

Grau de conhecimento das gestantes do serviço público sobre parto humanizado

Level of knowledge of pregnant women in the public service about humanized birth

Amanda Basílio Bastos dos Santos¹, Enaldo Vieira de Melo², Júlia Maria de Gonçalves Dias², Rayssa da Nóbrega Didou¹, Rodrigo Almeida Santiago de Araujo¹, Willas de Oliveira Santos¹, Lorena Barreto Araújo¹

¹Curso de Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS) - Aracaju (SE), Brasil.

²Departamento de Medicina, UFS - Aracaju (SE), Brasil.

DOI: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v44i3.1393>

RESUMO

Introdução: A conscientização das gestantes é fundamental para experiências positivas de parto. **Objetivo:** Avaliar o grau de conhecimento das gestantes em dois serviços públicos sobre parto humanizado. Caracterizar epidemiologicamente a população estudada. **Métodos:** Estudo descritivo realizado entre julho e agosto de 2017. Amostra com 297 gestantes foram selecionadas 200 após aplicação dos critérios de exclusão. Utilizados testes estatísticos de associações de variáveis (Qui-quadrado e Exato de Fisher). **Resultados:** A média de idade das gestantes foi 26,6 anos. A maioria era procedente do interior do estado (72,5%), com renda até um salário mínimo (90,5%), e com mais de oito anos de estudo (62,5%). 71% iniciaram pré-natal até o primeiro trimestre e o pré-natal foi conduzido por médico em 72% dos casos. 71% preferiam parto normal e 44% tinha medo de cesárea. Profissional pré-natalista não ofereceu informações para 66,5%. 30,5% conhecia parto humanizado, destas 83,6% apresentaram conceito adequado. Houve associação entre conhecimento sobre parto humanizado e procedência (Aracaju) ($p=0,03$), maior renda ($p=0,02$), menor ocorrência de aborto ($p=0,04$), médico pré-natalista ($p=0,04$) preferência pelo parto vaginal ($p=0,04$). Dentre as que não conheciam o parto humanizado houve associação de respostas corretas com a maior renda ($p=0,03$) e anos estudados ($p=0,02$) e médico pré-natalista ($p=0,01$). **Conclusão:** A maioria desconhecia o parto humanizado, era procedente do interior com menor renda, preferência por parto normal, sem informações quanto aos tipos de parto pelo profissional executante (na maioria médicos), quem conhecia adequadamente. Conceitos adequados sobre parto humanizado mesmo na ausência de informação prévia associaram-se às variáveis sócioeconômico e pré-natal.

Palavras-chave: parto humanizado; gestantes; parto obstétrico; conhecimento; humanização da assistência.

ABSTRACT

Introduction: The awareness of pregnant women is fundamental to positive birth experiences. **Objective:** To analyze the level of knowledge on humanized birth of pregnant women from two public services and characterize the sample epidemiologically. **Methods:** Descriptive study using questionnaire between June and August 2017. Sample with 297 pregnant women being selected 200 after applying the exclusion criteria. Association test of variables were used (Chi-square and Fisher's exact test). **Results:** Mean age was 26.6 years. Majority were from countryside (72.5%), income up to a minimum wage (90.5%) and more of eight years of education (62.5%). 71% started prenatal care in the first trimester and it was conducted by physician in 71% of cases. 71% preferred vaginal delivery and 44% related fear of cesarean. Prenatal professional in charge did not provide information for 66.5%. 30.5% have heard about humanized childbirth, among these, 83.6% showed adequate concepts. Associations were observed between prior knowledge of humanized childbirth and origin (Aracaju) ($p=0.03$), higher income ($p=0.02$), lower abortion incidence ($p=0.04$), prenatal physician ($p=0.04$) and preference for normal childbirth ($p=0.04$). Among women without previous knowledge on humanized childbirth there association of correct concept with higher income ($p=0.03$), schooling ($p=0.02$) and prenatal physician ($p=0.01$). **Conclusion:** The majority did not know about humanized delivery, were from the countryside with lower income, preference for normal birth, were not informed on the types of delivery by the professional practitioner (in majority doctors), whom knew properly. Adequate concepts about humanized childbirth, even in the absence of prior information, were associated to socio-economic and prenatal variables.

Keywords: humanizing delivery; pregnant women; delivery, obstetric; knowledge; humanization of assistance.

Recebido em: 15/07/2018

Revisado em: 21/01/2019

Aprovado em: 28/03/2019

Autor para correspondência: Julia Maria Gonçalves Dias - Universidade Federal de Sergipe - Departamento de Medicina - Rua Cláudio Batista, s/n - Santo Antônio - CEP: 49060-100 - Aracaju (SE), Brasil. E-mail: dias_jmg@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar

INTRODUÇÃO

Os movimentos sociais, a exemplo do movimento social feminista, tiveram grande importância, pois contribuíram não só com críticas ao sistema de atenção à saúde da mulher, como também na conscientização das gestantes, parceiros e profissionais da área de saúde, sendo de fundamental importância a compreensão dos cuidados no parto¹. Por volta do século XXI, o parto domiciliar foi sendo substituído pelo parto institucionalizado e a assistência continuada à mulher foi se tornando cada vez mais restrita. O que acabou contribuindo para a desumanização da assistência ao parto e consequentemente das experiências vivenciadas².

A busca por mudanças na rotina de atenção ao parto e tudo que ele representa para gestante, é justificável pela adoção de técnicas e meios que se apresentam acima da própria gestante, tornando-a submissa às condutas definidas e transformando-as em meros figurantes no cenário do nascimento³.

A qualidade da assistência prestada e as experiências vivenciadas pelas parturientes durante o trabalho de parto e nascimento influenciam nos resultados maternos e neonatais⁴.

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa para a Humanização do Cuidado Prenatal e do Parto em 6 de janeiro de 2000. O programa engloba a assistência durante a gestação, parto e puerpério, com o objetivo de se tornar uma garantia dos direitos civis das mulheres durante o período que engloba a maternidade⁵.

O progresso da medicina proporcionou ao parto cesáreo, técnicas mais seguras que possibilitam um procedimento adequado para mulheres que apresentam razões médicas, mesmo ainda não sendo anulada por completo a morbidade do ato cirúrgico o que expõe as mães e as crianças a grandes riscos⁶⁻⁸.

No estudo realizado por Pinheiro *et al.*⁹, foi destacado que o parto normal pode ser vivenciado de duas formas, como uma experiência prazerosa, de satisfação, ou como algo traumático, vindo a se tornar algo que jamais desejariam que ocorresse outra vez. O parto com uma melhor assistência se torna uma intervenção vital para salvar vidas¹⁰.

Parto humanizado é um modelo alternativo ao tecnocrático que passou a ser instituído há algumas décadas. Para alguns estudiosos, o parto humanizado é descrito como respeito aos valores, cultura, crença e dignidade de uma mulher, e também o desejo de controle sobre o parto onde se percebe a contribuição do nascimento e as decisões relacionadas¹¹.

Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de conhecimento de gestantes atendidas no serviço público com relação ao parto humanizado e verificar associações a fatores socioeconômicos e do pré-natal.

MÉTODOS

Estudo descritivo, prospectivo, observacional, transversal. Foi realizado no Ambulatório de Pré-natal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher de Sergipe, no período de julho a agosto de 2017. A coleta de dados se deu por meio de um questionário

previamente elaborado, o qual foi composto por variáveis abertas e binárias do tipo sim ou não. O questionário utilizado possuía 34 questões, que abordavam características sobre dados sociais, comorbidades, pré-natal, gestação e parto. No referido instrumento de coleta os autores abordaram sobre o conhecimento do parto humanizado e se esse conhecimento prévio era adequado ou não. Foram incluídas no estudo todas as mulheres gestantes que frequentaram o ambulatório de pré-natal do Hospital Universitário da UFS no período do estudo que aceitassem participar da entrevista após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que tivessem realizado mais de uma consulta pré-natal.

Para o cálculo amostral, considerando-se uma porcentagem de partos normais em 2015 no Brasil de 44,4%, e um total de 4.744 partos vaginais realizados na cidade de Aracaju-SE no mesmo ano, utilizou-se o programa Statcalc do software de domínio público Epi-Info 7, com intervalo de confiança de 90% e uma margem de erro de 5%, considerando-se o acréscimo de 10% para eventuais perdas, o tamanho da amostra foi calculado em 297 gestantes¹².

Como critério de exclusão as primigestas que se encontravam na primeira consulta do pré-natal, como também questionários respondidos de forma inadequada.

No estudo, captamos 304 gestantes, destas, 104 foram excluídas da pesquisa por não responderem o questionário adequadamente com respostas em branco ou ininteligíveis ou por serem primigestas em primeira consulta pré-natal, portanto sem condições ainda de avaliar o atendimento pré-natal adequadamente. Restaram 200 gestantes seguindo todos os critérios de inclusão.

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

As coletas de dados só foram iniciadas após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe sob o número do CAAE 68608017.9.0000.5546 em 10 de julho de 2017.

RESULTADOS

Caracterização geral da amostra

Realizou-se 200 entrevistas, por meio de questionário no período de julho a agosto de 2017. As gestantes apresentaram uma

média de idade de 26,6 anos, com mínima de 11 anos e máxima de 47 anos. Algumas gestantes se autodeclararam pardas 134 (67%). A maioria das gestantes entrevistadas 145 (72,5%) procedia do interior, seguidas de 51 (25,5%) procedentes de Aracaju. Apresentaram renda mensal de meio a um salário mínimo 96 (48%). A escolaridade contemplando apenas o ensino fundamental foi encontrada em (76) 38%. Foram classificadas como primigestas 84 (42%) gestantes e 116 (58%) com paridade maior que um (Tabela 1).

Caracterização do pré-natal na amostra

O início do pré-natal aconteceu antes de completar o primeiro trimestre em 142 (71%) gestantes. O médico na maioria dos casos foi quem conduziu o atendimento pré-natal, 144 (72%). Das 200 participantes, 142 (71%) relataram preferência pelo parto normal. O medo de cesárea foi expresso por 88 (44%). Na maioria das vezes (66,5%), não tiveram informação acerca dos tipos de parto pelo profissional executante do pré-parto (Tabela 1).

Conhecimento sobre parto normal e humanizado da amostra

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

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

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

Entre as mulheres que declararam ter um conhecimento prévio sobre o parto humanizado, foi indagado o que as mesmas sabem, e verificou-se uma alta frequência (83,6%) de adequação da resposta ao tema (Tabela 2). A comparação das características sociodemográficas e do pré-natal com esses dois grupos (resposta adequada e inadequada), não mostrou diferença significativa. Embora tenha ocorrido uma maior frequência de moradores de

Aracaju e de maior renda no grupo de resposta adequada, e uma maior média de idade nas mulheres com resposta inadequada (Tabela 4).

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

Tabela 1: Características sociodemográficas e do pré-natal de gestantes (N=200).

Variáveis	N (%) ou média±desvio padrão
Idade (anos)	26,64±7,93
Procedência	
Aracaju	51 (25,5)
Interior	145 (72,5)
Outros estados	4 (2,0)
Renda	
<1/2 salário mínimo	85 (42,5)
1/2 a 1 salário mínimo	96 (48,0)
2 a 5 salários mínimos	18 (9,0)
10 a 13 salários mínimos	1 (0,5)
Escolaridade	
≤8 anos estudados	76 (38,0)
>8 anos estudados	123 (61,5)
Sem resposta	1 (0,5)
Número de gestações	
≤1	84 (42,0)
>1	116 (58,0)
Número de partos	
≤ 1	89 (44,5)
>1	111 (55,5)
Aborto	
Não	159 (79,5)
Sim	41 (20,5)
Início do pré-natal	
Antes do 1º trimestre	142 (71,0)
Após o 1º trimestre	54 (27,0)
Ausente	4 (2,0)
Profissional do pré-natal	
Médico	144 (72,0)
Médico e/ou Enfermeiro	56 (28,0)
Prenatalista informou sobre tipos de parto	
Não	127 (63,5)
Sim	67 (33,5)
Ausente	6 (3,0)
Preferência do parto	
Normal	142 (71,0)
Cesárea	56 (28,0)
Sem preferência	2 (1,0)
Medo da cesárea	
Não	112 (56,0)
Sim	88 (44,0)
Medo das dores	
Não	84 (42,0)
Sim	116 (58,0)

e anos estudados ($p=0,02$) e ter o médico como pré-natalista ($p=0,01$). O grupo que apresentou resposta adequada respondeu que as informações sobre o tipo de parto não eram advindas do profissional do pré-natal em 38 (27,3%) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

No Manual Técnico do Ministério da Saúde sobre assistência pré-natal é orientado que a primeira consulta do pré-natal deve ser realizada no primeiro trimestre da gestação, com o objetivo de proporcionar uma efetiva assistência pré-natal, caso haja necessidade de intervenções, possa ser realizada em tempo hábil¹³. Em nossa pesquisa a maioria das mulheres realizou sua primeira consulta de pré-natal antes do término do primeiro trimestre de gravidez demonstrando que existe uma preocupação com relação a um pré-natal adequado.

Durante as consultas do pré-natal faz-se necessário, estabelecer práticas educativas como forma de preparar a mulher para a maternidade. Tais medidas influenciam sobre a escolha da via de parto pela gestante. Sendo assim, o profissional de saúde necessita ser criterioso na observação as possíveis dúvidas e falta de informações que as gestantes apresentam. Consequentemente, o compartilhamento de conhecimentos do profissional vai promover valor e autoestima para as pacientes, gerando nelas confiança, segurança¹⁴ etc. Foi observado que o profissional executante prevalente nos pré-natais foi o médico, e que em boa parte do acompanhamento de forma geral, não foram fornecidas informações acerca dos tipos de parto. Essa ausência de informação suscita uma dúvida quanto à realização do atendimento pré-natal, se há um

Tabela 2: Conhecimento sobre parto normal e humanizado em gestantes atendidas em serviço público (N=200).

Variáveis	N (%)
Conhece mulheres que tiveram parto normal	
Não	13 (6,5)
Sim	187 (93,5)
Medo das dores	
Não	84 (42,0)
Sim	116 (58,0)
Já buscou informações sobre tipos de parto	
Não	110 (55,0)
Sim	82 (41,0)
Ausente	8 (4,0)
Já ouviu falar sobre parto humanizado	
Não	139 (69,5)
Sim	61 (30,5)
Se sim, o significado de parto humanizado	
Resposta Adequada	51 (25,5)
Resposta Inadequada	10 (5,0)
Ausente	139 (69,5)
Se não, o que a expressão "parto humanizado" lhe diz	
Resposta Adequada	48 (24,0)
Resposta Inadequada	91 (45,5)
Ausente	61 (30,5)

desconhecimento sobre o parto humanizado ou se há negligência na omissão de subsídios sobre o assunto por parte do médico.

A busca por informações das formas de parto também foi avaliada, e, segundo os dados obtidos, as gestantes buscaram informação sobre os tipos de partos em 41% dos casos, contra 55% das que não buscaram. Esses achados apresentam concordância com o comportamento ambíguo das gestantes relatado pelo estudo de Silva *et al.*¹⁵, e se contrapõem com o de Sodrê *et al.*¹⁶, no qual se percebeu que, quando ocorre necessidade de uma complementação dos elementos fornecidos, a gestante procura sanar suas dúvidas, seja na internet e/ou com conhecidos, revelando assim

Tabela 3: Características sociodemográficas das gestantes e do pré-natal em função do conhecimento prévio ou não sobre parto humanizado.

Variáveis	Ouviu falar Sim (N=61)	Ouviu falar Não (N=139)	P*
Idade (anos), média±desvio padrão	26,31 ±7,93	26,78 ± 7,89	0,70
Procedência, n (%)			
Aracaju	23 (37,7)	28 (20,1)	0,03*
Interior	37 (60,7)	108 (77,7)	
Outros estados	1 (1,6)	3 (2,2)	
Renda, n (%)			
<1/2 salário mínimo	22 (36,1)	63 (45,3)	0,02*
1/2 a 1 salário mínimo	28 (45,9)	68 (48,9)	
2 a 5 salários mínimos	11 (18,0)	8 (5,8)	
Escolaridade, n (%)			
≤8 anos estudados	17 (28,3)	59 (42,4)	0,04*
>8 anos estudados	43 (71,7)	80 (57,6)	
Número de gestações, n (%)			
≤1	26 (42,6)	58 (41,7)	0,90
>1	35 (57,4)	81 (58,3)	
Número de parto, n (%)			
≤1	30 (49,2)	59 (42,4)	0,37
>1	31 (50,8)	80 (57,6)	
Aborto, n (%)			
Não	54 (88,5)	105 (75,5)	0,03*
Sim	7 (11,5)	34 (24,5)	
Início do pré-natal, n (%)			
Até o 1º trimestre	43 (71,7)	99 (72,8)	0,87
Após o 1º trimestre	17 (28,3)	37 (27,2)	
Profissional do pré-natal, n (%)			
Médico	50 (82,0)	94 (67,6)	0,04*
Médico e/ou Enfermeiro	11 (18,0)	45 (32,4)	
Preferência do parto, n (%)			
Normal	50 (82,0)	92 (66,2)	0,02*
Cesárea	11 (18,0)	45 (32,4)	
Prenatalista informou sobre tipos de parto, n (%)			
Não	35 (58,3)	92 (68,7)	0,16
Sim	25 (41,7)	42 (31,3)	
Conhece mulheres que tiveram parto normal, n (%)			
Não	2 (3,3)	11 (7,9)	0,22
Sim	59 (96,7)	128 (92,1)	

*Teste qui-quadrado

importantes meios de fornecimento de informações para posterior tomada de decisão^{15,16}.

Houve falha no processo de informações quanto ao parto por parte do profissional executante do pré-natal, parte das mulheres (63,5%) relatou não ter recebido nenhuma informação com relação aos tipos de parto. A maioria (58%) das gestantes entrevistadas afirmou possuir medo das dores vivenciadas por um parto normal. O desejo por uma cesariana é fortalecido pelo medo e desinformação¹⁷⁻¹⁹. Em concordância com essa afirmação, a literatura mostra que o temor da dor do parto depende de como as gestantes foram conduzidas durante o acompanhamento do pré-natal²⁰.

Tabela 4: Características sociodemográficas das gestantes e do pré-natal em função da adequação da resposta das gestantes que declararam possuir conhecimento prévio sobre parto humanizado.

Variáveis	Resposta Adequada (N=51)	Resposta Inadequada (N=10)	p*
Idade média (anos), média±desvio padrão	25,55 ± 8,19	30,22 ± 6,356	0,09
Procedência, n (%)			
Aracaju	20 (39,2)	3 (30,0)	0,07
Interior	31 (60,8)	6 (60,0)	
Outros estados	0 (0)	1 (10)	
Renda, n (%)			
<1/2 salário mínimo	17 (33,3)	5 (50,0)	0,51
1/2 a 1 salário mínimo	25 (49,0)	3 (30,0)	
2 a 5 salários mínimos	9 (17,6)	2 (20,0)	
Escolaridade, n (%)			
≤8 anos estudados	16 (31,4)	1 (11,1)	0,21
>8 anos estudados	35 (68,6)	8 (88,9)	
Número de gestações, n (%)			
≤1	22 (43,1)	4 (40,0)	0,85
>1	29 (56,9)	6 (60,0)	
Número de parto, n (%)			
≤1	25 (49,0)	5 (50,0)	0,95
>1	26 (51,0)	5 (50,0)	
Aborto, n (%)			
Não	46 (90,2)	8 (80,0)	0,35
Sim	5 (9,8)	2 (20,0)	
Início do pré-natal, n (%)			
Até o 1º trimestre	37 (72,5)	6 (66,7)	0,72
Após o 1º trimestre	14 (27,5)	3 (33,3)	
Profissional do pré-natal, n (%)			
Médico	43 (84,3)	7 (70,0)	0,29
Médico e/ou Enfermeiro	8 (15,7)	3 (30,0)	
Preferência do parto, n (%)			
Normal	43 (84,3)	7 (70,0)	0,28
Cesárea	8 (15,7)	3 (30,0)	
Prenatalista informou sobre tipos de parto			
Não	31 (62,0)	4 (40,0)	0,19
Sim	19 (38,0)	6 (60,0)	
Conhece mulheres que tiveram parto normal, n (%)			
Não	1 (2,0)	1 (10,0)	0,19
Sim	50 (98,0)	9 (90,0)	

*Teste qui-quadrado

A ausência de assistência e atenção aos receios maternos durante o serviço de pré-natal, bem como a desinformação sobre a dor, transforma a mulher em uma pessoa desabilitada a tomar a melhor decisão. Existe a necessidade de que os profissionais de saúde capacitem as mulheres a enfrentar o processo de nascimento, para que, dessa forma, possa oportunizar a retomada do controle e poder de decisão, evitando o uso de intervenções desnecessárias. A cultura cesarista que predomina no nosso país faz com que o médico assistente do pré-natal não valorize o incentivo a paciente que deseja o parto normal e procure orientá-la e tranquilizá-la com relação ao evento. É perceptível que as recomendações do

Tabela 5: Características sociodemográficas das gestantes e do pré-natal em função da adequação da resposta das gestantes que não declararam possuir conhecimento prévio sobre parto humanizado.

Variáveis	Resposta Adequada (N=48)	Resposta Inadequada (N=91)	p*
Idade média (anos), média±desvio padrão	26,63 ±8,297	26,86 ±7,714	0,87
Procedência, n (%)			
Aracaju	11 (22,9)	17 (18,7)	0,84
Interior	36 (75,0)	72 (79,1)	
Outros estados	1 (2,1)	2 (2,2)	
Renda, n (%)			
<1/2 salário mínimo	21 (43,8)	42 (46,2)	0,03*
1/2 a 1 salário mínimo	21 (43,8)	47 (51,6)	
2 a 5 salários mínimos	6 (12,5)	2 (2,2)	
Escolaridade, n (%)			
≤8 anos estudados	14 (29,2)	45 (49,5)	0,02*
>8 anos estudados	34 (70,8)	46 (50,5)	
Número de gestações, n (%)			
≤1	18 (37,5)	40 (44,0)	0,46
>1	30 (62,5)	51 (56,0)	
Número de parto, n (%)			
≤1	18 (37,5)	41 (45,1)	0,39
>1	30 (62,5)	50 (54,9)	
Aborto, n (%)			
Não	34 (70,8)	71 (78,0)	0,35
Sim	14 (29,2)	20 (22)	
Início do pré-natal, n (%)			
Até o 1º trimestre	35 (72,9)	64 (72,7)	0,98
Após o 1º trimestre	13 (27,1)	24 (27,3)	
Profissional do pré-natal, n (%)			
Médico	40 (83,3)	54 (59,3)	0,01*
Médico e/ou Enfermeiro	8 (16,6)	37 (40,7)	
Preferência do parto, n (%)			
Normal	29 (60,4)	63 (69,2)	0,56
Cesárea	18 (37,5)	27 (29,7)	
Sem preferência	1 (2,1)	1 (1,1)	
Prenatalista informou sobre tipos de parto			
Não	38 (79,2)	54 (62,8)	0,05*
Sim	10 (20,8)	32 (37,2)	
Conhece mulheres que tiveram parto normal, n (%)			
Não	5 (10,4)	6 (6,6)	0,43
Sim	43 (89,6)	85 (93,4)	

*Teste qui-quadrado

Ministério da Saúde em proporcionar a presença de algum membro familiar durante o parto, bem como de fornecer informações sobre o evento em si, não são praticadas pelo profissional da saúde²¹.

O predomínio da escolha continua sendo pelo parto natural, informado por 71% das gestantes, como ocorreu na pesquisa de Nascimento *et al.*, onde a maioria das participantes também manifestaram preferência pela prática do parto normal, praticamente com as mesmas justificativas que encontramos¹⁸. Esse fato contradiz o modelo tecnocrático de assistência, que entende o parto como evento patológico, hospitalocêntrico e medicalizado, sem atender critérios, como se tornou rotina no Brasil. Existe, pois, uma permanência no aumento das taxas de cesárea, tal como pode ser observado pelo DATASUS em 2015, em que cerca de 55,5% dos partos realizados no Brasil foram do tipo cesárea^{1,12,16,18}. Beckett em seu estudo questionou se as gestantes que escolhem a cesárea estariam cientes dos efeitos que tal procedimento poderia resultar, percebendo uma tendência dessas pacientes fazerem escolhas apoiadas em conhecimentos exíguos²². E vale destacar também que, 44% das gestantes entrevistadas informaram também ter medo do parto cesárea, e 60,5 % que o medo das dores do parto normal não as fariam escolher a cesárea. Talvez um melhor acolhimento da equipe do pré-natal com ênfase em palestras, inclusão dos familiares e melhoria da qualidade das consultas elevasse o conhecimento da gestante e permitisse que ela vivenciasse o parto com menos medo.

Parte das gestantes conheciam outras mulheres que tiveram filho por parto normal que lhes ofereceram informações das experiências vivenciadas. De acordo com o estudo de Nascimento *et al.*¹⁸ as experiências relatadas por outras puérperas também são levadas em consideração na preferência pela via de parto.

Fatores como a duração do parto, a intensidade da dor, a relação estabelecida com os profissionais, a presença de um acompanhante familiar e o apoio emocional, promovem contribuição para elevada satisfação da assistência por parte das parturientes, o que de forma implícita demonstra preferência pelo parto humanizado, pois é perceptível que a execução das práticas deste tipo de parto transforma o nascimento em um momento único e indiscreto²³⁻²⁶.

Quando questionadas se já ouviram falar, ou tinham algum conhecimento acerca do "parto humanizado" apenas 30,5% das gestantes declararam que sim. Esse fato pode ser observado em situações onde a mulher desconhece sobre parto normal, como reflexo da não adesão por parte dos profissionais da saúde ao processo de humanização do parto, mesmo sendo algo que é recomendado pelo Ministério da Saúde²¹. De acordo com Beauchamp & Childress²⁷, o entendimento das gestantes sobre o parto em si depende principalmente da oferta de informações que dizem respeito aos direitos que elas possuem e que devem ser preservados, para que o real sentimento de respeito e satisfação possa permanecer.

Dentre as 139 gestantes que declararam que nunca tinham ouvido falar sobre parto humanizado, 24% delas responderam

adequadamente sobre o que a expressão (parto humanizado) transmitia. Ou seja, apesar de nunca terem ouvido de forma explícita sobre parto humanizado, algumas conseguiram conceituar satisfatoriamente, comprovando que em um determinado momento elas foram expostas às características que envolvem esse processo.

Das associações que fizemos com as características sociodemográficas e do pré-natal com o conhecimento prévio sobre parto humanizado ou não (Tabela 3), houve nível de significância com procedência da gestante, renda maior, ocorrência de aborto, o profissional do pré-natal e preferência pelo parto vaginal. Estes achados nos levam a inferir que mulheres oriundas de centros urbanos com maior renda procuram obter mais informações a respeito de sua gestação e formas de parto. As desigualdades sociais repercutem na cultura do cuidado e da atenção dada a saúde de maneira individualizada²⁸. Entendemos que a residência em capitais, assim como possuir maior renda, influencia no conhecimento sobre o parto humanizado, pois isso permite a inserção da gestante em ambiente diferente, com culturas e formas de convívio, onde existe maior disponibilidade de meios para busca de informações¹³. Já a associação com a ocorrência prévia de aborto poderia ser um fator que torna a gestante mais cuidadosa com relação aos dados pertinentes à gestação e ao parto.

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

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

Levando em consideração o grupo em que houve negação sobre o conhecimento prévio do parto humanizado, e em seguida submetidas a uma segunda pergunta para avaliar o que elas entendiam a partir da expressão (parto humanizado), observou-se uma considerável frequência de respostas adequadas (24% em comparação com 45,5% de respostas inadequadas). Feita a associação com as variáveis, houve significância estatística em relação à renda e a escolaridade das gestantes. As gestantes que apresentaram respostas adequadas foram aquelas que apresentaram maior renda mensal e maior nível de escolaridade. Em concordância com a pesquisa de Lequizamón *et al.*²⁹, o aumento da preferência pelo parto natural se deu em gestantes com maior nível de escolaridade (ensino médio e superior completo), e portanto, se justifica uma melhor adequação das respostas em gestantes com mais de oito anos de escolaridade.

Houve associação significativa entre o grupo das mulheres que não conheciam o parto humanizado e a variável de informações cedidas pelo prenatalista ou não. Porém o subgrupo de resposta adequada apresenta maior frequência justamente naquelas que não receberam informações do profissional executante do pré-natal. Poderíamos justificar essa ocorrência como uma forma alternativa que algumas gestantes encontraram de se informar, pois o conhecimento que deveria ter sido transmitido no pré-natal não ocorreu.

Medidas de implementação do parto humanizado nas instituições e capacitação dos profissionais para divulgação de informações

durante a assistência pré-natal são medidas que devem ser tomadas a fim de garantir que a mulher decida sua maneira de parir sem estar atreladas a mitos, a crenças ou à vontade de terceiros.

Conclui-se que a maioria desconhecia o parto humanizado, procedente do interior com menor renda, preferência por parto normal, sem informações quanto aos tipos de parto pelo profissional executante na maioria médicos, quem conhecia respondeu adequadamente. Conhecimento prévio sobre parto humanizado e resposta adequada sobre o mesmo embora na ausência de informação prévia associaram-se as variáveis socioeconômicas e pré-natal.

REFERÊNCIAS

- Sánchez JA, Roche MEM, Viguera MDN, Peña EB, López RM, Munárriz LA. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *Rev Antropol Iberoamericana*. 2012;7(2):225-47.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(2):CD003766. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>
- Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(6):890-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000600003>
- d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):S154-68. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- Lasnet A, Jelen AF, Douyset X, Pons JC, Sergent F. Introducing a daily obstetric audit: A solution to reduce the cesárean section rate?. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2015;44(6):550-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.08.003>
- Darsareh F, Aghamolaei T, Rajaei M, Madani A, Zare S. The differences between pregnant women who request elective caesarean and those who plan for vaginal birth based on Health Belief Model. *Women Birth*. 2016;29(6):e126-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.05.006>
- Silveira DS, Santos IS. Factors associated with cesárean sections among low-income women in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):S231-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800018>
- Pinheiro BC, Bittar CML. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia*. 2012;(37):212-27.
- Anastasi E, Borchert M, Campbell OMR, Sondorp E, Kaducu F, Hill O, *et al.* Losing women along the path to safe motherhood: why is there such a gap between women's use of antenatal care and skilled birth attendance? A mixed methods study in northern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:287. <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0695>
- Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser WD. Perception of humanization of birth in a highly specialized hospital: let's think differently. *Health Care Women Int*. 2014;35(2):127-48. <https://dx.doi.org/10.1080/07399332.2013.857321>
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS: DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de partos por gestantes. *HU Rev*. 2010;36(4):296-306.
- Silva HM, Ribeiro CM, Costa AR. Acompanhamento de gestantes: nível de informações e influências de familiares, amigos e da mídia para a decisão do tipo de parto. *Conexão Ciênc*. 2011;6(1):32-40.
- Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(3):452-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300006>
- Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e materna relacionada ao tipo de parto. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):427-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200019>
- Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(esp.):119-26. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
- Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad Saúde Coletiva*. 2014;22(1):46-53. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>
- Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface*. 2009;13(Suppl.1):759-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Beckett K. Choosing cesárean: Feminism and the politics of childbirth in the United States. *Feminist Theory*. 2005;6(3):251-75. <http://dx.doi.org/10.1177/1464700105057363>

23. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):S52-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006>
24. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Aniza AA, Sulaiman Z. Factors associated with severe maternal morbidity in Kelantan, Malaysia: a comparative cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):185. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0980-2>
25. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, li M, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:25. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-25>
26. Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*. 2011;12(3):471-7. <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v12i3.4262>
27. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.
28. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):761-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500010>
29. Leguizamon JT, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioética*. 2013;21(3):509-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300015>

