

**AJES – FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA
BACHALERADO EM ENFERMAGEM**

NARRATIVAS DE MULHERES SOBRE OS PARTOS

Autora: Caroline Dudar

Orientadora: Dr^a Nádie Christina Ferreira Machado Spence

JUINA/2015

**AJES – FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA
BACHALERADO EM ENFERMAGEM**

NARRATIVAS DE MULHERES SOBRE OS PARTOS

Autora: Caroline Dudar

Orientadora: Dr^a Nádie Christina Ferreira Machado Spence

“Trabalho apresentado como exigência parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem apresentada ao curso de Bacharelado em enfermagem da AJES – Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena.”

JUINA/2015

**AJES – FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA**

BANCA EXAMINADORA

Dr. Lucas Lecci

Membro

Dr^a Elisabete Figueroa dos Santos

Membro

Dr^a Nádie Christina Ferreira Machado Spence

Orientadora

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, que mesmo com tantos motivos pra desistir me deu forças pra me manter até aqui, mas como Ele soube que sozinha não conseguiria me mandou pessoas maravilhosas que contribuíram pra finalizar mais uma etapa em minha vida.

Agradeço imensamente aos meus pais Ivo e Clair, pois mais difícil tenha sido meu caminho na faculdade não desistiram de mim, sempre me apoiando e me incentivando, eu amo vocês!

Agradeço aos meus amigos Leandra e Jhonatan que desde o início sempre me ajudou e me incentivou, muito obrigado.

Agradeço à minha orientadora Nádie Christina Ferreira Machado Spence pela dedicação e atenção que me deu nessa jornada.

Obrigada a todos!

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho totalmente à minha mãe,
ela é minha base,
minha vida,
o meu tudo.
Tudo que sou hoje devo a ela.

Eu te amo mãe!

“O nascimento de uma criança é a celebração da vida e da esperança,
um milagre de Deus se realizou.”
(Pastoral da Criança).

RESUMO

Introdução: A medicalização do parto tem causado um aumento considerável dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, além de várias outras deficiências. As mulheres geralmente tem medo de sofrerem a dor do parto normal, sendo assim solicitando analgesia para aliviar seu sofrimento. Mas com ações da equipe de saúde esse sentimento e emoção podem ser minimizados através de ações educativas e ações no pré-natal. **Objetivo:** Analisar as percepções relatadas por mulheres sobre o parto, disponíveis na internet. **Material e Método:** Pesquisa documental com abordagem qualitativa sobre narrativas digitais de mulheres sobre os partos. Foram analisados duas páginas na internet e selecionado 3 narrativas por página categorizada por: parto normal, cesárea e humanizado. Os achados foram discutidos e comparados com a literatura. **Resultados:** Foram achados 6 narrativas as quais foram nomeadas com nomes de flores. O Caso 1 de Dália, 16 anos, parto cesárea, devido a toxoplasmose. Caso 2 de Tulipa, que namorava há quatro anos e se casou com seis meses de gravidez, parto cesárea, não realizou o seu desejo de ter parto normal. Caso 3 Rosa era casada e teria o primeiro filho e uma semana antes ela esperava ser uma criança com 40 semanas e 2 dias, 34 centímetros. Ela teve medo de ter um parto normal pois a médica a amedrontou dizendo que não iria conseguir pois o bebê era grande. Caso 4 Hortência se casou e logo no segundo mês engravidou do primeiro filho, foi uma mistura de sentimentos muita alegria, gratidão e amor, mas também medo e insegurança, parto normal. Caso 5 Margarida ficou grávida aos 16 anos, não era casada, apenas namorava há dois anos e foi um susto, porém depois sentiram só alegrias, parto cesárea. Caso 6 Violeta era casada, moradora de Jauru no Estado de Rondônia, foi para Cuiabá em busca do parto humanizado e conseguiu. **Conclusão:** Em todas as narrativas verificou-se que vinha a tona o sentimento do medo e da insegurança no momento da escolha do parto.

Palavras - chave: Parto humanizado, medicalização, sentimento e emoção, pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: The medicalization of childbirth has caused a considerable increase in maternal and neonatal morbidity and mortality rates, as well as numerous other deficiencies. Women often are afraid to suffer the pain of vaginal delivery, thus requiring analgesia to relieve their suffering. But with health team shares that feeling and emotion can be minimized through educational activities and actions in prenatal care. **Objective:** To analyze the perceptions reported by women on the labor available on the internet. **Methods:** documentary research with qualitative approach to digital narratives of women on births. Two pages were analyzed on the internet and selected three stories per page categorized by: vaginal delivery, cesarean section and humanized. The findings were discussed and compared with the literature. **Results:** We found six narratives which were named with names of flowers. Case 1 Dahlia, 16, cesarean delivery due to toxoplasmosis. Case 2 Tulip, who was dating four years ago and married six months of pregnancy, cesarean delivery, did not accomplish his desire to have normal delivery. Case 3 Rosa was married and had their first child and a week before she hoped was a child at 40 weeks and 2 days, 34 cm. She was afraid to have a normal birth because medical frightened her saying he would not get because the baby was big. Case 4 Hortense married and soon the second month pregnant with their first child, was a mixture of feelings joy, gratitude and love, but also fear and insecurity, normal delivery. Case 5 Margaret became pregnant at 16, she was not married, just dating for two years and was a scare, however after only felt joy, cesarean delivery. Case 6 Violet was married, a resident of Jauru in the State of Rondonia, was to Cuiaba in search of humanized birth and succeeded. **Conclusion:** On all accounts it appears that came pouring out feelings of fear and insecurity when choosing delivery.

Keyword: Humanizing delivery, medicalization, feeling and emotion, woman in labor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
3 REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1 PARTO.....	12
3.1.1 O PARTO.....	12
3.1.2 O PARTO NORMAL	12
3.1.3 O PARTO CESÁRIA.....	13
3.2 SENTIMENTOS E EMOÇÕES.....	13
3.3 HUMANIZAÇÃO DO PARTO	14
3.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	15
4 MATERIAL E MÉTODO	17
4.1 TIPO DE ESTUDO	17
4.2 COLETA DE DADOS	17
4.3 PLANO DE ANÁLISE	18
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	18
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	19
5.1 DESCRIÇÃO DAS PÁGINAS	19
5.2 CASO 1	19
5.3 CASO 2	20
5.4 CASO 3	21
5.5 CASO 4	22
5.6 CASO 5	24
5.7 CASO 6	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

A medicalização do parto tem causado um aumento considerável dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, além de várias outras deficiências. Essa forma é pouco observada, já na realidade atual, nas maternidades as mulheres são separadas de suas famílias e convivem em um ambiente com pessoas desconhecidas, são submetidas a procedimentos invasivos, que acabam causando dor, desconforto e solidão. As medidas humanizadas procuram visar o bem estar físico e mental da parturiente de forma que os riscos sejam diminuídos (MOURA, 2007).

Há muitas mulheres que desacreditam em sua capacidade de gestação e de parturição, de modo a acreditar que necessita de acompanhamento por um profissional com alta tecnologia para atendê-las. Frente a essa problemática, o enfermeiro obstetra compartilha saberes e direitos das mulheres no intuito de prevenir e promover a prática de saúde, enfatizando os métodos holísticos transformando assim a maneira de parir e nascer (PROGIANTIE COSTA, 2012).

A dor insuportável relatada pelas parturientes faz com que solicitem o uso da medicalização, além do que os relatos de outras mulheres sobre a dor excessiva no trabalho de parto e parto, muitas vezes assustam deixando-as mais apreensivas. Somente as ações educativas feitas pelos enfermeiros nem sempre são suficientes para que transformem as opiniões dessas mulheres submissas ao parto cesárea. E a mudança do modo de pensar é exclusivamente do indivíduo, não dependendo apenas dos profissionais dessa área. Para ser parto humanizado não precisa ser basicamente natural, de forma que, respeite a mulher e as suas vontades (NARCHI, 2013).

Ainda, conforme Narchi (2013), as mulheres geralmente tem medo de sofrerem a dor do parto natural, quando não existe um preparo anterior, ou seja, durante o período da gestação, e isso não é um parto humanizado, onde a mulher sofre e, sobretudo se sente sozinha neste momento. Na assistência ao binômio mãe/filho o papel do enfermeiro começa no pré-natal, orientando e escutando queixas dessas mulheres e preparando-as para o momento do parto.

Em conversas informais com parturientes do hospital municipal de Juína, foi percebida a necessidade de maior atenção ou simplesmente de uma informação por parte da equipe de enfermagem, pois as parturientes ficavam apreensivas sem realmente saber o que

estava acontecendo. A partir disso, compreendemos a importância de entender os sentimentos e emoções dessas parturientes no trabalho de parto e parto.

Assim, as emoções e sentimentos das parturientes diante do parto tem sido alvo de muitos debates nos últimos tempos (NOGUEIRA e LESSA 2003, CAVALCANTE et al 2007, LIMA et al 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções relatadas por mulheres sobre o parto, disponíveis na internet.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 PARTO

3.1.1 O PARTO

Segundo Figueiredo (2008), o trabalho de parto é o processo pelo qual o feto é expelido pelo útero. Ele ocorre através de contrações regulares e rítmicas da musculatura uterina, no momento em que a gravidez chega ao seu final, entre a 37^a e 42^a semanas. Esse período, embora pareça curto é uma etapa extremamente significativa para a mãe, a criança e a família.

Existem dois tipos de partos: parto vaginal e parto cesárea. Dentre esses tipos, a humanização deve estar sendo realizada, visando o bem estar físico e mental da parturiente.

Conforme expressada na LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005 e sendo incluído pela LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, Capítulo VII, a parturiente tem direito de escolher um acompanhante no trabalho de parto, parto e pós parto imediato (BRASIL, 2001).

3.1.2 O PARTO NORMAL

Segundo Santos (2009, p.183), o parto normal é quando o feto é expulso do útero por via baixa, ou seja, pela vagina, sem aplicação e interferência de instrumentos, medicação ou equipamentos. A organização Mundial de Saúde (OMS) define o parto normal como: *“Início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o início do nascimento.”*

Para Moraes (2015), o parto normal tem muitas vantagens sobre o parto cesárea, pois desta forma o nascimento acontece quando o bebê escolhe o dia em que nasce, quando ele já está preparado para viver independente. Além disso, a passagem que a criança faz pelo canal vaginal faz com que ele termine o seu processo de amadurecimento e desprendimento do corpo da mãe, como por exemplo, durante a passagem o tórax do bebê é comprimido e expeli

o líquido amniótico de dentro dos pulmões facilitando a respiração do bebê na hora do nascimento.

3.1.3 O PARTO CESÁRIA

Segundo Melson (2002), a definição do parto cesárea é quando o feto é retirado através de via cirúrgica, onde é realizada uma incisão abdominal baixa próxima ao útero. É indicado a mulheres que estejam com a saúde materno-fetal comprometido, embora não ocorra na maioria dos casos.

Moraes (2015), o médico pode optar pelo parto cesárea quando o parto normal oferece riscos tais como: hipertensão, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, entre outros fatores que pode ser influenciadores.

3.2 SENTIMENTOS E EMOÇÕES

Segundo Bonapace (2010, p. 45), A dor é definida como: *“uma experiência sensorial e emocional desagradável em relação a uma lesão tecidual real ou potencial.”* Desta maneira, a ansiedade e o medo vêm relacionados com fatores que influenciam a percepção da dor. Uma informação correta dos mecanismos ligados ao trabalho de parto e parto, diminui medos e angustias e conseqüentemente a dor.

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2011), a dor é conceituada por ser uma experiência desagradável, relacionado com um trauma tecidual.

O medo pode ocasionar complicações no parto e pós parto, pois o medo, segundo Ekman (2011, p. 169):

O âmago do medo é a possibilidade de dor física ou psicológica, mas ela em si, não é considerada uma emoção pelos pesquisadores. Alguns podem se perguntar o motivo. Sem dúvida, pode ser um sentimento muito intenso, que concentra nossa atenção.

Desta maneira Davidoff (2001, p. 373), afirma que os batimentos cardíacos tinham um aumento considerável relacionado com o aumento expressivo do medo do que pela felicidade. O medo aumentava em média 8 batimentos por minuto e a felicidade 2,6 batimento por minuto.

Cavalcante et al (2007) apud Soifer (1986), expressa que os sentimentos vivenciados pela parturiente geram ansiedade de modo que sua intensidade é variável, pois o parto é um fato concreto e que não há reversão, no entanto, podem surgir preocupações de como seu filho irá nascer, se terá alguma anomalia genética e até mesmo com aqueles que permaneceram em casa (outros filhos), e de como será seu parto.

3.3 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A Constituição Brasileira defende como princípios e diretrizes para o SUS:

A universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social, que devem estar presentes na efetivação de um novo modelo obstétrico e neonatal, de modo a se produzir ações integrais de saúde em função das necessidades das mulheres e crianças de um parto e nascimento seguros e humanizados e da construção e sustentação de redes perinatais. (Caderno humanizatus 2014, p.25)

O ambiente onde a mulher é cuidada não deve ser agressivo, hostil e imutável, para que a mesma possa expressar seus sentimentos e suas necessidades, de forma individual e de acordo com suas vontades e demandas, pode ainda, sentir a necessidade de amparo e segurança por parte dos que a rodeiam, desde o pré-natal até a assistência no parto, com a presença de algum familiar que a deixe tranquila e incentivada (Caderno Humanizatus 2014, p. 28).

Sobre o atendimento à mulher a Rede Humanizatus (2014, p. 29), enfatiza que:

As atitudes dos membros da equipe de atenção em relação à mulher devem buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu cuidado. Deve ficar claro para ela que suas visões e desejos são importantes e serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para seu filho ou sua filha, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade.

Para Ziegel e Cranley *et al* (1985), deve haver cuidados técnicos e habilidades por parte dos enfermeiros que assistem a parturiente durante o trabalho de parto e parto, tal como uma visão humanística, pois nesse momento a mulher vivencia emoções, expectativas, dúvidas, incertezas, juntamente com a dor que a deixa mais apreensiva e que a leva a exaustão física. A força que será transmitida por meio das palavras da equipe de enfermagem pode ter uma influência gradativamente significativa, principalmente se a parturiente tem a oportunidade de se expressar.

3.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica pode ser constatada através dos procedimentos realizados sem o consentimento da parturiente, não havendo comunicação por parte da equipe para com ela. Por palavras ofensivas na tentativa de impedir a mulher de expressar aquilo que está sentindo no momento antecedente a parturição (ANDRADE e AGGIO, 2014).

A medicalização no processo de trabalho de parto e parto está tirando o direito da mulher como protagonista deste processo e o profissional da saúde vem a ser o principal o personagem desta ação, dando ênfase no aspecto patológico e biológico e deste modo a gravidez passa a ser vista como doença, contribuindo para o aumento do número de intervenções desnecessárias assim como as cesarianas (Brasil, 2001).

Ainda sobre intervenções desnecessárias Wolff (2008) expressa que:

“O tipo de violência focado por esse texto é de ordem física e psicológica, ao ocorrer uma manipulação vaginal desnecessária (realizada em demasia por inúmeras pessoas), desconfortável (às vezes, dolorosa) e constrangedora (motivo O tipo de violência de vergonha e humilhação), além da intrusão da privacidade, de dificultar e tornar desagradável um momento tão especial na vida da mulher, que é dar à luz.” (Wolff, 2008)

Na história da humanidade o acompanhamento do parto e realização dele era uma atividade estritamente feminina, feita tradicionalmente por parteiras as quais eram ricas em saberes populares, orientadas pela intuição e experiência vivida e ao longo do tempo ocorreu com a medicalização da sociedade à implantação da Institucionalização do parto com o processo de incorporação da prática obstétrica, onde esta prática foi transformada em poder/saber pelos médicos (masculino) (Osava 1997):

E com o fim da feminização do parto, entram em cena os médicos e seus instrumentos, pondo as parteiras em segundo plano, impedindo a participação direta das mulheres nos acontecimentos que marcavam os nascimentos. E de acordo com Osava (1997) esta mudança antes feita num ambiente domiciliar e familiar, transformou-se numa experiência no âmbito hospitalar e privilegiado para os treinamentos acadêmicos da medicina e obstetizes.

Para Benatti, (2011), o ideal seria a mulher escolher a forma que queira dar à luz, mas esse direito muitas vezes fica comprometido quando a informação é recebida com base na experiência pessoal do médico e necessita de comprovação científica. Como é o caso da maioria das ações de rotina realizadas nos partos feitos em hospitais, tanto da rede pública

como da rede particular. A medicalização é feita em soro com hormônio para que haja a aceleração das contrações e cortes na vagina para facilitar a saída da criança, isto são maneiras de procedimentos que deveriam ser adotados com a máxima cautela. Ao contrário disso, faz parte do pacote o padrão imposto ao maior número das mulheres que vão aos hospitais.

O parto é um momento sublime na vida de uma mulher, pois nesse momento ela torna-se mãe. Portanto, é indescritível a importância da atuação da equipe médica e de enfermagem que irá atendê-la na hora do parto, afim de que seja um momento repleto de boas lembranças.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa documental com abordagem qualitativa sobre narrativas digitais de mulheres sobre os partos.

Gil (2012), descreve a pesquisa documental como:

“Assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.”

4.2 COLETA DE DADOS

Foram coletados os dados de Agosto/2015 a Novembro/2015. As narrativas foram capturadas com o auxílio do NVivo 10¹, um software conhecido como “*Computer-assisted qualitative data analysis software*” (CAQDAS), assim como o Atlas.ti² e MAXQDA³ o Nvivo auxilia o pesquisador na organização e classificação de documentos, imagens, áudios e vídeos. A escolha do NVivo ocorreu devido a possibilidade que o mesmo oferece através de um plug-in, denominado NCapture, de capturar todos os registros de páginas na internet, sites e blogs, e em redes sociais (Facebook e Twitter). No caso do presente estudo a captura foi realizada em páginas do Facebook. Tendo como critério de inclusão páginas disponíveis com a palavra-chave: “Parto”. Como Critério de exclusão todos aqueles que não tivessem relatos das mães sobre os partos e os que não fossem nacionais. Foram selecionados duas páginas de narrativas, sendo a primeira a pagina Mães, Cesárea e Cia a nível nacional e a segunda página

¹ Informação em português disponível em: <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo10/NVivo10-Getting-Started-Guide-Portuguese.pdf> acessada em: 17/11/2015

² No site do representante no Brasil é apresentado como uma ferramenta versátil e poderosa para análise de dados em larga escala, trabalhando com o mais diversos formatos de mídia e extensões de arquivos. Sua plataforma permite agregar arquivos em PDF, imagens de diversas extensões, áudios e vídeos, além de documentos em Word e outros aplicativos. [...] os dados conseguidos podem ser posteriormente exportados em arquivos de fácil visualização. Informações disponíveis em: <http://atlasti.com/atlasti-alternative-to-other-programs/> acessado em: 17/11/2015

³ Segundo informação disponível no site do representante no Brasil, “[...] é um software para análise de texto profissional. Como um dos pioneiros no campo (a primeira versão foi lançada em 1989), Disponível em: http://www.software.com.br/p/maxqda?gclid=CjwKEAiAvauyBRDwuYf3qNyXmW4SJACX9-fX20KTIVY1TPQZw60iBL6luJcZM5ySA3YRWkGs-qU0OhoCd1fw_wcB

Parto Humanizado a nível estadual. Foram encontrado 10.591 narrativas na página Mães, Cesárea e Cia e 1.879 na página Parto Humanizado, sendo que desses foram selecionados 3 em cada página, selecionados por estar em maior concordância com o tema deste trabalho.

Para garantir o anonimato das parturientes as mesmas foram nomeadas por flores, sendo os três primeiros relatos são a nível nacional e os três posteriores a nível estadual, conforme descrito no quadro abaixo:

Nome	Página	Localidade
Dália	Mães, Cesárea e Cia	Nacional
Tulipa	Mães, Cesárea e Cia	Nacional
Rosa	Mães, Cesárea e Cia	Nacional
Hortência	Parto Humanizado	Estadual
Margarida	Parto Humanizado	Estadual
Violeta	Parto Humanizado	Estadual

4.3 PLANO DE ANÁLISE

A análise segue os seguintes passos:

- 1) Descrição de cada página no Facebook
- 2) Seleção de três narrativas por página
- 3) Descrição/identificação das narrativas por categoria: parto normal, cesárea, parto humanizado.
- 4) Análise das narrativas e transcrição.
- 5) Os achados foram discutidos e comparados com a literatura.

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa não será submetida ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme determina a resolução 466 de 2012 do conselho nacional de saúde atendendo os requisitos éticos como a imparcialidade e o anonimato das narradoras.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

5.1 DESCRIÇÃO DAS PÁGINAS

A Mães, Cesárea e Cia é uma página do Facebook de âmbito nacional com 123.384 pessoas nessa comunidade, onde envolve todo o universo materno, relatos desde a gestação, partos e pós partos.

A Parto Humanizado em Cuiabá – Dra Caroline Paccola também é uma página no Facebook a nível estadual com 3.846 pessoas nessa comunidade, tem por finalidade compartilhar informações sobre parto possibilitando a melhor opção para as parturientes.

5.2 CASO 1

”Dália com 16 anos de idade teve seu primeiro filho de parto cesárea. Quando descobriu a gravidez quis o parto normal, disse que tinha plena convicção do quanto era melhor deixar o bebê nascer na hora que ele estivesse pronto, o deixar fazer a força necessária e ter a autonomia para sair quando tiver realmente chegado a hora. Sonhou com o parto sendo da forma mais natural possível, até pensou em parto humanizado, mas infelizmente não teve jeito. Sua gravidez era de risco devido à toxoplasmose e houve um tratamento intenso e cansativo. Por esta razão seu parto dos sonhos não aconteceu. Com 40 semanas e 3 dias de gestação, durante uma consulta do pré-natal fez mais exames, sua pressão havia aumentado e tiveram que fazer uma indução de parto. Após 23 horas tentando seu sonhado parto normal, com 8 centímetros e meio de dilatação e sem sentir dor alguma, seu menino começou a se cansar de tentar sair sozinho. O coraçãozinho dele enfraqueceu de uma vez, reduziu 20 batimentos por minuto em apenas duas contrações. Então a médica decidiu fazer a cesárea de emergência, e quando se deu conta já estava com seu bebê do lado com seus 46 centímetros e 3,225 kg, e esse dia se tornou o mais lindo de todos, ficando dez dias hospitalizados para ter certeza de que a doença realmente não tinha passado para a criança e a notícia da saúde perfeita dele chegou junto com a alta hospitalar.”

No relato de Dália, verifica-se que foi de extrema importância à indicação de cesárea para a preservação da saúde e a vida da criança que estava em risco, embora hoje em dia de acordo com Nogueira e Lessa (2003), não ocorra na maioria dos casos. O profissional de saúde, médico ou enfermeiro, se almeja a complexa tarefa do manuseio dos conhecimentos e

das práticas obstétricas reconhecidamente benéficas como alternativa para cada mulher, sabendo que a responsabilidade pela proteção das situações de risco à vida é, em última instância, sua. A realização crescente de cesariana no Brasil, praticada hoje em 40% dos partos no país e em mais de 60% daquelas feitas nas instituições privadas, no entanto, tem seu início marcado muito mais por fatores ligados à prática médica e à falta de acesso a métodos de planejamento familiar, embora as informações estejam ao alcance de todos, porém nem sempre a maioria das pessoas coloca em prática, do que há controvérsias no conhecimento científico. Também se deve à crescente realização das laqueaduras tubárias, método que as mulheres, as quais não se adaptavam com a pílula recorriam à cesárea programada para que houvesse o procedimento da laqueadura e que resolvia o problema contraceptivo, onde o médico recebia pelo SUS a cirurgia e a mulher pagava em separado pela laqueadura.

5.3 CASO 2

“Tulipa namorava há quatro anos e se casou com seis meses de gravidez, mas ainda a barriga estava pequena, a sua gestação não foi nada fácil, passou muito mal, teve enjoos até o final da gravidez, emagreceu e vivia no soro, teve também infecção urinária, no ouvido e sem falar nas dores que sentia. No trabalho não se sentia confortável pelo fato de desenvolver seu ofício o dia todo sentada, sem falar nas caras feias quando não podia ir trabalhar por estar no hospital tomando soro. No último mês, sua médica lhe deu atestado porque o bebê estava muito pesado e apertava sua bexiga, teve um momento que achava que a bolsa tinha se rompido. Enfim, um belo dia acordou às 4 horas da manhã com muita dor, estava de 37 semanas e pensou que era uma diarreia, mais tarde seu esposo a levou para o hospital. A médica dela estava viajando, então foi atendida por outra profissional que lhe informou estar entrando em trabalho de parto com 3 centímetros de dilatação. Ela sempre quis ter o parto normal, mas a médica disse que o bebê estava muito alto e que pela experiência dela, tinha certeza que o bebê não iria descer, então marcaram a cesárea para as 11 horas. Durante a espera a bolsa estourou por volta das 11h30min, não aguentava mais a dor, quando aplicaram a anestesia não sentia dor nenhuma só alívio. Às 12h18min veio ao mundo um menino pesando 3.460 Kg e medindo 49 centímetros. Um amor sem tamanho e definitivamente o melhor dia da sua vida. Sua recuperação foi ótima, não teve dor nenhuma e não se arrepende de ter feito a cesárea.”

Nota-se no relato de Tulipa que não foi respeitado o seu desejo e a profissional que lhe atendeu não realizou nenhum procedimento que pudesse atestar que realmente a parturien-

te tivesse que ser submetida a uma cesárea sendo assim ficou nítida a acometimento da violência obstétrica. Conforme Brasil (2001), a medicalização envolta no processo do parto vem retirando o protagonismo da mulher, onde o profissional da saúde passa de coadjuvante a ator principal dessa experiência reforçando as relações desiguais, o que pode vir a contribuir para o aumento do número de cirurgias desnecessárias e como consequência a violência obstétrica.

Segundo Andrade e Aggio (2014), as práticas de intervenção a qual foi submetida, não foi solicitado o seu consentimento ou fornecida explicação quanto a indicação da técnica, caracterizando a violência obstétrica, mesmo que calada e resignada, além de ferir o princípio do Programa de Humanização no Pré -Natal e Nascimento, no que se refere a humanização, segurança, dignidade e qualidade da assistência. Este meio de violência é reproduzida por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas, os seus corpos.

5.4 CASO 3

“Rosa era casada e teria o primeiro filho. Uma semana antes do parto, precisamente com 40 semanas e 2 dias, ela esperava ter uma criança com 34 centímetros, foi para o consultório da sua médica e fez uma ultrassonografia mostrando que o peso do bebê seria de 4.328 gramas. Então bateu um medo de que teria mesmo que fazer cesárea, coisa que ela não queria que acontecesse e não tinha se preparado para tal evento, desta forma, a médica lhe transmitiu todos os possíveis riscos caso o peso fosse mesmo o indicado ou superior. Trocando informações com sua doula, a mesma lhe incentivou a seguir em frente com aquela aventura dizendo que os bebês grandes também sabem a maneira de nascer. Rosa e seu esposo resolveram que o parto normal seria a forma ideal para que seu filho pudesse vir ao mundo de uma maneira mais saudável, tanto para o bebê quanto para a mãe. Após ser examinada pela médica e também na troca de informações chegaram à conclusão de que teria que ser submetida ao rompimento da bolsa e não poderia esperar pelo rompimento normal. Com as recomendações da médica, foi encaminhada para o apartamento e conversou pelo telefone com a doula que lhe pediu para que cronometrasse a frequência das contrações e fosse informando a ela, assim que aumentasse a intensidade ela iria ao seu encontro e assim ocorreu. Conforme vinham as contrações, mais força ela fazia, acompanhada de um belo grito que era sua válvula de escape, isso era a única coisa que lhe aliviava a dor, e a médica não

saiu mais de perto dela para que houvesse toda assistência necessária e a doula do lado dela e de mãos dadas massageando-a, seu esposo sentado atrás, dando conforto e muito carinho. Quando seu filho chegou pôde segurá-lo e era só felicidade, o parto se tornou um sonho realizado, uma prova de que a natureza é perfeita e nela devemos confiar. Rosa recomenda o parto humanizado a todas que desejarem e ressalta a terem confiança nelas mesmas, no seu corpo e na mente, porque a luz emanada naquele momento supera a de qualquer outro na vida.”

Nesse caso Rosa pode escolher a maneira que quis dar a luz e essa seria a forma ideal, pois segundo Benatti (2011), esse direito muitas vezes fica comprometido quando a informação é recebida com base na experiência pessoal do médico. Como é o caso da maioria das ações de rotina realizadas todos os dias nos partos feitos em hospitais, tanto da rede pública como da rede particular. A medicalização é feita em soro com hormônio para que haja a aceleração das contrações e cortes na vagina para facilitar a saída da criança, isto são maneiras de procedimentos que deveriam ser adotados com a máxima cautela. Ao contrário disso, faz parte do pacote o padrão imposto ao maior número das mulheres que vão aos hospitais.

Conforme Aguiar e Oliveira (2010), o parto é um evento social que integra o rol das experiências humanas mais significativas para os envolvidos. Diferente de outros eventos que requerem assistência hospitalar, o parto é um processo fisiológico normal que requer cuidado e acolhimento e de fato a parturiente Rosa teve todos os cuidados de uma forma muito especial e confortante.

5.5 CASO 4

“Hortência se casou e logo no segundo mês de casamento engravidou do primeiro filho foi uma mistura de sentimentos, muita alegria, gratidão e amor, mas também medo e insegurança. Queria o parto normal e teve a indicação de uma médica, então marcou uma consulta. Desde o começo do pré-natal ela lhe transmitiu segurança, uma voz suave e tranquila, teve certeza que ela seria a médica que faria seu pré-natal e parto.

O início da gravidez foi marcado por muito enjoo, vômitos, dor de cabeça, nas costas, nas pernas e muita indisposição. Foi assim até o quarto mês, depois foi tudo tranquilo. Sob orientação da médica procurou uma nutricionista para a sua alimentação ser saudável,

praticou hidroginástica e no final da gestação fez fisioterapia para o períneo. A fisioterapeuta era outra profissional que ela também a considerava maravilhosa, pois estava lhe preparando fisicamente e psicologicamente para o parto. Conversou com muitas mulheres que passaram pela experiência do parto normal, também gostava de ler os relatos de parto. Já com 39 semanas e 5 dias, acordou sentindo algumas contrações, se dirigiu ao salão de beleza fez unha e escova, queria estar bonita para a chegada da filha. No dia seguinte, as contrações vieram com mais frequência, passou a ser monitorada até o momento da bolsa se romper. Então a médica solicitou que fosse para o Hospital para ser examinada e começou a exercitar-se com a bola, foi para o chuveiro, caminhou pelo hospital, durante todos os momentos acompanhada pela médica, também ouvia músicas para lhe ajudar a manter a concentração e conseguir respirar direto e as massagens que ela fazia no momento da contração era o que lhe aliviava a dor. A médica fez o toque para verificar a dilatação e lhe avisou que no momento em que a contração viesse era para ela agachar porque faria com que o bebê se encaixasse, utilizavam também o chuveiro com a água morna para relaxar. Por fim, se dirigiram para a banqueta e seu esposo ficou atrás dela dando total apoio, começou o momento expulsivo e assim a criança nasceu. Sendo uma experiência segundo ela, maravilhosa e emocionante!”

No relato de Hortência se percebe um tratamento de excelente qualidade por parte das profissionais que desenvolveram seu trabalho com a competência desejada pela parturiente, transmitindo-lhe segurança e conforto naquele momento tão especial de sua vida. Segundo Brasil (2001), o Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de reconhecer a individualidade e humanização ao atendimento, definindo que o profissional precisa estabelecer com cada mulher um vínculo, visualizando suas necessidades e sua capacidade de lidar com o processo do nascimento e passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e a criança.

Conforme Woff e Waldow (2008), humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais para o ser humano, dentre as quais aquelas que se fazem de forma imediata e necessária em todos os sentidos, como a sensibilidade, o respeito e a solidariedade para com seu público alvo. Humanizar a assistência implica em humanizar os profissionais de saúde, em humanizar as pessoas. Inclui a atitude e a postura que se assume diante da vida e do modo como interagir com os outros. Sendo assim, o custo da humanização é do tamanho da vontade de cada um em realizar bem o seu trabalho com as pessoas que deles precisarem.

5.6 CASO 5

“Margarida ficou grávida aos 26 anos, não era casada, apenas namorava há dois anos e foi um susto, porém depois sentiram só alegrias, como eles seriam pais pela primeira vez procuraram informações sobre os obstetras da cidade e optaram por um da rede particular e pela médica do posto de saúde. A médica lhe alertou a respeito da toxoplasmose, e ela passou a gestação toda sem comer verduras e se alimentava somente de carnes bem passadas, também não passava nem perto de gatos. Margarida afirmou que: *“ médico particular, era beem estúpido não me respondia as dúvidas e se respondia era sempre com ironia”*. Teve uma infecção muito forte e ia ao consultório médico particular quase toda semana e ele lhe dizia que os remédios que ela poderia tomar já havia prescrito anteriormente e que a culpa era dela mesma. Tinha muito medo do parto normal e aos 6 meses conversou com ele e explicou que optaria pela cesariana, e o médico falou que não, iria fazer o parto normal, pois a cesárea iria deixá-la com corte, e Margarida disse que não se importava, mas o médico insistia que não iria permitir fazer aquilo com o corpo dela. Ficou arrasada e com medo. Na consulta seguinte conseguiu que o médico dissesse que faria a cesárea. Porém começou a sentir dores antes do dia marcado e teve o internamento e foi medicalizada para amenizar a dor, a enfermeira lhe disse que teria que voltar para casa e esperar pelo dia marcado e ao levantar-se da cama a bolsa se rompeu. A médica plantonista do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi quem lhe atendeu, a tratou de uma forma debochada pelo fato da Margarida optar pela cesárea e a machucou quando foi realizar o toque. A médica disse: *“como já te disse sou a platonista do SUS e sou eu quem vou fazer sua cesariana, se vc quiser qe seu médico do pré natal faça, é só vc pagar particular qe ele vem, se não vaii ser eu, e aí o qe prefere”e eu respondi qe era pelo SUS msmo.*”. E então foram para a sala de cirurgia e o pai do bebê não entrou porque não tinha roupas cirúrgicas. E o bebê nasceu com 50 cm e 3.615 kg, e o seu médico ficou sabendo do nascimento 15 dias depois, quando voltou para retirar os pontos.”

Vimos no depoimento de Margarida que houve uma violência institucional e segundo Schraiber (2008), a violência institucional também é determinada pela crise da confiança na área de saúde, entendida como uma crise ética mais global de fragilidade dos vínculos de confiança nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, com a despersonalização do cuidado e o predomínio do uso de tecnologia como forma de interação, exacerbando a transformação do paciente em objeto de intervenção.

A falta de esclarecimento por parte de aquela equipe hospitalar, não havendo o diálogo entre ambas e nem o cuidado necessário para com a parturiente no momento em que estava fragilizada. Podemos observar através de Foucault (1995), que faz uma distinção entre poder e violência. Para ele, a violência age diretamente sobre um corpo e utiliza à força, a submissão, a coação e até a destruição como formas de ação. Ao contrário do poder, a violência anula as possibilidades de ação e, por esta razão, não pode ser tomada como princípio fundamental ou base para o mesmo. Uma condição importante para o exercício do poder é a liberdade do sujeito que sofre sua ação e coloca como exemplo a relação de poder na escravidão há porque as possibilidades se saturam, é apenas uma relação de coação física.

Percebe-se que Margarida teve seus direitos humanos e de mulher em parturição levados em consideração, com apoio nos estudos de Dejours (2007) e Sá (2005), esta banalização da violência tanto pode ser o resultado de estratégias de defesa individuais e coletivas, oriundo dos profissionais para enfrentar o sofrimento alheio, quanto reflexo de um fenômeno de banalização da injustiça social que atinge toda a sociedade. Desta forma, é fundamental o enfrentamento da discriminação e do preconceito de gênero na assistência em maternidades públicas, no sentido do respeito aos Direitos Humanos, e, no âmbito destes, aos direitos sexuais e reprodutivos das pacientes. Fazendo-se necessário a desconstrução de uma cultura institucional que banaliza e dá o caráter de invisibilização à violência institucional, ressaltando a importância da qualidade ética das interações em uma perspectiva ampla de cuidado, em que tanto as intervenções técnicas como as ações de suporte sejam orientadas para o acolhimento, valorizando a mulher como sujeito na relação profissional/paciente.

Dos seis relatos, cinco mulheres disseram ter a pretensão em realizar o parto normal e uma somente Margarida queria o parto cesárea, porém seu médico contrariou sua vontade de ser mãe daquela forma. Neste caso, o médico estava desrespeitando o direito da mulher sobre seu corpo, faltou comunicação entre ambos e informação para que a parturiente pudesse ter tido um olhar diferenciado sobre a sua maternidade e parturição, pois muito que se ouve sobre parto são relatos tristes, de mulheres traumatizadas. A falta de informação, também contribui para diversas formas de violência contra os direitos da mulher, pois a mesma possui o direito de ter um acompanhante conforme a lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, o que não foi cumprido quando houve o impedimento do acompanhamento do marido no momento do parto gerando insegurança na parturiente.

5.7 CASO 6

“Violeta era casada, moradora de Jauru no Estado de Rondônia, foi para Cuiabá em busca do parto humanizado. Este seria o terceiro filho do casal nascido de parto natural, sendo os dois anteriores partos cesáreas e traumáticas deixadas lembranças desagradáveis para ela e não gostaria de repetir as experiências anteriores e ainda teve dois abortos chegando a pensar que não engravidaria mais. Deixou seu depoimento porque o que a encorajou foram os relatos que leu principalmente de mulheres que fizeram parto normal após cesariana. Mas, pra sua alegria descobriu que estava grávida e estava sentindo cólicas, falou com seu obstetra que logo prescreveu a medicação, porém deu tudo certo. Uma amiga lhe indicou uma médica que fazia partos humanizados. Marcou uma consulta com ela que explicou-lhe todos os riscos e seguiu todas as suas orientações. Estava no quinto mês de gestação e ficou sabendo que seria uma menina, porém surgiram contra tempos de ordem financeira que a levaram a desistir do seu sonho, ficando muito triste. Quando estava no 8º mês de gestação sua pressão estava baixa, foi então que decidiu que não queria cesariana de jeito nenhum. Então, retornou com a médica e ela deixou voltar pra casa somente para pegar as malas, pois precisava preparar o assoalho pélvico e a fazer exercícios respiratórios com a fisioterapeuta. Diante da dedicação, carinho e paciência por parte destas profissionais, Violeta sentia-se cada vez mais confiante. Chegou o dia, seu esposo estava do seu lado, a bolsa se rompeu. Chegaram à maternidade às 16 horas. Assim foi iniciado o processo de internação, o trabalho da médica e da fisioterapeuta: caminhada, massagem, chuveirada, agachamento, música religiosa. E chegou um momento que ela queria desistir, pois já estava exausta, porém seu esposo e as profissionais estavam ali a apoiando sempre, transmitindo coragem e também pediu que entrasse suas irmãs no quarto. Quando ia fazer analgesia já estava com 09 centímetros de dilatação, foram então, para a sala de parto e toda equipe médica estava ali para ajudá-la. As 22:47 sua filha chegou em seus braços. Momento indescritível, não conseguiu explicar o que sentiu naquele momento emocionante e ela pode ficar com sua filha em seu colo, ver seu rostinho lindo, amamentá-la e ainda ver seu esposo cortar o cordão umbilical.”

Observa-se no relato de Violeta, a satisfação que teve em relação aos profissionais que prestaram seus serviços no desenvolvimento das suas necessidades como parturiente, conforme Wolff e Waldow (2008), os profissionais de saúde na atuação ao parto normal, independente da relação de gênero, estão buscando melhorar a atenção dispensada às parturientes e ampliando a assistência em busca da igualdade social. O relacionamento Inter profissional,

respeitados os saberes de cada categoria, auxilia no atendimento à mulher em trabalho de parto e parto, garantindo a qualidade da assistência e a satisfação da clientela. Na mudança de paradigma em relação à humanização da assistência, isto se torna imprescindível na visão holística da atenção à mulher.

Segundo Brasil (2011), a gestação, parto e puerpério constituem experiência humana de significativa relevância, com forte potencial positivo, enriquecedora para todos aqueles que dela participam. Os profissionais da saúde devem ser os assistentes e não os protagonistas dessa experiência que nela desempenham importante papel, colocando seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, buscando ajudar no processo de parturição e nascimento de forma saudável e tranquila.

Na contribuição de Stefanelli (1993), a maneira como se utiliza na relação entre o profissional de saúde e a cliente precisa ter o mesmo significado para ambos, caso contrário, o processo de comunicação não ocorrerá. E, se a comunicação não ocorrer efetivamente, o cuidado prestado pode ser afetado profundamente. A comunicação deve ser considerada como competência interpessoal a ser adquirida pelo profissional de saúde que, ao manuseá-la de modo terapêutico, permitirá que atenda a cliente em todas as suas dimensões.

Outro fator interessante que chama a atenção foi que a maioria das mulheres havia mencionado que estava casada ou numa relação amorosa com o pai do filho que gestava que se sentia protegida e mais segura com a presença e o compartilhamento dele naquele momento excepcional de suas vidas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas apresentadas neste estudo demonstram a maneira como as mulheres foram atendidas em suas necessidades tanto físicas como emocionais por parte da equipe dos profissionais de atendimento à saúde, com vistas ao trabalho de parto e parto.

Conclui-se que há vários tipos de sentimentos expressados pelas parturientes diante do parto, cada uma tem sua particularidade, insegurança, medo, plenitude, entre outros. No entanto, essas diferenças podem ser minimizadas durante o trabalho de parto, com a humanização do atendimento por parte da equipe de saúde.

Em todas as narrativas verifica-se que vinha à tona o sentimento do medo e da insegurança no momento da escolha do parto. Para que estes sentimentos das mulheres sejam substituídos pelo encorajamento, enfrentando este medo, os profissionais precisam ter uma atitude diferenciada durante o cuidado, a atenção, a preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro humano, porque os atendimentos à saúde precisam ser humanizados. Principalmente quando se trata do parto que é uma experiência humana das mais significativas da vida, é um processo fisiológico normal, porém requer o cuidado e acolhimento. Com o passar do tempo da gestação, se tornaram confiantes em suas decisões em relação ao parto normal, sendo a melhor forma de dar à luz ao filho que esperava com tanta emoção.

Outro fator importante é que a mudança do profissional na hora do parto altera o sentimento da parturiente no momento do parto.

A satisfação sentida pelas mulheres que realizaram seus partos da forma que as quais desejavam e queriam ficou evidente. Tanto que usaram a internet para expor autoconfiança e influenciar outras mulheres.

Todas realizaram o pré-natal nas instituições e maternidade da rede particular e conveniadas pelo SUS, mas a maioria delas não fez o parto com o (a) médico (a) que tinha acompanhado sua gestação, por várias razões relatadas uns estavam em viagens, outros porque trocou de profissional de última hora, outro que havia indicado cesárea e a parturiente não aceitou, pois queria parto normal.

Espera-se que este estudo possa contribuir com a sociedade em geral levando informações diante dessas narrativas e para despertar o interesse em novas pesquisas sobre este tema do cotidiano que ainda necessita da prática humanizada.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janáina Marques de; OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. *Violência Institucional em Maternidades Públicas Sob Ótica das Usuárias*. Departamento de medicina preventiva, Universidade de São Paulo, SP, Brasil 2010.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*. Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de Maio 2014. Disponível em <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>

BENATTI, LUCIANA.; MIN, MARCELO. Parto Com Amor – Em casa, com parteira, na água, no hospital: Histórias de nove mulheres que vivenciaram o parto humanizado - 1.ed. – São Paulo: Panda Books, 2011, 228 p.

BONAPACE, Julie. **Parto sem estresse com o Método Bonapace**. Tradução Maria Idalina Ferreira Lopes. – São Paulo: Madras,2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

CAVALCANTE, Francisca Naves; OLIVEIRA, Luciene Vieira de; RIBEIRO, Marli Maria Oliveira Meneses; NERY, Inez Sampaio; **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, V. 28 N.1, Jan/Abr 2007.

DAVIDOFF, Linda L. **Introdução à Psicologia**: Terceira Edição. Tradução: Lenke Perez; Revisão técnica: José Fernando Bittencourt Lômaco. Título original: *Introducion To Psychology*: Third Edition. São Paulo: Makron Books, 2001.

Dejours C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007

DIAS, Marcos Augustos Bastos; **Cad. Saúde Pública** vol.27 nº. 5 Rio de Janeiro May 2011.

EKMAN, Paul. **A linguagem das emoções**: Revoluciono sua comunicação e seus relacionamentos reconhecendo todas as expressões das pessoas ao redor. / Paul Ekman ; Tradução Carlos Szlak. – São Paulo : Lua de Papel, 2011.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de (org). **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. 4. Ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2008.

Foucault M. O Sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus HL, Foucault M. **Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995, p.231-249.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. – 6. Ed. São Paulo : Atlas, 2012.

HUMANIZASUS, **Caderno de Humanização do Parto e do Nascimento**. Volume 4, Brasília-DF, 2014.

IASP_ ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO DA DOR. **Definição de dor**. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Sectin=Pain_defi...insplay.cfm&ContentID=178#Pain> Acesso em: 23 de Mar. de 2015.

JAMAS, Milena Temer; HOGA, Luiza AkikoKomura; REBERTE, Luciana Magnoni; **Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. **Rev. Social. Polít, Curitiva**. V.21, n. 48, Dez 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>

MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. – 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELSON, Kathryn A. **Enfermagem Materno-Infantil**: Planos de cuidados. Tradução de Carlos Henrique Cosendey; revisão técnica de Maria Isabel Sampaio Carmagnani. – Rio de Janeiro ed. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade/ Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). – Petrópolis, RJ: Vozes 2006.

MORAES, Paula Louredo. **“Parto Normal”**; Brasil Escola. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/biologia/parto-normal.htm>. Acesso em 14 de Nov. de 2015

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; MENDONÇA, Rita de Cassia Magalhães; ARAUJO, Olivia Dias de; ROCHA, Silvana Santiago da; **Rev. Bras. Enferm.** Vol.60 no.4 Brasília July/Aug. 2007.

NARCHI, Nádia Zanon; CRUZ, Elizabete Franco; GONÇALVES, Roselane. Ciênci. **Saude Coletiva** vol.18 no.4 Rio de Janeiro Apr.2013.

NOGUEIRA, Adriana Tanese; LESSA, Ciça. **Mulheres que contam o parto**. São Paulo: Itália Nova Editora, 2003.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PROGIANTI, Jane Marcia; COSTA, Rafael Ferreira da; **Ver. Bras. Enferm.** Vol.65 no. 2 Brasília Mar./Apr. 2012

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Assistência de Enfermagem Materno-Infantil**. 2.ed. ver. São Paulo: látria, 2009.

Schraiber LB. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Saúde Soc.** São Paulo, v-17, n.3, 2008.

ZIEGEL, E. E. & CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, (1985).