

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
Mestrado em Atenção à Saúde

Marcella Marques de Almeida Cáceres

**NASCER EM GOIÂNIA: Representações sociais do parto e da atenção obstétrica
recebida no intraparto de risco habitual**

GOIÂNIA

2024

Marcella Marques de Almeida Cáceres

**NASCER EM GOIÂNIA: Representações sociais do parto e da atenção obstétrica
recebida no intraparto de risco habitual**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde – nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção de título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde.

Orientadora: Dra. Maria Eliane Liégio Matão

Coorientadora: Dra. Elisângela Euripedes Resende Guimarães

GOIÂNIA

2024

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Fonte - Sistema de Bibliotecas da PUC Goiás

C118n Cáceres, Marcella Marques de Almeida.
Nascer em Goiânia : representações sociais do parto e da
atenção obstétrica recebida no intraparto de risco
habitual / Marcella Marques de Almeida Cáceres. -- 2024.
93 f. : il.

Texto em português, com resumo em inglês.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Eliane Liégio Matão.

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2024.
Inclui referências: f. 61-69.

1. Parto (Obstetrícia). 2. Representações sociais. 3. Serviços
de saúde à maternidade. 4. Trabalho de parto. I. Matão, Maria
Eliane Liégio. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás -
Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde - 27/03/2024.
III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 618.4(043)

Márcia Rita Freire - Bibliotecária - CRB1/1551

Marcella Marques de Almeida Cáceres

**NASCER EM GOIÂNIA: Representações sociais do parto e da atenção obstétrica
recebida no intraparto de risco habitual**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação *Stricto Sensu* em
Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do
título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em 27 de março de 2024.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Eliane Liégio Matão
Presidente da banca - PUC Goiás.

Prof. Dr. Diego Vieira de Mattos
Membro Efetivo, Externo ao Programa.

Profa. Dra. Maria Aparecida da Silva Vieira
Membro Efetivo, Interno ao Programa - PUC Goiás.

Profa. Dra. Nilza Alves Marques
Membro Suplente, Externo ao Programa - PUC Goiás.

Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho
Membro Suplente, Interno ao Programa - PUC Goiás.

A presente pesquisa foi realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código do financiamento 001 – no Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições Comunitárias de Ensino Superior (PROSUC).



Dedico esse trabalho a todas as mulheres que sofreram algum tipo de intervenção obstétrica desnecessária, especialmente àquelas que, por falta de informação, sequer conseguiram se identificar como vítimas. Dedico também a todos que de alguma forma lutam pelo direito à informação baseada em evidências científicas, pelo empoderamento das mulheres, por uma assistência obstétrica humanizada e que acreditam que, juntos, poderemos, sim, mudar a forma de nascer para, no futuro, mudar o mundo!

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Pedro Cáceres, pelo incentivo, paciência, pelas palavras de carinho e ânimo, por todas as noites em que permaneceu acordado ao meu lado para que eu não me sentisse sozinha, por ser meu Lar nesta jornada. Te Amo!

Aos meus filhos, Pedro e Igor, pela compreensão e paciência nos momentos em que não pude estar presente. Saibam que são vocês meu motor para alcançar meus objetivos.

Agradeço a todos os familiares e amigos que, mesmo não citados nominalmente, sabem da minha gratidão e carinho pela torcida sincera para que este trabalho fosse finalizado com responsabilidade, tranquilidade, paz e muito amor!

À Profa. Dra. Maria Eliane Liégio Matão, por sua disponibilidade, respeito, paciência, carinho e amizade nesta caminhada, por vezes, ímproba. Gratidão por aceitar a busca pelo aprofundamento neste tema, por sua orientação desde a elaboração do projeto até a finalização deste belíssimo trabalho.

À Profa. Dra. Elisângela Euripedes Resende Guimarães, por sua disponibilidade, colaboração e compromisso. Gratidão por aceitar contribuir com a coorientação para o alcance dos nossos objetivos.

À Congregação do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado em Atenção à Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PPGAS/PUC), na pessoa da Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila e Profa. Dra. Marina Aleixo Diniz Rezende, pelo apoio institucional necessário durante a pós-graduação.

Aos professores do PPGAS/PUC, meus mentores e amigos, pelo profissionalismo, competência e compreensão nos momentos diversos durante o Mestrado.

Aos amigos do Mestrado que estiveram presentes, compartilhando o processo de crescimento e de construção e reconstrução de um novo modo de olhar a realidade. Felicidades!

Ao PROSUC/CAPEES, que subvencionaram recursos para a concretização do presente trabalho. GRATIDÃO!

Parir é repartir com a prole o ser que há em cada mulher. É atribuir, legitimamente, à nova vida, o cuidado, o amor, o protagonismo do ser fêmea, além da fêmea – Humanidade. É poder, é poder ser e ter autonomia sobre suas conscientes escolhas, sobre seu destino, sobre seu corpo e sua alma.

Simone de Beauvoir

RESUMO

CÁCERES, M. M. A. **NAScer EM GOIÂNIA: Representações sociais do parto e da atenção obstétrica recebida no intraparto de risco habitual.** 2024. 93p. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Atenção à Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Introdução: A maneira com que nascemos pode ter efeitos positivos e protetores a curto e longo prazo para a saúde. Partindo dessa premissa, buscou-se conhecer as representações sociais sobre o parto de risco habitual e as prováveis condutas intervencionistas relatadas no intuito de descrever a vigente assistência obstétrica recebida em Goiânia. **Objetivo:** Analisar as representações sociais de mulheres que vivenciaram o intraparto de risco habitual. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo descritivo-interpretativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais (RS), desenvolvido a partir da pesquisa de campo. Foram realizadas visitas episódicas ao campo entre abril a junho de 2023 e aplicados os questionários em parturientes com ambas as vias de parto – normal e cesárea –, totalizando cem participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica (PUC) Goiás sob o parecer de nº 5.779.747 e no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no CEP do Hospital e Maternidade Dona Íris sob o Parecer de nº 5.867.063. A participação na pesquisa foi oferecida a todas as mulheres com experiência parturitiva em até doze meses e que, de forma deliberada, procuraram o Centro Municipal de Vacinação (CMV). Foram adotados três diferentes instrumentos de coleta e estipulado como critério de encerramento a obtenção do quantitativo de cem participantes. Os dados obtidos tiveram processos diferentes de análise. Primeiramente deu-se a organização do material em um único corpus configurado em arquivo Microsoft Word. Os dados referentes ao questionário de evocações foram armazenados, organizados e processados através do *software Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*, desenvolvido por Pierre Vergés, na versão atualizada. Com vistas à manutenção do anonimato de cada participante, elas foram identificadas por nomes compostos, cujo primeiro nome é Maria e o segundo nome tem atribuições de elementos conectados a *Physis*. **Resultados:** Participaram deste estudo cem parturientes, sendo predominante mulheres negras, escolarizadas, solteiras e com idade entre 20 e 35 anos. Os aspectos da atenção obstétrica recebida, no que tange às boas práticas, apresentaram índices menores que os nacionais, tais quais o contato pele a pele e a promoção da amamentação precoce. Na análise dos questionários de evocações, sob a ótica da compreensão das representações sociais, aponta-se que a assistência prestada às Marias no intraparto, não importando a via de parto, está aquém de uma vivência positiva e satisfatória. No que refere-se à assistência, são destacadas ambiguidades resultantes do encontro entre práticas humanizadas e na retirada a autonomia destas mulheres. **Considerações finais:** As representações sociais no intraparto de risco habitual para as mulheres que o vivenciaram indica, em seus resultados, aspectos positivos e negativos relacionados à experiência da maternidade. Na análise foram evidenciados sentimentos ambíguos relacionados ao parto e a responsabilização dos profissionais envolvidos. Articulando uma visão holística sobre o fenômeno parto, como contribuição para os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao intraparto de risco habitual, as representações das mulheres apontam que, independentemente da via de parto ou instituição, a insatisfação é, na maioria, relacionada à falta de práticas humanizadas na assistência, como a adoção dos Métodos Não Farmacológicos (MNF) para alívio da dor.

Palavras-chave: representações sociais do parto; assistência obstétrica; risco habitual; empoderamento.

ABSTRACT

CÁCERES, M. M. A. **BORN IN GOIÂNIA: Social representations of childbirth and obstetric care received in intrapartum with usual risk.** 2024. 93p. Masters dissertation. Master's Degree in Health Care, Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia.

Introduction: The way we are born can have positive and protective effects in the short and long term on health. Based on this premise, we sought to understand the social representations of habitual risk births and the probable interventionist behaviors reported in order to describe the current obstetric care received in Goiânia. **Objective:** To analyze the social representations of women who experienced habitual risky intrapartum. **Method:** This is a qualitative descriptive-interpretative study based on the Theory of Social Representations, developed from field research. Episodic visits to the field were carried out between April and June 2023 and questionnaires were applied to parturient women with both types of birth – normal and cesarean, totaling one hundred participants. The research was approved by the CEP of PUC Goiás under opinion no. 5,779,747. And within the scope of the SMS in the CEP of Hospital and Maternity Dona Íris under Opinion No. 5,867,063. Participation in the research was offered to all women with birth experience within twelve months and who deliberately sought out the Municipal Vaccination Center. Three different collection instruments were adopted and the closing criterion was to obtain a number of one hundred participants. The data obtained had different analysis processes. Firstly, the material was organized into a single corpus configured in a Microsoft Word file. The data relating to the evocations questionnaire were stored, organized and processed using the software Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations, developed by Pierre Vergés, in the updated version. In order to maintain the anonymity of each participant, they were identified by compound names, whose first name is Maria and the second name has attributions of elements connected to Physis. **Results:** One hundred parturient women participated in this study, predominantly black, educated, single women aged between 20 and 35 years. The aspects of obstetric care received, in terms of good practices, presented lower rates than national rates, such as skin-to-skin contact and the promotion of early breastfeeding. In the analysis of the evocation questionnaires, from the perspective of understanding social representations, they point out that the assistance provided to Marias during intrapartum, regardless of the route of delivery, falls short of a positive and satisfactory experience. With regard to assistance, ambiguities are highlighted resulting from the encounter between humanized practices and the withdrawal of these women's autonomy. **Final Considerations:** Social representations of intrapartum risk for women who experienced it indicate, in their results, positive and negative aspects related to the experience of motherhood. The analysis revealed ambiguous feelings related to childbirth and the responsibility of the professionals involved. Articulating a holistic view of the childbirth phenomenon, as a contribution to health professionals involved in intrapartum care with habitual risk, women's representations point out that, regardless of the mode of birth or institution, dissatisfaction is, in the majority, related to the lack of humanized care practices such as the adoption of non-pharmacological methods for pain relief.

Keywords: social representations of childbirth; obstetric assistance; usual risk; empowerment.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Alto Risco
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMV	Centro Municipal de Vacinação
CR	Classificação de Risco
CS	Cesárea
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EP	Educação Perinatal
EVOC	<i>Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations</i>
HMDI	Hospital e Maternidade Dona Íris
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
JICA	Agência de Cooperação Internacional do Japão
MNF	Método Não Farmacológico
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral em Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PN	Parto Normal
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGAR	Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
PUC	Pontifícia Universidade Católica
QID	Quadrante Inferior Direito
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo
QSD	Quadrante Superior Direito
QSE	Quadrante Superior Esquerdo

RAMI	Rede de Atenção Materno Infantil
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão da Mortalidade Materna
RN	Recém-Nascido
RS	Representações Sociais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Trabalho de Parto
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USG	Ultrassonografia
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Modelo de Análise das Evocações por meio do Quadro de Quatro Casas. 40
- Quadro 1** - Evocações emitidas ao termo indutor parto por mulheres de risco habitual (Goiânia, 2024). 48
- Quadro 2** - Justificativas para as evocações presentes no QSE do quadro de quatro casas (Goiânia, 2024). 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica de mulheres que receberam assistência obstétrica de risco habitual em unidades públicas ou privadas de Goiânia, no período de 2022 a 2023 (Goiânia, 2024). 42

Tabela 2 - Antecedentes obstétricos de mulheres que receberam assistência obstétrica de risco habitual em unidades públicas ou privadas de Goiânia, no período de 2022 a 2023 (Goiânia, 2024). 43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo geral	17
2.2	Objetivos específicos	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	Saúde das mulheres e as Políticas Públicas	19
3.2	Humanização do parto e nascimento	23
3.3	Atenção obstétrica de risco habitual	28
3.4	Representações Sociais como referencial teórico metodológico	34
4	MÉTODO	37
4.1	Tipo de estudo	37
4.1.1	Método da Descrição Interpretativa	37
4.1.2	A pesquisa segundo paradigma qualitativo	37
4.2	Participantes	27
4.2.1	Critérios de inclusão	27
4.2.1	Critérios de exclusão	38
4.3	Cenário	38
4.4	Coleta de dados	38
4.5	Aspectos éticos	39
4.6	Análise de dados	39
5	RESULTADOS	42
6	DISCUSSÃO	51
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	70
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE EVOCAÇÕES	73
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO OBSTÉTRICO NORMAL	74
	APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO OBSTÉTRICO CESAREA	80
	APÊNDICE E – DICIONÁRIO DE EVOCAÇÕES	83

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - PUC GOIÁS 84

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - HDMI 87

1 INTRODUÇÃO

Parir é um processo natural que os diversos grupos humanos, ao largo da história, vivenciaram de diferentes formas a partir das práticas culturais. É estimado que ocorrem 140 milhões de partos por ano no mundo, sendo que 3 milhões acontecem no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (Herzog; Francisco; Rodrigues, 2022). Todavia, apesar de fisiológico, com o advento do cientificismo e tecnicismo, o parto passou a ser regido pelos crivos da racionalidade cartesiana, sendo cada vez menos expressado interesse pela representação social das mulheres que os vivenciam.

O deslocamento do protagonismo feminino durante o Trabalho de Parto (TP) está diretamente associado à sua hospitalização. “Parimos, logo existimos”: essa interação com Descartes (2000) reflete, de algum modo, atenção para a crescente desnaturalização do parto e invisibilidade da mulher. Há uma negação velada, no furto da prática dialógica (Freire, 1998), ao desconsiderar as vozes que reivindicam atenção a assistência ao parto. É inegável que o processo de hospitalização trouxe inúmeros avanços no seu objetivo primário, qual seja, a diminuição de mortes provenientes de complicações. Porém houve, em conjunto com os avanços técnico-científicos, a manifestação exacerbada do domínio hospitalar/cirúrgico, que de maneira indiscriminada passou a realizar intervenções rotineiras e desnecessárias (Herzog; Francisco; Rodrigues, 2022).

A overdose de intervenções obstétricas realizadas durante o parto não reflete melhorias na assistência obstétrica. Diversas práticas realizadas rotineiramente durante o parto, sem qualquer comprovação ou embasamento científico, como Manobra de Kristeller, episiotomia de rotina, restrição de movimento ou alimentação, cesariana (CS) sem indicação, entre outras, refletem uma realidade assistencial desrespeitosa que, infelizmente, continua vigente em muitas instituições no Brasil (Souza *et al.*, 2021).

Assim como o monitoramento do nascimento pode contribuir para o conhecimento da situação vigente de saúde de uma nação, a maneira com que parimos também. A assistência obstétrica à saúde das mulheres no intraparto de risco habitual ainda enfrenta grandes desafios, o que caracteriza a sobreposição das tecnologias duras, em detrimento às leves e leve-duras (Boerma *et al.*, 2018; Souza *et al.*, 2019).

É consenso mundial que as taxas de CS se situem entre 10% a 15%, uma vez que não existem evidências científicas que justifiquem taxas superiores. No Brasil, conforme o último estudo de abrangência nacional, Nascer no Brasil, o percentual de tal procedimento foi de 51,9%. Estudos indicam como causa, além da proposta prematura do obstetra, a crescente

solicitação dessa intervenção agendada por parte das mulheres ou no anteparto (Bitencourt *et al.*, 2016; Leal *et al.*, 2020).

Imperioso salientar que a CS é um procedimento essencial à saúde materna e infantil quando o parto normal não é favorável, devido à distócia e/ou presença de patologias. No entanto, quando realizada de modo rotineiro, coloca o binômio mãe-feto em risco de saúde e/ou vida, além de sobrecarregar, desnecessariamente, os recursos públicos (Souza *et al.*, 2019). No Brasil, no ano de 2019, foram 1.523 óbitos maternos declarados entre mulheres de 10 a 49 anos, dos quais 67,3% resultaram de complicações obstétricas diretas, ou seja, decorrentes de tratamento incorreto ou intervenção malsucedida (Herzog; Francisco; Rodrigues, 2022). Além disso, no quesito cor dos óbitos maternos, entre essas vítimas, 66,5% foram declaradas negras, configurando importante expressão de desigualdade (Lima; Lewis; Lyra, 2021; Herzog; Francisco; Rodrigues, 2022).

Para reverter essa situação deve-se pensar em estratégias de ações que possam ser conduzidas gradativamente para o alcance das metas pactuadas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, com vistas ao estado ideal da assistência obstétrica (Boerma *et al.*, 2018; Souza *et al.*, 2019). São esperados obstáculos a serem enfrentados neste processo de busca por adequação ao ideal, intransponíveis aos estudos epidemiológicos, pela importância de devolver a subjetividade para essas mulheres que, em geral, tornam-se estatísticas e números. Portanto, torna-se fundamental aproximar os saberes científicos e populares (Moscovici, 2015), uma vez que as ciências humanas não podem sofrer a violência simbólica (Bourdieu, 2022) imposta pelas ciências naturais, onde as práticas determinam a construção social do novo normal.

É necessário conhecer o comportamento humano que, ao contrário dos fenômenos naturais, pode ser difícil de ser descrito e, ainda mais, explicado, com base nas suas características exteriores e objetiváveis, para pensar em novas estratégias de ação. Isto porque cada parto, em sua singularidade, tem uma repercussão fundamental e transgeracional no cotidiano dessas mulheres, o que pode alterar suas vidas, deixando marcas indeléveis, positivas ou negativas, em suas existências (Brasil, 1988). É por meio da ciência coletiva, denominada de ciência social, que os comportamentos individuais evocam diretamente à prática social, em geral, passível de representações.

Para orientar as referidas estratégias se faz necessário questionar: as Representações Sociais (RS) do parto são as mesmas quando a assistência obstétrica ocorre em diferentes espaços? A assistência obstétrica intraparto, em diferentes ambientes obstétricos, públicos e

privados, seguem as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) no sentido de mitigar as condutas intervencionistas?

As conjecturas da pesquisadora sobre essas questões são lançadas a partir do cenário representativo, ou seja, as causas pela humanização do parto e os estímulos que determinam que as mulheres obtenham entre uma via de parto e outra. Para tanto, contudo, pelos caminhos estratégicos que estas devem desempenhar suas escolhas no interior da realidade brasileira, no qual o quesito segurança como dispositivo do biopoder invisibiliza o legítimo desejo exposto pela mulher.

A liberdade de consciência e de autodeterminação das mulheres deve sobressair-se em relação às determinações autoritárias, que há muito estão naturalizadas na nação brasileira. A escolha da parturiente quanto ao local e via de parto é fundamental e deve guiar as práticas assistenciais do parto, incluída a participação do acompanhante.

Incontáveis forças movem o universo, porém o entusiasmo é a mais significativa de todas, pois apresenta a capacidade de realizar. Os gregos antigos acreditavam que o entusiasta era aquele repleto de deuses, que não acreditavam apenas que iria dar certo, mas faziam dar certo. Revestida do mesmo entusiasmo, proponho sistematizar as esperadas reflexões de modo a instituir, quiçá, uma rede de proteção às mães goianienses.

Dito de outro modo, como ativista do nascer e crescer saudável e estimuladora da autonomia e do empoderamento feminino, idealizando uma assistência à saúde exímia e equânime, eu sou tomada pela responsabilidade de dar voz às dores das múltiplas mulheres aqui representadas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as representações sociais de mulheres que vivenciaram o intraparto de risco habitual.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as representações sociais de mulheres acerca do parto recebidas em diferentes espaços;
- Descrever aspectos da atenção obstétrica recebida no trabalho de parto e parto;
- Identificar o perfil das parturientes que vivenciaram o intraparto de risco habitual em maternidades públicas e privadas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Eric Hobsbawm (1995), o século XX seria reconhecido como o século dos extremos, das grandes destruições e avanços humanitários, estes como resposta às numerosas atrocidades provocadas contra a humanidade. As grandes guerras mundiais e o Holocausto exterminaram mais de seis milhões de pessoas, entre elas mulheres, vítimas da barbárie totalitarista de um regime político extremista. Contudo, houve muitos avanços nas pautas em prol da vida.

Em resposta firme às violações contrárias à vida humana, os países defensores das liberdades democráticas elaboraram, no ano de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH); o documento foi elaborado um caminho orientador para todas as nações se desenvolverem de forma justa e solidária, de forma que cada cidadão pudesse ter uma vida pautada no esteio da dignidade (ONU, 1948).

Em sua primeira versão, a DUDH traz que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (ONU, 1948, p. 1). Deste modo, deve-se ressaltar que cada ser humano, independentemente de sua etnia, raça, gênero, ou qualquer outra característica, é dotado de liberdade, dignidade e direitos e que o espírito fraterno deve ser a conexão entre os indivíduos.

O texto não faz qualquer distinção de sexo, ou insere a mulher em situação de subserviência a outrem. Porém, é evidente que no campo teórico os avanços ocorrem, mas que nas vivências cotidianas as mulheres tiveram e ainda enfrentar muitas batalhas, entre elas a liberdade e autonomia sobre seus corpos (ONU, 1948, p. 1). Em relação à sexualidade feminina, em meio à sociedade disciplinar, o conceito de biopoder (Foucault, 1985) ilumina partes assombreadas, nas quais os corpos femininos deveriam atender a determinados papéis pré-estabelecidos, como a maternidade, o cuidado com a prole e o exercício de ser o que se espera de uma mulher, a dona de casa, esposa e mãe fiel.

A mulher também deveria ser dócil, domesticada e subserviente às doutrinas impostas pela dominação masculina (Bourdieu, 2022). É claro que os homens também estão inseridos nesta objetivação de seus corpos, de docilidade utilitarista, mas é certo que as mulheres sofreram e ainda sofrem, em demasia, as pressões do biopoder (Foucault, 1985).

3.1 Saúde das mulheres e as políticas públicas

A discussão sobre questões atinentes à saúde das mulheres brasileiras tem sido enriquecida nos últimos anos, de forma que temos um cenário cada vez mais distante antecessor, que colocava a mulher à margem do primeiro sexo, descrito por Simone de Beauvoir (1967). O lançamento da pílula anticoncepcional, na década de 1960, trouxe uma profunda revolução no universo sexual das mulheres, ocasionando amplas alterações culturais, econômicas e sociais. Neste contexto, contrário ao pronatalista¹, como solução ao crescimento econômico das Américas, o Brasil passa a implementar ações intrínsecas voltadas à natalidade, como a criação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (PPGAR), em 1974 e 1977, respectivamente (Ramalho *et al.*, 2012).

A Declaração de Alma Ata (OMS, 1978), ocorrida na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), marcou os fundamentos dos cuidados primários da saúde, bem como redirecionou as diretrizes de Atenção Primária à Saúde (APS), com foco no modelo *Compliance* (integralidade), o qual abrange um conjunto das necessidades de saúde da população a partir de ações de promoção da saúde. Dois anos após a Declaração de Alma Ata, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propôs a inserção da atenção da saúde da mulher e da criança nas diretrizes do documento como medida prioritária (Brasil, 2001).

No final dos anos 1970 e nos primeiros anos da próxima década, o Brasil vivenciou a aurora da redemocratização, o que favoreceu o processo dialógico entre grupos políticos opositores ao regime civil militar e ao neomalthusianismo². Desde os avanços humanísticos promovidos pela DUDH às políticas públicas emergidas no Brasil nos anos 1980, verificam-se avanços progressistas, apesar da lacuna de 21 anos de Ditadura Civil Militar. Esse foi um período em que mulheres, incluindo grávidas, foram vítimas de crimes hediondos, entre eles, as torturas perpetradas pelo Estado Brasileiro.

Nesse sentido, mudanças globais acerca de pautas humanitárias acenavam para novos horizontes, em que os princípios básicos das revoluções libertárias dos séculos XVIII e XIX (Hobsbawm, 1996) urgiam prontas para as transformações progressistas. Portanto, os sonhos utópicos e os desejos por um país mais justo, em que os direitos fossem equânimes, na medida

¹ São políticas adotadas visando o aumento populacional de um país, nas quais as ações adotadas pautam-se no discurso biológico que naturaliza a mulher como mãe e reprodutora (Martoly, 2023).

² Teoria demográfica criada a partir de uma ótica alarmista e catastrófica que infere preocupação com o crescimento populacional exacerbado e a sua relação com a geração da pobreza (Martoly, 2023).

em que também fossem ancorados na equidade, estavam mais maduros e prontos para serem colhidos.

No Brasil, medidas democráticas possibilitaram a elaboração do Programa de Atenção Integral em Saúde da Mulher (PAISM). Este programa teve como objetivo envolver as demandas básicas de saúde da população, com ênfase nas mulheres, entre a contracepção, antecipando diretrizes internacionais nesse campo e tornando-se referência para futuras políticas de saúde da mulher. Mediante as demandas dos movimentos sociais femininos e sanitaristas, no Brasil as mulheres³ deixaram de ser categorizadas, unicamente, como reprodutoras, e passaram a ser tomadas em sua integralidade (Brasil, 1984; OSIS, 1998).

O PAISM é reflexo desses movimentos sociais, com a proposta de melhorar a qualidade dos serviços voltados para a assistência à mulher. De modo ampliado, estão incluídas a clínica ginecológica e obstétrica. Entre outros, o PAISM incluiu o acesso igualitário e universal à assistência pré-natal, melhoria na assistência ao parto no sistema formal ou realizado por parteiras tradicionais e planejamento familiar.

Porém, a integralidade e universalidade atribuídas ao PAISM foram questionadas por diversos setores da sociedade, entre eles mulheres e profissionais da saúde, pois os objetivos estariam concentrados nos problemas de saúde decorrentes da atividade sexual e reprodutiva da mulher (Brasil, 1984). “Nessa interlocução, as mulheres argumentaram que o conceito de integral deveria enfatizar não só a integração do colo do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físicos da vida das mulheres” (Osís, 1988, p. 29). Na realidade, as proposições do PAISM foram interpostas por lacunas, visto que a integralidade e a universalidade da assistência da mulher não se cumpriram (Ramalho *et al.*, 2012). Apesar disso, deve ser ressaltada a sua importância como bússola significativa do reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil e, *a posteriori*, no mundo.

A Constituição de 1988, considerada a Constituição Cidadã, promoveu consideráveis avanços no que tange aos direitos femininos. Em seu artigo 5º estabelece que “Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações” (Brasil, 1988). Em um processo reflexivo é necessário considerar que o texto não foi aplicado, no cotidiano prático, em sua totalidade, na vida das mulheres, mas trouxe fundamentais avanços para o universo feminino, tendo alterado

³ Não podemos falar de Brasil e sim de “Brasis”, pois há inúmeras realidades em que essas mulheres são inseridas – diferenças étnicas-raciais, culturais e sociais que tornam o cenário feminino bastante diversificado. O contexto da mulher cabocla, ribeirinha, indígena e periférica é bastante distinto da mulher branca de classe média dos grandes centros urbanos (Brasil, 2023). Cada qual precisa ser acolhida em suas idiossincrasias.

significativamente o status jurídico das mulheres brasileiras, que até os últimos meses de 1988 estavam em condições de submissão, subjugação e inferioridade em relação aos homens.

Os avanços foram sentidos em várias frentes. No capítulo sobre a família, a figura masculina deixa de ser o chefe da relação conjugal, que passa para o casal. Sobre os direitos reprodutivos, ambos passam a decidir sobre o número de filhos que desejam ter e ao Estado o dever de fornecer meios e informações para tal decisão (Brasil, 1988). Assim, avanços obtidos pelas mulheres são inegáveis, todavia os caminhos percorridos foram hercúleos e os horizontes para melhorias da saúde feminina foram conquistados com muita luta.

Soberano ao modelo em atenção à saúde daquele período, o ultrapassado modelo biomédico, configurado pela incapacidade de compreensão da multidimensionalidade do ser humano, em certa medida, foi ocupado pelo modelo biopsíquicosocioespiritual. Nesta mudança de ótica, as mulheres foram compreendidas de maneira holística, com destaque para suas integralidades (Fertonani *et al.*, 2015). A maior marca do sentido da integralidade é “buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que uma paciente precisa” (Mattos, 2009, p. 54). Deste modo, os preceitos humanísticos da Constituição de 1988 ganharam protagonismo nas ações de atenção e promoção à saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado em 1988, é uma conquista extremamente positiva. O artigo 196 da Constituição dispõe as bases diretoras que inauguram as primeiras diretrizes do sistema, no qual “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p. 118-119). Ou seja, deixa-se claro que as consideradas minorias, entre elas as mulheres, são visibilizadas na esteira do processo democrático. Em tese, a universalidade do SUS acolhe todos, sem qualquer distinção.

Desde então, todos os brasileiros passaram a ter direito de atenção à saúde gratuita, em nível primário, secundário e terciário, executada pelo SUS, a partir de financiamento público integral (Victoria *et al.*, 2011). Ao largo desse cenário, as políticas públicas direcionadas às mulheres ganharam maior vigor e especificidades, implicadas pelas altas taxas de mortalidade materna e de neonatos, ainda persistentes.

Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) passou a adotar medidas para a redução da mortalidade materna⁴ (Brasil, 1984), a melhoria da qualidade do atendimento e a redução dos

⁴ 92% dos casos de mortalidade materna são considerados evitáveis, o que demonstra uma grave violação dos direitos humanos das mulheres. A mortalidade materna (CID-10) refere-se à morte de uma mulher, ocorrida durante ou até 42 dias após a gestação, independentemente da duração ou da

indicadores de má assistência. Grande parte dos óbitos maternos no Brasil ocorre na rede pública, possivelmente devido a déficits na estrutura física, recursos humanos, materiais e falha nas políticas da atenção à saúde da mulher (Herzog; Francisco; Rodrigues, 2022).

Para melhorar o cenário exposto, o MS passou a adotar várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a parturição à mulher. É inegável sua contribuição para a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna, entretanto, os direitos das mulheres são sumariamente violados diante da assistência obstétrica exercida nos serviços de saúde, em que o uso excessivo de medicações e intervenções desnecessárias constitui desrespeito às normativas e aos princípios elementares da autonomia (Brasil, 2017; Herzog; Francisco; Rodrigues, 2022).

Ou seja, na prática ocorreu o que se considera overdose de intervenções, propiciando retorno ao superado modelo biomédico tecnicista, que não contempla aspectos biopsicoespirituais envolvidos nesse processo. Dito de outro modo, é como desaprender o caráter fisiológico e particular do parto, que está além do adoecimento e da morte (Klein; Gouveia, 2022; Leal *et al.*, 2019).

O século XXI está marcado pela implantação de políticas de saúde para o segmento feminino, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004 pelo MS. Esta política consolidou a redefinição das agendas de saúde da mulher atribuídas pelo PAISM, o que ampliou o leque de ações, até então focado na assistência gravídico-puerperal (Brasil, 2004).

Com o avanço dos debates em torno dos direitos das mulheres a PNAISM, em um enfoque de gênero, também considerou a desigualdade como fator de grande impacto sobre as condições de saúde da mulher, também por força constitucional. Assim, incorporou a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores para melhoria da atenção obstétrica. Entre outras, destacou a importante observância das diversidades apresentadas em diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos sistemas locais de saúde e particularidade de gestão municipais e estaduais (Brasil, 2004).

localização da gravidez, e desde que seja por causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas ligadas a ela, mas não associada a causas acidentais ou incidentais (Herzog; Francisco; Rodrigues, 2022).

3.2 Humanização do parto e nascimento

Parto humanizado é aquele que tem a sua fisiologia respeitada, com menos intervenções desnecessárias e que promove o resgate do protagonismo feminino. Para Souza *et al.* (2019) é essencial considerar como medida na contribuição do processo de TP humanizado, o uso das tecnologias leves (relação interpessoal), e leve-duras (conhecimento embasado em evidencia científica) em detrimento as tecnologias duras (equipamentos/cirurgias). No âmbito da assistência obstétrica, o uso das tecnologias duras pode acarretar traumas e danos à saúde da mulher e do feto; assim, devem ser evitados quando não houver indicação clínica.

Movida pelos maus indicadores obstétricos, a OMS passou a investir em ações para humanização do parto. O Brasil, na década de 1990, recebeu contribuições da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), para aperfeiçoamento de profissionais que atuam na atenção ao parto. A experiência japonesa, baseada no atendimento humanizado ao parto e nascimento foi propagada para mais de dois mil profissionais, entre administradores de saúde, parteiras, assistentes tradicionais de parto e os enfermeiros obstétricos. Tornou-se, então, um programa nacional do MS e culminou com a formação de uma rede latino-americana de parto e nascimento humanizados (Brasil, 2010).

Nesse âmbito da assistência, em 1995 é lançado pelo MS o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, com o objetivo de sensibilizar os gestores e profissionais de saúde para o reconhecimento dessas profissionais (Brasil, 2010). As boas práticas na atenção ao parto preconizadas pela OMS, em 1996, destacaram como prática eficaz o acolhimento, as orientações e a liberdade da mulher quanto ao movimento e a posição para parir. No sentido de apoiar a prática e melhorar a assistência com orientação para o que fazer e não fazer no processo parturitivo, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal (OMS, 1996; WHO, 2021).

As boas práticas de atenção ao Parto Normal (PN) foram classificadas em quatro categorias, para orientar a conduta do profissional. Foram identificadas entre A e D, respectivamente, práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e as práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 1996; WHO, 2021).

As disputas entre o modelo biomédico hegemônico e a capacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano culminaram em conferências internacionais, como a Cúpula do Milênio em 2000, que priorizou metas em prol da saúde da mulher, entre elas a redução da mortalidade materna. Na ocasião, os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram estabelecidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Para fins do presente estudo, têm destaque o terceiro e quinto objetivos, que advogaram pela promoção da equidade de gênero, o empoderamento da mulher e a saúde materna, respectivamente (ONU, 2000).

Ainda no ano 2000, surgiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento durante o pré-natal, parto, puerpério e ao Recém-Nascido (RN), na perspectiva dos direitos e cidadania. O programa é reflexo do desenvolvimento de sistemas de saúde pública integrados no intuito da garantia dos direitos de saúde reprodutiva e qualificação de profissionais na atenção ao parto (Brasil, 2000).

No contexto brasileiro, a saúde das mulheres foi incorporada às políticas públicas nacionais no século XX. Entretanto, limitadas ao ciclo gravídico-puerperal, espelhando a visão sobre as mulheres naquele contexto temporal. Importante salientar que à proporção que mulheres e homens estão expostos a variados tipos e graus de riscos, também estão a “padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte” (Brasil, 2004, p. 13). A ótica diminuta atribuída às mulheres fomenta as concepções de saúde restritas às funções reprodutivas e maternais.

No Brasil, três milhões de nascimentos ocorrem ao ano, sendo 98% em ambiente hospitalar, ou seja, seis milhões de pessoas são expostas a intervenções, complicações e morte. Por ocasião desse alto índice de exposição e risco é lançada no ano de 2011 a Rede Cegonha (RC) (Portaria nº 1459). Foi publicada com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal e em consonância com as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde – Portaria nº 4279/2010 (Brasil, 2017; Herzog; Francisco; Rodrigues, 2022).

Na persecução em cumprir metas dos ODM, a RC integrou uma malha de ações para assegurar direitos à mulher e a criança. São explicitados direitos ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; já a criança tem o direito do nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. São cinco diretrizes que sustentam essa atenção ampliada, a saber,

garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, garantia da ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestação à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (Brasil, 2017, p. 1).

A RC tem como proposta ser um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança. Como rede de atenção, com sua atuação busca garantir acesso, acolhimento, resolutividade e reduzir a mortalidade materna e neonatal. Na sua constituição há quatro componentes, quais sejam: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Seu quarto componente foi duramente criticado devido à incompreensão do serviço de transporte (Brasil, 2017).

Incorporado à primeira diretriz, como estratégia de ação, estabeleceu-se a realização do pré-natal qualificado na Unidade Básica de Saúde (UBS). Para tanto, contudo, foi preconizada a captação precoce da gestante e aprimoramento do atendimento; acesso ao pré-natal de Alto Risco (AR) em tempo oportuno; apoio ao deslocamento das gestantes para a realização de consultas e parto, entre outros (Brasil, 2011).

Ao parto e nascimento, as políticas previram o fornecimento de quantidade suficiente de leitos obstétricos e neonatais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal (UCIN) e método Canguru, conforme necessidades regionais. Relativo ao acompanhante, há garantia da sua presença durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, entre outros (Brasil, 2011).

A experiência nestes 15 anos de busca pelos ODM revelou também uma série de novas questões sociais que necessitavam de mais atenção. Frente aos resultados inferiores aos estabelecidos metas do milênio, a serem atingidas até 2015, os Estados-membros da ONU, para firmar compromisso de seguir medidas recomendadas no documento transformando o nosso mundo, criaram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, popularmente conhecida como ODS. Na proposta de desenvolvimento sustentável pós-2015, a saúde materna está inserida como um problema característico da classe mais baixa, desigualdade de gênero, falta educação e saúde de qualidade (Brasil, 2018).

Uma das metas a ser cumprida no intervalo entre os anos de 2016-2030 é a redução da mortalidade materna global para uma razão menor que 70 por cada 100 mil nascidos vivos. No mesmo período, o Brasil estava na faixa de 70 a 75 óbitos maternos a cada 100 mil. Por

esse motivo, propôs como meta nacional a redução para no máximo 20 mortes (por 100 mil), ao ano, até 2030 (Brasil, 2020). A redução da mortalidade materna no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo.

Em 2018, a Razão de Mortalidade Materna⁵ (RMM) no país foi de 59,1 óbitos (por 100 mil), enquanto no ano anterior era de 64,5, havendo uma redução de 8,4% da RMM divulgada em 2020 (Brasil, 2020). De acordo com o Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna, o Brasil teve, no ano de 2021, média de 107 mortes a cada 100 mil nascimentos. A maior parte dessas ocorrências são por causas indiretas, consideradas evitáveis ao longo da gestação, parto e puerpério imediato. Mesmo diante dos inegáveis esforços realizados, o Brasil está demasiadamente apartado das metas firmadas com a Organização das Nações Unidas (ONU) em seu novo acordo de reduzir as mortes maternas até 2030; para tanto, deverá investir em ações efetivas com foco na saúde da mulher (Herzog; Francisco; Rodrigues, 2022).

De acordo com Lafortune *et al.* (2021), foi divulgado em Relatório da Saúde Europeia que todos os países europeus conseguiram alcançar a meta de redução da mortalidade materna. A RMM no continente é de 13 mortes (por 100 mil) nascimentos. Esta discrepância apresentada entre Brasil e o continente europeu pode ser explicada por diversos fatores, sobretudo pela falta de recursos e fragilidade no acompanhamento obstétrico, principalmente em intrapartos considerados de AR.

No Brasil, a maioria dos partos acontece em hospitais, sendo que o modelo de atenção ao parto caracteriza-se por elevados índices de intervenções. A supremacia da CS em detrimento do PN, no país, tem crescido progressivamente desde a segunda metade da década de 1990, caracterizando mais da metade dos nascimentos a partir de 2009. Estas evidências demonstram que a hospitalização e, por conseguinte, o controle institucional do parto, tem protagonizado o nascer no Brasil (Souza, 2017; Pereira, 2017).

Há consenso nas evidências científicas que o tipo de parto é um dos fatores que contribuem para a morte materna. Hoje, sabe-se que o parto por cesariana expõe a mulher a um maior risco de complicações e morte. O Brasil é conhecido, mundialmente, pela elevada incidência de CS, com taxas de 52% nas maternidades públicas e 88% nas privadas, perdendo apenas para República Dominicana (Torres *et al.*, 2014; Leal *et al.*, 2020). A recomendação da OMS é que as taxas não devem ser superiores a 15% dos nascimentos (OMS, 2014).

⁵ A Razão de Mortalidade Materna refere-se ao número de mulheres que morrem durante a gravidez ou até 42 dias seguintes ao parto por causas relacionadas à gravidez ou por medidas tomadas em relação a esse período, a cada 100 mil nascidos vivos no intervalo de um ano, em um país (OPAS, 2002).

A partir do ano de 2015 a OMS passou a recomendar a utilização do Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson como instrumento padrão para monitorar as indicações de CS. Considerado eficaz e de fácil implementação, tem os objetivos de melhorar as indicações de CS com segurança, contribuir para avaliação e efetividade das intervenções obstétricas e monitorar as tendências de CS (Brasil, 2022c). Instituído a partir de cinco categorias, é composto pelo histórico obstétrico, estabelecimento do TP, posição fetal, número de filhos e idade gestacional. Tem avaliação inclusiva e exclusiva simultâneas, pois classifica as gestantes de maneira geral, inserindo-as em uma categoria e as excluindo das demais.

Alcançar e manter a taxa de CS adequada requer um programa multidisciplinar para garantia de qualidade em cada unidade de parto. Isso porque essa taxa é um dentre vários fatores que determinam a qualidade da assistência obstétrica. É necessário considerar que as mulheres tendem a escolher o tipo de parto que parecer mais seguro para elas e seus bebês. Dessa forma, os profissionais precisam reconhecer a qualidade de sua prática, continuamente, para garantir que as mulheres possam fazer a melhor escolha (Robson; Hartigan; Murphy, 2013).

No ocidente, até o final do século XIX, dependendo do desenvolvimento socioeconômico da nação, o acompanhamento do TP e parto era praticado no espaço privado das famílias, realizado comumente por parteiras e/ou familiares. Todavia, no século XX, mais intensamente após o término da Segunda Guerra Mundial (1945), protagonizou-se a mitigação das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, sendo que houve uma alteração importante no *modus operandi* no auxílio ao parto por sua institucionalização (Miller, 2016).

Mediante o processo contínuo de institucionalização, foram progressivamente crescentes as posturas de interferência no fenômeno do nascimento caracterizadas por variadas intervenções. A amniotomia precoce e a Manobra de Kristeller são exemplos das interferências hoje não recomendadas pela OMS e pelo MS, visto que são reconhecidas como prejudiciais por estes órgãos e pelas epistemes contemporâneas. Outros exemplos de intervenções que se elevaram sobremaneira no Brasil são a tricotomia, a episiotomia realizada de forma indiscriminada e a CS por motivos não clínicos (Pereira, 2017).

Em substituição à RC, no ano de 2022, o MS, por decisão unilateral, sem a pactuação tripartite, instituiu a implantação da Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), Portaria nº 715/2022, em todo o território nacional. A RAMI deveria atender ao compromisso assumido pelo Brasil na redução das mortalidades materna e infantil, proposto pelos ODS estabelecidos pela ONU, ou seja, deveria manter os critérios e serviços que estruturavam a RC, com vistas a

ampliar a abrangência de serviços, fortalecer componentes existentes e criar novos (Brasil, 2022).

No entanto, o projeto retrocedeu no incentivo ao trabalho em equipe multiprofissional na medida em que deu prioridade ao trabalho dos médicos obstetras. Também adotou o não financiamento dos centros de parto normal pré-hospitalares ou extra-hospitalares, sem a avaliação da sua efetividade. A RAMI foi considerada equivocada e medicocêntrica por órgãos reguladores, entidades representativas da enfermagem e ativistas, com críticas na ênfase da atuação do médico obstetra e o eclipsamento das funções do enfermeiro obstetra, além do olhar inocente às ações e serviços voltados à criança e na atuação dos médicos pediatras (Brasil, 2020).

No ano de 2023 ocorreu a revogação da Portaria 715/2022 e a retomada da RC. Com isso, houve a retomada da rede de cuidados materno e infantil, especificamente, para o componente de boas práticas ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da RC.

3.3 Atenção obstétrica de risco habitual

A atenção obstétrica de risco habitual refere-se aos cuidados prestados a gestantes que não apresentam complicações significativas durante a gravidez, parto e pós-parto. É um aspecto fundamental da saúde materna, visando garantir uma experiência segura e saudável para a mãe e o bebê. Isso inclui o monitoramento regular do desenvolvimento fetal e o aconselhamento sobre cuidados pré-natais, além da preparação para o parto e dos cuidados pós-natais. Ao oferecer suporte adequado, a atenção obstétrica contribui significativamente para a redução de complicações e mortalidade materna e fetal (Vale; Araújo, 2023; Miller *et al.*, 2023).

Há uma equipe multidisciplinar de assistência obstétrica que inclui médicos obstetras, obstetras ou pediatras, enfermeiras obstétricas ou obstetrites, parteiras, dentre outros profissionais de saúde. A colaboração entre esses especialistas é essencial para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Sempre que possível o PN é preconizado para gestações de risco habitual, assim como o uso criterioso de intervenções obstétricas. Para tal, são utilizadas as estratégias para alívio da dor, o monitoramento não invasivo do feto e o respeito às escolhas da gestante quanto ao ambiente e às práticas durante o parto (Vale; Araújo, 2023; Miller *et al.*, 2023).

O PN, ou vaginal, é a forma mais comum e tradicional de dar à luz. Nesse tipo de parto, o bebê é expulso pela vagina, sem a ajuda de medicamentos ou intervenções cirúrgicas. É uma opção segura e que promove uma rápida recuperação, mas também pode ser dolorosa e imprevisível (Vale; Araújo, 2023). Segundo Miller *et al.* (2023), os fatores que estão relacionados à presença de dor no PN podem ser considerados, principalmente, o tempo prolongado do TP, por aumentar as chances de trauma e manipulação perineal, e o número excessivo de toques vaginais, pois pode causar alterações nos tecidos da região.

A CS é um procedimento cirúrgico em que o bebê é retirado do útero através de uma incisão feita na barriga da mãe. É recomendada quando há riscos para a mãe ou o bebê ou quando o PN é inviável. É uma opção segura, mas pode ser mais dolorosa e demorada para se recuperar (Alvarenga, 2022). No estudo de Pires *et al.* (2023, p. 01), observou-se que, no “Brasil, houve tendência de estabilização das CS a partir de 2012, entretanto, as projeções indicam valores elevados para algumas regiões e estados até 2030”. Portanto, se faz urgente a atuação de políticas públicas de saúde para sustentar a redução de CS nos locais onde já houve redução e mitigar o número das intervenções onde o quantitativo mantém-se elevado, com vistas à obtenção progressiva da humanização do parto e o cumprimento dos ODS até 2030.

O parto humanizado é uma abordagem que valoriza a parturição como um processo natural e saudável que prioriza o conforto e o bem-estar da mulher ou RN, incluindo práticas como acompanhamento personalizado, contato pele a pele após o nascimento e amamentação precoce. O processo de humanização do parto define-se no acolhimento de inúmeros desejos da mulher e da mãe. Trata-se de um processo de desvinculação do poder médico e da medicina, portanto, da promoção de um primevo tipo de cuidado durante e após o parto (Cavalcante, 2022).

Cada parto é um fenômeno singular, cabendo à mulher a decisão pelo tipo de parto que ela considere mais segura e confortável. É muito positivo que a parturiente possa estudar as alternativas, além de escutar diversas conjecturas e experiências, para que sua decisão seja fruto de conhecimentos prévios embasados em evidências científicas. Entre outras, segundo Vale e Araújo (2023), são consideradas maneiras de parir:

- O parto de cócoras é uma opção em que a mãe fica em posição semissentada ou agachada durante o trabalho de parto. Essa posição pode ajudar a acelerar o parto e reduzir a dor, mas também pode ser mais cansativa.

- O parto na água é uma opção em que a mãe fica imersa em uma banheira durante o trabalho de parto e o parto em si. Essa posição pode reduzir a dor e o estresse para a mãe e o bebê, mas também pode ser arriscada em caso de complicações.
- O parto em casa é realizado na residência da mãe com o auxílio de uma equipe especializada. É uma opção que permite maior liberdade e contato com o bebê, mas pode ser arriscada caso haja complicações e a estrutura do local não seja adequada. A vantagem está na menor intervenção médica, no ambiente familiar e na possibilidade de ter acompanhante escolhido pela mãe. Já a desvantagem está no risco em caso de complicações, falta de equipamentos adequados e possibilidade de necessidade de transferência para hospital.

Apesar dos possíveis riscos e benefícios das posições e/ou dos locais para a realização do parto, é preciso que se permita que sejam ofertadas todas as alternativas às parturientes e que elas possam obter informações e aprendizados sobre as diversas possibilidades de realização deste fenômeno, para que elas tenham autonomia de serem protagonistas no processo de nascimento (Alvarenga; Guedes; Lemos, 2022). A Educação Perinatal (EP) é soberana neste processo educativo de preparo para o parto e pós-parto da gestante e do acompanhante de sua escolha.

É preciso reforçar que o parto é o processo natural pelo qual um bebê nasce. Existem diferentes abordagens, incluindo o parto com/sem intervenção obstétrica. É esperado que a escolha entre o um ou outro seja pessoal, mas depende de vários fatores. É importante que a mulher consulte um profissional de saúde para discutir suas opções e tomar a decisão que melhor atenda às suas necessidades e desejos (Rocha; Ferreira, 2020).

O parto sem intervenção obstétrica desnecessária permite que a mulher seja protagonista do seu parto e tome decisões ativas durante o processo. Estar livre dessas intervenções pode permitir que o parto siga um curso mais alinhado com o corpo da mulher e a fisiologia do bebê. Alguns riscos do parto com intervenção médica incluem complicações pós-operatórias e recuperação prolongada, sendo que para o bebê pode estar associada a um aumento do número de partos por cesariana e a possíveis efeitos a curto e longo prazo no bebê (Brasil, 2022a).

Quando adotadas intervenções adequadas no parto, estas fornecem a assistência necessária para superar complicações e garantir a saúde e o bem-estar de mãe e prole. A escolha entre o parto com ou sem intervenção é pessoal e depende de vários fatores. É importante consultar um profissional de saúde para discutir suas opções e tomar a decisão que melhor atenda às suas necessidades e desejos. Reforçando que o tipo de parto pode e deve ser uma decisão da gestante, observando o risco habitual, pois é um direito feminino. Cabe à

mulher a escolha pela via de parto de sua preferência, respeitando a sua autonomia (Brasil, 2022a).

Conhecer os fatores de risco e compreender a classificação de risco para o parto é fundamental para garantir uma assistência obstétrica de qualidade. Isso permite uma abordagem personalizada e eficiente, proporcionando segurança e bem-estar para todas as gestantes e seus bebês.

A RC possui um importante foco no esclarecimento das vantagens do PN em relação à CS. Este processo de educação deve ocorrer durante as consultas de pré-natal e no acompanhamento da enfermeira obstétrica durante o parto, indicando as circunstâncias para um parto saudável e seguro (Nunes *et al.*, 2023).

Identificar os fatores de risco permite tomar medidas preventivas para evitar complicações durante o parto. Com a identificação, é possível reduzir a sua associação ao parto e promover uma experiência mais segura para a mãe e o feto. Alguns fatores que aumentam o risco de complicações durante o parto são idade materna avançada, histórico de CS anterior e doenças crônicas (Fernandes *et al.*, 2019); ao conhecer tais fatores, os profissionais de saúde podem intervir precocemente e oferecer o suporte necessário durante o parto.

O acompanhamento pré-natal desempenha um papel crucial na identificação dos fatores de risco, na Classificação de Risco (CR) e no preparo para o parto. É fundamental que as gestantes recebam um cuidado especializado e personalizado para garantir a saúde e o bem-estar durante toda a gravidez. O cuidado pré-natal tem como objetivo principal garantir a saúde da mãe e do bebê durante toda a gestação. Essa assistência é fundamental para a detecção precoce de qualquer problema, possibilitando o tratamento adequado e minimizando riscos tanto para a mãe quanto para o bebê (Lessa *et al.*, 2022). Vale ressaltar que o pré-natal também é para o parceiro, ação prioritária do MS como estímulo a paternidade responsável e ao cuidado com a saúde do homem (Brasil, 2023).

A primeira consulta de pré-natal, independentemente se realizada por médico ou enfermeiro, é a mais completa, pois é nela que serão realizados os exames iniciais, como o teste de gravidez e de doenças infecciosas. Nas consultas seguintes, os profissionais da saúde (médico e enfermeiro) verificarão o peso da gestante, a pressão arterial, a altura uterina e ouvirão os batimentos cardíacos do bebê. Nas últimas consultas de pré-natal, o médico realiza exames mais aprofundados, como o acompanhamento do crescimento fetal, avaliação da posição do bebê e o exame do colo do útero para verificar sua dilatação e eficiência (Rodrigues; Ferreira, 2023).

Durante o pré-natal (da gestante e do parceiro) é esperada a promoção de orientação, o que torna esse momento *sine qua non* para a adoção da Educação Perinatal (EP), contribuindo com a qualidade da assistência ao parto. Na medida em que a EP favorece um diálogo de empoderamento da mulher sobre o seu parto, possibilita o conhecimento dos seus direitos e a segurança para reivindicar uma melhor assistência (Oliveira; Penna, 2018; Sales *et al.*, 2018; Leal *et al.*, 2020).

O profissional enfermeiro realiza o acolhimento do trinômio mãe-filho-família no serviço de saúde para promover a edificação de vínculos durante o pré-natal. É importante assegurar o acolhimento para manutenção dos laços, sendo o respeito ao trinômio a garantia fundamental para que haja liberdade e segurança colaborativa, que são determinantes para resultados positivos (Trigueiro *et al.*, 2021). A evolução das práticas de cuidado pré-natal e da EP tem permitido a detecção mais precisa e precoce dos fatores de risco, melhorando os resultados maternos e neonatais.

A frequência das consultas de pré-natal de risco habitual varia ao longo da gestação. No início, as consultas são mensais; a partir do segundo trimestre, tornam-se quinzenais; já no último trimestre, a frequência aumenta para semanal. Essa periodicidade é importante para acompanhar de perto o desenvolvimento do bebê e detectar possíveis complicações (Rodrigues; Ferreira, 2023).

Dentre os exames realizados durante o pré-natal estão a ultrassonografia (USG) e os exames laboratoriais. A USG obstétrica desempenha um papel fundamental na identificação de fatores de risco fetal, permitindo intervenções oportunas (Mendes *et al.*, 2020). Já os exames de sangue são realizados para verificar a compatibilidade sanguínea entre a mãe e o bebê, identificar possíveis doenças, como a diabetes gestacional, e monitorar os níveis de ferro e outras vitaminas essenciais (Pedra *et al.*, 2019).

O acompanhamento pré-natal é fundamental para a saúde do bebê, pois permite detectar e tratar precocemente qualquer complicação que possa surgir durante a gestação. Além disso, esse acompanhamento garante que o bebê receba os nutrientes necessários para um desenvolvimento saudável e contribui para o bem-estar da mãe (Lessa *et al.*, 2022).

Durante o parto é essencial garantir que a mãe e o bebê recebam os melhores cuidados, sendo o pré-natal considerado um processo mediador para a qualidade desta assistência. A equipe de saúde desempenha um papel fundamental ao oferecer suporte emocional, monitorar os sinais vitais e fornecer as informações necessárias para tomada de decisões informadas. Ademais, o acompanhamento adequado traz benefícios significativos para a saúde e bem-estar

da mãe e do bebê, tornando o processo de parto mais seguro e positivo (Rodrigues; Ferreira, 2023).

Os fatores de risco para o parto são variados e complexos, exigindo uma abordagem multidisciplinar para sua identificação e manejo adequados. A falta de acesso aos serviços de saúde dificulta a identificação e o gerenciamento dos fatores de risco, especialmente em populações mais vulneráveis. Além disso, os fatores sociais e culturais podem influenciar a identificação dos fatores de risco, demandando uma atenção especial e uma abordagem culturalmente sensível (Marques, 2020).

A CR é um processo fundamental na assistência ao parto, pois permite identificar e priorizar as gestantes que apresentam maior probabilidade de complicações durante o processo de parto. É realizada por profissionais de saúde, que avaliam os fatores de risco e atribuem uma pontuação de acordo com sua gravidade, sendo importante para direcionar os cuidados e recursos adequados para cada gestante, garantindo uma assistência mais segura e eficaz (Silva; Queiroz, 2023; Rodrigues; Ferreira, 2023).

No início do TP é realizada uma triagem para avaliar os principais sinais de risco e determinar a classificação adequada. Durante o TP, a saúde materna e o bem-estar fetal devem ser monitorados de forma contínua para identificar qualquer alteração ou necessidade de intervenção baseada em evidências. A CR permite uma abordagem individualizada, garantindo que as gestantes de maior risco recebam atenção adequada e intervenções, em circunstâncias apropriadas, para facilitar o processo do parto e um parto vaginal normal (Rodrigues; Ferreira, 2023; Brasil, 2017).

É imprescindível atribuir relevância ao partograma, ferramenta crucial na prestação de uma assistência de qualidade, equânime e que corrobora para o desenvolvimento do aprendizado dos profissionais envolvidos. Todavia, é sabido que a sua introdução e utilização nas maternidades é, ainda, uma prática pouco utilizada (Rodrigues; Ferreira, 2023).

Nem sempre o TP ocorre como planejado. Entretanto, existem várias medidas obstétricas disponíveis para ajudar, se necessárias. Dentre os procedimentos disponíveis, devem ser oferecidos e estimulados ao uso os Métodos Não Farmacológicos (MNF) de alívio da dor como bola, chuveiro com água morna, banqueta, aromaterapia, entre outras, tal como os farmacológicos, por exemplo, a analgesia peridural (Silva *et al.*, 2020).

3.4 Representações Sociais como referencial teórico metodológico

Durkheim é considerado um dos representantes da matriz do pensamento sociológico, em conjunto com Karl Marx e Max Weber – todos estabeleceram as bases científicas no que ficou conhecido como Sociologia. Entre os séculos XIX e XX, Durkheim cria, desenvolve e fundamenta um dos seus mais representativos conceitos, o de representação coletiva. Para o sociólogo francês, as representações coletivas formam um conjunto de crenças, regras, normas e valores sobre os quais se estruturam a política, as religiões e a economia, sendo que as categorias formam os arcabouços, pois são raízes, ou seja noções essenciais (Durkheim, 1978).

Para ele, as categorias como tempo, espaço, número, gênero, substância, causa (princípio) e personalidade (pessoa) presentes no Universo, são conteúdos basilares na mente humana (Durkheim, 1978). As representações sociais interagem diretamente com as categorias, sendo as primeiras o reflexo pragmático das segundas. As interações entre as categorias e as representações sociais se dão no interior de um processo de correlação. Exemplo: a categoria de gênero se altera devido ao lugar, ao tempo, a personalidade dos integrantes do grupo social.

O processo se estabelece na própria sociedade, nenhum indivíduo será idêntico, portanto, sempre haverá interações. As representações coletivas foram constituídas no transcorrer de anos, no espaço e no tempo, suas complexidades se instituíram ao largo de gerações de pensamentos, personalidades e sentimentos (Durkheim, 1978). As representações que interessa a esse estudo não são nem as das sociedades primitivas, nem as suas sobreviventes, no subsolo de nossa cultura, dos tempos pré-históricos. Elas são as de nossa sociedade contemporânea, de nosso solo político, científico, humano, que nem sempre têm tempo suficiente para se sedimentar completamente para se tornarem tradições imutáveis (Durkheim, 1978).

Moscovici (2015) afasta-se de Durkheim e apreende a concepção mais moderna das representações sociais e reproduz seus significados. A RS é uma edificação que o indivíduo faz para compreender e comunicar com o mundo (Moscovici, 2015). Segundo o autor, os meios de comunicação de massa aceleraram essa tendência, multiplicaram tais mudanças e aumentaram a necessidade de um elo entre, de uma parte, nossas ciências e crenças gerais puramente abstratas e, de outra parte, nossas atividades concretas como indivíduos sociais. [...] existe uma necessidade contínua de reconstituir o senso comum, [...] nossas coletividades hoje não poderiam funcionar se não se criassem representações sociais, baseadas no tronco

das teorias e ideologias que elas transformam em realidades compartilhadas, relacionadas com as interações entre pessoas.

Deste modo, a Teoria das Representações Sociais (TRS) conecta-se fortemente com a vivência das mulheres entrevistadas. As práticas sociais realizadas por elas são passíveis de representação, pois há o sujeito (mulheres) e o objeto (partos) que é representado por elas. A forma de representar o parto altera-se de acordo com a singularidade de cada grupo cultural e social; ou seja, o objeto de representação altera-se com as interpretações dos sujeitos que participam de um determinado grupo (Vidal, 2021; Guimarães; Spadoni, 2023).

As representações sociais que as mulheres fazem do parto estão conectadas diretamente com o seu cotidiano e da sociedade. Cada parto, em sua singularidade, tem papel fundamental para cada mulher com potencial de suas vidas, deixando marcas em suas existências. Não obstante, Moscovici (1978) faz a defesa de que a representação social deve ser enfrentada “tanto na medida em que ela possui uma textura psicológica autônoma, como na medida em que é própria de nossa sociedade e de nossa cultura” (Moscovici, 1978, p. 45).

Todavia, as representações sociais de mulheres entrevistadas não formam-se sozinhas, elas precisam de ancoragem, de uma elaboração discursiva, construída e reconstruída, desenvolvida e ressemantizada pelos contextos históricos e sociais, pelo discurso majoritário. Também ancoram-se na cultura, nos dogmas religiosos e no embate pelo poder simbólico (Bourdieu, 2022), o que significa que as representações alteram-se diante de novos contextos e visões de mundo.

Os estudos sobre as representações sociais carregam em seu âmago algumas preocupações relevantes. Uma delas diz respeito à discussão do senso comum no meio acadêmico que é tomado como suspeita e engano, mesmo estando no centro de algumas das mais importantes descobertas humanas. Segundo Moscovici (1978, p. 25), o senso comum, “com sua inocência, suas técnicas, suas ilusões, seus arquétipos e estratégias”, carrega uma série de informações e impressões relevantes quando procura-se um referencial acerca de específico tipo de episteme, e destaca: “o volume inflacionado de conhecimentos e realidades indiretas sobrepuja de todos os lados o volume cada vez mais limitado dos conhecimentos e realidades diretas” (Moscovici, 1978, p. 20-21).

Os comportamentos individuais estão ligados diretamente à prática social e é notório que toda prática social é passível de representações. Todavia, não é possível falar de prática e menos ainda de representação social dessa prática sem percebê-la presente no espaço em que as ações que lhe dão materialidade ocorrem, isto é, no cotidiano. Assim define Moscovici

(1978) o conceito de representação social. Tendo em vista a voz oculta das mulheres participantes desse estudo, utiliza-se Moscovici para o delineamento desse trabalho compreendendo a importância desse modelo e relevância para a construção de espaços mais democráticos no ambiente da obstetrícia brasileira.

Os significados que as mulheres atribuem ao processo de parturição dependem de vários fatores, como contexto sociocultural e experiências pregressas (Vieira *et al.*, 2020). A expressão parto, representada por outros estudos, mostra os resultados de construções históricas e sociais, somadas a assistência recebida, a partir do qual as falas são produzidas (Guimarães; Spadoni, 2023; Vidal *et al.*, 2021). Isto posto, é fundamental observar as representações sociais que essas mulheres expressam de seus cotidianos e de suas experiências puerperais.

4 MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo-interpretativo fundamentado na TRS desenvolvido a partir de pesquisa de campo.

4.1.1 Método da Descrição Interpretativa

A *Interpretive Description* (descrição interpretativa), segundo Teodoro *et al.* (2018, p. 2), “consiste numa abordagem analítica indutiva, projetada com a finalidade de criar maneiras de compreender a saúde humana e os aspectos relacionados a vivência” que geram impacto no contexto clínico e assistencial em saúde de interesse dos profissionais de enfermagem. Propõe-se este como método de pesquisa qualitativa devido ao seu destaque como propulsor de episteme confiável e significativo com relevância de inúmeras pesquisas em contexto internacional.

4.1.2 A pesquisa segundo paradigma qualitativo

A abordagem qualitativa foi considerada a mais adequada para descrever as experiências relativas ao vivido. Neste caso, a experiência de mulheres que receberam assistência ao parto em diferentes ambientes obstétricos públicos e privados.

4.2 Participantes

O estudo foi desenvolvido com cem mulheres que experienciaram o parto nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa. A amostragem foi definida por concordância com os resultados das análises prototípicas de evocações realizado por Wachelke, Wolter e Matos (2016), que inferiram as amostras de 100 participantes com padrões próximos da amostra total em termos de concordância com a composição do primeiro quadrante do quadro de quatro casas.

4.2.1 Critérios de inclusão

As participantes do estudo foram mulheres com experiência parturitiva, independente da via de parto e instituição, se públicas ou privadas. Além disso, vivenciaram a gravidez de risco habitual.

4.2.2 Critérios de exclusão

Mulheres que tiveram intercorrências no parto, especificamente *near miss*⁶ materno e fetal, hemorragia e vivência do óbito fetal ou neonatal.

4.3 Cenário

A pesquisa foi no Centro Municipal de Vacinação (CMV) do município de Goiânia.

4.4 Coleta de dados

As participantes foram localizadas na unidade de vacinação, acima indicada, por ocasião da ida para vacinação do filho. Individualmente, todas as mulheres que adentraram ao recinto foram abordadas diretamente pela pesquisadora responsável ou pelas auxiliares de pesquisa (previamente treinadas) para apresentação do estudo e convite para participarem da pesquisa. Durante a abordagem foi realizada uma breve apresentação da proposta, bem como informado o tempo estimado, previsto para 45 minutos. Antes da entrega do questionário, individualmente, foram encaminhadas para uma sala reservada no CMV.

Já com a concordância, nesse intervalo de tempo, primeiramente foi oferecido para leitura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), entregue em duas vias. Quando solicitado pela mulher (participante), a leitura foi feita pela pesquisadora ou pelas auxiliares de pesquisa. Após leitura e esclarecimentos sobre eventuais dúvidas, na manifestação de aceite em participar voluntariamente do estudo, foi solicitada a assinatura do TCLE e devolvida uma cópia para a pesquisadora.

Na sequência, preferencialmente, cada participante foi solicitada a oferecer suas respostas ao questionário de evocações (Apêndice B) e, posteriormente, ao instrumento adotado para coleta de dados obstétricos, do tipo questionário (Apêndices C e D), dividido em

⁶ *Near miss* é definido como uma situação de quase morte. Em termos práticos, as parturientes e feto são considerados casos de *near miss* quando sobreviveram a uma situação ameaçadora à vida (OMS, 2019).

duas seções, com perguntas fechadas, de múltipla escolha, cada uma delas seguidas de perguntas abertas, para registro de respostas discursivas acerca do item questionado.

A participação na pesquisa foi oferecida a todas as mulheres com experiência parturitiva em até doze meses e que, de forma deliberada, procuraram o CMV no período em que a pesquisadora esteve para coleta. Foi adotado como critério de encerramento da coleta a obtenção do quantitativo de cem participantes. Com vistas à manutenção do anonimato de cada participante, elas foram identificadas por nomes compostos, cujo primeiro nome é Maria e o segundo nome tem atribuições de elementos da natureza, como flores e pedras brasileiras.

4.5 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica (PUC) Goiás sob o Parecer de nº 5.779.747 (Anexo 1). Posteriormente, foi também aprovada no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no CEP do Hospital e Maternidade Dona Íris sob o Parecer de nº 5.867.063 (Anexo 2).

4.6 Análise de dados

Os dados obtidos tiveram processos diferentes de análise. Para dar início à análise dos dados, os questionários foram transcritos na íntegra, para obter-se os detalhes das informações e a sua confiabilidade. Em seguida, deu-se a organização do material em um único corpus configurado em arquivo Microsoft Word, com a devida formatação para possibilitar a submissão do arquivo ao programa em referência. As respostas advindas do questionário de evocação, fornecidas por mulheres, tiveram como embasamento a ferramenta de análise *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations* (EVOC).

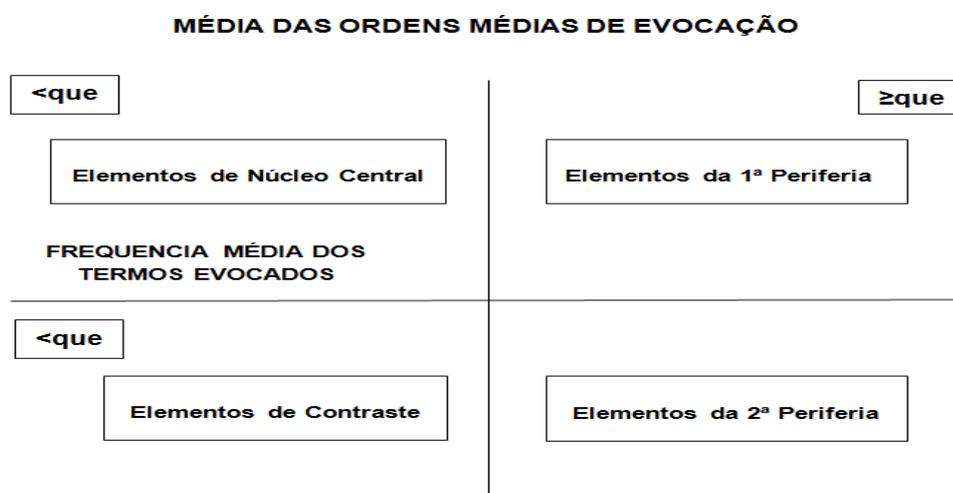
Os dados foram armazenados a partir dos questionários e organizados para processamento através do software EVOC, desenvolvido por Pierre Vergés, na versão atualizada. O *software_EVOC* foi utilizado para processar o material coletado com a técnica de evocações livres. Trata-se de um conjunto de programas articulados que realiza análise lexical, através de análises estatísticas clássicas e multivariadas, permitindo a relação entre as palavras identificadas na produção textual com variáveis categoriais evidenciadoras dos produtores do texto (Camargo; Justo, 2013).

Apoiando-se nas técnicas do software EVOC foi possível conferir objetividade dos resultados ao possibilitar a codificação de dados, ordenamento, estruturação, recuperação e visualização desses, entre outras práticas (Reis *et al.*, 2013). O EVOC permitiu a construção de um quadro de quatro casas através de uma análise protóptica que acolhe a caracterização estrutural de uma representação social. Essa técnica de análise, com base na frequência e na sequência de evocações dos termos produzidos, favorece a identificação de elementos que constituem o núcleo central e o sistema periférico das representações sociais (Oliveira *et al.*, 2005).

Antes as respostas às distintas questões de evocação foram agrupadas conforme a similaridade semântica das palavras ou expressões obtidas. Assim, cada termo indutor semelhante foi agrupado, o que resultou em um dicionário próprio (Apêndice E). Isto propiciou a identificação dos elementos da representação social, com a distribuição deles no quadro de quatro casas e, com isso, a determinação daqueles que se constituem, no conjunto, como centrais ou periféricos para cada um dos temas indutores (Sá, 2002; Campos, 2003; Sá, 2003).

Este programa permite quantificar as palavras evocadas, com informação das frequências simples, intermediária e o *rang* (ordem média de evocação), dados necessários para a construção do quadro de quatro casas (Figura 1). É importante ressaltar que quanto menor o *rang* obtido pela palavra, mais prontamente foi evocada, o que quer dizer que, conforme a localização da palavra ou expressão evocada, revela-se a importância atribuída pelos sujeitos.

Figura 1 - Modelo de Análise das Evocações por meio do Quadro de Quatro Casas



Fonte: Oliveira *et al.* (2005).

No Quadrante Superior Esquerdo (QSE) ficam situados os elementos mais significativos para os integrantes do grupo e que constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. Neste, encontram-se as evocações mais frequentes e que aparecem, em média, nas primeiras posições (menor *rang*). As palavras aí localizadas são conhecidas como palavras salientes. Este quadrante corresponde ao local onde aparecem os supostos elementos centrais da representação, considerados os mais importantes, estáveis e resistentes a mudanças. É pertinente ressaltar que nem todos os elementos presentes no QSE são necessariamente centrais.

Na primeira periferia, Quadrante Superior Direito (QSD), localizam-se os elementos mais importantes da periferia (aqueles com maior frequência e *rang*). No Quadrante Inferior Esquerdo (QIE) encontram-se os elementos que foram citados com uma frequência baixa, porém evocados primeiramente (considerados elementos de contraste). Nos quadrantes superior direito e inferior esquerdo, os elementos apresentam-se com alta frequência, associados a uma ordem média de aparecimento nas últimas posições, ou baixa frequência associada, a uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições.

Por fim, no Quadrante Inferior Direito (QID), chamado de segunda periferia, ou quarto quadrante, aparecem os elementos típicos de periferia, ou de baixa frequência (menor frequência) e sempre evocados nas últimas posições, assim possuem maior *rang* (Sá, 2002).

As mulheres foram solicitadas a apresentar justificativa para as duas primeiras evocações emitidas, as quais foram transcritas na íntegra. Após o processamento das evocações no *software* EVOC e emitido o quadro de quatro casas, as justificativas para as evocações presentes no QSE estão apresentadas no Quadro 2.

5 RESULTADOS

Das 104 participantes elegíveis para o estudo, quatro foram excluídas por preenchimento incompleto e/ou dissonante da resposta do questionário, resultando em uma amostra final de 100 mulheres, adultas, com experiência parturitiva de risco habitual em maternidades públicas ou privadas de Goiânia. A seguir, estão apresentadas as características sociodemográficas das participantes (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica de mulheres que receberam assistência obstétrica de risco habitual em unidades públicas ou privadas de Goiânia, no período de 2022 a 2023 (Goiânia, 2024)

Variáveis	Total (n=100)	
	N	f(%)
<u>Características sociodemográficas</u>		
Faixa etária (anos)		
20 a 35	100	100,0
Raça/cor		
Branca	36	36,0
Negra/Parda/Preta	58	58,0
Amarela	06	6,0
Escolaridade		
≤ Ensino médio	35	35,0
≥ Ensino superior	65	65,0
Com religião		
Sim	89	89,0
Não	11	11,0
Com companheiro		
Sim	59	59,0
Não	41	41,0

Legenda: N: Frequência absoluta; f(%): Frequência relativa.

Fonte: Elaboração própria.

Todas as mulheres que participaram do estudo apresentaram idade entre 20 e 35 anos, a maioria autodeclaradas negras, pardas ou pretas (58,0%). A totalidade das participantes é escolarizada, sendo que 35% das mulheres tiveram apenas o ensino fundamental completo ou incompleto. Referente a religião, mais da metade declarou pertencer a alguma instituição religiosa. Em relação à situação conjugal, 41% referiram não ter companheiro.

Independentemente da via de parto, as participantes da pesquisa responderam aos seus antecedentes obstétricos, apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Antecedentes obstétricos de mulheres que receberam assistência obstétrica de risco habitual em unidades públicas ou privadas de Goiânia, no período de 2022 a 2023 (Goiânia, 2024)

Variáveis	PN*		PC**	
	Total (n=55)		Total (n=45)	
	N	f(%)	N	f(%)
Número de Gestações				
Primigesta	33	60,0	16	35,6
Secundigesta	8	14,5	20	44,4
Tercigesta/multigesta (3 ou +)	14	25,5	9	20,0
Paridade				
1 a 2	41	74,5	42	93,3
≥ 3	14	25,5	3	06,7
Abortos				
0	32	58,2	32	71,1
1	15	27,3	10	22,3
2	02	3,6	01	2,2
3	06	10,9	02	4,4
Consultas Pré-natal				
0	2	3,6	0	0,0
<3	2	3,6	0	0,0
3 a 5	5	9,1	2	4,4
≥6	46	83,7	43	95,6
Idade gestacional no último Parto (semanas)				
37 a 38	27	49,0	22	48,9
39 a 40	19	34,6	23	51,1
>41	09	16,4	0	0,0
Local do último parto				
Rede privada	31	56,4	32	71,2
Rede pública	24	43,6	13	28,8
O parto foi como esperava				
Sim	6	11,0	20	44,5
Não	49	89,0	25	55,5

Legenda: * Parto normal; ** Parto com cesárea; N: Frequência absoluta; f(%): Frequência relativa.

Fonte: Elaboração própria.

Do total das participantes que tiveram PN, a maioria é primigesta (60,0%). Em relação a paridade, a maioria (74,5%) até dois partos e as demais 25,4%, igual ou maior do que três. Sobre o aborto, menos da metade indicou já ter tido essa experiência. Quanto ao local do último parto, sobressaíram-se os serviços da rede privada, com um percentual de 56,4%.

Diferentemente do grupo anterior, a maioria das participantes submetidas a CS é secundigesta (44,4%), seguido de primigesta (25,4%) e de tercigesta/multigesta (20,0%). Em relação à paridade, a maioria (93,3%) teve até 2 partos e 6,6% igual ou maior do que três partos. Sobre os abortos, menos da metade vivenciou a experiência. De modo igual ao grupo anterior, o local do último parto teve como destaque estabelecimentos da rede privada

(71,2%). Referente aos custos, a maioria fez todo o acompanhamento na rede suplementar de saúde (56,3%), e o restante no âmbito do SUS (25,4%).

Relativo ao pré-natal das que referiram PN, a imensa maioria (83,6%) afirmou ter realizado no mínimo, seis consultas, e poucas afirmaram quantidade inferior a esta. Sobre a participação de profissionais da saúde no atendimento das consultas, a maioria (45,4%) variou entre médicos e enfermeiros e um pequeno grupo (7,2%) indicou acompanhamento único por enfermeiros. Quando indagadas sobre a permissão de acompanhantes de suas escolhas nas consultas de pré-natal, a maioria respondeu positivamente e poucas apresentaram negativas sobre essa permissão, como exemplificado nas falas seguintes:

Em todas as consultas eu tive direito a acompanhante (Maria Lolita).

Na verdade, não tinha conhecimento que eu poderia ter acompanhante na consulta (Maria Ágata).

Sim, meu marido acompanhou (Maria Esmeralda).

Não foi, era só o médico que tinha no momento (Maria Jade).

As poucas participantes (3,6%) que disseram não ter feito o pré-natal fazem parte do grupo PN e justificaram conforme a seguir:

Não deu tempo de fazer o pré-natal, eu não sabia (Maria Orquídea).

Eu não tinha tempo para fazer (Maria Hematita).

Relativo ao pré-natal do grupo CS, a totalidade (100,0%) afirmou ter realizado; destas, poucas não fizeram, no mínimo, seis consultas. Sobre as participações dos profissionais da saúde, 60,0% indicaram médicos e das 40,0% indicaram somente enfermeiro pagaram pela cirurgia. Referente ao custo, a maioria foi atendida na rede suplementar de saúde (84,4%), e menos da metade no âmbito do SUS 24,4%. Quando indagadas sobre a permissão de acompanhantes de suas escolhas presentes nas consultas de pré-natal, a maioria (86,6%) respondeu positivamente e poucas (13,3%) apontaram negativas sobre essa permissão. A seguir estão apresentadas algumas dessas falas:

Sim, sempre pelo pai do bebê (Maria Hortência).

Não, me disseram que não podia devia por decreto da pandemia (Maria Ametista).

Sim, meu marido esteve presente em todas as consultas (Maria Aventurina).

Não, devido a pandemia, me falaram (Maria Âmbar).

Sim, em todas as consultas fui

acompanhada por meu marido ou por minha mãe (Maria Alexandrita).

Para as questões pertinentes à assistência obstétrica intraparto, foram considerados questionários diferenciados com sentenças adequadas conforme a via de parto.

O início do TP foi espontâneo para a maior parte das mulheres cujo o parto foi normal (89,0%), das quais boa parte refere ter recebido medicamento para acelerar as contrações (22,4%). Poucas foram as que responderam que o início do TP foi induzido, isso pela inserção de medicamentos no fundo vaginal. Sobre receber algum alimento durante o TP, dentre aquelas que responderam afirmativamente (63,3%) complementaram:

Na maternidade que ganhei, ela deu lanche, almoço e janta (Maria Jade).

Ofereceram café da manhã, pão e leite (Maria Ágata).

Sim, pão e leite (Maria Lilian).

Sim, suco e pão (Maria Acácia).

Os MNF de alívio da dor foram oferecidos para a maioria (83,6%), que comentaram:

Sim, chuveiro, bola e cadeira (Maria Turquesa).

Sim, eu mesma que fazia bola, chuveiro e aromaterapia (Maria Tanzanita).

Sim, bola, chuveiro e massagem (Maria Madrepérola).

No que refere-se à analgesia, algumas (30,9%) disseram que foram perguntadas quanto ao desejo por recebê-la. Dessas, pouco mais da metade (23,6%) de fato afirmaram ter recebido analgesia. Há no grupo as que solicitaram e não receberam, mas não comentaram.

Sim, bola. Mas eu pedi analgesia e não foi feito (Maria, Esmeralda).

A avaliação do colo uterino em relação à dilatação (toque vaginal) foi comentada sob diferentes aspectos quanto ao procedimento no curso do TP:

Normais (Maria Açucena).

Foi horrível (Maria Malaquita).

Não fizeram (Maria Orquídea).

Invasivo (Maria Rubi).

Absolutamente nada, como se fosse um preventivo (Maria Peróla).

Não sei quantas vezes (Maria Larimar).

Somente quando eu cheguei à maternidade e estava com seis centímetros (Maria Gardênia).

Foram vários, bastante dolorosos (Maria Tanzanita).

É dolorido, incômodo, mas é bom saber como está a evolução (Maria Turmalina).

Sensação de incômodo (Maria Ônix).

Achei tranquilo, no final estava com tanta dor que nem sentia os toques (Maria Jaspe).

Recebi toques vaginais em períodos curtos um do outro. Os doutores diziam que eu estava dilatando muito rápido, por isso a cada minuto que iam me examinar faziam o toque. Eu sentia muita dor (Maria Ágata).

Realizado somente quando necessário (Maria Safira).

Sim, teve toque, uns 05, pois sentia dor e estavam vendo quantos centímetros dilatava (Maria Jade).

Foram necessários apenas quatro toques (Maria Amazonita).

Foi feito de 3/3h, doeu (Maria Camélia).

Quanto ao rompimento da bolsa amniótica, dentre as mulheres que comentaram sobre os toques vaginais, estão as que declararam o rompimento da bolsa amniótica a partir do procedimento (41,8%). Mais da metade delas (58,1%) relatou que as membranas amnióticas romperam espontaneamente, em casa ou no hospital. Sobre a duração do TP, a maioria (56,3%) indicou tempo menor que 8h, apenas para quatro mulheres o tempo foi menor que 4h. Relativo à possibilidade de escolher a posição para parir, poucas (22,5%) afirmaram que escolheram posições diferentes da convencional, variando em posição de quatro apoios (12,9%), cócoras (6,4%) e deitada de lado (3,2%).

Sobre a manobra de Kristeller, quatro participantes responderam que sim, receberam a pressão no fundo uterino durante a última assistência intraparto, mas não apresentaram comentários sobre a manobra. Em relação à pergunta sobre o períneo após o parto, a maioria (60,0%) relatou rompimento. Poucas mulheres (20%) afirmaram períneo íntegro após o parto vaginal e 10,9% disseram terem sofrido a episiotomia e episiorrafia.

Sobre o agendamento prévio da CS, a maioria (53,3%) afirmou ter decidido ainda durante o pré-natal. Quando indagadas sobre o motivo da decisão, responderam:

Eu sempre optei por cesariana (Maria Zircão).

Eu decidi assim (Maria Topázio).

O restante (17,7%) afirmou que decidiu já na sala de parto, seguido de 8,8% durante a admissão. Das que tiveram a via de parto definida durante o pré-natal, informaram não terem tido oportunidade de escolha. Quando indagadas sobre o motivo da decisão, responderam:

Me falaram que devido os meus dois primeiros serem cesáreas, o terceiro também seria (Maria Âmbar).

Não tinha escolha, sou soropositiva para HIV (Maria Hortência).

Porque eu tenho Pressão Alta (Maria Íris).

Porque eu tinha histórico de pré-eclâmpsia e diabetes gestacional (Maria Âmbar).

Na admissão, não tinha dilatação (Maria Cristal).

Parou de dilatar (Maria Azaléia).

No que tange à idade gestacional (IG) de ocorrência do parto, o fenômeno ocorreu entre 37 e 38 semanas de gestação para quase metade das participantes (49%) e não houve diferença significativa entre PN e CS. Em relação ao profissional de saúde que assistiu ao PN, a maioria foram médicos (74,5%) e poucos foram enfermeiros.

De modo geral, no intraparto, independentemente se PN ou CS, algumas (27,0%) não pegaram o filho logo após o nascimento e mais da metade dos RN (51,0%) não foram colocados para mamar ainda na sala de parto.

O momento sagrado da primeira hora com o bebê, eu não tive (Maria Perpétua).

Em relação à satisfação das mulheres quando perguntadas sobre o PN, muitas (89%) disseram que não foi o que esperavam. Para o grupo de mulheres submetidas a CS, pouco mais da metade (55,5%) demonstraram insatisfação. Elas apontaram diferentes causas para essa percepção, o que se apreende a partir de algumas das falas:

PN	CS
Não, pois sofri muito (Maria Jade).	Tive medo (Maria Íris).
Tive três horas de período expulsivo, foi muito dolorido (Maria Diamante).	Foi desesperador, muita correria e falta de informação (Maria Hortência).

Porque o cordão umbilical enrolou no pescoço dela, foi um desespero (Maria Camélia).	Fiquei com medo (Maria Rosa).
Não escolhi o parto normal (Maria Dália).	Me traumatizou (Maria Melissa).
Sofri muito (Maria Daisy).	Não foi como eu sonhei ou planejei (Maria Alexandrita).
Esperava que ele nascesse em um ambiente seguro (Maria Flora).	Não queria cesárea (Maria Jasmim).
Infelizmente houve algumas imprudências que deveriam ter sido evitadas (Maria Ágata).	O objetivo era o parto normal (Maria Aventurina).
Achei negligência ter que implorar pela analgesia (Maria Angélica).	

As mulheres foram indagadas sobre as primeiras palavras ou expressões emitidas ao termo indutor parto, as quais estão apresentadas a seguir, no quadro de quatro casas (Quadro 1).

Quadro 1 - Evocações emitidas ao termo indutor parto por mulheres de risco habitual (Goiânia, 2024)

Elementos Centrais $f \geq 27 \text{ rang} < 2,3$			Elementos 1ª Periferia $f \geq 27 \text{ rang} \geq 2,3$		
DOR	55	2,018	AMOR	34	2,324
MEDO	85	2,141			
REALIZAÇÃO	78	2,269			
RENASCIMENTO	28	2,179			
Elementos de Contraste $f < 27 \text{ rang} < 2,3$			Elementos 2ª Periferia $f < 27 \text{ rang} \geq 2,3$		
VIOLÊNCIA	9	1,778	CUIDADO	9	3,444
			DEUS	10	3,100
			EXPECTATIVA	7	3,429
			SUPERAÇÃO	18	2,722

Número total de palavras diferentes: 15

Número total de evocações: 342

Média Geral dos rangs: 2,3

Média de resposta por participante: 3

Número total de sujeitos: 100

Fonte: Elaboração própria.

No Quadro 1 têm destaque os signos Dor, Medo, Realização e Nascimento, uma vez que integram o núcleo central, ou seja, as que foram ditas como primeira resposta à questão ou foram ditas com elevada frequência nas demais emissões. A palavra Amor, presente no

QSD, é o elemento de primeira periferia e subsidia o sentido do núcleo. O elemento de contraste Violência é o signo dito poucas vezes, mas evocado primeiramente, presente no QIE. Presentes no QID, Cuidado, Deus, Expectativa e Superação são os elementos de segunda periferia, aqueles ditos com menor frequência.

As participantes foram solicitadas a apresentar justificativas para as duas primeiras evocações emitidas, cujas principais para os quatro signos integrantes do QSE estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Justificativas para as evocações presentes no QSE do quadro de quatro casas (Goiânia, 2024)

Evocação	Justificativas
DOR	Lembro das fortes dores sentidas no TP (Maria Ágata) As contrações são muito fortes e desesperadoras (Maria Gardênia). Vai doer, dói, e só pedem para termos calma (Maria Orquídea). Porque planejei toda a minha gestação um parto normal e não foi assim (Maria Acácia). Colocaram um comprimido sem a minha autorização (Maria Ônix). São fortes e dolorosas (Maria Ametista). Nada se compara a dor do parto (Maria Azaléia). É um momento doloroso (Maria Painita). A minha experiência foi um parto com muita dor (Maria Granada).
MEDO	Sentia medo do que poderia acontecer comigo durante e depois do parto (Maria Ágata). A dor do parto normal que não se compara a dor nenhuma e nem se espera que seja toda aquela dor (Maria Amazonita). Pelo que eu passei no parto, não é fácil (Maria Jade). Medo das imprudências que poderia sofrer (Maria Ipê). Medo de dar algo errado, de correr risco de morte eu e a bebê (Maria Flor de maio). Medo do médico me entregar meu filho morto (Maria Calcedônia). Não quero outros (Maria Alamanda). Medo da cesariana que tive que passar mesmo querendo o parto normal (Maria Dolomita Rosa).
REALIZAÇÃO	Estava acompanhada do meu marido e ela nasceu bem sadia (Maria Melissa). Foi um parto bonito (Maria Melissa). Foi muito tranquilo (Maria Caliandra). Porque a gente tá sabendo que está vindo uma pessoinha ali para alegrar o resto da vida da gente (Maria Água Marinha). Era o que sonhava (Maria Safira).
RENASCIMENTO	Traz mais vida (Maria Labradorita). Nasci outra mulher (Maria Íris). Renascimento de mim mesma (Maria Olho de Tigre). Vai ver seu corpo transformar e vai o ver nascer (Maria Primavera). Transformou a nossa vida (Maria Rubelita). Ter sobrevivido a tudo aquilo (Maria Topázio).

Fonte: Elaboração própria.

As justificativas das participantes para as evocações reforçam percepções nos âmbitos físicos, psíquicos e emocionais, além de projeções de sonhos e concepções idealizadas.

6 DISCUSSÃO

Os resultados descritos mostram experiências ambivalentes das mulheres no momento do parto. Por um lado, apresentam emoções positivas possibilitadas a partir da parturição com práticas humanizadas, com a expressão de sentimentos de Realização e Renascimento. De modo contrário, houve emissão das expressões de Dor e Medo, que possivelmente decorre da relação do ato de parir como evento patológico.

A caracterização das mulheres participantes deste estudo corrobora com o descrito por outros investigadores, que encontraram o maior percentual puerperal entre mulheres jovens, pretas/pardas, com idade entre 20 a 35 anos (Marques *et al.*, 2019; Lessa *et al.*, 2022). Segundo a OMS (2019), a gestação nessa faixa de idade é uma condição protetora para a prevalência das complicações maternas, fetais e neonatais, além de diminuir os problemas socioeconômicos existentes.

A história do Brasil é atravessada pelo preconceito racial não superado frente aos mais de trezentos séculos da escravidão de pessoas negras, que atualmente representam mais da metade da população (IBGE, 2023). As instituições de saúde, públicas e privadas, não estão isentas dessa mácula, fato que legitima e evoca as políticas públicas com enfoque racial. Apesar do impacto importante das ações governamentais no âmbito social, já existentes, pesquisas científicas têm evidenciado que mulheres negras, de baixa escolaridade, apresentam maior vulnerabilidade por vivenciarem a tripla discriminação (gênero, raça e classe social), a qual impacta diretamente nos padrões de acesso e uso dos serviços de saúde (Lessa *et al.*, 2022; IBGE, 2023).

Estudos concernentes à atenção pré-natal indicam que mulheres pretas e pardas, com baixa escolaridade, atendidas em serviços públicos, vivenciam menor adequação assistencial. Por conseguinte, são as mais afetadas pela falta de cuidado, levando-as ao dobro de mortes do que as mulheres brancas na mesma situação (Lessa *et al.*, 2022). Segundo o perfil epidemiológico da população negra apresentado pelo MS, entre 2010 e 2020 houve aumento de 5% nas mortes de mulheres pretas por hipertensão durante a gravidez, enquanto outras apresentaram queda em até 30% (Brasil, 2023). Verifica-se que a complexidade da questão racial, no Brasil, é tão antiga quanto emergente. É preciso reconhecer o racismo institucional para que a atenção pré-natal e parto sejam equânimes.

No espaço da assistência intraparto, o racismo institucional desemboca sobre a negritude com prejuízo considerável, que pode ser analisado como dispositivo de biopoder na medida em que gerencia o cuidado das parturientes sob um olhar racial (Foucault, 1985). Para

Lima, Lewis e Lyra (2021, p. 824), existem barreiras intransponíveis permeadas por estereótipos associados ao corpo negro, construídos sob um imaginário social racista, segundo o qual a mulher negra é aquela que “aguenta dor, parideira e de quadril largo”, que predispõe essas mulheres a dupla violência, a saber, obstétrica e racial, nessa hora. Os comentários desrespeitosos e a menor oferta de analgesia são mais frequentes na assistência obstétrica à mulher negra, de acordo com vários autores (Lima; Lewis; Lyra, 2021; Lessa *et al.*, 2022).

A disparidade na assistência intraparto coloca em perspectiva a qualidade do serviço e o desfecho da saúde. Afirma a ministra da saúde, “onde há racismo, não pode haver saúde” (Brasil, 2023, p. 5). O estudo de Leal *et al.* (2021) estrutura a fala da ministra ao comparar a redução das iniquidades territoriais, etárias, de nível de instrução e raciais no acesso às tecnologias apropriadas para o parto, inferindo que as intervenções promovidas pela RC foram efetivas nos hospitais do sistema público de saúde no Brasil.

Quanto aos antecedentes obstétricos, na última década houve aumento na proporção de mães que relataram ter realizado seis ou mais consultas (Brasil, 2023), o que corrobora com os resultados desse estudo e o esperado pelo MS. Apesar das RS das mulheres sobre o pré-natal não terem sido o foco desse estudo, cabe destacá-las por serem relevantes para a avaliação nas múltiplas malhas sociais. Melo *et al.* (2020) analisaram depoimentos representativos de gestantes e enfermeiros, os quais elucidados como seguro e mantenedores da precocidade na cobertura e acompanhamento do pré-natal para desfechos favoráveis ao parto.

Em relação a CS, o resultado deste estudo corroborou com outras pesquisas nacionais e internacionais, no que tange à sua frequência cada vez mais alta. De acordo com Leal *et al.* (2021), os últimos dados do senso nacional publicados em 2017 na pesquisa Nascer no Brasil, a taxa de CS (51,9%) segue superando a do PN no país, o que traz preocupação com o fenômeno devido aos potenciais riscos, por exemplo, a prematuridade iatrogênica. Ferreira e Nascimento (2021) alertam sobre os riscos imediatos e de longo prazo da CS eletiva, pois, assim como outras cirurgias, pode interferir na saúde da mulher e do bebê.

Na análise de discurso sob o prisma foucaultiano, desejo e poder para médicos obstetras diferem dos de enfermeiras obstetras e as mulheres na assistência ao parto. Oliveira e Penna (2018) identificaram uma inversão de valores culturais e sociais, tanto das mulheres como dos profissionais de saúde, em relação à via de parto. Muitas mulheres escolhem o parto cirúrgico antes mesmo de engravidar ou entrar em TP, como forma não dolorosa de ter filhos. O profissional de saúde, diante desse fenômeno e da dificuldade em sustentar sua argumentação referente aos benefícios do PN, assim como influenciados por questões

financeiras, de comodidade e de tempo, favorecem a decisão dessas mulheres. Desde a institucionalização da assistência ao parto, a adoção crescente de práticas intervencionistas, ditas científicas e rotineiras, podem ser observadas.

No que concerne às boas práticas e intervenções executadas pela assistência obstétrica às parturientes desse estudo, a observação realizada demonstra que melhorias ainda são necessárias. As intervenções sofridas como CS, Manobra de Kristeller e amniotomia emergem preocupação e a necessidade de reafirmar pautas sobre a humanização do cuidado intraparto, valorizando a prática baseada em evidências. A RS positiva sobre a avaliação do colo uterino demonstra a falta de conhecimento destas mulheres em relação a sua efetividade, da indicação adequada e a sua relação com desfechos cirúrgicos (Klein; Gouveia, 2022).

Em relação à episiotomia é possível inferir, a partir das falas, que a tecnologia foi pouco utilizada (10,9%), sendo próximo do recomendado pela OMS (2017); deste modo, foi oferecida uma assistência adequada. Vale ressaltar que a prática rotineira de episiotomia, durante o intraparto, é classificada como categoria B, assim como a amniotomia, portanto, claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada (OMS, 2017). Apesar da positividade em relação ao índice de episiotomia, a presença de práticas tecnocráticas na assistência às parturientes de risco habitual e a persistência da utilização de intervenções emerge como um desfecho negativo.

As Marias deste e de outros estudos (Bitencourt *et al.*, 2021; Moreira; Ferreira, 2019) relataram índices preocupantes no que tange às boas práticas (OMS, 2017) na promoção do contato pele a pele, e da consequente amamentação precoce. A fragmentação dessas práticas recomendadas para assistência ao parto e a passividade submetida às mulheres refletem uma relação verticalizada, de biopoder, pouco abordada nos estudos epidemiológicos. Essa relação tecnicista e intimidadora pode escamotear a violência obstétrica vigente (Moreira; Ferreira, 2019; Cruz, 2021; Leal *et al.*, 2021).

Nos discursos argumentativos sobre o desfecho de insatisfação quanto ao próprio parto, as participantes apontaram como causa a negligência às suas dores durante o TP. É possível relacionar esse desfecho com o racismo institucional apresentado neste estudo, a partir da intersecção dos desfechos raça, dor e insatisfação dessas mulheres por negligência. Essa quantidade expressiva evidenciou a violência de mulheres insatisfeitas neste e em vários estudos, como sendo implícita pelo culto ao mito freyriano de que mulheres pretas foram feitas para o trabalho, portanto, são herdeiras das dores (Cruz *et al.*, 2020; Oliveira; Penna, 2018; Rocha; Ferreira, 2020).

Neste estudo, os termos evocados possibilitaram o conhecimento do conteúdo e da estrutura da representação sobre o parto. Após considerar o conjunto das evocações e suas justificativas, foi possível ter o conhecimento ampliado do conteúdo da representação, o que possibilitou a comparação e o fomento da discussão para as respostas ao estímulo parto.

Na literatura (Salvador; Gomes, 2020; Leite *et al.*, 2022) há concordância de que o período gravídico puerperal é marcado pela ambivalência de sentimentos. Neste estudo, os signos evocados pertencentes ao núcleo central, referentes ao evento parto, confirmam a existência simultânea de sentimentos opostos, aqui considerados simplesmente como negativos e positivos. Um lado da polarização está marcado por Dor e Medo, e o outro, por Realização e Renascimento.

Como núcleo central no quadro de evocações, em primeira pessoa, a Dor é mencionada com maior frequência. A dor durante o TP é fisiológico no processo parir é causada pela contração do útero, o que faz o bebê se mover no canal de parto (Klein; Gouveia, 2022). Os MNF de alívio da dor durante o TP, considerados tecnologias leves e leve-duras, são estratégias que devem ser utilizadas no manejo deste sinal para redução da dor, dos níveis de estresse e da ansiedade. Entretanto, estudos corroboram com a baixa utilização desses métodos, muito em decorrência do baixo conhecimento das mulheres sobre o uso dos MNF (Klein; Gouveia, 2022; Hanum *et al.*, 2017).

Sobre o conceito do elemento central Dor e sua relação com o parto, Dostoiévski (2008) destaca a necessidade fundamental dos seres vivos de sobrevivência, que ganha diferentes matizes conforme alteram-se as vivências culturais. Trata-se da perpetuação da espécie, sendo que sua realização que se dá no ato da concepção: “Crê que se não se salvarem agora, mais tarde se salvarão. E se nem mais tarde se salvarem, seus filhos se salvarão, porquanto tua luz não morrerá ainda que tu já tenhas morrido. O justo se vai, mas fica sua luz” (Dostoiévski, 2008, p. 436). Neste estudo, o autor explica a razão para o sofrimento e como isso poderia tornar-se positivo, por meio de uma visão religiosa cristã. Para o filósofo, a dor era uma forma do ser humano encontrar a sabedoria para tornar-se uma pessoa melhor, sendo o apego às boas lembranças e ao amor cristão uma maneira de diminuir o sofrimento.

Quanto à dor no parto e seu controle, é preciso observar a construção histórica recente deste fenômeno. Até a segunda metade do século XX este evento, o parto, em muitas oportunidades, ocorria na residência da mulher. Todavia, na segunda metade deste século, o parto foi institucionalizado, com adoção crescente de práticas científicas e rotineiras. Destarte, o fenômeno foi introduzido no modelo de saúde alicerçado em doenças com necessidade de acompanhamento e regulamentação médica, incluindo o controle da dor

(analgesia). Infelizmente, este padrão adotado sobre o ato de parir como evento patológico ainda se mantém nas maternidades brasileiras, com aval de grande parte dos profissionais de saúde (Bento *et al.*, 2022).

A palavra dor vem do Latim *dolentia*, ato de sentir dor, de *dolere*, sofrer, sentir dor (Houaiss, 2001). O signo Dor foi traduzido por esse estudo como sofrimento mais ou menos intenso, dependendo da situação e do momento em que a parturiente se encontra, e que está interligado ao cuidado psíquico e físico dos profissionais da saúde e dos obstetras. Estes cuidados foram considerados determinantes para amenizar a dor e, por conseguinte, o sofrimento da mãe.

Apesar das definições, todas naturalmente limitantes, cabe falar de dores, não de dor. Por se tratar de um fenômeno psicofísico, a dor é sofrida de diferentes formas, por diferenciados indivíduos, incluindo aquelas pessoas que sentem prazer na dor. A intensidade é também subjetiva, um processo relativo que inclui sentimentos, momento vivenciado, estruturas corporais, aspectos psíquico-emocionais, entre outros (Santana *et al.*, 2020).

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor, ela é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (Raja *et al.*, 2020, p. 01). Apesar da associação, é majoritário destacar o relato de Maria Acácia: “Porque planejei toda a minha gestação, um parto normal e não foi assim”. A imensa frustração não causou apenas sofrimento; em muitos relatos, como o dela, há experiência sensitiva de dor física.

Frisa-se, portanto, a necessidade de utilizar as tecnologias leves e leve-duras, consideradas apropriadas para o acompanhamento humanizado das mulheres em processo parturitivo; isto porque tais tecnologias estimulam a autonomia da parturiente e reconhecem as suas subjetividades (Souza *et al.*, 2020; Pontes; Andrade, 2019). Escutar e entender as dores dessas mulheres poderá fomentar o planejamento da atenção e do cuidado holístico e individualizado, com o intuito de atenuar as crescentes projeções valorativas da CS em detrimento ao PN.

Para algumas mães, a experiência do parto não foi exitosa, no que diz respeito à dor. Maria Gardênia descreve as fortes contrações como desesperadoras; já Maria Orquídea relata, em tom de crítica, a orientação: “tenha calma”. É determinante desenvolver abordagens a fim de mitigar as dores e os sofrimentos dessas mães, em processos de humanização. Muitas Marias deste estudo não foram orientadas quanto ao TP e o parto. Entender as tecnologias leves com respeito ao protagonismo instintivo é oportunizar essas mulheres a entender o PN

como um processo doloroso, porém fisiológico, minimizando as intervenções rotineiras (Klein; Gouveia, 2022).

Olza *et al.* (2018) produziram uma metassíntese em que as participantes vivenciaram a dor como algo significativo e reconheceram a sua intensidade, mas a reformularam de forma positiva. As autoras atribuíram esse resultado à importância de terem executores de cuidados, obstetras, obstetrizes e doulas, empáticos e apoiadores da crença da mulher na sua própria capacidade de dar à luz. O apoio recebido permite que a mulher se concentre, facilitando a liberação de hormônios essenciais para o progresso do TP e nascimento fisiológico. As autoras ainda sugerem que as competências afetivas devem ser incluídas na formação de profissionais da Enfermagem e Medicina, para que todos possam prestar assistência obstétrica com semelhante expertise no cuidado emocional das mulheres durante o trabalho de parto.

Outro elemento central é o medo, uma paixão humana, mas que também afeta outras espécies; portanto é, *a priori*, um fenômeno puramente natural. A força que a própria natureza empreende para manter seus filhos vivos é, por vezes, a mesma que os leva para a morte. Portanto, o medo, essa paixão física e metafísica se concretiza nos sentimentos maternos e nas inúmeras possibilidades de fracasso que foge do controle das mães. Todavia, a paixão é acrescida de apreensões, pois não são frutos somente das forças naturais, mas podem ser causadas por imperícias de inúmeras ordens (Delumeau, 1989).

O medo de imprudências, evocação de Maria Ipê, é algo que deve chamar atenção dos profissionais da saúde, pois reflete a ausência de confiança e de fé que mantêm as estruturas sociais (Simmel, 2010; Melo *et al.*, 2021). A misteriosa fragilidade dos vínculos humanos, o sentimento de insegurança que ela inspira e os desejos conflitantes (estimulados por tal sentimento) de apertar os laços e ao mesmo tempo mantê-los frouxos, registrar e apreender (Bauman, 2009). Trabalhar e desenvolver essa confiança, mitigando o medo, é um processo edificado ao largo das relações entre a mulher e os profissionais de saúde envolvidos, desde o início do pré-natal até o resultado final.

A fala de Maria Flor de Maio se coaduna com as letras pulsantes de Dostoiévski, “O justo se vai, mas fica a sua luz” (2008, p. 436) “Medo de dar algo errado, de correr risco de morte eu e a bebê” (Maria Flor de Maio). A mãe teme por ela e por sua luz, seu bebê, afinal ao “dar à luz” – *Fiat Lux*⁷ é –, no parto, a missão da mulher, o fracasso não pode existir. Natural sentir medo, natural temer que algo dê errado. Afinal, um fenômeno ocorrerá, o fenômeno da vida, em que fica a sua luz.

⁷ *Fiat lux* é uma expressão latina que significa “faça-se luz”.

Melo *et al.* (2021) estimaram a prevalência do medo do parto em mulheres santistas. Encontraram que aproximadamente 80% delas apresentaram algum grau de medo do parto durante a gestação, em sua maioria não severo. Entretanto, algumas participantes do estudo, quando indagadas sobre o medo, apresentaram limites ultrajantes da normalidade, considerados pelos autores como risco para repercussões negativas à mulher e ao RN, denominando esse medo excessivo de tocofobia. Dados internacionais corroboram com esse achado e ponderam sobre a necessária identificação e adoção de medidas efetivas de controle do medo do parto durante as consultas de pré-natal (Calderani *et al.*, 2019; O'Connell *et al.*, 2017; Nilsson *et al.*, 2018; Fairbrother *et al.*, 2022).

Outro estudo internacional determinou uma variação da prevalência do medo do parto entre gestantes sem complicações variando entre 8 e 10% nos países ocidentais (Phunyammalee; Buayaem; Boriboonthirunsarn, 2019). Entre os fatores associados estão idade materna, paridade, cesariana anterior, falta de apoio social e resultado perinatal adverso anterior. A falta de diagnóstico e acompanhamento específico do medo, conforme os estudos, está relacionado ao aumento do uso de analgésicos durante o TP, CS eletivas, depressão pós-parto e comprometimento da relação mãe-bebê (Phunyammalee; Buayaem; Boriboonthirunsarn, 2019; Elgzar; Alshahrani; Ibrahim, 2023; Nilsson *et al.*, 2018).

Ao averiguar o aumento das taxas de CS sem indicação obstétrica e a sua associação com o medo do parto, Elgzar, Alshahrani e Ibrahim (2023) concluíram estar significativamente associado, principalmente entre nulíparas. Ao partir desse pressuposto entende-se que o medo do parto é um motivo comum para a solicitação das mulheres pela CS. Para mitigar esse contexto não recomendado pela OMS, estudos como os de Fairbrother *et al.* (2022) e Nilsson *et al.* (2018) avaliaram a precisão de instrumentos de triagem para fobia específica do parto, tal qual o instrumento *W-DEQ*⁸, e encontraram resultados de alto desempenho. Entretanto, elucidaram a complexidade dos instrumentos e tamanho exaustivo, o que demanda tempo do profissional aplicador e pode refletir em inadequação da aplicação e/ou do resultado esperado.

Considerando a expansão do conhecimento sobre o medo do parto e suas implicações, diversos estudos coadunam para os profissionais de saúde com destaque para os obstetras estarem cientes dos efeitos fortalecedores da experiência psicológica do parto fisiológico (Calderani *et al.*, 2019; O'Connell *et al.*, 2017; Nilsson *et al.*, 2018; Fairbrother *et al.*, 2022; Tambelli *et al.*, 2022). Em consonância com estes estudos, Olza *et al.* (2018) inferiram sobre a sensação de empoderamento a partir do parto normal, por ser uma experiência psicológica

⁸ Instrumento de pesquisa utilizado para medir o medo do parto (Nilsson *et al.*, 2018).

intensa e transformadora, o que também corrobora com os resultados deste estudo. Os benefícios do processo de empoderamento podem e devem ser maximizados por meio do apoio físico, emocional e social às mulheres.

É senso comum de que existem Medo e Dor no parto, cujos repasses são atribuídos, em grande medida, à cultura transgeracional. Porém, neste estudo, outros signos são referidos, Realização e Renascimento, com a mesma equivalência em termos representacionais. A presença de tais signos dividindo o compartimento central da representação podem ser considerados como positivos, uma vez que o parto é também mencionado como oportunidade autoconhecimento. É necessário considerar que, apesar de positivos, devido ao arcabouço patriarcal representado nestes signos, a maternidade, em conformidade com o determinismo biológico, ainda é lançada para um mundo abstrato idealizado e pré-moldado, como o único caminho possível de realização da feminilidade (Vidal *et al.*, 2021; César *et al.*, 2020).

A construção da feminilidade atravessa, necessariamente, o que Simone de Beauvoir afirmou há décadas, “ninguém nasce mulher, torna-se mulher” (1967, p. 9). Os mecanismos de controle socioculturais (Geertz, 1989) impuseram um padrão de feminilidade associado diretamente à maternidade. Portanto, ser mulher, em sua plenitude, equivale a ser mãe, lugar em que o feminino se realiza. Entretanto, a partir de Beauvoir (1967) questiona-se a maternidade como determinismo biológico reservado às mulheres em um destino imutável (César *et al.*, 2020). Resultados desse pensamento, ou não, as concepções a respeito da maternidade são produzidas e marcadas por discursos sociais e científicos de cada época, sem perder seus traços clássicos. Apesar disso, nas atuais representações do parto como a que Maria Safira descreveu “era o que sonhava” tornar-se mãe, verifica-se a continuidade da maternidade como ideal.

Sob este prisma, a naturalização da maternidade é um determinante sociocultural. Destaca-se, neste estudo, sob a ótica das mulheres, que o processo parturitivo é também o renascimento da mulher. De forma análoga à Fênix, ave mitológica conhecida por renascer das cinzas, as mulheres evocaram o signo Renascimento ao estímulo parto. Assim, o “passar pelo fogo” não pode ser considerado como elemento negativo, mas como aquele que provoca transformações. Partindo desse pressuposto, ao analisar o Renascimento evocado, apesar de dissonante de Dor e Medo, podemos considerar como fator protetor de sua psique. Para Vidal *et al.* (2021), é possível inferir também que essa dualidade pode estar expressando estereótipos sociais sobre as mulheres, constituindo representações significativas.

Dentre as representações, Maria Íris afirmou que nasceu outra mulher; já para Maria Olho de Tigre, o momento do parto resultou no renascimento dela mesma. Nos depoimentos

de cada fênix, Marias-mãe, o parto é uma afirmação dos laços existenciais que são transmitidos transgeracionalmente pela cultura que atravessa o cotidiano. Talvez uma das respostas sobre os sentimentos ligados ao termo Renascimento seja o existir, o sentir-se viva. Neste sentido, retoma-se o existencialismo de Sartre (1973), para quem a existência precede a essência, pois é preciso existir, ter consciência de si para, *a posteriori*, ser. Assim, passar pelo fogo é nascer juntos, mãe e filho.

O signo Amor, localizado na primeira periferia, sustenta os elementos do núcleo central, e baseia-se na representação social da romantização da maternidade retratada por Bernardes *et al.* (2020), resultado semelhante ao encontrado por Vidal *et al.* (2021). Já o elemento contido na segunda periferia, Violência, denuncia as práticas vivenciadas no âmbito da assistência, estas obstétricas não recomendadas pelo MS (Brasil, 1988; 2017) e OMS (1996). As periferias inferem na diferenciação entre o vivido e o exposto pelas mulheres (Abric, 2005) como maneira de proteção do indivíduo, mas expressada como necessidade de alívio das tensões. Por conseguinte, reforçam a existência da violência institucionalizada em consonância com as mulheres, apesar das suas vozes denunciadoras serem suprimidas, naturalizando a sua ocorrência. Em outras palavras, a violência é, de fato, uma representação escamoteada pela ausência de empoderamento.

Desta forma, embora a atenção obstétrica de risco habitual ofereça numerosos benefícios, é importante reconhecer que existem desafios e considerações a serem abordados. Isso inclui limitações de recursos, disparidades no acesso aos serviços de saúde materna e a necessidade de educação continuada para os profissionais de saúde envolvidos nesse tipo de atenção. Nesse sentido, os elementos das RS identificadas nesse estudo podem contribuir para tal discussão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das representações sociais no intraparto de risco habitual para as mulheres que o vivenciaram indica, em seus resultados, aspectos positivos e negativos relacionados à experiência da maternidade. O núcleo central tem polos positivos e negativos fortemente construídos e que se equilibram. O estudo também encontrou resultados muito próximos de outros já elaborados quanto aos aspectos da assistência obstétrica, tanto no PN quanto na CS. Sendo assim, os achados aqui obtidos apontam para representações sociais e assistenciais que reforçam questões relativas ao cotidiano da atenção ao parto, em Goiânia.

O perfil das parturientes que vivenciaram o intraparto de risco habitual em maternidades públicas corresponde ao encontrado em unidades privadas: predominam mulheres negras, escolarizadas, solteiras e com idade entre 20 e 35 anos. A RS de mulheres negras, hegemonicamente, é marcada por estereótipos relacionados aos seus corpos e por menor adequação às boas práticas recomendadas pelo MS e OMS. Essa disparidade na assistência intraparto coloca em perspectiva a qualidade do serviço e o desfecho da saúde.

O resultado obtido denuncia um modelo de cuidado tecnocrático baseado em intervenções que deveriam ser reduzidas ou abolidas e na presença tímida de práticas adequadas. As mulheres ainda estão parindo, em sua maioria, deitadas, submetidas a toques vaginais excessivos, amniotomia, episiotomia e CS, sem a presença de intercorrências clínicas ou gestacionais. As falas apontam que a assistência prestada às Marias no intraparto, não importando a via de parto, está aquém de uma vivência positiva e satisfatória. Considera-se a EP *sine qua non* para mudar esse cenário ao facultar autonomia às nossas Marias frente ao parto de risco habitual.

Quanto às práticas recomendadas pela OMS (2018) no manejo do TP, observou-se pouca oferta e administração de analgesia peridural, corroborando com estudos nacionais. Ficou evidente que o maior medo das parturientes é o medo da dor, o que leva o aumento das CS anteparto combinadas. A taxa de mulheres com parto vaginal submetidas à Manobra de Kristeller apresentou proximidade com o satisfatório. Entretanto, o que apresentou menor índice de adequação foi o contato pele a pele na *golden hour*, recomendado por fortalecer o vínculo do binômio mãe-bebê, sendo que mais da metade dos RNs não tiveram a oportunidade de mamar na primeira hora de nascidos.

As RSs de mulheres que vivenciaram o intraparto de risco habitual, independentemente do espaço da assistência, contidas no QSD, ou seja, no núcleo central, são

Medo e Dor, consideradas como representativas de uma das extremidades, contrapostas por Renascimento e Realização, estas exemplificando a margem positiva. Há que se destacar a natureza fisiológica do evento parto, portanto, cuja dor será sentida em maior ou menor intensidade, a depender do limiar sentido individualmente.

Pode-se dizer que os signos periféricos, Amor e Violência, são metáforas vivas do inconsciente e medeiam o vivido e o exposto como uma maneira de proteção do consciente. Ou seja, a violência institucionalizada é, de fato, uma representação escamoteada pelo culto à submissão feminina ainda vigente. A consequência dessa reflexão é o necessário e incontornável empoderamento das mulheres quanto aos seus corpos, direitos e acesso às políticas públicas de atenção ao parto humanizado.

Articulando uma visão holística sobre o fenômeno parto, como contribuição para os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao intraparto de risco habitual, as representações das mulheres apontam que, independentemente da via de parto ou instituição, a insatisfação é, na maioria, relacionada à falta de práticas humanizadas na assistência, como a adoção dos MNF para alívio da dor.

Considera-se que os passos metodológicos de delineamento da pesquisa foram apropriados na medida em que todos os objetivos foram alcançados. O método de descrição interpretativa favoreceu a hermenêutica de questões amplas, levando as RSs do intraparto de risco habitual satisfatórias ao determinar fatores culturais e raciais prevalentes.

Com base nessa atividade, pode-se avaliar a necessidade da validação de uma ferramenta clínica de triagem que seja mais focada no medo excessivo do parto e mais simples, para ser preenchida pelas mulheres e administrado pelos obstetras, facilitando o acesso ao tratamento para as mais necessitadas. Indiscutivelmente, o Brasil vem avançando no modelo de atenção centrado na mulher e no RN, como preconizado pela RC. Entretanto, desafios ainda permanecem e muitos esforços são necessários para melhorar a assistência ao parto de risco habitual e o nascimento de maneira equânime, integral e efetivo em Goiânia.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. **Representações sociais: Uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005.

ALVARENGA, M. B. **Partos após cesariana no Brasil: características sociodemográficas e obstétricas e desfechos maternos e neonatais**. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2022. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/52652/marina_barreto_alvarenga_ensp_me_st_dout_2022.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 20 dez. 2023.

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

BAUMAN, Z. **Confiança e medo na cidade**. Tradução Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: experiência vivida**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo: fatos e mitos**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.

BENTO, K. C. C.; MEDEIROS, B.; SIMPLÍCIO, L.; MAIA, J. S. Métodos não farmacológicos e o alívio da dor: os benefícios na percepção da parturiente. **Rev. Remecs**, São Paulo, v. 7, n. 13, p. 12-20, 2020. Disponível em:

<https://www.revistaremececi.com.br/index.php/remecs/article/view/967/974>. Acesso em: 20 jan. 2024.

BOERMA, T.; RONSMANS, C.; MELESSE, D. Y.; BARROS, A. J. D.; BARROS, F. C.; JUAN, L. *et al.* Epidemiologia global do uso e disparidades em cesarianas. **Lancet Glob Saúde**, [s. l.], v. 392, ed. 10155, p. 1.341-1.348, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7). Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: 1984. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de projeto programa de desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD)**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 18 ago. 2000a. Disponível no site:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 01 set. 2022.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Objetivos do desenvolvimento sustentável** (ODS), 2000b. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/desenvolvimento-sustentavel-e-meio-ambiente/134-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods>. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Ed. Port./Ing. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em 04. set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005**. Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, 2005b. Disponível no site: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/155-neonatologia?download=820:portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal>. Acesso em: 01 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: n. 121, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, v. 681, n. 81, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-39460>. Acesso em: 04 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/maio/brasil-reduziu-8-4-a-razao-de-mortalidade-materna-e-investe-em-acoes-com-foco-na-saude-da-mulher>. Acesso em: 04 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2022a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 03 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: Mortalidade materna no Brasil, 2009 a 2020**. Brasília: Ministério da saúde, v. 53, n. 20, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no20>. Acesso em: 04 dez. 2022.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Principais Questões sobre Classificação de Robson**: grupos, método de cálculo e valor de uso da classificação. Rio de Janeiro, 2022c. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-classificacao-de-robson-grupos-metodo-de-calculo-e-valor-de-uso/>. Acesso em: 04 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da população negra. **Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra**, v. 01, out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023/view>. Acesso em: 12 fev. 2024.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M.. *Tutorial para o uso do software de análise textual IRAMUTEQ*. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais> Acesso em: 12 jan 2024.

CALDERANI, E.; GIARDINELLI, L.; SCANNERINI, S.; ARCABASSO, S.; COMPAGNO, E.; PETRAGLIA, F.; RICCA, V. Tocophobia in the DSM-5 era: Outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. **J Psychosom Res.** v. 116, n. 37-43, 2019. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.11.012.

CRUZ, C. O. S. Gilberto Freyre's view of black women in casa grande & senzala: a critical look from a black perspective. **Rev. Textos Grad.** [s. l.], v. 7, n. 01, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/tg/article/download/36202/28835/94429>. Acesso em: 15 fev. 2024.

DELUMEAU, J. **História do medo no ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DESANTANA, J. M.; PERISSINOTTI, D. M. N.; OLIVEIRA JUNIOR, J. O.; CORREIA, L. M. F.; OLIVEIRA, C. M. de; FONSECA, P. R. B. **Revised definition of pain after four decades.** *Brjrp*, [s. l.], v. 3, n. 3, p.197-198, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.2020019>. Acesso em: 20 jan. 2024.

DOSTOIÉVSKI, F. **Os irmãos Karamázov**. São Paulo: 34, 2008.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Abril, 1978.

ELGZAR, W. T.; ALSHAHRANI, M. S.; IBRAHIM, H. A. Mode of delivery preferences: the role of childbirth fear among nulliparous women. **Front Psychol.**, [s. l.], v. 16, n. 14, 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1221133.

FAIRBROTHER, N.; ALBERT, A.; COLLARDEAU, F.; KEENEY, C. O questionário de medo do parto e o questionário de expectativa de parto wijma como ferramentas de triagem para fobia específica, medo do parto. **Int J Environ Res Saúde Pública**, Basel, v. 19, n. 8, p. 4647, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19084647.

FERNANDES, J. A.; CAMPOS, G. W. de S.; FRANCISCO, P. M. S. B. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde Em Debate**, [s. l.], v. 43, n. 121, p. 406-416, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912109>. Acesso em: 04 jan. 2024.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E.; BIFFE, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciências & Saúde Coletiva**: v. 20, n. 6, p. 1.869-1.868, 2015.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: O Uso dos Prazeres**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FRANCISCO, R. P. V. Taxa de mortalidade materna no Brasil cresce principalmente por falta de recursos. Escola Politécnica e o Instituto de Estudos Avançados. **Jornal da USP no ar**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=507177>. Acesso em: 04 dez. 2022.

HANUM, S. P.; MATTOS, D. V.; MATÃO, M. E. L.; MARTINS, C. A. Non-pharmacological strategies for pain relief in labor: effectiveness in the perspective of the parturient. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, Supl. 8, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110197>. Acesso em: 04 dez. 2022.

HERZOG, R. S.; FRANCISCO, R. P. V.; RODRIGUES, A. S. Óbitos de gestantes e puérperas [DATASUS]. **Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr)**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7303/syn42902915>. Acesso em: 12 fev. 2024.

HOBBSAWM, E. J. **A Era dos Extremos: O breve século XX - 1914-1991**. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.

HOBBSAWM, E. J. **A Era das Revoluções**. 9.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001.

KLEIN, B. E.; GOUVEIA, H. G. Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. **Cogitare Enferm**, [s. l.], v. 27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>. Acesso em: 04 dez. 2022.

LAFORTUNE, G.; CORTÉS, P. M.; MOSNIER, A.; FULLER, G.; DIAZ, M.; RICCABONI, A.; KLOKE-LESCH, A. *et al.* Europe Sustainable Development Report 2021: Transforming

the European Union to achieve the Sustainable Development Goals. **SDSN Europe and IEEP**. France: Paris, 2021.

LEMOS, A. C. A. B.; MENDONÇA, A. S.; GRACIANO, A. M.; FERNANDES, G. M.; CONTÃO, H. O.; SILVA, O. M. H. *et al.* Abordagem anestésica no parto cesáreo e controle da dor no pós-operatório. **Brazilian Journal of Health Review**, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/52286/39085>. Acesso em: 04 dez. 2022.

LESSA, M. S. A.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C.; SOARES, I. J., RODRIGUES, Q. P.; SANTOS, C. A. S. T.; NUNES, I. M. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 10, p. 3.881-3.890, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.01282022>. Acesso em: 04 dez. 2022.

LIMA, K. D.; LEWIS, L.; LYRA, T. M. “O escuro das cores, na pele afrodescendente, herdeira das dores”: dimensões do racismo no contexto de assistência ao parto. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2021.v31n1/e310119/pt>. Acesso em: 14 jan. 2024.

LOWY, I. Imperfect pregnancies: a history of birth defects & prenatal diagnosis Baltimore: **Johns Hopkins University Press**, 2017.

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y. T.; SARAIVA, S. S.; BOING, A. F.; GEREMIA, D. S. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>. Acesso em: 27 dez. 2022.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009.

MELO, D. E. B.; SILVA, S. P. C.; MATOS, K. K. C.; MARTINS, V. H. S. Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118546/37235-211034-1-pb.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MELO, R. S.; TOLEDO, S. F.; MENDES, A. B.; MELERATO, C. R.; MELLO, D. S. Medo do parto em gestantes. **FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 121-128, 2021. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ2021Z49Z2ZWeb.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2024.

MENDES, R. B.; SANTOS, J. M. de J.; PRADO, D. S.; GURGEL, R. Q.; BEZERRA, F. D. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>. Acesso em: 02 jan. 2024.

MENIN, M. S. S. Representação social e estereótipo: A zona muda das representações sociais. **Teoria e Pesquisa**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1-26, 2006.

MOREIRA, M. A.; FERREIRA, T. L. Representações sociais de puérperas sobre o trabalho de parto vivido. **Fundamentos da Enfermagem**, [s. l.], v. 01, p. 152-153, 2019.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: Investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2015.

NILSSON, C.; HESSMAN, E.; SJÖBLOM, H.; DENCKER, A.; JANGSTEN, E.; MOLLBERG, M.; PATEL, H.; SPARUD-LUNDIN, C.; WIGERT, H.; BEGLEY, C. Definições, medidas e prevalência do medo do parto: uma revisão sistemática. **BMC Gravidez e Parto**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 28, 2018. DOI: 10.1186/s12884-018-1659-7.

O'CONNELL, M. A.; LEAHY-WARREN, P.; KHASHAN, A. S.; KENNY, L. C.; O'NEILL, S. M. Prevalência mundial de tocofobia em mulheres grávidas: uma revisão sistemática e meta-análise. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, [s. l.], v. 96, n. 8, p. 907-920, 2017. DOI: 10.1111/aogs.13138.

OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C.; GOMES, A. M. T.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; CAMARGO, Brigido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia (Orgs). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária. 2005, p573-603.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>. Acesso em: 15 fev. 2024.

OLZA, I.; LEAHY-WARREN, P.; BENYAMINI, Y.; KAZMIERCZAK, M.; KARLSDOTTIR, S. I.; SPYRIDOU, A.; CRESPO-MIRASOL, E.; TAKÁCS, L.; HALL, P. J.; MURPHY, M.; *et al.* Experiências psicológicas das mulheres no parto fisiológico: uma metassíntese. **BMJ aberto**, [s. l.], v. 8, 2018. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020347.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 20 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Brasília: OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Organização Pan-Americana da Saúde (Brasil). **Folha informativa - Mortalidade materna**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folhainfor-mativa-mortalidadematerna&Itemid=820. Acesso em: 04 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: Publicação da OPAS, 2002.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 14, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>. Acesso em: 04 jan. 2024.

PEDRA, S. R. F. F.; ZIELINSKY, P.; BINOTTO, C. N.; MARTINS, C. N.; FONSENCA, E. S. V. B.; GUIMARÃES, I. C. B. *et al.* Diretriz Brasileira de Cardiologia Fetal. Brazilian Fetal Cardiology Guidelines. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 112, n. 5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20190075>. Acesso em: 04 jan. 2024.

PHUNYAMMALEE, M.; BUAYAEM, T.; BORIBOONHIRUNSARN, D. Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. **J Obstet Gynaecol.**, [s. l.], v. 39, n. 6, p. 763-767, 2019. DOI: 10.1080/01443615.2019.1584885.

PIRES, R. C. R.; SILVEIRA, V. N. C.; LEAL, M. C.; LAMY, Z. C.; SILVA, A. A. M. Tendências temporais e projeções de cesariana no Brasil, macrorregiões administrativas e unidades federativas. **Ciênc. saúde coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 07, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.14152022>. Acesso em: 04 jan. 2024.

PRISCILA, S. F. **Família monoparental feminina**: Desafios de ser mãe solo. Dissertação (Mestrado em Educação Sexual) – Universidade Estadual de São Paulo, Araraquara, 2022. Disponível em: https://agendapos.fclar.unesp.br/agenda-pos/educacao_sexual/5832.pdf. Acesso em: 05 jan. 2024.

RAJA, S. N.; CARR, D. B.; COHEN, M.; FINNERUP, N. B.; FLOR, H.; GIBSON, S. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, [s. l.], v. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>. Acesso em: 05 jan. 2024.

RAMALHO, K. S.; SILVA, S. T.; LIMA, S. M.; SANTOS, M. A. Política de saúde da mulher à integralidade: Efetividade ou possibilidade? **Cadernos de Graduação**, Maceió, v. 1, n.1, p. 11-22, 2012.

ROBSON, M.; HARTIGAN, L.; MURPHY, M. Métodos para alcançar e manter uma taxa de cesariana adequada. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.**, [s. l.], n. 27, p. 297-308, 2013. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004. Acesso em: 30 out. 2023.

ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde Em Debate**, [s. l.], v. 44, n. 125, p. 556-568, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>. Acesso em: 30 out. 2023.

RODRIGUES, E. S. F.; FERREIRA, E. S. Uso do partograma como ferramenta de redução de intervenções: Um relato de experiência. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10536/4334>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 2, n. 2, 1988. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/87280>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SILVA, T. J. P.; QUEIROZ, M. V. O. Percepções de gestantes adolescentes sobre o acolhimento e classificação de risco obstétrico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro,

v. 30, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.67149>. Acesso em: 03 jan. 2024.

SILVA, Y. A. P.; ARAÚJO, F. G.; AMORIM, T.; MARTINS, E. F.; FELISBINO-MENDES, M. S. Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>. Acesso em: 03 jan. 2024.

SIMMEL, Georg. **Religião: ensaios**. v. 1-2. São Paulo: Olha D'Água, 2010.

SOUZA, F. M. L. C.; SANTOS, W. N.; SANTOS, R. S. C.; RODRIGUES, O. B.; SANTIAGO, J. C. D.; SILVA, R. A. R. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado / Technologies appropriate to humanized labor process. **Enferm. Foco**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 118-124, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016230>. Acesso em: 21 jan. 2024.

SOUZA, K. C. R.; SILVA, T. P. R.; DAMASCENO, A. K. C.; MANZO, B. F.; SOUZA, K. V.; FILIPE, M. M. L.; MATOZINHOS, F. P. Coexistence and prevalence of obstetric interventions: an analysis based on the grade of membership. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 618, 2021.

TAMBELLI, R.; BALLAROTTO, G.; TRUMELLO, C.; BABORE, A. Transição para a maternidade: um estudo sobre a associação entre sintomas somáticos durante a gravidez e sintomas de ansiedade e depressão pós-parto. **Int J Environ Res Saúde Pública**, [s. l.], v. 19, n. 19, 2022. DOI: 10.3390/ijerph191912861.

TEODORO, I. P. P.; REBOUÇAS, V. C. F.; THORNE, S. E.; SOUZA, N. K. M.; BRITO, L. S. A.; ALENCAR, A. M. P. G. Descrição interpretativa: uma abordagem metodológica viável para uma pesquisa em enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0287>. Acesso em: 20 jan. 2024.

TRIGUEIRO, T. H.; PARDO, H. N.; BERTELONI, G. M. A.; FRANCO, C. S.; WALL, M. L.; SOUZA, S. R. R. K. O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: Uma revisão de escopo. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, [s. l.], v. 25, 2021. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100405#B3 Acesso em: 18 nov. 2023.

VALE, L. S.; ARAÚJO, H. I. M. A escolha do tipo de parto e as vantagens do parto vaginal à parturiente. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, [s. l.], v. 6, n. 13, 2023. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/806/743>. Acesso em: 15 jan. 2024.

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; SCHMIDT, M. I.; PAIM, J.; BASTOS, M. I. *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, [s. l.], p. 90-102, 2011.

WACHELKE, J.; WOLTER, R.; MATOS, F. R. Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. **Liberabit.**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 153-160, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v22n2/a03v22n2.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care**. Geneva, 2021. Disponível em:

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 17 jan. 2024.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, do Projeto de Pesquisa desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Meu nome é Marcella Marques de Almeida Cáceres, sou Enfermeira obstetra, Mestranda em Atenção à Saúde e a Pesquisadora responsável.

Informações da Pesquisa

Título: NASCER EM GOIÂNIA: As representações sociais de mulheres acerca da atenção obstétrica recebida no intraparto de risco habitual.

Equipe de Pesquisadoras

Pesquisadora responsável: Marcella Marques de Almeida Cáceres, fone (62) 3946-1261, e-mail yiver.pedro.igor@gmail.com.

Pesquisadora orientadora: Professora Dr^a. Maria Eliane Liégio Matão, fone (62) 3946-1261, e-mail liegio@ih.com.br.

Avaliador da Presente Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiás, telefone: (62) 3946-1412, funcionamento: 8h às 12h e 13h às 17h de segunda à sexta-feira.

No caso de aceitar participar do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da Pesquisadora responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras. Se a dúvida for sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o comitê avaliador, cujos contatos estão acima registrados.

O motivo que nos leva a propor essa pesquisa é a importância de trazer presente o pensamento acerca da sua experiência de parto e da assistência obstétrica que recebeu. Tem por objetivo registrar e analisar suas expressões sobre o atendimento recebido durante o parto. O procedimento da coleta de dados será por questionários semiestruturados que você responderá e que também serão registrados em gravação de áudio com o seu consentimento. O tempo estimado para a entrevista é quarenta e cinco minutos. A qualquer momento você poderá deixar de participar do estudo, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo, ou seja, esta decisão não produzirá nenhuma penalização.

Os **benefícios** que você obterá com a sua participação nesta pesquisa são de ordem indireta. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher durante o parto.

Acredita-se que **riscos** em razão de sua participação sejam **mínimos**, estes por relembra vivências não prazerosas que se configurem sofrimento emocional. Para minimizar este risco, a pesquisadora e/ou equipe estará atenta aos menores sinais de desconforto que possam ser manifestados. Caso isso ocorra, ou seja, você se sentir desconfortável ou qualquer mal-estar psicológico devido a sua participação na pesquisa, imediatamente, sua participação será interrompida e será oferecido o apoio que se fizer necessário.

Para evitar e/ou reduzir os riscos de sua participação o tema será abordado com delicadeza e cautela. Sua participação ocorrerá em local que garanta sua privacidade, bem como não há necessidade de identificação, ficando assegurados o sigilo das informações fornecidas.

Se precisar de atendimento, será encaminhada para assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa. Destacamos que em todos os casos, todo o ônus financeiro será de responsabilidade dos pesquisadores. Esclarecemos que se você sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a pleitear indenização.

Você poderá deixar de participar deste estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Nesse caso, deverá entrar em contato com a Pesquisadora responsável nos contatos (telefone/e-mail) acima apresentados e solicitar a retirada de seus dados coletados na pesquisa.

O material e os dados da pesquisa serão utilizados, exclusivamente, para a finalidade prevista no seu protocolo. Os dados da pesquisa serão mantidos sob a guarda e responsabilidade da Pesquisadora responsável por um período de cinco anos após o término da pesquisa. Passando este período todo arquivo impresso será incinerado e o banco de dados virtual deletado. Ao término da pesquisa você terá garantido o acesso aos resultados obtidos com a mesma.

Sua participação é voluntária e gratuita e não estão previstos a ocorrência de gastos. Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira por sua participação neste estudo, mas caso você e/ou seu acompanhante tenham algum gasto decorrente do mesmo este será ressarcido pela Pesquisadora responsável.

Informamos também que os resultados da pesquisa serão divulgados somente para fins científicos, primeiramente em forma de dissertação com posterior elaboração de artigos e participação em congressos e que serão disponibilizados nos seus respectivos anais (armazenamento on-line).

Declaração da Pesquisadora

A Pesquisadora responsável por este estudo também declara que cumprirá com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios oriundos da sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo, a qualquer momento, será respeitada; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar dessa pesquisa; e que acatará decisões judiciais que possam suceder.

Declaração da Participante

Eu _____, abaixo assinado, discuti com a Marcella Marques de Almeida Cáceres e/ou sua equipe sobre minha decisão em participar como voluntária do estudo NASCER EM GOIÂNIA: As representações sociais de mulheres acerca da atenção obstétrica recebida no intraparto de risco habitual. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados da pesquisa e ao acompanhamento psicológico, se necessário. Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, ____ , de _____ , de _____

Assinatura da Pesquisadora

CPF

Assinatura da Participante

CPF

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE EVOCAÇÕES

QUESTIONÁRIO | ____ / ____ |

1) Quais são as palavras ou expressões que vêm à sua cabeça **QUANDO VOCÊ** escuta ou pensa na palavra **PARTO**?

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

2) **JUSTIFIQUE** as 2 primeiras respostas acima?

1 _____

2 _____

3) Quais são as palavras ou expressões que vêm à sua cabeça **QUANDO VOCÊ** pensa ou escuta **INTERVENÇÕES NO PARTO**¹?

4) Justifique sua resposta.

5) Como você acredita que **DEVE SER** um parto **SEM INTERVENÇÕES**?

¹ O termo conduta intervencionista foi substituído por intervenções no parto para melhor compreensão das mulheres entrevistadas.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO OBSTÉTRICO PARTO NORMAL

PARTE I - SOCIOECONOMICO

1. Horário de início da Aplicação: _ _ : _ _ _	2. Data: _ _ / _ _ / _ _ _
QUESTIONÁRIO _ _ _	

I. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

01. Data de nascimento ___/___/_____ 02. Qual sua idade? _____
03. A sua cor da pele é... (ler as alternativas) ()Branca ()Preta ()Parda/morena/mulata ()Amarela/oriental ()Indígena
04. Qual a sua naturalidade:
05. Escolaridade: ()ensino fundamental incompleto ()ensino fundamental completo ()ensino médio incompleto ()ensino médio completo ()ensino superior incompleto ()ensino superior completo ()pós-graduação
06. Qual a sua religião? ()católica ()protestante/evangélica ()espírita ()outra ()sem religião
07. Qual a sua atividade profissional?
08. Estado civil: ()solteira ()casada ()divorciada/separada ()união estável
09. Qual o município de sua residência? _____
10. Profissão:

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1. Total de gestações () Número de filhos vivos () Número de abortos ()
2. Tipo da última gestação: única () Gemelar ()
3. Tipo do último parto: Normal () Cesarea ()
4. Local do último parto: Rede Pública () Rede Privada () Outra: _____

PARTE II - ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA INTRAPARTO

Agora, as perguntas são referentes ao parto (hora do nascimento mesmo).

Sobre o Pré-Natal:

1. Fez o acompanhamento?	
(<input type="checkbox"/>) Não (responda a questão 01-A) (<input type="checkbox"/>) Sim (responda as questões 01-B/01-C e 01-D)	
01-A Comente porque não fez o acompanhamento: <hr/> <hr/>	01-B Quantas consultas? <hr/> 01-C Profissional que teve participação (Pode marcar + de 1): (<input type="checkbox"/>) Enfermeiro(a) (<input type="checkbox"/>) Médico(a) Outro _____ 01-D O atendimento foi: (<input type="checkbox"/>) SUS (<input type="checkbox"/>) Plano de Saúde (<input type="checkbox"/>) Particular
2. Na consulta, foi permitida a presença de acompanhante da sua escolha?	
(<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim	
Comente a sua resposta: <hr/> <hr/>	

Parto Normal:

Sobre o Trabalho de Parto:

01. Você entrou em trabalho de parto espontâneo?	
(<input type="checkbox"/>) Não (responda a questão 01-A) (<input type="checkbox"/>) Sim (responda a questão 01-B)	
01-A As contrações uterinas iniciaram após a colocação de medicamento no fundo vaginal? (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim	01-B Durante o trabalho de parto, foi colocada medicação na veia para ajudar acelerar as contrações? (<input type="checkbox"/>) Não sei (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim
02. Foi oferecido algum alimento (suco, bolacha, pão, chá, almoço, jantar ou outro)?	
(<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim	
Comente a sua resposta: <hr/> <hr/>	
03. Foi oferecido algum método para alívio da dor, (Por exemplo: bola, chuveiro, massagem, aromaterapia, outro).	
(<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim	
Comente a sua resposta: <hr/> <hr/>	

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
04. Sobre analgesia: Foi oferecida? () Não () Sim Foi realizada? () Não () Sim										
05. Foi permitido andar? () Não () Sim Comente a sua resposta: <hr/> <hr/> <hr/>										
06. Comente sobre a realização do toque vaginal no período: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
07. A bolsa amniótica rompeu espontaneamente? () Não (responda a questão 07-A) () Sim (responda a questão 07-B)										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">07-A Comente como foi?</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">07-B Comente como foi:</td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> <tr> <td><hr/></td> <td><hr/></td> </tr> </table>	07-A Comente como foi?	07-B Comente como foi:	<hr/>							
07-A Comente como foi?	07-B Comente como foi:									
<hr/>	<hr/>									
<hr/>	<hr/>									
<hr/>	<hr/>									
<hr/>	<hr/>									
08. Comente sobre a variação dos batimentos cardíacos do feto no período: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
09. Durante o parto, foi permitida a presença de acompanhante da sua escolha? () Não () Sim Comente a sua resposta: <hr/> <hr/>										
10. Qual a duração? _____										

Sobre o pré-natal:

1 O profissional de saúde que atendeu na maternidade foi o mesmo que acompanhou o pré-natal? () Não () Sim Comente a sua resposta: <hr/>

Sobre o Parto:

<p>1. Com quantos semanas ou meses de gestação ocorreu o parto?</p> <p>_____</p>
<p>2. Quem fez o parto?</p> <p>() Médico (a)</p> <p>() Enfermeiro (a)</p> <p>() Parteira</p> <p>() Estudante</p> <p>() Não sei, porque o profissional de saúde não se apresentou</p> <p>() Não sei, porque pariu sozinha</p> <p>() Outro, qual _____</p>
<p>03. Foi para outra sala na hora de ter seu bebê?</p> <p>() Não () Sim</p> <p>Comente a sua resposta:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>04. Você pôde escolher a posição para ter seu bebê?</p> <p>() Não () Sim</p> <p>Comente a sua resposta:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>05. Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?</p> <p>() Deitada de costas com as pernas levantadas</p> <p>() Deitada de lado</p> <p>() Sentada / reclinada</p> <p>() Na banheira</p> <p>() Com quatro apoios</p> <p>() De cócoras</p> <p>() De pé</p>
<p>06. Alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (Manobra de Kristeller)</p> <p>() Não () Sim</p> <p>Comente a sua resposta:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

<p>1. Gostaria de acrescentar alguma informação? () Não () Sim,</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>03. Horário do término: ____ ____ : ____ ____ </p>
<p>04. Observações da pesquisadora.</p>

Agradecer a participação na entrevista e lembrar que estará a disposição caso ela precise.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO OBSTÉTRICO PARTO COM CESÁREA

PARTE I - SOCIOECONÔMICO

1. Horário de início da Aplicação: __ _ _ : __ _ _	2. Data: __ _ _ / __ _ _ / __ _ _
QUESTIONÁRIO __ _ _	

I. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

01. Data de nascimento ___/___/_____ 02. Qual sua idade? _____
03. A sua cor da pele é: ()Branca ()Preta ()Parda/morena/mulata ()Amarela/oriental ()Indígena
04. Qual a sua naturalidade:
05. Escolaridade: ()ensino fundamental incompleto ()ensino fundamental completo ()ensino médio incompleto ()ensino médio completo ()ensino superior incompleto ()ensino superior completo ()pós-graduação
06. Qual a sua religião? ()católica ()protestante/evangélica ()espírita ()outra ()sem religião
07. Qual a sua atividade profissional?
08. Estado civil: ()solteira ()casada ()divorciada/separada ()união estável
09. Qual o município de sua residência? _____
10. Profissão:

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1. Total de gestações () Número de filhos vivos () Número de abortos ()
2. Tipo da última gestação: única () Gemelar ()
3. Tipo do último parto: Normal () Cesarea ()
4. Local do último parto: Rede Pública () Rede Privada () Outra: _____

PARTE II - ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA INTRAPARTO

Agora, as perguntas são referentes ao parto (hora do nascimento mesmo).

Sobre o Pré-Natal:

1. Fez o acompanhamento?	
(<input type="checkbox"/>) Não (responda a questão 01-A) (<input type="checkbox"/>) Sim (responda as questões 01-B/01-C e 01-D)	
01-A Comente porque não fez o acompanhamento: <hr/> <hr/>	01-B Quantas consultas? _____ 01-C Profissional que teve participação (Pode marcar + de 1): (<input type="checkbox"/>) Enfermeiro(a) (<input type="checkbox"/>) Médico(a) Outro _____ 01-D O atendimento foi: (<input type="checkbox"/>) SUS (<input type="checkbox"/>) Plano de Saúde (<input type="checkbox"/>) Particular
2. Na consulta, foi permitida a presença de acompanhante da sua escolha?	
(<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim	
Comente a sua resposta: _____	

Parto com Cesárea:

Sobre o Trabalho de Parto:

1. Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana?
(<input type="checkbox"/>) No pré-natal (<input type="checkbox"/>) Durante internação como gestante (<input type="checkbox"/>) Na admissão (<input type="checkbox"/>) No pré-parto (<input type="checkbox"/>) Já na sala de parto
2. Participou da opção por cesariana?
(<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim
Comente a sua resposta: _____
3. A cesariana foi marcada com antecedência?
(<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim
Comente a sua resposta: _____
4. Entrou em trabalho de parto?
(<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim
Comente a sua resposta: _____
5. Em qual idade gestacional foi realizada? _____
6. Sabe dizer qual foi a razão da cesariana?
(<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim
Comente a sua resposta: _____

APÊNDICE E – DICIONÁRIO DE EVOCAÇÕES

DICIONÁRIO DE EVOCAÇÕES AO TERMO INDUTOR PARTO	
CATEGORIAS	EXPRESSÕES EVOCADAS
Amor	Amor incondicional
Cuidado	Amamentação; Puerpério; Apoio; Humanizado; Rápido; Solidão.
Deus	Fé; Força; Gratidão; Bênção; Único; Presente de Deus.
Medo	Desespero; Pavor; Tensão; Calma; Acabou pra mim; Angústia; Terror; Ansiedade; Nervosismo; Insegurança; Taquicardia; Demora.
Dor	Doloroso; Contrações; Cansaço; Difícil; Dificuldade; Sofrimento; Comprimido.
Renascimento	Nascimento; Luz; Prematuro; Choro; Vida; Vida nova.
Realização	Experiência única; Emoção; Alegria; Maravilhoso; Feliz; Felicidade; Tranquilidade; Tranquilo; Calmaria; Milagre; Saudável; Bom; Passagem; Renúncia.
Superação	Resiliência; Resistência; Dedicção; Transformação.
Expectativa	Surpresa.
Violência	Trauma; Invasivo; Tristeza; Revolta.
Emocionada	Renúncia; Maternidade; Gratificante; Espera; Liberdade.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – PUCGO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NASCER EM GOIÂNIA: As representações sociais de mulheres acerca da atenção obstétrica recebida no intraparto de risco habitual.

Pesquisador: Marcella Marques de Almeida Cáceres

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64584322.8.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goias

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.779.747

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado do programa Atenção à Saúde, será um estudo com abordagem descritiva interpretativa, exploratória, com abordagem qualitativa e fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS). Participarão deste estudo 100 mulheres, com idade entre 20 a 35 anos, de que experienciaram o parto normal ou cesárea nos últimos doze meses e que estiverem no Centro Municipal de Vacinação para imunização dos filhos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Analisar as representações sociais de mulheres que vivenciaram o intraparto de risco habitual.

Objetivos Secundários

*Conhecer as representações sociais de mulheres acerca do parto e da assistência obstétrica recebida em diferentes espaços;

*Descrever condutas obstétricas de intervenções tradicionais de rotina durante o período parturitivo;

*Descrever as práticas obstétricas utilizadas no trabalho de parto e parto e classificá-las segundo o modelo de assistência preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.779.747

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, as pesquisadoras afirmam que há o risco mínimo e que seria relacionado ao relembrar vivências não prazerosas que se configurem sofrimento emocional. As pesquisadoras garantem assistência integral e gratuita por danos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios decorrentes da participação na pesquisa.

Os benefícios apontados são indiretos e poderá se estender a população que necessitará do atendimento obstétrico, contribuirá para ações de educação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo com abordagem descritiva interpretativa, exploratória, com abordagem qualitativa e fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam na plataforma Brasil todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as questões éticas foram atendidas, portanto o projeto foi considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, o mesmo decide considerar o projeto APROVADO.

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de

Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 5.779.747

pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2015319.pdf	15/11/2022 19:11:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Nascer_em_goiania_12_11.pdf	12/11/2022 12:03:35	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Outros	Carta_Coparticipacao_SMS_Nascer_em_Goiania.pdf	12/11/2022 11:43:14	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Outros	RESPOSTA_A_PENDENCIA.pdf	12/11/2022 11:23:49	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DISSERTACAO_Nascer_em_goiania_23_10.pdf	23/10/2022 17:28:31	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Declaração de concordância	termo_de_anuencia_Nascer_em_Goiania_PPGMAS_assinado.pdf	23/10/2022 16:57:57	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Nascer_em_Goiania.pdf	23/10/2022 16:54:39	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_responsabilidade_Nascer_em_Goiania.pdf	23/10/2022 16:53:14	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Cronograma	Cronograma_Nascer_em_Goiania.pdf	21/10/2022 19:15:01	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Orçamento	Orcamento_Nascer_em_Goiania.pdf	21/10/2022 19:14:44	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Orientadora.pdf	21/10/2022 19:04:37	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Mestranda.pdf	21/10/2022 19:01:57	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 26 de Novembro de 2022

Assinado por:
Vania Rodriguez
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – HMDI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NASCER EM GOIÂNIA: As representações sociais de mulheres acerca da atenção obstétrica recebida no intraparto de risco habitual.

Pesquisador: Marcella Marques de Almeida Cáceres

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64584322.8.3001.8058

Instituição Proponente: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE (Goiânia)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.867.063

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado do programa Atenção à Saúde, será um estudo com abordagem descritiva interpretativa, exploratória, com abordagem qualitativa e fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS). Participarão deste estudo 100 mulheres, com idade entre 20 a 35 anos, de que experienciaram o parto normal ou cesárea nos últimos doze meses e que estiverem no Centro Municipal de Vacinação para imunização dos filhos

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Analisar as representações sociais de mulheres que vivenciaram o intraparto de risco habitual.

Objetivos Secundários

*Conhecer as representações sociais de mulheres acerca do parto e da assistência obstétrica recebida em diferentes espaços;

*Descrever condutas obstétricas de intervenções tradicionais de rotina durante o período parturitivo;

*Descrever as práticas obstétricas utilizadas no trabalho de parto e parto e classificá-las segundo o modelo de assistência preconizado pela Organização Mundial da Saúde

Endereço: EMILIO POVOA, n. 51 - 1º andar - sala 12

Bairro: VILA REDENCAO

CEP: 74.845-250

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3956-8860

E-mail: cep@hmdi.com.br



Continuação do Parecer: 5.867.063

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos em razão da participação serão mínimos, estes por lembrar vivências não prazerosas que se configurem sofrimento emocional. Para minimizar este risco, a pesquisadora procederá sua participação com cautela e atenta aos menores sinais de desconforto que possam ser manifestados. Caso isso ocorra a entrevista será interrompida imediatamente e a pesquisadora oferecerá o apoio que se fizer necessário. Se precisar de atendimento, será encaminhada para assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa. Destacamos que em todos os casos, todo o ônus financeiro será de responsabilidade dos pesquisadores. Para evitar e/ou reduzir os riscos da participação, o tema será abordado com delicadeza e cautela. A participação da referida Unidade, na pesquisa descrita acima, será restrita à autorização para o uso do espaço físico para a coleta de dados, onde ocorrerá a aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas. A pesquisa será totalmente direcionada as mulheres que derem a devida autorização (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). Não há previsão de qualquer solicitação de recurso financeiro, documentos oficiais, prontuários ou abordagem aos funcionários.

Benefícios:

Os benefícios que a participante obterá nesta pesquisa são de ordem indireta e poderão se estender a população que necessitarão do atendimento obstétrico, uma vez que potencialmente os resultados obtidos poderão contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher durante o parto. Por outro lado poderá contribuir para ações de educação menos intervencionistas por parte dos profissionais assistencialistas. Ainda, é possível atribuir à esta pesquisa, se constituir em ação proativa para as políticas públicas que visam diminuir taxas de morbimortalidade materna e neonatal, consequentemente, com reflexo positivo para o alcance das metas internacionais traçadas para o país. Por outro lado poderá contribuir para ações de educação permanente aos profissionais que atuam nesta área. A pesquisa irá

Endereço: EMILIO POVOA, n. 51 - 1º andar - sala 12
Bairro: VILA REDENCAO **CEP:** 74.845-250
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3956-8860 **E-mail:** cep@hmdi.com.br



Continuação do Parecer: 5.867.063

protagonizar as ações obstétricas vigentes na capital à expressão desse grupo goianiense, sine qua non para a avaliação da qualidade em saúde do município. Permitirá que o nascer em Goiânia seja visibilizado pela gestão com um novo olhar sobre as práticas obstétricas cotidianas, possibilitando identificar possíveis lacunas passíveis de aperfeiçoamento no atendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto não apresenta óbices éticos. Aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam na plataforma Brasil todos os termos de apresentação obrigatória

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

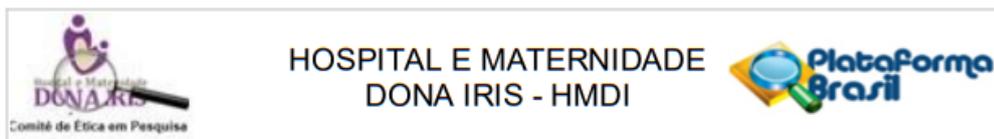
1. A aprovação deste, conferida pelo CEP HMDI, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Nascer_em_goiania_12_11.pdf	12/11/2022 12:03:35	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Outros	Carta_Coparticipacao_SMS_Nascer_em_Goiania.pdf	12/11/2022 11:43:14	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Outros	RESPOSTA_A_PENDENCIA.pdf	12/11/2022	Marcella Marques	Aceito

Endereço: EMILIO POVOA, n. 51 - 1º andar - sala 12
Bairro: VILA REDENCAO **CEP:** 74.845-250
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3956-8860 **E-mail:** cep@hmdi.com.br



Continuação do Parecer: 5.867.063

Outros	RESPOSTA_A_PENDENCIA.pdf	11:23:49	de Almeida Cáceres	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DISSERTACAO_Nascer_em_goiania_2 3_10.pdf	23/10/2022 17:28:31	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Orientadora.pdf	21/10/2022 19:04:37	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Mestranda.pdf	21/10/2022 19:01:57	Marcella Marques de Almeida Cáceres	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 27 de Janeiro de 2023

Assinado por:

Patrícia Gonçalves Evangelista Marçal
(Coordenador(a))

Endereço: EMILIO POVOA, n. 51 - 1º andar - sala 12

Bairro: VILA REDENCAO

CEP: 74.845-250

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3956-8860

E-mail: cep@hmdi.com.br