: EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....</b>	<b>22</b>
3.1 PRÉ-NATALISTA.....	22
3.2 OBSTETRA.....	23
3.3 ENFERMAGEM.....	23
3.4 DOULA.....	23
3.5 ACOMPANHANTE.....	24
3.6 GESTANTE.....	24
<b>4. LEI (PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE).....</b>	<b>25</b>
<b>5. O PAPEL DO SUS.....</b>	<b>26</b>
<b>III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>27</b>
<b>IV. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>V. ARTIGO ORIGINAL .....</b>	<b>45</b>
RESUMO.....	46
ABSTRACT.....	47
INTRODUÇÃO.....	48
METÓDOS.....	49
RESULTADOS.....	50
DISCUSSÃO.....	58
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
<b>VI. ANEXOS.....</b>	<b>68</b>

## I. INTRODUÇÃO

Os movimentos sociais, a exemplo do movimento social feminista, tiveram grande importância, pois contribuíram não só com críticas ao sistema de atenção a saúde da mulher, como também na conscientização das gestantes, parceiros e profissionais da área de saúde, sendo de fundamental importância a compreensão dos cuidados no parto. (SÁNCHEZ et al., 2012).

Por volta do século XXI, o parto domiciliar foi sendo substituído pelo parto institucionalizado e a assistência continuada à mulher foi se tornando cada vez mais restrita. O que acabou contribuindo para a desumanização da assistência ao parto e conseqüentemente das experiências vivenciadas. (HODNETT et al., 2011).

A busca por mudanças na rotina de atenção ao parto e tudo que ele representa para gestante, são justificáveis pela adoção de técnicas e meios que se apresentam acima da própria gestante, tornando-a submissa as condutas definidas, transformando-as em meras figurantes no cenário do nascimento. (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES, 2015).

A qualidade da assistência prestada, as experiências vivenciadas pelas parturientes durante o trabalho de parto e o nascimento, influencia nos resultados maternos e neonatais. (D'ORSI et al., 2014).

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa para a Humanização do Cuidado Prenatal e do Parto em 6 de janeiro de 2000. O programa engloba a assistência durante a gestação, parto e puerpério, com o objetivo de se tornar uma garantia dos direitos civis das mulheres durante período que engloba a maternidade. (OLIVEIRA et al., 2017)

O progresso da medicina proporcionou ao parto cesáreo apresentar-se com técnicas mais seguras que possibilitam uma maior segurança do procedimento para aquelas que apresentam razões médicas, mesmo ainda não sendo anulada por completo a morbidade do ato cirúrgico o que expõe as mães e as crianças a grandes riscos. (LASNET et al., 2015; DARSAREH et al., 2016; SILVEIRA; SANTOS, 2004).

No estudo realizado por PINHEIRO & BITTAR (2012), foi destacado que o parto normal pode ser vivenciado de duas formas, como uma experiência prazerosa, de satisfação, ou como algo traumático, se tornar algo que jamais desejariam que ocorresse outra vez.

O parto com uma melhor assistência se torna uma intervenção vital para salvar vidas. (ANASTASI et al., 2015).

Parto humanizado é um modelo alternativo ao tecnocrático que passou a ser instituído há algumas décadas. Para alguns autores, o parto humanizado é descrito como respeito aos valores, cultura, crença e dignidade de uma mulher, e também o desejo de controle sobre o parto para que se perceba como contribuinte do nascimento e decisões relacionadas. (BEHRUZI et al., 2014)

Baseado no conteúdo da literatura os autores se propõem a desenvolver um estudo sobre humanização do parto com o objetivo de avaliar o grau de conhecimento de gestantes atendidas no serviço público com relação ao parto humanizado.

# REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

---

## II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 1. HISTÓRICO

Tradicionalmente, o parto era realizado em casa e o apoio era proporcionado de forma contínua. Todo o processo de nascimento, o trabalho de parto e o parto propriamente dito, era conduzido e assistido por outras mulheres, que tinham como objetivo o acolhimento da parturiente. Por volta do século XXI, o parto domiciliar foi sendo substituído pelo parto institucionalizado e a assistência continuada à mulher foi se tornando cada vez mais restrito. O que acabou contribuindo para a desumanização da assistência ao parto e conseqüentemente das experiências vivenciadas. (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2002).

Com essa transição, também foram incluídas algumas intervenções no processo de nascimento, submetendo as mulheres às rotinas institucionais, tais como episiotomia, enemas, indução do parto e o uso de medicamentos. O nascimento passa a ser visto como uma patologia e as gestantes como mulheres doentes que necessitam de assistência médica. (MAROTO-NAVARRO et al., 2004; SÁNCHEZ et al., 2012).

No ano de 1985, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) se reuniram com o objetivo de promover melhoras no atendimento voltado as gestantes, avaliando a real necessidade do uso das tecnologias. (OLIVEIRA et al., 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996, após discussões internacionais fundamentadas em evidências, publicou um consenso para atenção ao parto normal, cujo principal objetivo é servir como orientação ao profissional. Obtendo como um dos resultados o combate a morbimortalidade materna e neonatal através, principalmente, do agrupamento das práticas de acordo com sua necessidade de realização, risco e eficácia (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES, 2015).

Com base nisso, as orientações foram classificadas em quatro categorias:

- A) práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- B) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;

C) práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela;

D) práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. (OMS, 1996)

Vale ressaltar ainda, que os movimentos sociais, a exemplo do movimento social feminista, tiveram grande importância, pois contribuíram não só com críticas ao sistema de atenção a saúde da mulher, como também na conscientização das gestantes, parceiros e profissionais da área de saúde, sendo de fundamental importância a compreensão dos cuidados no parto. (SÁNCHEZ et al., 2012).

Mesmo após publicação de tais recomendações, práticas como a medicalização do parto vaginal, condutas não recomendadas e por vezes desnecessárias, ratificam a persistência de elevada mortalidade materna, tanto no Brasil como no mundo (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES, 2015).

Segundo a OMS, a taxa de mortalidade materna sofreu uma redução de 44% entre os anos de 1990 a 2015, porém mesmo com essa redução esses números representam uma estimativa de que 303.000 mulheres em todo o mundo evoluíram para óbito devido a causas relacionadas a gestação, parto e puerpério, ocorrendo 216 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. (OMS, 2015)

No Brasil, a razão de mortalidade materna e mortalidade perinatal, ainda permanecem elevadas (64,8/100.000 nascidos vivos em 2011), corroborando que ainda persistem problemas na atenção materna e perinatal. (DATASUS, 2012).

A execução de tais normas contidas nesse guia, possibilita uma proximidade maior com uma atenção humanizada, focando nas necessidades de respeito e decisão dos pais no nascimento e cuidado com o recém nascido, em substituição a práticas rotineiras.(SÁNCHEZ et al., 2012)

A busca por mudanças na rotina de atenção ao parto e tudo que ele representa para gestante, é justificável pela adoção de técnicas e meios que se apresentam acima da própria gestante, tornando-a submissa as condutas definidas, transformando-as em meros figurantes no cenário do nascimento. (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES, 2015). O chamado modelo tecnocrático desconsidera o vínculo emocional, promovem intervenções para diminuir o tempo do parto, práticas realizadas sem evidências científicas, negam o direito a acompanhante, e contribuem para procura de alternativas que supram essas necessidades (AQUINO, 2014).

A qualidade da assistência prestada, as experiências vivenciadas pelas parturientes durante o trabalho de parto e o nascimento, influencia nos resultados maternos e neonatais. (D'ORSI et al., 2014).

De acordo com HODNETT et al. (2011), a ansiedade no parto está associada a elevados níveis de adrenalina, frequência cardíaca fetal atípica, redução nas contrações uterinas, aumento na duração da fase ativa e baixos índices de Apgar. O apoio emocional, as medidas de conforto podem resultar em diminuição do medo e, por conseguinte dos seus efeitos. Entender quais as variáveis que influenciam na morbidade materna, ajuda na elaboração de um método de prevenção, contribuindo para elaboração de condutas mais direcionadas para cada necessidade. Resultando em um melhor serviço de triagem e monitoramento, principalmente nas mulheres com mais de 35 anos ou com histórico de complicações no parto (NORHAYATI, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa para a Humanização do Cuidado Prenatal e do Parto (PHPN) em 6 de janeiro de 2000. O programa engloba a assistência durante a gestação, parto e puerpério, com o objetivo de se tornar uma garantia dos direitos civis das mulheres durante período que engloba a maternidade. (OLIVEIRA et al., 2017)

Com o objetivo de assegurar o acesso, cobertura e a qualidade do pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e à criança, o Governo do Brasil criou em 2011 a Rede Cegonha, como proposta pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2016).

Adoção de boas práticas e redução no número de intervenções sem embasamento científico são recomendações da OMS apoiadas pela Rede Cegonha (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES, 2015). Para que aconteça tal transformação na atenção à saúde materna e perinatal no Brasil, é necessária a implementação de uma assistência direcionada e individualizada as necessidades das mulheres. Sendo fundamental uma modificação na atuação dos profissionais e uma reforma em alguns conceitos estabelecidos, e assim poder transformar o ambiente do serviço de saúde em um lugar acolhedor, em que é assegurada a participação da mulher, bem como a integração de sua autonomia. (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013)

Toda mudança exige um processo de adaptação, e assim acontece com a adoção de novas normas em uma rotina já estabelecida por anos. Trata-se de um processo dinâmico e multifatorial, conseqüente de uma serie de determinantes e fatores subjetivos (OLIVEIRA et al., 2017). De acordo com SUÁREZ-CORTÉS et al.

(2015), mudar comportamentos profissionais para mais adequados com incentivo e conhecimento técnico é adotar às práticas recomendadas.

## **2. TIPOS DE PARTO**

### **2.1 Tocurgia**

Segundo REZENDE (2014), cesárea é definida como ato cirúrgico em que se constitui em uma incisão no abdome e parede do útero gestante para liberar o concepto aí desenvolvido.

De acordo com a FEBRASGO (2010), a cesariana deve ser praticada rotineiramente em caso de apresentação pélvica, gestação gemelar, sofrimento fetal agudo e crônico, macrossomia, placenta prévia, prolapso de cordão, herpes genital, infecção pelo HIV com carga viral > 1000 cópias/ml, cesarianas prévias. E não deve ser praticada de forma rotineira nos casos de: cesárea a pedido, crescimento intrauterino restrito após 34 semanas, descolamento de placenta, gemelar com 1º feto cefálico, hipertensão/pré-eclampsia, HIV com carga viral < 1000 cópias/ml, prematuridade extrema e estimativa de peso fetal > 4000g. Apresentando em cada indicação os graus de evidência segundo a Associação Médica Brasileira (AMB).

Com a incorporação de métodos mais modernos, os partos em casa diminuíram de forma significativa em meados de 1950. Com isso, a prática de espera foi dando lugar à intervenção (SAHLIN et al., 2017). O aumento das taxas de realização de cesáreas vem ocorrendo de maneira progressiva, e encontramos diversas razões e /ou motivações que justificam isso, dentre elas: postergação da maternidade por parte das mulheres, o aumento da obesidade e até pela própria escolha da gestante sem nenhuma indicação médica, sendo motivado pela possibilidade de escolher o dia e hora do parto, um meio de evitar a dor, medo do nascimento vaginal, preservar da função coital, obter ligadura de trompas. Sendo que, muitas delas têm consciência de que o parto vaginal é uma opção de parto mais segura e a cesarea encontra-se repleta de possíveis complicações e maiores cuidados. (LASNET et al., 2015; DARSAREH et al., 2016).

O progresso da medicina proporcionou ao parto cesáreo apresentar-se com técnicas mais seguras que possibilitam uma maior segurança do procedimento para aquelas que apresentam razões médicas, mesmo ainda não sendo anulada por completo

a morbidade do ato cirúrgico o que expõe as mães e as crianças a grandes riscos. (SILVEIRA; SANTOS, 2004).

Segundo dados do DATASUS, o Brasil realizou 1.496.034 cesáreas no ano de 2010, o que corresponde a 52,3% dos partos, e ainda apresentou um aumento quando comparamos com os índices de 2015, onde ocorreram 1.674.058 cesáreas, 55,5% dos partos do mesmo ano. Tais taxas se se apresentam com índices bastante elevados, quando comparamos com os 15% pré-estabelecidos pela OMS (2015) como limite de segurança para resultados que trazem benefícios para mães e fetos. Locais onde a natalidade se apresenta elevada, mulheres que apresentam mais de uma gestação, tal procedimento cirúrgico se encontra associado ao risco aumentado de complicações em longo prazo, tanto na gestação atual como nas próximas. (LASNET et al., 2015; DARSAREH et al., 2016). Redução de tais taxas advirem de um conjunto de fatores que estão associados às próprias mulheres e aos serviços de saúde. A melhoria do cuidado com as gestantes, o esclarecimento de dúvidas sobre vantagens e desvantagens relacionadas aos tipos de parto, principalmente para as primíparas, irá permitir a elaboração de opiniões, o que irá influenciar sobre a escolha do tipo de parto. (SILVEIRA; SANTOS, 2004)

## **2.2 Parto natural**

O parto é um mecanismo fisiológico influenciado por diversos fatores, hormonais, orgânicos e psico-emocional da mulher. (MARTINS et al., 2005). O parto natural pode ser dividido em duas categorias: parto natural assistido, parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, assistido por profissional de saúde; parto natural não assistido, parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, não assistido por profissional de saúde. (PORTUGAL, 2012)

Para ser considerado parto natural, o mesmo deve acontecer sem qualquer intervenção e/ou procedimentos desnecessários nos períodos do trabalho de parto, parto e puerpério. (VIANA, 2014).

No estudo realizado por PINHEIRO & BITTAR (2012), foi destacado que o parto normal pode ser vivenciado de duas formas, como uma experiência prazerosa, de satisfação, ou como algo traumático, se tornar algo que jamais desejariam que

ocorresse outra vez. É com essa última idéia que muitas mulheres expressam desejo por uma cesariana após uma vivência negativa do parto normal.

No Brasil, segundo o DATASUS, em 2015 foram realizados 1.339.673 (44,4%) partos por via vaginal contra as 1.674.058 (55,5%) cesáreas concluídas no mesmo ano.

O discurso do parto normal baseado na dor e sofrimentos inerentes ao nascimento é concebido a partir de condutas dolorosas e inesperadas, como imobilização, uso desenfreado de ocitócitos, episiotomia, amniotomias, pois aumentam a intensidade do processo doloroso. Tais percepções negativas também são impulsionadas com o sentimento de solidão pela ausência de acompanhante, falta de cuidado da equipe profissional, pouco ou nenhum controle do próprio parto, frequência de toques vaginais, falta de privacidade. (VELHO, 2012)

Segundo PORTUGAL (2012), o trabalho de parto de início espontâneo que culmina num parto normal é a forma mais segura de nascimento, e destaca ainda que o parto induzido e a cesariana sem qualquer justificativa relacionada à saúde, por conveniência, por exemplo, está associada a maiores riscos e é considerada como uma prática injustificada.

### 2.2.1 Humanizado

O nascimento é uma etapa crucial da reprodução da vida, a forma de acontecer é que vem se modificando com os anos. Ao decorrer do tempo, assim como outros eventos que envolvem a saúde da mulher, o parto é um fenômeno que apresenta várias modificações ao longo das décadas. Uma das principais mudanças que ocorreram está relacionada à institucionalização do parto, onde o parto deixa de ser algo que era compartilhado com a família e se torna mais um procedimento hospitalar, tirando o protagonismo da mulher e a colocando como submissa as condutas tomadas. (VIANA, 2014).

O cuidado prestado ao parto deve levar em consideração que se trata de um processo fisiológico, que não exige obrigatoriamente intervenções e que os profissionais de saúde devem apenas favorecer um clima de confiança e dignidade para as mulheres. (SÀNCHEZ et al., 2012).

Parto humanizado é um modelo alternativo ao tecnocrático que passou a ser instituído há algumas décadas. Para alguns autores, o parto humanizado é descrito como respeito aos valores, cultura, crença e dignidade de uma mulher, e também o

desejo de controle sobre o parto para que se perceba como contribuinte do nascimento e decisões relacionadas. Outros consideram apenas como uma vivência segura e satisfatória do nascimento. Em outras palavras, o parto humanizado trata-se de uma abordagem de atenção centrada nas mulheres. (BEHRUZI et al., 2014).

A procura para implementação do cuidado humanizado no parto nada mais é que o reconhecimento da atenção a saúde como direito de todas as mulheres em conformidade com os princípios de integralidade e equidade da assistência do SUS. Em contradição a isso, vemos a resistência de aplicação de tais recomendações principalmente nos Centros Obstétricos. (DA SILVA et al., 2017).

A realização e promoção da humanização das práticas de nascimento nos hospitais, pretende transformar a experiência de hospitalização em uma vivência mais reconfortante, confortável e agradável para as mulheres, bem como suas famílias. (BEHRUZI et al., 2011).

Até o século XVIII existe evidências de que as gestantes utilizavam a posição vertical, variando entre sentada, agachada, ajoelhada, de pé e em quatro apoios, como a perspectiva de que tal atitude facilitaria o nascimento. A posição supina foi usada inicialmente por um médico francês, François Mauriceau, com a justificativa de que facilitaria a monitorização durante o trabalho de parto, se tornando a posição mais usada atualmente em todo o mundo. (ZILENI et al., 2017). A permanência por longos períodos na posição horizontal favorece a compressão de grandes vasos sanguíneos, dificulta as trocas gasosas entre mãe e feto, e diminui e diminuindo a eficiência das contrações uterinas. (MOUTA et al., 2008)

A OMS orienta as mulheres a assumir posições verticais durante o parto, pois as mesmas estão associadas a resultados favoráveis. Deambulação, mudança de posição são atitudes aconselhadas, para aumentar frequência e duração das contrações, dilatação e descida do feto, reduzindo o tempo e complicações (OMS 1996; ZILENI et al., 2017).

Como medidas alternativas de ajuda e conforto as mulheres durante o parto, podemos destacar o suporte contínuo e as medidas de conforto. Suporte contínuo se baseia na presença contínua durante todo trabalho de parto, elogios e informações quanto ao progresso laboral, aconselhamento sobre enfrentamento da situação em que se encontra. Tal medida tem sido relacionada como uma forma de resistência à analgesia peridural, o que resulta em menos monitorização, uso de ocitocina, medicamentos para hipotensão, ceteterismo vesical, fórceps, episiotomia. O toque

reconfortante, massagens, o uso de banhos quentes, chuveiros, são medidas que visam o conforto. A ansiedade e a resposta ao estresse está associada ao alto nível de epinefrina no sangue, o que promove a elevação da frequência cardíaca fetal no trabalho de parto, diminuição da contratilidade uterina e escores baixos de Apgar. (HODNETT et al., 2011).

Durante o período de dilatação, a imersão em água pode fornecer conforto a gestante, proporcionando relaxamento, não oferece risco nem para a mulher nem para o recém-nascido. Em uma metanálise realizada, a imersão nesse período diminuiu significativamente a necessidade de analgesia. O uso de banheiras ou bacias podem ser oferecidas às parturientes. Na maior parte das maternidades, as gestantes são obrigadas a se colocarem em decúbito lateral esquerdo, com a justificativa de melhora da oxigenação fetal. Porém permitir que a gestante deambule ou escolha outras posições mais confortáveis, não oferece maior risco, ao contrário diminui o tempo de duração do trabalho de parto e a necessidade de analgesia. (BRASIL, 2014). O incentivo à deambulação e conseqüentemente a ação da gravidade ajudam em uma melhor justaposição do feto com a pelve da mulher. (HODNETT et al., 2011).

O uso do partograma de forma rotineira é recomendado pelo Ministério da Saúde e também é considerado uma medida de humanização, pois trata-se de um instrumento que permite a representação da evolução do trabalho de parto. Ele contém informações a cerca da dilatação, dinâmica uterina e frequência cardíaca, e assim acaba evitando intervenções desnecessárias e identificação de possíveis complicações. (OLIVEIRA et al., 2017).

HOTEN & MIRANDA (2016) com base em outros estudos publicados, chegaram à conclusão de que, as mulheres que realizavam o parto fora do ambiente hospitalar, o faziam como tentativa de resistir ao modelo médico atual, consideravam o hospital um local inseguro, apresentam uma percepção do significado do parto que não se encaixava com as intervenções médicas, sentiam que a verdadeira autonomia buscada por elas só seria possível com o nascimento em casa, o que garantiria o controle sobre a tomada de decisões. Experiências negativas com os hospitais, os profissionais e os locais disponíveis também justificam a escolha em dar à luz em casa. (MCCOURT et al., 2011).

Objetivando a melhoria da assistência obstétrica e perinatal, o governo brasileiro vem estabelecendo algumas medidas, principalmente devido à atenção obstétrica intensamente medicalizada e compreensão que o parto é um evento de risco.

o Ministério da Saúde implementa as Casas de Parto no SUS por meio da Portaria/GM nº 985 de 5 de agosto de 1999. Essas Casas são um meio de promover a humanização e oferecer uma assistência ao parto normal de baixo risco, e podem funcionar de maneira independente ou integrada ao hospital. (PEREIRA e MOURA, 2009). Nesses Centros são realizadas ações educativas, que abordam fatores relacionados a gestação, como trabalho de parto, amamentação, direito das gestantes, cuidados com recém-nascido e puerpério. (PEREIRA e BENTO, 2011).

Uma das opções que tem se tornado bastante comum no mundo é a opção do parto dentro d'água. Vários estudos observacionais asseguram que trata-se de um parto seguro e confortável, porém requer alguns cuidados. Evitar que a água esteja muito funda, deixar a criança nascer completamente dentro da água e trazê-la a superfície cuidadosamente. (BRASIL, 2014)

Experiências relatadas ou vivenciadas, medo do desconhecido e das dores, complicações e falta de comunicação dos profissionais médicos são fatores que influenciam e justificam a preferência de escolha pela cesarea. (DARSAREH et al., 2016). O desenvolvimento da população também exerce influência na escolha do tipo de parto, com a diminuição da pobreza a ansiedade pelo consumo de bens e serviço, antes não alcançáveis, ajuda no aumento de realização de cesareas. (AQUINO, 2014).

A tentativa de pradrionização do nascimento e o desincentivo ao método intervencionista, junto com o apoio da OMS através da publicação da "Assistência ao parto normal: um guia prático" em 1996 possibilitou o reconhecimento que, medidas arbitrárias eram realizadas no momento do nascimento, e que a mulher deveria retomar seu papel como protagonista do parto. (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015).

O Plano de Parto, nada mais é que, uma prova do "empoderamento das mulheres". Trata-se de um documento escrito que a gestante irá elaborar após ter apurado informações fornecidas a cerca da gravidez e das etapas do nascimento. Levando em consideração seus desejos, expectativas e crenças, bem como suas necessidades individuais. Tal documento funciona com um comunicado ao responsável pelo parto, que diante de condições normais e considerando a imprevisibilidade de um parto, suas preferências serão respeitadas. (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015; AFSHAR et al., 2017; MEI et al., 2016).

Segundo MEI et al. (2016), a grande maioria das mulheres que escreveram um plano de parto expressaram seu desejo por um parto vaginal natural, sem intervenções desnecessárias. Foi possível concluir ainda desse estudo que, o atendimento as

solicitações das mulheres influenciou em suas satisfações ao final do nascimento, e as que tiveram uma porcentagem maior de pedidos realizados apresentaram maior satisfação e sentiram que as expectativas foram alcançadas.

A valorização da autonomia das mulheres com o próprio corpo promove um maior sentimento de satisfação e respeito, diminui a ansiedade e pavor do trabalho do parto, tudo decorrente das informações concedidas durante o período gravídico e da oportunidade de refletir sobre decisões que envolvem não só seu corpo, mas seus sentimentos. Tais vivências ajudam não só na escolha do tipo de parto, mas também na preparação para maternidade. (SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015).

Na execução do parto humanizado, a mulher e sua família, vivenciam o nascimento de uma maneira única e indescritível. O parto não pode ser reduzido a um mero processo fisiológico, deve ser levada em consideração a liberdade, à vontade e a emoção como expressões da consciência e como influências no nascimento. (PEREIRA & BENTO, 2017).

### **3. PARTO HUMANIZADO: EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

#### **3.1 Pré-natalista**

Adoção de práticas que promovam a educação relacionada ao parto durante o pré-natal são formas que ajudam a mulher a exercer sua autonomia. Os acessos a informações e conhecimento se tornam indispensáveis durante o pré-natal, pois ajudam a escolha da mulher sobre o que ela considera ser o melhor, para ela mesma e para seu filho. (PEREIRA & MOURA, 2009).

A construção de um plano de parto com uma atenção humanizada se torna impossível a depender do tipo de relação que o pré-natalista tem com sua paciente. Discussões sobre atendimento, autonomia da mulher, são informações úteis para promover uma participação efetiva da mulher. Com um maior envolvimento das mulheres, o olhar do que é importante e aceito nas tecnologias de cuidados, facilita a adoção de mudanças. (DIAS & DESLANDES, 2017)

A construção de expectativas maternas em relação ao parto, métodos de alívio da dor, durante o pré-natal influenciam no bem estar psicológico na hora do parto. (BRASIL, 2016).

### **3.2 Obstetra**

Deve garantir a qualidade de atendimento, procurar estabelecer uma relação que permita suprir as percepções e expectativas das mulheres. A qualidade no atendimento e interação funciona como barreira e causa grande preocupação na expectativa de como serão tratadas por tais profissionais. (ANASTASI et al., 2015). A integralidade e equidade da assistência devem ser a base da relação, conforme as diretrizes do SUS. Para alcançar tal objetivo, é necessário investimentos na formação dos profissionais, embasados no propósito da humanização. (SILVA et al., 2017).

### **3.3 Enfermagem**

Por estarem presentes em todas as etapas do parto, as enfermeiras obstetras deve proporcionar segurança e acolhimento, autonomia. (BRASIL, 2014). A presença de uma enfermeira obstetra reduz as intervenções desnecessárias e taxas de cesareas, e recomenda a presença de uma como parte da equipe. (OLIVEIRA et al., 2017). Fazem uso de recursos para promover conforto e relaxamento, prevenir a ocorrência de riscos, como o uso da água, óleos essenciais, aroma, música. (PEREIRA e MOURA, 2009).

### **3.4 Doula**

A palavra Doula foi usada com o objetivo de descrever uma mulher que promove assistência a gestante em casa após o parto, no cuidado com o bebe e atividades domésticas. Atualmente é usada com um significado mais técnico da assistência obstétrica. Alguns autores apuraram que a atuação das doulas diminuíram o tempo de trabalho de parto, uso de medicamentos, ansiedade, medo, além de propiciar bem-estar. (BRASIL, 2014).

Com modernização das práticas assistenciais ao parto, a presença da enfermeira assistente não era mais possível, fazendo com que o acompanhamento contínuo durante o parto fosse prejudicado. (PAPAGNI e BUCKNER, 2006).

De acordo com a Associação de Doulas da América do Norte (DONA), a doula é definida como uma mulher treinada e experiente, que presta apoio, físico e emocional, de forma contínua a gestante durante o processo de nascimento. No Brasil,

os grupos "Doulas do Brasil" e "Associação Nacional de Doulas (ANDO)" são alguns dos locais que promovem capacitação através de cursos, tanto para aquelas que querem ser voluntária como para as que pretendem se tornar uma profissional da área. (SILVA et al., 2012; GRUBER; CUPITO; DOBSON, 2013).

Nommsen-Rivers, Mastergeorge, Hansen, Cullum e Dewey (2009) descrevem que, as pacientes que tiveram a assistência de doulas, apresentaram trabalho de parto mais rápido, menos intervenções, melhores níveis de Apgar e lactogênese precoce. (NOMMSEN-RIVERS et al., 2009).

Segundo VONDERHEID et al. (2011), os cuidados das doulas se apresentaram com maior efeito em mulheres de classe sociais menos favorecidas, sem acompanhantes, sem união estável, baixa renda.

### **3.5 Acompanhante**

O acompanhante tem como principal função a prestação de auxílio emocional a gestante, durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito. Assim, sua participação deve contribuir na tranquilidade, conforto e segurança, em um contexto rodeado de solidão e medo com o intuito de que ele seja vivenciado de forma calma e seguro. (DA SILVA et al., 2017)

Segundo a OMS em 1996, destacou-se a importância da escolha dos acompanhantes pela gestante como uma prática benéfica e que deve ser estimulada. Na prática, a atuação do acompanhante como parte do processo de humanização ainda está em fase de consolidação, mesmo sendo um direito garantido por lei (BRASIL, 2000).

Esse processo de construção acaba sofrendo a influência de diversas variáveis, como a estrutura física das maternidades, a competência dos profissionais em receber o acompanhante e o conformismo das gestantes em não exigir os direitos pertencentes a elas. Deve ser avaliado também, se o acompanhante terá capacidade de contribuir de forma positiva, se tem conhecimento sobre as prováveis circunstâncias em que ele será inserido. Porém, ignorar ou negligenciar a participação do acompanhante durante todo esse processo, acaba tornando o nascimento em um mero procedimento técnico. (SANTOS et al., 2012).

### **3.6 Gestante**

A mulher deseja ser acolhida, sentir-se a vontade para fazer perguntas, mudar de serviço durante a gestação. Ter assistência de boa qualidade, ter lugar para sua dor, poder gritar, acesso disponível a tecnologia quando necessitar, poder dividir com os profissionais sua angústia e alegrias. (HOTIMSKY et al., 2017). Algumas gestantes relatam sua preocupação de não reconhecerem os sinais de trabalho de parto. As mulheres não apresentam conhecimento do processo de humanização e dos seus direitos. Sem informações sobre as formas de cuidado e assistência, ela se torna refém da tradicional forma de cuidar (DIAS e DESLANDES, 2017).

Distinguir as variáveis que interferem na satisfação das mulheres em relação ao nascimento é indispensável para organização dos cuidados humanizados. (DOMINGUES, SANTOS; LEAL, 2017)

#### **4. LEI (PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE)**

São portarias do MS do Brasil relacionadas com nascimento:

- Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011 - Institui a Rede Cegonha;
- Portaria nº 1.473, de 24 de Junho de 2011 - Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.
- Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011 -Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.
- Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013 - Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP);
- Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013 - Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.
- Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012 - Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou

potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014 - Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS).

## **5. O PAPEL DO SUS**

No Brasil, o início da efetivação de parto humanizado se deu no ano de 2000, com iniciativa do Ministério da Saúde foi instaurado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) através da Portaria/GM nº 569 de primeiro de junho de 2000. O PHPN tem como prioridades o ato de concentrar esforços para reduzir morbimortalidade materna e perineonatal, melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal e assistência ao parto, puerpério e neonatal. A humanização da assistência, é condição primária para o acompanhamento do parto e puerpério, se baseia no fato de que as unidades de saúde devem receber com dignidade a mulher e seus familiares e na adoção de medidas e procedimentos benéficos, evitando as intervenções que não trazem benefício para mulher. (ANDREUCCI e CECATTI, 2011).

No ano de 2011, o governo federal brasileiro criou uma estratégia que visa à implementação de uma gama de cuidados para mulheres, relacionados ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada durante gestação, parto e puerpério, bem como o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança até 24 meses. Esse projeto ganhou o título de Rede Cegonha, e se apresenta como um meio de complementação ao PHPN. (MARTINELLI et al., 2014; CALLOU et al., 2014).

### III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFSHAR, Yalda et al. Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery. **Birth**, [S. l.] v. 44, n. 1, p. 29-34, Mar. 2017. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12263/abstract>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

ANASTASI, Erin et al. Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance? A mixed methods study in northern Uganda. **BMC Pregnancy Childbirth**, [S. l.], v. 15, n. 287, nov. 2015. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0695-9?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>>. Acesso em: 04 jul. 2017.

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000600003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003)>. Acesso em 23 mai. 2017.

AQUINO, Estela Maria Lima. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl 1, p. S8-S10, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300002#aff1](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300002#aff1)>. Acesso em: 10 mai. 2017.

BEHRUZI, Roxana et al. Perception of humanization of birth in a highly specialized hospital: let's think differently. **Health Care Women Int**, v. 35, n. 2, p. 12-148, Feb.2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2013.857321>>. Acesso em 21 jun.. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - **DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de Recomendação. Brasília, 2016. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)>. Acesso em 22 jun. 2017.

BRASIL. Ministério do Ceará. **Caderno HumanizaSUS**. Humanização do parto e nascimento, Brasília, v. 4, 2014. Disponível em: <[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2017.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de; GOTTEMS, Leila Bernarda Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.

49, n. 6, p. 889-897, Dec. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000600889&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000600889&script=sci_abstract)>. Acesso em: 16 mai. 2017.

DARSAREH, Fatemeh et al. The differences between pregnant women who request elective caesarean and those who plan for vaginal birth based on Health Belief Model. **Women Birth**, Australia, p. 126-132, Dec. 2016. Disponível em: <[http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(16\)30041-5/fulltext](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(16)30041-5/fulltext)>. Acesso em: 16 mai. 2017.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, Dec. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mai. 2017

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, Jan. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2004000700006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000700006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 jul. 2017.

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300021&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300021&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 16 jul. 2017.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério**, 2010.

GRUBER, Kenneth J.; CUPITO, Susan H.; DOBSON, Cristina F. Impact of Doulas on Healthy Birth Outcomes. **J Perinat Educ**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 49-58, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647727/>>. Acesso em: 15 ago 2017.

HODNETT, Elen et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev.**, [S. l.], v. 16, n. 2, feb. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328263>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

HOLTEN, Lianne; MIRANDA, Esteriek de. Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'. **Midwifery**, v. 38, p. 55-62, jul. 2016. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(16\)30010-9/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(16)30010-9/fulltext)>. Acesso em 16 ago. 2016.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência

obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 5, p. 1303-1311, Oct. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000500023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 jul. 2017.

KLAUS, Mashall H.; KENNEL, John H.; KLAUS, Phyllis H. **The doula book: how a trained labor companion can help you have a shorter, easier and healthier birth**. 2. ed. Cambridge: Perseus Books, 2002.

LASNET A. et al. Introducing a daily obstetric audit: A solution to reduce the cesarean section rate?. **J Gynecol Obstet Biol Reprod**, Paris, p. 550-557, Jun. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25260605>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MAROTO-NAVARRO, Gracia.; GARCIA-CALVENTE, María del Mar; MATEO-RODRIGUEZ, Inmaculada. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 18, n. 5, p. 13-23, oct. 2004. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500004)>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al . Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 56-64, Feb. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032014000200056&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032014000200056&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 fev. 2017.

MARTINS, Cleusa Alves et al. Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/891/1074>>. Acesso em: 16 set. 2017.

MCCOURT, Christine et al. Birthplace organisational case studies: How maternity care systems may affect the provision of care in different birth settings. Birthplace in England research programme. Final report part 6. **NIHR Service Delivery and Organisation programme**, [S. l.]nov. 2011. Disponível em: <[http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO\\_FR6\\_08-1604-140\\_V02.pdf](http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR6_08-1604-140_V02.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MEI Jenny Y. et al. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. **Birth**, [S. l.], v. 43, n. 2, p. 144-150, jun. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12226/abstract>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MOUTA, Ricardo José Oliveira et al. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 472-476, out.-dez. 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-512065>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

NARCHI, Nádia Zanon; CRUZ, Elizabete Franco; GONCALVES, Roselane. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, Apr. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000019](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019)>. Acesso em: 16 ago. 2017.

NORHAYATI, Mohd Noor et al. Factors associated with severe maternal morbidity in Kelantan, Malaysia: A comparative cross-sectional study. **Bmc Pregnancy Childbirth**, [S. l.], v. 16, n. 1, p.185, jul. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27460106>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

OLIVEIRA, Nayara Rodrigues Gomes de et al. Assistance to Normal Delivery in Two Public Maternities: Perception of the Health Professionals. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 202-208, May. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010072032017000500202&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010072032017000500202&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 ago. 2017.

Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.

PAPAGNI, Karla; BUCKNER, Ellen. Doula support and attitudes of interpartum nurses: A qualitative study from the patient's perspective. **Journal of Perinatal Education**, v. 15, n. 1, p. 11-18, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595283/>>. Acesso em 15 ago. 2017.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; BENTO, Amanda Domingos. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.12, n. 3, p. 471-477, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027976004>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. **Rev Esc Enferm USP**, [S. l.], v. 43, n. 4, p. 872-879, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40487/43543>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, n. 37, p. 212-227, jan/abr 2012. Disponível em: <<http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=115026222016>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

PORTUGAL. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. **Pelo direito ao parto normal**: uma visão partilhada. Portugal: Tadinense Artes Gráficas, 2012. Disponível em: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro\\_parto\\_normal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2017.

REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SAHLIN Maria et al. Mode of delivery among Swedish midwives and obstetricians and their attitudes towards caesarean section. **Sex Reprod Healthc**, [S. l.], v. 11, p. 112-116, Mar. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28159121>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

SÁNCHEZ, José Arnau et al. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. **AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 225-247, may/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/623/62323322005.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

SANTOS, Luciano Marques dos et al. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 994-1003, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1157/pdf>>. Acesso em 12 ago. 2017.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, Oct. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001000026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 ago. 2017.

SILVA, Thayná Champe da et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 7, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1294/1314>>. Acesso em 16 ago. 2017.

SILVEIRA, Denise S.; SANTOS, Iná S. dos. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S231-S241, Jan. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 ago. 2017.

SUAREZ-CORTES, María et al. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 520-526, June 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000300520&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300520&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 ago. 2017.

VELHO, Manuela Beatriz et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, June 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000200026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 ago. 2017.

VIANA, Larissa Vanessa Machado; FERREIRA, Kely Mendes; MESQUITA, Maria do Amparo da Silva Bida. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura.

**Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago/dez 2014. Disponível em:

<<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/245/431>>.

Acesso em: 16 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990-2015.**

Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. ed? Geneva: WHO, 2015. Disponível em:

<<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

ZILENI, Barbara Debra et al. Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: a cross-sectional descriptive survey. **Women Birth**, [S. l.]v. 30, n.

1, p. e1-e8, feb. 2017. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216300610>>. Acesso em: 16 ago. 2017.



## **IV. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO**

### **INSTRUÇÃO AOS AUTORES**

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 0100 7203), de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista aceita e publica trabalhos em português, inglês e espanhol.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência dessas entidades.

Os manuscritos submetidos à revista são analisados por pareceristas e o sigilo sobre a autoria e a identidade dos revisores é garantido durante todo o processo de edição. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações solicitadas assim que possível, devendo justificar, na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento de alguma sugestão para modificação. Não havendo retorno do trabalho após três meses, presume-se que os autores não têm mais interesse na publicação. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

A revista publica contribuições nas seguintes categorias:

1. **Artigos Originais**, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.
2. **Relatos de Casos**, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada.
3. **Artigos de Revisão**, incluindo *comprehensive reviews* metanálises ou revisões sistemáticas. Contribuições espontâneas são aceitas. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo e conclusões. Ver a seção "Instruções aos Autores" para informações quanto ao corpo do texto e página de título;
4. **Cartas ao Editor**, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente;
5. **Editorial**, somente a convite do editor.

## PREPARANDO MANUSCRITO PARA SUBMISSÃO

### DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Ao submeter um manuscrito à RBGO anexe os documentos listados abaixo na plataforma de submissão ScholarOne. Cabe ressaltar que o não encaminhamento resultará no cancelamento do processo submetido. Documentação obrigatória para a

submissão online:

1. Autorização de transferência dos direitos autorais assinada por todos os autores (escaneada e anexada) Modelo;
2. Em conformidade com o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, no Brasil, pesquisas envolvendo seres humanos necessitam informar o número do registro referente ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) ou o número do parecer de aprovação da pesquisa (CEP/CONEP) no Comitê de Ética. Manuscritos internacionais devem apresentar a documentação ética local para seguirem no processo de submissão;
3. Carta de Apresentação (Cover Letter): deverá ser redigida com o propósito de justificar a publicação. Deve-se identificar os autores, a titulação da equipe que pretende publicar, instituição de origem dos autores e a intenção de publicação;
4. Página de Título;
5. Manuscrito.

## **PÁGINA DE TÍTULO**

1. **Título do manuscrito:** no idioma inglês, com no máximo 18 palavras;
2. **Autores:** nome completo, sem abreviações, afiliação Institucional de cada autor (Exemplo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil), no máximo seis autores;
3. **Autor correspondente:** nome completo, endereço profissional de correspondência e e-mail para contato;
4. **Conflitos de interesse:** informar quaisquer potenciais conflitos de interesse seja ele político, econômico, de recursos para execução da pesquisa ou de propriedade intelectual;
5. **Agradecimentos:** os agradecimentos ficam restritos às pessoas e instituições que contribuíram de maneira relevante, para o desenvolvimento da pesquisa. Qualquer apoio financeiro seja ele oriundo de órgãos de fomento ou empresas privadas deve ser mencionado na seção Agradecimentos. A RBGO, para os

autores Brasileiros, solicita que os financiamentos das agências CNPq, Capes, FAPESP entre outras, sejam obrigatoriamente mencionadas com o número do processo da pesquisa ou de bolsas concedidas;

**6. Contribuições:** conforme os critérios de autoria científica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), o crédito de autoria deve ser fundamentado em três condições que devem ser atendidas integralmente:

- Contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação dos dados;
- Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
- Aprovação final da versão a ser publicada;

## **TÍTULO**

Um bom título é aquele que descreve adequadamente o conteúdo do manuscrito. Geralmente, ele não é uma frase, pois não contém o sujeito, além de verbos e objetos arranjados. Os títulos raramente devem conter abreviações, fórmulas químicas, adjetivos acessivos, nome de cidades entre outros. O título dos manuscritos submetidos à RBGO deve conter no máximo 18 palavras.

## **RESUMO**

O resumo deve fornecer o contexto ou a base para o estudo e deve estabelecer os objetivos do estudo, os procedimentos básicos, os principais resultados e as principais conclusões. Deve enfatizar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Pelo fato de os resumos serem a única parte substantiva do artigo indexada em muitas bases de dados eletrônicas, os autores devem cuidar para que os resumos reflitam o conteúdo do artigo de modo preciso e destacar. No Resumo não utilize abreviações, símbolos e referências. No caso de artigos originais oriundos de ensaios clínicos, os autores devem informar o número de registro ao término da redação.

- **Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo original.**

Os resumos dos artigos originais submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em quatro seções e conter no máximo 250 palavras:

1. Objetivo: O que foi feito; a questão formulada pelo investigador.
2. Métodos: Como foi feito; o método, incluindo o material usado para alcançar o objetivo.
3. Resultados: O que foi encontrado, o achado principal e, se necessário, os achados secundários.
4. Conclusão: O que foi concluído; a resposta para a questão formulada.

- **Resumo informativo, do tipo estruturado, de artigo de revisão sistemática.**

Dentre os itens a serem incluídos, estão o objetivo da revisão à pergunta formulada, a fonte de dados, os procedimentos de seleção dos estudos e de coleta de dados, os resultados e as conclusões. Os resumos dos artigos de revisão sistemática submetidos à RBGO devem ser, obrigatoriamente, estruturados em seis seções e conter no máximo 250 palavras:

1. Objetivo: Declarar o objetivo principal do artigo.
2. Fontes dos dados: Descrever as fontes de dados examinadas, com datas, termos de indexação e limitações inclusive.
3. Seleção dos estudos: Especificar o número de estudos revisados e os critérios empregados em sua seleção.
4. Coleta de dados: Resumir a conduta utilizada para extrair os dados e como ela foi usada.
5. Síntese dos dados: Expor os resultados principais da revisão e os métodos empregados para obtê-los.
6. Conclusões: Indicar as conclusões principais e sua utilidade clínica.

- **Resumo informativo, do tipo não estruturado, de artigo de revisão, exceto revisão sistemática e estudos de caso.**

Deve conter a essência do artigo, abrangendo a finalidade, o método, os resultados e as conclusões ou recomendações. Expõe detalhes suficientes para que o leitor possa decidir sobre a conveniência da leitura de todo o texto (Limite de palavras: 150).

## **PALAVRAS-CHAVE**

As palavras-chave de um trabalho científico indicam o conteúdo temático do texto que representam. Dentre os objetivos dos termos mencionados considera-se como principais a identificação do conteúdo temático, a indexação do trabalho nas bases de dados e a rápida localização e recuperação do conteúdo. Os sistemas de palavras-chave utilizados pela RBGO são o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – Indexador Lilacs) e o MeSH (Medical Subject Headings – Indexador MEDLINE-PubMed). Por gentileza, escolha cinco descritores que representem o seu trabalho nestas plataformas.

## **CORPO DO MANUSCRITO**

Os manuscritos submetidos à RBGO devem possuir no máximo 4000 palavras, sendo que as tabelas, quadros e figuras da seção Resultados não são contabilizados, bem como as Referências.

### **1. INTRODUÇÃO**

A seção Introdução de um artigo científico tem por finalidade informar o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É a parte do artigo que prepara o leitor para entender a investigação e a justificativa de sua realização. O conteúdo a ser informado nesta seção deve fornecer contexto ou base para o estudo (isto é, a natureza do problema e a sua importância); declarar o propósito específico, o objetivo de pesquisa ou a hipótese testada no estudo ou observação. O objetivo de pesquisa normalmente tem um foco mais preciso quando é formulado como uma pergunta. Tanto os objetivos principais quanto os secundários devem estar claros e quaisquer análises em um subgrupo pré-especificados devem ser descritas; dar somente referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado.

## 2. MÉTODOS

Métodos, segundo o dicionário Houaiss, “é um processo organizado, lógico e sistemático de pesquisa”. Método compreende o material e os procedimentos adotados na pesquisa de modo a poder responder à questão central de investigação. Estruture a seção Métodos da RBGO iniciando pelo tipo de delineamento do estudo; o cenário da pesquisa (local e a época em que se desenrolou); a amostra de participantes; a coleta de dados; a intervenção a ser avaliada (se houver) e também a intervenção alternativa; os métodos estatísticos empregados e os aspectos éticos de investigação. Ao pensar na redação do delineamento do estudo reflita se o delineamento é apropriado para alcançar o objetivo da investigação, se a análise dos dados reflete o delineamento e se foi alcançado o que se esperava com o uso daquele delineamento para pesquisar o tema. A seguir os delineamentos utilizados em pesquisa clínica ou epidemiológica e que deverão constar na seção Métodos do manuscrito enviado à RBGO:

### **Tipos de estudo (adaptada de Pereira, 2014\*):**

- **Relato de Caso (Estudo de Caso):** investigação aprofundada de uma situação, na qual estão incluídas uma ou poucas pessoas (de 10 ou menos usualmente);
- **Série de Casos:** conjunto de pacientes (por exemplo, mais de 10 pessoas) com o mesmo diagnóstico ou submetidos a mesma intervenção. Trata-se, em geral, de série consecutiva de doentes, vistos em um hospital ou em outra instituição de saúde, durante certo período. Não há grupo-controle interno composto simultaneamente. A comparação é feita em controles externos. Dá-se o nome de controle externo ou histórico ao grupo usado para comparação dos resultados, mas que não tenha sido constituído ao mesmo tempo, no interior da pesquisa: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.
- **Estudo Transversal (Ou Seccional):** investigação para determinar prevalência; para examinar a relação entre eventos (exposição, doença e outras variáveis de interesse), em um determinado momento. Os dados sobre causa e efeito são coletados simultaneamente: por exemplo, a série de casos é comparada com os pacientes de anos anteriores.
- **Estudo de caso-controle:** particular forma de investigação etiológica, de cunho retrospectivo; parte-se do efeito em busca das causas. Grupos de indivíduos, respectivamente, com um determinado agravo à saúde e, sem este, são comparados

com respeito a exposições que sofreram no passado de modo que se teste a hipótese de uma exposição a determinados fatores de risco serem causas contribuintes da doença. Por exemplo, indivíduos acometidos por dor lombar são comparados com igual número de indivíduos (grupo-controle), de mesmo sexo e idade, mas sem dor lombar.

– **Estudo de coorte:** Particular forma de investigação de fatores etiológicos; parte-se da causa em busca dos efeitos; portanto, o contrário do estudo de caso-controle. Um grupo de pessoas é identificado, e é coletada a informação pertinente sobre a exposição de interesse, de modo que o grupo pode ser acompanhado, no tempo e se verifica os que não desenvolvem a doença em foco e se essa exposição prévia está relacionada à ocorrência de doença. Por exemplo, os fumantes são comparados com controles não fumantes; a incidência de câncer de bexiga é determinada para cada grupo.

– **Estudo randomizado:** Tem a conotação de estudo experimental para avaliar uma intervenção; daí a sinonímia *estudo de intervenção*. Pode ser realizado em ambiente clínico; por vezes designado simplesmente como ensaio clínico ou estudo clínico. Também é realizado em nível comunitário. No ensaio clínico, os participantes são alocados, aleatoriamente, para formar grupos, chamados de estudo (experimental) e controle (ou testemunho), a serem submetidos ou não a uma intervenção (aplicação de um medicamento ou de uma vacina, por exemplo). Os participantes são acompanhados para verificar a ocorrência de desfecho de interesse. Dessa maneira, a relação entre intervenção e efeito é examinada em condições controladas de observação, em geral, com avaliação duplo-cega. No caso de estudo randomizado informe o número do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (REBEC) e/ou o número do *International Clinical Trials Registration Platform*(ICTRP/OMS), na página de título.

– **Estudo ecológico:** Pesquisa realizada com estatísticas: a unidade de observação e análise não é constituída de indivíduos, mas de grupo de indivíduos; daí, seus sinônimos: estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Por exemplo, a investigação sobre a variação, entre países europeus, dos coeficientes de mortalidade por doenças do sistema vascular e do consumo *per capita* de vinho.

– **Revisão Sistemática e Metanálise:** Tipo de revisão em que há uma pergunta claramente formulada e são usados métodos explícitos para identificar, selecionar e

avaliar criticamente pesquisas relevantes, e também para coletar e analisar dados a partir dos estudos que estão incluídos na revisão. São aplicadas estratégias que limitam vieses, na localização, na seleção, na avaliação crítica e na síntese dos estudos relevantes sobre determinado tema. A metanálise pode fazer ou não parte da revisão sistemática. Metanálise é a revisão de dois ou mais estudos, para obter estimativa global, quantitativa, sobre a questão ou hipótese investigada; emprega métodos estatísticos para combinar resultados dos estudos utilizados na revisão.

Fonte: \*Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

### **Roteiro para revisão estatística de trabalhos científicos originais:**

- Objetivo do estudo: O objetivo do estudo está suficientemente descrito, incluindo hipóteses pré-estabelecidas?
- Delineamento: O delineamento é apropriado para alcançar o objetivo proposto?
- Características da amostra: Há relato satisfatório sobre a seleção das pessoas para inclusão no estudo? Uma taxa satisfatória de respostas (de casos válidos) foi alcançada? Se houve seguimento dos participantes, ele foi suficientemente longo e completo? Se houve emparelhamento (por exemplo, de casos e controles), ele é adequado? Como se lidou com os dados não disponíveis (*missing data*)?
- Coleta de dados (mensuração dos resultados): Os métodos de mensuração foram detalhados para cada variável de interesse? A comparabilidade dos métodos de mensuração utilizados nos grupos está descrita? A validade e a reprodutividade dos métodos empregados foram consideradas?
- Tamanho da amostra: Foram fornecidas informações adequadas sobre o cálculo do tamanho da amostra? A lógica utilizada para a determinação do tamanho do estudo está descrita, incluindo considerações práticas e estatísticas?
- Métodos estatísticos: O teste estatístico utilizado para cada comparação foi informado? Indique se os pressupostos para uso do teste foram obedecidos. São informados os métodos utilizados para qualquer outra análise realizada? Por exemplo, análise por subgrupos e análise de sensibilidade. Os principais resultados estão acompanhados da precisão da estimativa? Informe o valor p, o intervalo de confiança. O nível alfa foi informado? Indique o nível alfa, abaixo do qual os resultados são

estatisticamente significantes. O erro beta foi informado? Ou então, indique o poder estatístico da amostra. O ajuste foi feito para os principais fatores geradores de confusão? Foram descritos os motivos que explicaram a inclusão de uns e a exclusão de outros? A diferença encontrada é estatisticamente significativa? Assegure-se que há análises suficientes para mostrar que a diferença estatisticamente significativa não é devida a algum viés (por exemplo, falta de comparabilidade entre os grupos ou distorção na coleta de dados). Se a diferença encontrada é significativa, ela também é relevante? Especifique a mínima diferença clinicamente importante. Deixe clara a distinção entre diferença estatisticamente e diferença clínica relevante. O teste é uni ou bicaudal? Forneça essa informação, se apropriado. Qual o programa estatístico empregado? Dê a referência de onde encontrá-lo. Informe a versão utilizada.

- Resumo: O resumo contém síntese adequada do artigo?
- Recomendação sobre o artigo: O artigo está em padrão estatístico aceitável para publicação? Em caso negativo, o artigo poderá ser aceito após revisão adequada?

Fonte: \*Pereira MG. Artigos Científicos – Como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2014.

### **3. RESULTADOS**

O propósito da seção Resultados é mostrar o que foi encontrado na pesquisa. São os dados originais obtidos e sintetizados pelo autor, com o intuito de fornecer resposta à questão que motivou a investigação. Para a redação da seção, apresente os resultados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações, mencionando primeiro os achados mais importantes.

Não repita no texto todas as informações das tabelas ou ilustrações; enfatize ou resuma apenas observações importantes. Materiais adicionais ou suplementares e detalhes técnicos podem ser colocados em um apêndice, no qual estarão acessíveis, mas não interromperão o fluxo do texto. Como alternativa, essas informações podem ser publicadas apenas na versão eletrônica da Revista. Quando os dados são resumidos na seção resultado, dar os resultados numéricos não apenas em valores derivados (por exemplo, percentuais), mas também em valores absolutos, a partir dos quais os derivados foram calculados, e especificar os métodos estatísticos usados para analisá-

los. Use apenas as tabelas e figuras necessárias para explicar o argumento do trabalho e para avaliar o seu embasamento.

Quando for cientificamente apropriado, as análises dos dados com variáveis tais como idade e sexo devem ser incluídas. Não ultrapasse o limite de no máximo cinco tabelas, cinco quadros ou cinco figuras. As tabelas, quadros e/ou figuras devem ser inclusas no corpo do manuscrito e não contabilizam o limite solicitado de 4000 palavras.

### **ATENÇÃO!**

**As seções Métodos e Resultados nos Estudos de Casodevem ser substituídas pelo termo Descrição do Caso.**

## **4. DISCUSSÃO**

Na seção Discussão enfatize os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões deles derivadas. Não repita detalhadamente dados ou outras informações apresentados nas seções de introdução ou de resultados. Para estudos experimentais, é útil iniciar a discussão resumindo brevemente os principais achados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes, declarar as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Evite alegar precedência e aludir a trabalhos que não estejam completos. Não discuta dados que não são diretamente relacionados aos resultados da pesquisa apresentada. Proponha novas hipóteses quando justificável, mas qualificá-las claramente como tal. No último parágrafo da seção Discussão informe qual a informação do seu trabalho que contribui relativamente para o avanço-novo conhecimento.

## **5. CONCLUSÃO**

A seção Conclusão tem por função relacionar as conclusões com os objetivos do estudo, mas o autor deve evitar afirmações sem embasamento e conclusões que não

tenham sustentação adequada pelos dados. Em especial, os autores devem evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a menos que seu original inclua análises econômicas e dados apropriados.

## **6. REFERÊNCIAS**

Uma pesquisa é fundamentada nos resultados de outras que a antecederam. Uma vez publicada, passa a ser apoio para trabalhos futuros sobre o tema. No relato que faz de sua pesquisa, o autor assinala os trabalhos consultados que julga pertinente informar aos leitores, daí a importância de escolher boas Referências. As referências adequadamente escolhidas dão credibilidade ao relato. Elas são fonte de convencimento do leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados.

### **Atenção!**

Para os manuscritos submetidos à RBGO, os autores devem numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evite o número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Busque citar as referências primárias e convencionais (artigos em periódicos científicos e os livros-textos). Não empregue referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões). O número de referências deve ser de 35, exceto para artigos de revisão. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências. Para formatar as suas referências, consulte o American Medical Association (AMA) Citation Style.

\*As instruções aos Autores deste periódico foram baseadas na obra literária Artigos Científicos: Como redigir, publicar e avaliar de Maurício Gomes Pereira, Editora Guanabara Koogan, 2014.

**V. ARTIGO ORIGINAL****CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DAS GESTANTES DO  
SERVIÇO PÚBLICO SOBRE PARTO HUMANIZADO****KNOWLEDGE AND PERCEPTION OF WOMEN OF THE  
PUBLIC SERVICE ON HUMANIZED BIRTH**

Amanda Basílio Bastos dos Santos<sup>1</sup>, Enaldo Vieira de Melo<sup>2</sup>, Júlia Maria de  
Gonçalves Dias<sup>3</sup>

1. Acadêmico de Medicina na Universidade Federal de Sergipe. Email:  
amandabbss@hotmail.com. Telefone: (79) 98831-8364. Rua Paraíba, 931, Siqueira  
Campos. CEP: 49075-420. Aracaju, Sergipe, Brasil.

2. Doutor em Ciências da Saúde. Professor adjunto do Departamento de Medicina da  
Universidade Federal de Sergipe. Endereço: Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio.  
CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

3. Doutora em Ciências da Saúde. Professora adjunta do Departamento de Medicina da  
Universidade Federal de Sergipe. Endereço: Rua Cláudio Batista, s/n, Santo Antônio.  
CEP: 49060-100. Aracaju, Sergipe, Brasil.

**RESUMO**

**OBJETIVO:** avaliar o grau de conhecimento das gestantes de dois serviços públicos em Aracaju-SE sobre parto humanizado. **MÉTODOS:** estudo descritivo, prospectivo, observacional, transversal, a coleta de dados se fez por meio de questionário. Foram utilizados testes estatísticos de associações de variáveis (Qui-quadrado e Exato de Fisher). **RESULTADOS:** a média da idade foi 26,6 anos, 145 (72,5%) eram procedentes do interior, 181 (90,5%) tinham renda até um salário mínimo, 38% (76) tinha escolaridade menor ou igual a 8 anos. Iniciaram o pré-natal até o 1º trimestre 142 (71%), tiveram o médico conduzindo o pré-natal 144 (72%), 142 (71%) preferiam o parto normal, 88 (44%) relataram medo da cesarea e 116 (58%) medo das dores do parto normal. O profissional do pré-natal não ofereceu informações em 133 (66,5%). Ouviram falar sobre Parto Humanizado, 61 (30,5%), destas 51 (83,6%) apresentaram resposta adequada sobre o conceito. Observamos associações entre o conhecimento prévio e: procedência, renda, aborto, médico como prenatalista e preferência pelo parto normal. Frequência expressiva de resposta adequada entre as que não ouviram falar associada a: renda, escolaridade, prenatalista e ausência de informações advindas do profissional. **CONCLUSÕES:** a maioria não tinha conhecimento sobre Parto Humanizado, as que tinham responderam adequadamente, a maioria era procedente de Aracaju e apresentam maior renda, essas variáveis tiveram associação significativa com o grau de conhecimento. A maioria preferiu parto normal, tinha como prenatalista o médico e não receberam informações quanto aos tipos de parto pelo profissional executante.

**PALAVRAS-CHAVE:** PARTO HUMANIZADO, GESTANTES, PARTO OBSTÉTRICO, CONHECIMENTO E HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** to analyse the knowledge's degree of the pregnant women of two public services in Aracaju-SE about humanized birth. **METHODS:** a descriptive, prospective, observational, cross-sectional study was performed using a questionnaire. Statistical tests of associations of variables (Chi-square and Fisher's exact test) were used. **RESULTS:** a mean of the age for 26.6 years, 145 (72.5%) were procedural of the interior, 181 (90.5%) received less than one minimum wage, 38% (76) had studied in their lives less than or equal to 8 years . They started prenatal care until the first trimester, 142 (71%); the doctor had the prenatal care 144 (72%); 142 (71%) preferred normal birth, 88 (44%) reported fear of cesarean and 116 (58%) fear of normal labor pains. The prenatal professional did not offer information to 133 (66.5%). They heard about Humanized Childbirth, 61 (30.5%); among these, 51 (83.6%) presented an adequate answer on the concept. We observed associations between prior knowledge and: origin, income, abortion, physician as prenatalist and preference for normal birth. Expressive frequency of adequate answer among those who did not hear associated with: income, schooling, prenatalist and absence of information from the professional. **CONCLUSIONS:** most had no knowledge about Humanized Birth, those who had answeredw adequately, most were from Aracaju and had higher income, these variables had a significant association with the degree of knowledge. The majority preferred normal labor, had as prenatalista the doctor and did not receive information on the types of delivery by the professional performer.

**KEYWORDS:** HUMANIZING DELIVERY, PREGNANT WOMEN, OBSTETRIC DELIVERY, KNOWLEDGE AND HUMANIZATION OF ASSISTANCE.

## INTRODUÇÃO

Os movimentos sociais, a exemplo do movimento social feminista, tiveram grande importância, pois contribuíram não só com críticas ao sistema de atenção a saúde da mulher, como também na conscientização das gestantes, parceiros e profissionais da área de saúde, sendo de fundamental importância a compreensão dos cuidados no parto<sup>1</sup>. Por volta do século XXI, o parto domiciliar foi sendo substituído pelo parto institucionalizado e a assistência continuada a mulher foi se tornando cada vez mais restrita. O que acabou contribuindo para a desumanização da assistência ao parto e conseqüentemente das experiências vivenciadas<sup>2</sup>.

A busca por mudanças na rotina de atenção ao parto e tudo que ele representa para gestante, é justificável pela adoção de técnicas e meios que se apresentam acima da própria gestante, tornando-a submissa as condutas definidas, transformando-as em meros figurantes no cenário do nascimento<sup>3</sup>.

A qualidade da assistência prestada, as experiências vivenciadas pelas parturientes durante o trabalho de parto e o nascimento, influencia nos resultados maternos e neonatais<sup>4</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa para a Humanização do Cuidado Prenatal e do Parto em 6 de janeiro de 2000. O programa engloba a assistência durante a gestação, parto e puerpério, com o objetivo de se tornar uma garantia dos direitos civis das mulheres durante período que engloba a maternidade<sup>5</sup>.

O progresso da medicina proporcionou ao parto cesáreo apresentar-se com técnicas mais seguras que possibilitam uma maior segurança do procedimento para aquelas que apresentam razões médicas, mesmo ainda não sendo anulado por completo a morbidade do ato cirúrgico o que expõe as mães e as crianças a grandes riscos<sup>6,7,8</sup>.

No estudo realizado por PINHEIRO & BITTAR (2012)<sup>9</sup>, foi destacado que o parto normal pode ser vivenciado de duas formas, como uma experiência prazerosa, de satisfação, ou como algo traumático, se tornar algo que jamais desejariam que ocorresse outra vez. O parto com uma melhor assistência se torna uma intervenção vital para salvar vidas<sup>10</sup>.

Parto humanizado é um modelo alternativo ao tecnocrático que passou a ser instituído há algumas décadas. Para alguns autores, o parto humanizado é descrito como respeito aos valores, cultura, crença e dignidade de uma mulher, e também o

desejo de controle sobre o parto para que se perceba como contribuinte do nascimento e decisões relacionadas<sup>11</sup>.

Baseado no conteúdo da literatura os autores se propõem a desenvolver um estudo sobre humanização do parto com o objetivo de avaliar o grau de conhecimento de gestantes atendidas no serviço público com relação ao parto humanizado.

## **MÉTODOS**

O estudo descritivo, prospectivo, observacional, transversal. Foi realizado no Ambulatório de Pré-natal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe e do Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher de Sergipe, no período de julho a agosto de 2017. Foram abordadas 304 gestantes que frequentaram os ambulatórios dos locais citados anteriormente. A coleta de dados se deu através de um questionário (ANEXO 1) previamente elaborado, respondidos pelas gestantes que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 2).

Para o cálculo amostral, considerando-se uma percentagem de partos normais em 2015 no Brasil de 44,4%, e um total de 4.744 partos vaginais realizados na cidade de Aracaju-SE no mesmo ano, utilizou-se o programa Statcalc do software de domínio público Epi-Info 7, com intervalo de confiança de 90% e uma margem de erro de 5%, considerando-se o acréscimo de 10% para eventuais perdas, o tamanho da amostra foi calculado em 297 pacientes<sup>12</sup>.

Foram consideradas elegíveis todas as pacientes do sexo feminino grávidas, que frequentavam os ambulatórios de pré-natal dos referidos locais, e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do TCLE. O questionário utilizado possuía 34 questões, que abordavam características sobre dados sociais, comorbidades, pré-natal, gestação e parto. No referido instrumento de coleta os autores abordaram sobre o conhecimento do parto humanizado e se esse conhecimento prévio era adequado ou não. Como critério de exclusão, consideramos o desejo de não querer participar da entrevista ou não autorizarem o uso de seus dados para pesquisa, e as primigestas que se apresentavam na primeira consulta do pré-natal e questionários respondidos de forma inadequada.

No estudo, captamos 304 pacientes, destas 104 foram excluídas da pesquisa por não responderem o questionário adequadamente ou por serem primigestas de

primeira consulta. Restando 200 pacientes seguindo todos os critérios de inclusão.

Para análise de estatística foram confeccionadas tabelas de distribuição de frequência a partir das variáveis e dados coletados. As variáveis numéricas foram expressas com média e desvio padrão conforme atenderam o pressuposto de normalidade. Tal pressuposto foi testado mediante a técnica de Shapiro-Wilk. As variáveis categóricas foram sumarizadas mediante frequência simples e percentual. Para avaliar associação entre as variáveis categóricas, utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson ou o Exato de Fisher, quando mais adequado. Para comparação da média de idade entre dois grupos utilizou-se o Teste t de Student para dados independentes. Para avaliar associação multivariada entre as variáveis categóricas, utilizou-se o método de regressão logística. Considerou-se como nível de significância  $p=0,05$  e Poder  $\beta =0,80$ . Utilizou-se o programa SPSS versão 21 para teste.

As coletas de dados só foram iniciadas após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe sob o número do CAAE 68608017.9.0000.5546.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização geral da amostra**

Realizou-se 200 entrevistas, por meio de questionários no período de julho a agosto de 2017. As pacientes apresentaram uma média de idade de 26,6 anos  $\pm$  7,9, com mínima de 11 anos e máxima de 47 anos. Se autodeclararam como pardas 134 (67%) gestantes. A maioria das pacientes entrevistadas 145 (72,5%) eram provenientes do interior, seguidas das procedentes de Aracaju 51 (25,5%). Apresentaram renda mensal de 1/2 a um salário mínimo 96 (48%). A escolaridade até o ensino fundamental foi encontrada em 38% (76) das participantes. Foram classificadas como primigestas 84 gestantes e 111 com paridade maior que um. (Tabela 1).

### **Caracterização do pré-natal da amostra**

O início do pré-natal aconteceu antes de completar o 1º trimestre em 142 (71%). O médico em grande parte dos casos foi quem conduziu o atendimento pré-natal, 144 (72%). Das 200 participantes, 142 (71%) relatou preferência pelo parto

normal. O medo de cesarea foi expressado em 88 (44%). Na maioria das vezes 133 (66,5%), não foi ofertado pelo profissional executante do pré-natal informação a cerca dos tipos de parto. (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemograficas e do pré-natal de gestantes entrevistadas sobre parto humanizado em serviço público no período de julho a agosto de 2017.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>TOTAL</b> <b>n = 200</b>	<b>%</b>
<b>Idade média em anos</b>	26,64 ±7,93	
<b>Procedência, n (%)</b>		
Aracaju	51	25,5
Interior	145	72,5
Outros estados	4	2,0
<b>Renda, n (%)</b>		
< 1/2 salário mínimo	85	42,5
1/2 a 1 salário mínimo	96	48,0
2 a 5 salários mínimos	18	9,0
10 a 13 salários mínimos	1	0,5
<b>Escolaridade, n (%)</b>		
≤ 8 anos estudados	76	38,0
> 8 anos estudados	123	61,5
<b>Número de gestações, n (%)</b>		
≤ 1	84	42,0
> 1	116	58,0
<b>Número de parto, n (%)</b>		
≤ 1	89	44,5
>1	111	55,5
<b>Aborto, n (%)</b>		
Não	159	79,5
Sim	41	20,5
<b>Início do pré-natal, n (%)</b>		
Antes do 1º trimestre	142	71,0
Após o 1º trimestre	54	27,0
Ausente	4	2,0
<b>Profissional do pré-natal, n (%)</b>		

Médico	144	72,0
Médico e/ou Enfermeiro	56	28,0
<b>Prenatalista informou sobre tipos de parto</b>		
Não	133	66,5
Sim	67	33,5
<b>Preferência do parto, n (%)</b>		
Normal	142	71,0
Cesarea	56	28,0
Sem preferência	2	1,0
<b>Medo da cesarea, n (%)</b>		
Não	112	56,0
Sim	88	44,0
<b>Medo das dores, n (%)</b>		
Não	84	42
Sim	116	58

### Conhecimento sobre parto normal e humanizado da amostra

Informaram possuir medo das dores do parto normal 116 (58%) gestantes. A grande maioria 187 (93,5%), das gestantes conhece outras mulheres que tiveram filho por parto normal. A busca de informações sobre os tipos de parto, foi ausente em 118 (59%). Ouviram falar sobre "Parto Humanizado" 61(30,5%) gestantes das 200 entrevistadas. Destas, 51(25,5%) apresentaram uma resposta considerada adequada sobre o conceito. Das 139 pacientes que nunca ouviram falar sobre Parto Humanizado, 91(65,5%) não responderam de forma adequada ao questionamento do que elas entendiam sobre "Parto Humanizado". (Tabela 2).

**Tabela 2.** Conhecimento sobre parto normal e humanizado em gestantes atendidas em serviço público no período de julho a agosto de 2017.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
	<b>n=200</b>	
<b>Conhece mulheres que tiveram parto normal, n (%)</b>		
Não	13	6,5
Sim	187	93,5

<b>Medo das dores, n (%)</b>		
Não	84	42,0
Sim	116	58,0
<b>Já buscou informações sobre tipos de parto, n (%)</b>		
Não	110	55,0
Sim	82	41,0
Ausente	8	4,0
<b>Já ouviu falar sobre parto humanizado, n (%)</b>		
Não	139	69,5
Sim	61	30,5
<b>Se sim, o significado de parto humanizado, n (%)</b>		
Resposta Adequada	51	25,5
Resposta Inadequada	10	5,0
Ausente	139	69,5
<b>Se não, o que a expressão "parto humanizado" lhe diz, n (%)</b>		
Resposta Adequada	48	24,0
Resposta Inadequada	91	45,5
Ausente	61	30,5

### **Associação das características sociodemográficas com o conhecimento sobre parto humanizado da amostra**

Associamos as variáveis (cor referida, procedência, renda, escolaridade, gestações, paridade, abortos e características do pré-natal) com o conhecimento do parto humanizado. O fato de ter apresentado um conhecimento prévio sobre o parto humanizado foi associado a procedência (morar em Aracaju) com  $p=0,03$ , possuir maior renda ( $p=0,02$ ), menor ocorrência de aborto ( $p=0,04$ ), ter o médico como profissional do pré-natal ( $p=0,04$ ) e preferência pelo parto vaginal ( $p=0,04$ ). (Tabela 3).

**Tabela 3.** Características sociodemográficas e do pré-natal comparadas com o conhecimento prévio ou não sobre parto humanizado em gestantes atendidas em serviço público no período de julho a agosto de 2017.

VARIÁVEIS	OUVIU FALAR	OUVIU FALAR	SIGNIFICÂNCIA P
	SIM n = 61 (%)	NÃO n = 139 (%)	
<b>Idade média em anos</b>	26,31 ± 7,93	26,78 ± 7,89	0,70
<b>Procedência, n (%)</b>			
Aracaju	23 (37,7)	28 (20,1)	<b>0,03</b>
Interior	37 (60,7)	108 (77,7)	
Outros estados	1 (1,6)	3 (2,2)	
<b>Renda, n (%)</b>			
< 1/2 salário mínimo	22 (36,1)	63 (45,3)	<b>0,02</b>
1/2 a 1 salário mínimo	28 (45,9)	68 (48,9)	
2 a 5 salários mínimos	11 (18,0)	8 (5,8)	
<b>Escolaridade, n (%)</b>			
≤ 8 anos estudados	17 (28,3)	59 (42,4)	<b>0,04</b>
> 8 anos estudados	43 (71,7)	80 (57,6)	
<b>Número de gestações, n (%)</b>			
≤ 1	26 (42,6)	58 (41,7)	0,90
> 1	35 (57,4)	81 (58,3)	
<b>Número de parto, n (%)</b>			
≤ 1	30 (49,2)	59 (42,4)	0,37
>1	31 (50,8)	80 (57,6)	
<b>Aborto, n (%)</b>			
Não	54 (88,5)	105 (75,5)	<b>0,03</b>
Sim	7 (11,5)	34 (24,5)	
<b>Início do pré-natal, n (%)</b>			
Até do 1º trimestre	43 (71,7)	99 (72,8)	0,87
Após o 1º trimestre	17 (28,3)	37 (27,2)	
<b>Profissional do pré-natal, n (%)</b>			
Médico	50 (82,0)	94 (67,6)	<b>0,04</b>
Médico e/ou Enfermeiro	11 (18,0)	45 (32,4)	
<b>Preferência do parto, n (%)</b>			
Normal	50 (82,0)	92 (66,2)	<b>0,02</b>

Cesarea	11 (18,0)	45 (32,4)	
<b>Prenatalista informou sobre tipos de parto</b>			
Não	35 (58,3)	92 (68,7)	0,16
Sim	25 (41,7)	42 (31,3)	
<b>Conhece mulheres que tiveram parto normal, n (%)</b>			
Não	2 (3,3)	11 (7,9)	0,22
Sim	59 (96,7)	128 (92,1)	

Entre as mulheres que declararam ter um conhecimento prévio sobre o parto humanizado, foi indagado o que as mesmas sabiam, e verificou-se uma alta frequência (83,6%) de adequação da resposta ao tema (Tabela 2). A comparação das características sociodemográficas e do pré-natal com esses dois grupos (resposta adequada e inadequada), não mostrou diferença significativa. Embora tenha ocorrido uma maior frequência de moradores de Aracaju e de maior renda no grupo de resposta adequada, e uma maior média de idade nas mulheres com resposta inadequada. (Tabela 4).

**Tabela 4.** Característica sociodemográficas e do pré-natal comparada com a adequação da resposta das 61 pacientes que declararam possuir conhecimento prévio sobre parto humanizado em serviço pública no período de julho a agosto de 2017.

VARIÁVEIS	RESPOSTA	RESPOSTA	SIGNIFICÂNCIA P
	ADEQUADA n = 51	INADEQUADA n = 10	
<b>Idade média em anos</b>	25,55 ± 8,19	<b>30,22 ± 6,356</b>	0,09
<b>Procedência, n (%)</b>			
Aracaju	20 ( <b>39,2</b> )	3 (30,0)	0,07
Interior	31 (60,8)	6 (60,0)	
Outros estados	0 (0)	1 (10)	
<b>Renda, n (%)</b>			
< 1/2 salário mínimo	17 (33,3)	5 (50,0)	0,51
1/2 a 1 salário mínimo	25 (49,0)	3 (30,0)	
2 a 5 salários mínimos	9 (17,6)	2 (20,0)	

<b>Escolaridade, n (%)</b>			
≤ 8 anos estudados	16 (31,4)	1 (11,1)	0,21
> 8 anos estudados	35 (68,6)	8 (88,9)	
<b>Número de gestações, n (%)</b>			
≤ 1	22 (43,1)	4 (40,0)	0,85
> 1	29 (56,9)	6 (60,0)	
<b>Número de parto, n (%)</b>			
≤ 1	25 (49,0)	5 (50,0)	0,95
>1	26 (51,0)	5 (50,0)	
<b>Aborto, n (%)</b>			
Não	46 (90,2)	8 (80,0)	0,35
Sim	5 (9,8)	2 (20,0)	
<b>Início do pré-natal, n (%)</b>			
Até do 1º trimestre	37 (72,5)	6 (66,7)	0,72
Após o 1º trimestre	14 (27,5)	3 (33,3)	
<b>Profissional do pré-natal, n (%)</b>			
Médico	43 (84,3)	7 (70,0)	0,29
Médico e/ou Enfermeiro	8 (15,7)	3 (30,0)	
<b>Preferência do parto, n (%)</b>			
Normal	43 (84,3)	7 (70,0)	0,28
Cesarea	8 (15,7)	3 (30,0)	
<b>Prenatalista informou sobre tipos de parto</b>			
Não	31 (62,0)	4 (40,0)	0,19
Sim	19 (38,0)	6 (60,0)	
<b>Conhece mulheres que tiveram parto normal, n (%)</b>			
Não	1 (2,0)	1 (10,0)	0,19
Sim	50 (98,0)	9 (90,0)	

Considerando as pacientes que negaram possuir conhecimento prévio sobre o parto humanizado e posteriormente indagadas com uma segunda pergunta, observou-se uma alta frequência (34,5%) de resposta adequada quanto ao conceito que as mesmas atribuíram a expressão "parto humanizado". A resposta adequada para esse grupo de mulheres foi associada a maior renda ( $p=0,03$ ) e anos estudados ( $p=0,02$ ). O

grupo que apresentou resposta adequada não teve informações sobre o tipo de parto advindas do profissional do pré-natal em 38 (27,3%) das 139 que não tinham conhecimento prévio.(Tabela 5).

**Tabela 5.** Características sociodemográficas e do pré-natal comparadas com a adequação da resposta das 139 pacientes que declararam **NÃO** possuir conhecimento prévio sobre parto humanizado que foram entrevistadas de julho a agosto de 2017.

VARIÁVEIS	RESPOSTA	RESPOSTA	SIGNIFICÂNCIA P
	ADEQUADA n = 48	INADEQUADA n = 91	
<b>Idade média, em anos</b>	26,63 ±8,297	26,86 ±7,714	0,87
<b>Procedência, n (%)</b>			
Aracaju	11 (22,9)	17 (18,7)	0,84
Interior	36 (75,0)	72 (79,1)	
Outros estados	1 (2,1)	2 (2,2)	
<b>Renda, n (%)</b>			
< 1/2 salário mínimo	21 (43,8)	42 ( <b>46,2</b> )	<b>0,03</b>
1/2 a 1 salário mínimo	21 (43,8)	47 ( <b>51,6</b> )	
2 a 5 salários mínimos	6 ( <b>12,5</b> )	2 (2,2)	
<b>Escolaridade, n (%)</b>			
≤ 8 anos estudados	14 (29,2)	45 ( <b>49,5</b> )	<b>0,02</b>
> 8 anos estudados	34 ( <b>70,8</b> )	46 (50,5)	
<b>Número de gestações, n (%)</b>			
≤ 1	18 (37,5)	40 (44,0)	0,46
> 1	30 (62,5)	51 (56,0)	
<b>Número de parto, n (%)</b>			
≤ 1	18 (37,5)	41 (45,1)	0,39
>1	30 (62,5)	50 (54,9)	
<b>Aborto, n (%)</b>			
Não	34 (70,8)	71 (78,0)	0,35
Sim	14 (29,2)	20 (22)	
<b>Início do pré-natal, n (%)</b>			
Até do 1º trimestre	35 (72,9)	64 (72,7)	0,98
Após o 1º trimestre	13 (27,1)	24 (27,3)	
<b>Profissional do pré-natal, n (%)</b>			
Médico	40 ( <b>83,3</b> )	54 (59,3)	<b>0,01</b>

Médico e/ou Enfermeiro	8 (16,6)	37 (40,7)	
<b>Preferência do parto, n (%)</b>			
Normal	29 (60,4)	63 (69,2)	0,56
Cesarea	18 (37,5)	27 (29,7)	
Sem preferência	1 (2,1)	1 (1,1)	
<b>Prenatalista informou sobre tipos de parto</b>			
Não	38 (79,2)	54 (62,8)	<b>0,05</b>
Sim	10 (20,8)	32 (37,2)	
<b>Conhece mulheres que tiveram parto normal, n (%)</b>			
Não	5 (10,4)	6 (6,6)	0,43
Sim	43 (89,6)	85 (93,4)	

As variáveis independentes que apresentaram associação significativa na análise multivariada com o conhecimento prévio sobre Parto Humanizado foram: preferência do parto normal, profissional não informou e procedência de Aracaju (Tabela 6).

**Tabela 6. Resultado das análises de regressão logística:** associação multivariada entre gestantes que possuíam conhecimentos prévios e variáveis que influenciam nas chances desse conhecimento.

VARIÁVEIS	RAZÃO		
	CHANCES AJUSTADAS	IC 95%	p
<b>Preferência de parto</b>			
Normal	3,21	1,42 - 7,27	<b>0,005</b>
<b>Procedência</b>			
Aracaju	2,75	1,13 - 4,53	<b>0,005</b>
<b>Profissional informou</b>			
Não	2,26	1,35 - 5,57	<b>0,022</b>

Da mesma forma as que apresentaram significância na associação multivariada com a ausência de conhecimento prévio foram: escolaridade maior que 8 anos e profissional não informou (Tabela 7).

**Tabela 7. Resultado das análises de regressão logística:** associação multivariada entre gestantes que NÃO possuíam conhecimento prévio e variáveis que influenciam nas chances desse conhecimento.

VARIÁVEIS	RAZÃO		
	CHANCES AJUSTADAS	IC 95%	p
<b>Escolaridade</b>			
> 8 anos	2,35	1,09 - 5,04	<b>0,028</b>
<b>Profissional informou</b>			
Não	2,29	0,99 - 5,28	<b>0,052</b>

## DISCUSSÃO

Através da publicação "ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: Manual Técnico" do Ministério da Saúde, é orientado que a primeira consulta do pré-natal deve ser realizada no 1º trimestre da gestação, com o objetivo de proporcionar uma efetiva assistência pré-natal, para que, caso haja necessidade de intervenções, as mesmas sejam realizadas em tempo hábil<sup>13</sup>. Em nossa pesquisa a maioria das mulheres realizou sua primeira consulta de pré-natal antes do 1º trimestre de gravidez.

Durante as consultas do pré-natal é possível e necessário, estabelecer práticas educativas como forma de preparar a mulher para a maternidade. Tais medidas influenciam sobre a escolha da via de parto pela gestante. O profissional de saúde deve observar de forma mais criteriosa as possíveis dúvidas e falta de informações que as gestantes apresentam, atuando assim como um propagador do conhecimento<sup>14</sup>. Observamos que, o profissional com maior prevalência (72%) nos pré-natais foi o médico, e que em boa parte do acompanhamento de forma geral, não foi fornecido informações a cerca dos tipos de parto pelo profissional executante.

A busca por informações das formas de parto, também foi avaliada, e segundo os dados obtidos, as gestantes buscaram informação sobre os tipos de partos em 41% dos casos, contra 55% das que não buscaram, concordando com o comportamento ambíguo das gestante relatado pelo estudo de SILVA, RIBEIRO & COSTA (2011), e se contrapõem com o de SODRÉ (2010), onde percebeu-se que quando ocorre necessidade de uma complementação das informações fornecidas, a paciente procura sanar suas dúvidas, seja na internet e/ou com conhecidos, revelando assim importantes meios de fornecimento de informações para posteriore tomada de decisão<sup>15,16</sup>.

O desejo por uma cesariana é fortalecido pelo medo e desinformação. A maioria (58%) das gestantes entrevistadas, afirmou possuir medo das dores vivenciadas por um parto normal. A falta de informação advinda do profissional do pré-natal também foi perceptível nas mulheres, já que grande parte (63,5%) relatou não ter recebido nenhuma informação com relação aos tipos de parto do profissional do pré-natal<sup>17,18,19</sup>. Em concordância com essa afirmação, a literatura mostra que o temor da dor do parto depende de como as gestantes foram conduzidas para o mesmo durante o acompanhamento pré-natal<sup>20</sup>. A ausência de assistência e atenção aos receios durante o serviço de pré-natal, a desinformação sobre a dor, transformam a mulher em uma pessoa desabilitada a tomar a melhor decisão. Existe a necessidade de que os profissionais de saúde capacitem as mulheres para enfrentar o processo de nascimento, e dessa forma oportunizar a retomada do controle e poder de decisão, evitando o uso de intervenções desnecessárias. É perceptível dessa forma as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde, de proporcionar a presença de algum membro familiar, informar sobre o parto, são recomendações não praticadas pelo profissional da saúde<sup>21</sup>.

O predomínio da escolha continua sendo pelo parto natural, informado por 142 (71%) gestantes, como ocorreu na pesquisa de NASCIMENTO et al. (2015), onde a maioria das participantes também manifestaram preferência pela prática do parto normal, praticamente com as mesmas justificativas que encontramos<sup>18</sup>: Esse fato contradiz o modelo tecnocrático, de que o parto deve ser tratado como patologia, hospitalizado e medicalizado, sem atender critérios, como se tornou rotina no Brasil, fazendo com que as taxas de cesarea permaneçam aumentadas, como em 2015 que segundo o DATASUS, cerca de 55,5% dos partos realizados no Brasil foram do tipo cesarea<sup>1,12,16,18</sup>. Beckett (2005) em seu estudo questionou se as gestantes que escolhem a cesarea estariam cientes dos efeitos que tal procedimento poderia resultar, percebendo uma tendência das gestantes a fazerem escolhas apoiadas em conhecimentos exíguos<sup>22</sup>. E vale destacar também que, 44% das gestantes entrevistadas informaram também ter medo do parto cesarea, e 60,5 % (139) não faria o parto cesareo devido ao medo das dores do parto normal.

Boa parte das gestantes conheciam outras mulheres que tiveram filho por parto normal e lhes ofereceram informações das experiências vivenciadas. De acordo com o estudo de NASCIMENTO et al. (2015) as experiências relatadas por outras puerperas também é levada em consideração na preferência pela via de parto<sup>18</sup>.

Fatores como a duração do parto, a intensidade da dor, a relação estabelecida com os profissionais, à presença de um acompanhante familiar e o apoio emocional, promovem contribuição para uma elevada satisfação da assistência por parte das parturientes, o que de forma implícita demonstra uma preferência pelo parto humanizado<sup>23,24,25</sup>. É perceptível que a execução das práticas do parto humanizado, transforma o nascimento em um momento único e indiscreto<sup>26</sup>.

Quando questionadas se já ouviram falar, ou tinha algum conhecimento a cerca do "Parto Humanizado", apenas 30,5% das gestantes declararam que sim. Esse fato pode ser observado em situações onde a mulher desconhece sobre parto normal, como reflexo da não adesão por parte dos profissionais da saúde ao processo de humanização do parto, mesmo sendo algo que é recomendado pelo Ministério da Saúde<sup>27</sup>. De acordo com BEAUCHAMP & CHILDRESS (2002), o entendimento das gestantes sobre o parto em si, depende principalmente da oferta de informações que dizem respeito aos direitos que elas possuem e que devem ser preservados, para que o real sentimento de respeito e satisfação possa permanecer<sup>28</sup>.

Dentre as 139 gestantes que declararam que nunca tinham ouvido falar sobre parto humanizado, 24% delas responderam adequadamente sobre o que a expressão ("parto humanizado") transmitia. Ou seja, apesar de nunca terem ouvido de forma explícita sobre Parto Humanizado, algumas conseguiram conceituar de forma satisfatória, comprovando que em um determinado momento elas foram expostas as características que envolvem o processo de humanização do parto.

Das associações que fizemos com as características sociodemográficas e do pré-natal com o conhecimento prévio sobre parto humanizado ou não (Tabela 3), apresentaram nível de significância a procedência da gestante, renda maior, ocorrência de aborto, o profissional do pré-natal e preferência pelo parto vaginal. Estes achados nos levam a aferir que mulheres oriundas de centros urbanos com maior renda procuram obter mais informações a respeito de sua gestação e formas de parto. As desigualdades sociais repercutem na cultura do cuidado e da atenção dada a saúde de forma individualizada<sup>29</sup>. Entendemos que a residência em capitais, assim como possuir maior renda, influencia no conhecimento sobre PH, pois isso permite a inserção da gestante em um ambiente diferente, com culturas e formas de convívio diferentes, onde existe uma maior disponibilidade de meios para busca de informações<sup>13</sup>. Já a associação com a ocorrência prévia de aborto poderia ser um fator que torna a gestante mais cuidadosa com relação às informações pertinentes a gestação e parto.

Embora a maioria das pacientes não tenham recebido informação do profissional executante a respeito do parto humanizado, quando estas receberam a informação permitiu uma boa qualidade de conhecimento.

O conhecimento adequado sobre o parto humanizado pode ter se traduzido em uma maior preferência pelo parto normal. De acordo com de NASCIMENTO et al. (2015), a escolha do tipo de parto sofre influência das experiências anteriores e do grau de interação do profissional do pré-natal<sup>18</sup>.

Das gestantes que declararam possuir um conhecimento prévio sobre parto humanizado, 84% (51) foram capazes de formular uma resposta adequada sobre o conceito. Na comparação do grupo das que possuíam um conhecimento prévio, com as variáveis (Tabela 4), não foi encontrada nenhuma associação significativa. Corroborando que o fato delas declararem que possuíam o conhecimento, foi comprovado que de fato elas o possuíam. Caracterizando um bom nível de conhecimento sobre o conceito em questão. Verificou-se uma alta frequência de adequação da resposta com o conceito em pacientes residentes em Aracaju e com maior renda, assim como foi encontrado na associação anterior, e uma maior média de idade no grupo das respostas inadequadas.

Levando em consideração o grupo em que houve negação sobre o conhecimento prévio do parto humanizado, e em seguida submetidas a uma segunda pergunta para avaliar o que elas entendiam a partir da expressão "parto humanizado". Observou-se uma considerável frequência de respostas adequadas (24% em comparação com os 45,5% das respostas inadequadas). Feita a associação com as variáveis, houve significância em relação com, a renda e a escolaridade das gestantes. Diante disso, as gestantes que apresentaram respostas adequadas foram aquelas que apresentaram maior renda mensal e maior nível de escolaridade. Com relação ao grau de instrução, medidos em anos estudados em nossa pesquisa, é possível afirmar que a inclusão da educação afeta não só questões relacionadas ao profissionalismo, mas também tem uma relação com a educação médica de cada um. Em concordância com a pesquisa de LEQUIZAMON, STEFFANI & BONAMIGO (2013), o aumento da preferência pelo parto natural se deu em gestantes com maior nível de escolaridade (ensino médio e superior completo), e portanto, se justifica uma melhor adequação das respostas das nossas gestantes com mais de 8 anos de escolaridade<sup>30</sup>.

O grupo das mulheres que não conheciam o parto humanizado em associação com a variável de informações cedidas pelo prenatalista ou não, apresentou associação

significativa. Porém o subgrupo de resposta adequada apresenta maior frequência justamente naqueles em que não receberam informações do profissional executante do pré-natal. Poderíamos justificar essa ocorrência como uma forma alternativa que algumas gestantes encontraram de se informar além do conhecimento que deveria ter sido transmitido no pré-natal e que não ocorreu.

As gestantes que preferem parto normal têm 3,21 chances a mais de possuírem conhecimento sobre Parto Humanizado. As pacientes que eram procedentes de Aracaju tinham 2,75 chances a mais de conhecer sobre Parto Humanizado. As mulheres que não foram informadas pelo profissional sobre os tipos de parto, têm 2,26 chances a mais de terem ouvido falar sobre PH. Reforçando os dados já encontrados e discutidos anteriormente. As pacientes que não apresentavam conhecimento prévio sobre Parto Humanizado, apresentavam 2,35 chances a mais de responder adequadamente sobre o tema se apresentarem mais de 8 anos de estudo, e 2,29 chances a mais se não forem informadas pelo prenatalista. A ausência de informações oriundas do profissional e a maior chance de ter conhecimento prévio e responder adequadamente podem ser justificáveis a partir de uma busca independente por parte dessas mulheres em sanar a falta de conhecimento que deveria advir do pré-natal.

Medidas de implementação do parto humanizado nas instituições, capacitação dos profissionais para divulgação de informações durante a assistência pré-natal são medidas que devem ser tomadas para uma garantia de que a mulher decida sua maneira de parir sem estar atrelada a mitos, crenças ou a vontade de terceiros.

## **CONCLUSÃO**

A maioria das gestantes relataram não ter nenhum conhecimento prévio sobre o Parto Humanizado.

As gestantes que já apresentavam conhecimento prévio sobre o Parto Humanizado, responderam adequadamente sobre o que significava.

A maioria, era procedente de Aracaju e apresentam uma maior renda mensal. Essas variáveis tiveram associação significativa com o grau de conhecimento.

O predomínio da escolha pelo tipo de parto foi o parto natural.

O profissional executante do pré-natal mais prevalente foi o médico, e na maioria dos acompanhamentos, não foi fornecido informações a cerca dos tipos de parto pelo profissional executante.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez JA, Roche MEM, Viguera MDN, Peña EB, Morales López R, Munárriz LA. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana. 2012; 7(2): 225-47. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/623/62323322005.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2017.
2. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16; (2): CD003766. doi: 10.1002/14651858.
3. Carvalho EMP, Göttems LBD, PiresMRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. Rev Esc Enferm USP 2015; 49(06): 890–898. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000600889&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000600889&script=sci_abstract)>. Acesso em: 16 ago. 2017.
4. D'ORSI, Eleonora et al . Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2014; 30(1): S154-S168. Disponível em: < <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>>. Acesso em: 16 ago. 2017.
5. Oliveira NRG, Assis TR, Amaral WND, Falone VE, Salviano LMO. Assistance to Normal Delivery in Two Public Maternities: Perception of the Health Professionals. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017 May; 39(5):202-208. doi:10.1055/s-0037-1603315.
6. Lasnet A, Jelen AF, Douysset X, Pons JC, Sergent F. Introducing a daily obstetric audit: A solution to reduce the cesarean section rate?. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015 Jun; 44(6):550-7. doi: 10.1016/j.jgyn.2014.08.003.
7. Darsareh F, Aghamolaei T, Rajaei M, Madani A, Zare S. The differences between pregnant women who request elective caesarean and those who plan for vaginal birth based on Health Belief Model. Women Birth. 2016 Dec; 29(6):e126-e132. doi: 10.1016/j.wombi.2016.05.006.
8. SILVEIRA, Denise S.; SANTOS, Iná S. dos. Factors associated with cesarean sections among low-income women in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. Cad. Saúde

- Pública, Rio de Janeiro. 2004; 20(2): S231-S241. doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800018.
9. PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*. 2012; 37: 212-227. Disponível em: <<http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=115026222016>>. Acesso em: 24 ago. 2017.
  10. Anastasi E, Borchert M, Campbell OM, et al.. Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance? A mixed methods study in northern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Nov 4;15:287. doi.org/10.1186/s12884-015-0695-9
  11. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser WD. Perception of humanization of birth in a highly specialized hospital: let's think differently. *Health Care Women Int*. 2014 Feb;35(2):127-48. doi: 10.1080/07399332.2013.857321.
  12. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> >. Acesso em: 30 ago. 2017.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: Manual Técnico./equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde. 2000:66.
  14. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de partos por gestantes. *HU Rev*. 2010;36(4):296-306. Disponível em: < <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/1146>>. Acesso em: 27 de agosto de 2017.
  15. Silva HM, Ribeiro CM, Costa AR. Acompanhamento de gestantes: nível de informações e influências de familiares, amigos e da mídia para a decisão do tipo de parto. *Conexão Ciência*. 2011;6(1):32-40. Disponível em: < <https://periodicos.uniformg.edu.br:21011/periodicos/index.php/testeconexaociencia/article/view/45/73>>. Acesso em: 27 de agosto de 2017.

16. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina - Paraná. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(3):452-60. Disponível em: < <http://www.index-f.com/textocontexto/2010pdf/19-452.pdf>>. Acesso em: 28 de agosto de 2017.
17. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e materna relacionada ao tipo de parto. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(2):427-35. doi: 10.1590/S1413-81232010000200019.
18. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2015. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.56496.
19. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad. saúde colet.,(Rio J.)*.2014; 22(1): 46-53. doi: 10.1590/1414-462X201400010008.
20. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(1): 759-68. doi: 10.1590/S1414-32832009000500027
21. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher; 2001. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.
22. Beckett K. Choosing cesarean: Feminism and the politics of childbirth in the United States. *Feminist Theory.* 2005, 6(3): 251-275. Disponível em:<<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1464700105057363>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
23. DOMINGUES RMSM, SANTOS EM, LEAL MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro. 2004; 20(1):S52-S62. doi: 10.1590/S0102-311X2004000700006.
24. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Aniza AA, Sulaiman Z. Factors associated with severe maternal morbidity in Kelantan, Malaysia: A comparative cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 26,16(1):185.

25. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Ii M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010; 27(10):25. doi: 10.1186/1471-2393-10-25.
26. Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2011;24(7):471-477. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027976004>. >. Acesso em: 3 ago 2017.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher; 2001. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.
28. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/cognitio/article/view/10434>>. Acesso em: 01 de setembro de 2017.
29. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi, PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(5): 761-767. doi: 10.1590/S0034-89102005000500010.
30. Leguizamón JT, Steffani J A, Bonamigo, EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Revista Bioética*. 2013; 21(3). doi: 10.1590/S1983-80422013000300015.

## VI. ANEXOS

### 1. QUESTIONÁRIO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE – CCBS**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU**

#### QUESTIONÁRIO

1. Idade: \_\_ \_
2. Raça:  
 branca  negra  indígena  asiática  parda
3. Antecedentes patológicos:  
 HAS  DM  dislipidemia  obesidade  outros  nenhuma
4. Procedência:  
 Aracaju  grande Aracaju, interior  outros estados
5. Estado Civil:  
 solteira  casada  união estável
6. Profissão: \_\_\_\_\_
7. Renda Familiar: \_\_\_\_\_
8. Escolaridade: \_\_ \_
9. Numero de gestações: \_\_ \_
10. Paridade: \_\_ \_
11. Abortos:  
 sim  não;  
 Se sim:  espontâneo  provocado;  
 Se sim, quantos: \_\_ \_
12. Uso de contraceptivo:  
 sim  não

13. Se sim, qual?

( ) pílula ( ) DIU ( ) camisinha ( ) coito interrompido ( ) tabela

( ) laqueadura de trompa ( ) injeção

14. Assistência pré-natal:

( )sim ( )não

15. Início do pré-natal: \_\_ (IG)

16. Profissional executante do pré-natal:

---

17. Se parto anterior, qual foi o tipo?:

---

18. A escolha do parto envolveu a sua participação?

( )sim ( )não

19. Caso fosse possível escolher, qual seria sua escolha de tipo de parto?

Porque?\_\_\_\_\_

---

20. Conhece outras mulheres que pariram através de parto normal?

( )sim ( )não

21. Se sim, que informação lhe deram?

---



---

22. O profissional do pré-natal lhe informou sobre as formas de parto?

( )sim ( )não

23. O que ele lhe disse?

---



---

24. Quem você gostaria que realizasse seu parto?

---

25. Porque você fez essa escolha?\_\_\_\_\_

---

26. Você já ouviu falar de parto humanizado?

( )sim ( )não

27. Se sim, o que significa para você?

---

---

28. Se não, o que a expressão "parto humanizado" lhe diz?

---

---

29. Você tem medo de sentir dores no parto?

( )sim ( )não

30. Escolheria cesárea para não sentir dor?

( )sim ( )não

31. O que você sabe sobre a cesárea?

---

---

32. Você tem medo de fazer um parto cesariano?

( )sim ( )não

33. Você já buscou alguma informação sobre os tipos de parto?

( )sim ( )não

34. Se sim, qual foi a fonte de informação?

---

---

## **2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE – CCBS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada e participar da pesquisa intitulada “Grau de conhecimento de gestantes sobre parto humanizado”, desenvolvida por Amanda Basílio Bastos dos Santos Silva a qual poderei entrar em contato a qualquer momento caso necessite através do telefone (079) 98831-8364 ou e-mail amandabbss@hotmail.com. O projeto é orientado pela Prof. Dr. Júlia Maria Gonçalves Dias, da Universidade Federal de Sergipe.

Fui informada também que a pesquisa apresenta o risco de constrangimento, e como forma de diminuí-lo, a entrevista será realizada em um local reservado. Não haverá riscos para saúde dos pacientes, visto que será realizada apenas uma entrevista com perguntas e respostas. Será fornecido informações sobre os tipos de partos que podem ser realizados, a diferenciação de cada um deles e sua possível escolha, bem como esclarecimentos de dúvidas que surgirem.

Fui informada ainda que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer prejuízo, e com a finalidade exclusiva de ajudar para realização da pesquisa. Fui informada dos objetivos acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar o grau de conhecimento das gestantes sobre parto humanizado.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista para preenchimento de questionário, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e sua orientadora.

Estou ciente de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, semprejuízos em meu acompanhamento ou constrangimento de qualquer natureza.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Orientadora  
Prof.Ph.Dra. Júlia Maria Gonçalves Dias

CPF: 507.414.894-49

---

Pesquisadora  
Amanda Basílio Bastos dos  
Santos Silva

CPF: 035. 963.635-78

---

Assinatura da participante ou responsável