



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES USUÁRIAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE
2022**

FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES USUÁRIAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros.

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586r Silva, Franciely Albuquerque.
Representações sociais do parto entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde [manuscrito] / Franciely Albuquerque Silva. - 2022.
74 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros , Departamento de Psicologia - CCBS. "

1. Parto. 2. Gravidez. 3. Atenção Básica de Saúde. 4. Período gravídico-puerperal. I. Título

21. ed. CDD 618.4

FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES USUÁRIAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

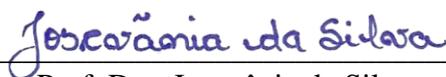
Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: : 21/02/2022.

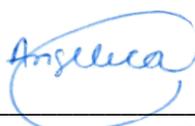
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Maria Angelica Carvalho Andrade
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Dedico essa vitória à minha mãe
Maria Edileusa de Albuquerque Silva (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado condições de chegar até aqui. Sem Deus eu não seria nada.

À minha mãe Maria Edileusa (*in memoriam*), por ser minha maior incentivadora, e por estar sempre ao meu lado, dando-me força, tenho muito orgulho de ter sido tão amada por você. Agradeço ao meu pai Francisco Caetano por ser exemplo de persistência e responsabilidade. Agradeço aos meus irmãos Neide, Franci, Fábio e Elisângela por todo apoio, por acreditarem em mim e por serem tão presentes em minha vida, essa vitória é de todos nós.

Agradeço às minhas sobrinhas Yanca, Renata, Gabrielly, Bruna e Dhébora por estarem diariamente me mostrando a importância de sorrir e de enxergar amor em todos os momentos.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio, em especial a Rayane Dantas por ter se tornado uma verdadeira irmã, estar com você durante esse processo acalmou meu coração diversas vezes, muito obrigada por tudo.

À professora Sibelle Barros pela orientação ao longo dessa parceria, pela leveza e tranquilidade, muito obrigada. Às professoras Josevânia da Silva e Maria Angélica Carvalho Andrade que aceitaram participar da banca e contribuir para engrandecermos este trabalho. Vocês são referências inspiradoras. São mulheres como vocês que me fazem querer continuar resistindo a favor da ciência.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da UEPB. Aos funcionários da UEPB, em especial a Estela pela dedicação, presteza e atendimento quando nos foi necessário.

RESUMO

O parto é um evento fisiológico que envolve questões biológicas e psicossociais e, nesse sentido, os pensamentos e expectativas construídos antes mesmo do momento de parturição, que vão influenciar sentimentos e decisões das gestantes. Considerando que os significados sobre o parto, socialmente construídos, orientam as decisões das gestantes bem como atuam na interpretação das experiências das mulheres, esta pesquisa buscou apreender as representações sociais do parto entre gestantes que realizaram pré-natal na Atenção Básica de Campina Grande, Paraíba. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, realizado com 12 gestantes de baixo risco. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 6 primíparas e 6 múltíparas. A análise de conteúdo temática permitiu a construção de sete categorias: a pandemia da COVID-19; história da gestação; expectativas em relação ao parto; influência familiar; informações sobre o parto; parto normal; e, por fim, parto cesáreo. Neste estudo foram levantados aspectos referentes à forma como as gestantes se sentiam em meio à pandemia da COVID-19; os elementos acerca da história da gestação onde se sobressai a ausência de planejamento da gravidez; as expectativas das gestantes acerca de um parto tranquilo, o sentimento de medo e insegurança em relação ao parto; a influência da família no que corresponde ao desejo da via de parto; as fontes de informações mais utilizadas pelas mulheres como a internet e os aplicativos voltados para a gestação; as questões que as fazem preferir o parto normal como a rápida recuperação; e, por fim, o parto cesáreo como parto complicado, e a sua preferência relacionada ao medo da dor do parto normal. Conhecer as representações sociais das gestantes acerca do parto possibilita um melhor direcionamento da assistência à essas mulheres. Para a sociedade, este estudo tem fundamental importância ao fornecer aporte teórico para a condução de novas pesquisas, políticas públicas voltadas para a atenção ao parto e fortalecimento das ações realizadas pela Rede Cegonha em Campina Grande, PB. Espera-se que os resultados da pesquisa promovam discussões e ações estratégicas que garantam uma assistência de qualidade no período gravídico-puerperal.

Palavras-chave: parto; representações sociais; gravidez.

ABSTRACT

Thoughts and expectations about labor, are built around the social and familiar context, have influence in decision the pregnant woman about the possible labor ways that cause some feelings in relation to the process of labor. In this sense, it is considered that those social constructs, as the social representation about labor, guide the decisions of the pregnant woman as well as act in the experience interpretations of woman's labor. This research, therefore, is after the social representations of labor among pregnant women that were doing antenatal care in the COVID-19 pandemic context. It's an exploratory descriptive research in a qualitative take, done with 12 women that had low risk pregnancy and were assisted by Campina Grande/PB's Basic Health Care. Semi Structured interviews were done with the 12 pregnant women. The thematic content analysis allowed the construction of seven categories: the COVID-19 pandemic; the pregnancy history; expectations in relation to the labor. Familiar influence; labor information; normal labor; and at last, c-section. In this paper were brought up aspects about the feelings of the pregnant midst the COVID-19 pandemic; the pregnancy history where the lack of plannings for the pregnancy is a highlight; the expectations of the pregnant about a tranquil labor , the feeling of fear and insecurity about labor; the family influence the way of labor; the main source of information used by the woman like internet and apps about labor; what made them opt about the normal labor were the rapid recovery; and by last c-section as a complicated way of labor, and it's preference is related to the fear of the normal labor pain. Knowing the social representations of the pregnant woman about labor allows a better direction of assistance to those women. For society, this paper is of utter importance at giving theoretical contribution to new research, public politics related to labor assistance and strengthening actions done by the "Rede Cegonha" in Campina Grande, PB. It's expected that these results promote discussion and strategic actions that guarantee quality assistance in the pregnancy-postpartum period.

Keywords: childbirth; social representations; pregnancy.

LISTA DE SIGLAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

RS - Representações Sociais

SUS - Sistema Único de Saúde

TAGV - Termo de Autorização e Gravação de Voz

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS - Teoria das Representações Sociais

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio demográficas das participantes.....	34
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	O despertar para o parto.....	17
3.2	A Teoria das Representações Sociais.....	25
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	Tipo de pesquisa	31
4.2	Local da pesquisa	31
4.3	População e Amostra.....	31
4.4	Crterios de Inclusão e Exclusão.....	31
4.5	Instrumentos de Coleta de Dados.....	32
4.6	Procedimentos da Coleta de Dados.....	32
4.7	Processamento e Análise dos Dados.....	33
4.8	Aspectos Éticos.....	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	34
5.1	Dados sócio demográficos.....	34
5.2	Dados qualitativos.....	36
5.2.1	O contexto de pandemia da COVID-19.....	36
5.2.2	História da gestação.....	38
5.2.3	Expectativas e sentimentos em relação ao parto.....	41
5.2.4	Influência familiar.....	44
5.2.5	Informações sobre o parto.....	46
5.2.6	O parto normal.....	49
5.2.7	O parto cesárea.....	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO.....	62
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	63
	APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	64
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	65
	ESCLARECIDO.....	
	APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE	68

VOZ.....
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA
UEPB.....

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um processo de transição do desenvolvimento humano, que exige a reorganização de vários aspectos na vida da mulher, tendo em vista as mudanças ocorridas nesse momento, em um curto espaço de tempo (Cunha et al., 2012, Maldonado, 2017). Para as multíparas, um novo filho significa transformações e rearranjos na dinâmica familiar, para as primíparas, além disso, lhes é acrescida uma nova identidade, a identidade materna é posta a quem ainda não havia exercido esse papel (Nunes et al., 2018).

Arelado a essas mudanças, há o temido momento do parto que, enquanto objeto social, o parto pode despertar sentimentos de medo e ansiedade. O discurso do parto como um evento medonho é posto diante da necessidade da obstetrícia médica em salvar a mulher do sofrimento, o primeiro processo de humanização ao parto pretende trazer o alívio da dor através do procedimento cirúrgico e assegurar a superioridade médica masculina ao ato de partear feminino e leigo (Diniz, 2005).

Para algumas mulheres, a medicalização do parto, o uso de tecnologias e a assistência intervencionista realizada de forma mecanizada, podem colaborar para aumentar o sentimento de insegurança, medo e ansiedade e prejudicar a evolução do trabalho de parto (Velho, et al., 2012 ; Matos & Escobal et al., 2018). Contudo, a cultura da medicalização do parto se encontra enraizada de tal forma que muitas mulheres se submetem aos procedimentos intervencionistas ignorando a real necessidade de tal intervenção (Velho, Santos & Collaço, 2014).

O risco de morte materna também emerge como fator de insegurança às gestantes, estudo realizado por Tostes & Seidl (2016), relata que as gestantes vêem o parto como um

momento de risco entre a vida e a morte, e mencionam o medo de morrer. Apesar de o óbito materno ser considerado evitável em 92% dos casos (Barreto, 2021), estima-se que no ano de 2019 ocorreram 1.651 óbitos maternos (Brasil, 2021). As brasileiras mais afetadas são mulheres negras, com menor nível de escolaridade e que estão sendo acompanhadas na rede pública de saúde (Barreto, 2021). Os índices de óbito materno, portanto, expressam a desigualdade social da população.

Há inúmeras questões ligadas às representações das gestantes acerca do parto. O processo de parturição se relaciona com experiências que a mulher teve durante sua vida, com as histórias familiares, com suas crenças e valores, e é justamente por esses motivos que seus contextos e vivências devem ser respeitados para que a mesma possa ocupar o lugar de protagonista nesse evento tão importante (Matos & Escobal et al., 2018). De acordo com Tostes e Seidl (2016), os sentimentos evocados em relação ao parto são fruto de construção e reconstrução da dinâmica cultural em que a grávida está inserida, podendo, em muitos momentos, estar ligados a anseios e inseguranças. Ainda segundo os autores, o medo da dor do parto pode influenciar na escolha de uma cesariana mesmo sem haver a indicação obstétrica. Um estudo recente produzido por Carvalho e Cerqueira (2020), demonstra que o pré-natal influencia na escolha do tipo de parto e se as informações acerca dos tipos de parto forem insuficientes pode-se transmitir a ideia de que o parto cesáreo é mais seguro.

A participação da família também se caracteriza como um fator determinante na forma como a mulher vivencia a experiência da parturição, influenciando inclusive na escolha da via de parto, além de representar fonte de apoio e segurança para a parturiente (Barros & Neves, 2018). Nascimento, Arantes, Souza, Contrera e Sales (2015), apontam a família como uma das principais influências na tomada de decisão sobre o tipo de parto. De acordo com esses autores, as histórias familiares são fontes de informações e experiências positivas e negativas, que funcionam como formadoras de opiniões para as gestantes. A discussão dos autores

também perpassa a relação entre o medo e a escolha do tipo de parto, emergindo em duas situações diferentes: quando há o desejo pelo parto normal, mas existe a possibilidade de que seja realizada uma cesariana, nesse caso, há o medo de não conseguir parir; ou, na situação em que o desejo da parturiente é pelo parto cesáreo devido ao medo da dor do parto normal.

Scarton et al. (2015) constataram em sua pesquisa com mulheres-primíparas, que o medo da dor do parto normal está atrelada à construção social acerca do parto normal como um evento negativo, de intensa dor e sofrimento, sendo esse conhecimento disseminado entre as gerações. O estudo realizado por Melo et al. (2018) evidenciou que a palavra dor foi evocada frequentemente pelas entrevistadas após utilizar o termo “trabalho de parto” como indutor. Segundo os autores, a dor no trabalho de parto advém de múltiplos fatores, abrangendo as dimensões fisiológicas e psicossociais, tornando fundamental a atuação da equipe responsável por acompanhar a parturiente na gestão de procedimentos farmacológicos e não-farmacológicos para o alívio da dor, promovendo um ambiente acolhedor para a mulher.

A crença de que o parto normal está diretamente ligado ao sofrimento pode ser apontada como uma das principais influências para a decisão da gestante por um parto cesariano. Contribuem também para esse cenário o medo de passar por procedimentos desnecessários, violências obstétricas e complicações no parto (Nascimento et al. 2015). Diante disso, há um índice alto de partos cesáreos, compreendendo 40% dos partos que acontecem na rede pública e 85% na rede privada (Brasil, 2016). Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) preconize que a taxa de cesariana não ultrapasse os 15% de partos realizados, no Brasil, nota-se uma situação epidêmica em que a taxa de cesariana é superior a 50%, relacionando-se com o aumento dos riscos de mortalidade materna e fetal, além de prejudicar a criação de vínculo entre a mãe-bebê (Brasil, 2016).

É preciso mencionar que durante a realização desta pesquisa surgiu outro fator de vulnerabilidade e medo a esse grupo de mulheres. A disseminação do vírus SARS-CoV-2, que deu origem à pandemia da COVID-19, tornou-se mais um fator de risco às gestantes. O Brasil é o país com maior número de casos de mortes de gestantes e puérperas devido à COVID-19. O Boletim do Observatório COVID-19 Fiocruz (2021) aponta que no ano de 2020 foram registradas 560 mortes pela COVID-19, e em 2021 – até o fechamento da análise – haviam sido registradas 1.156 mortes maternas. Dessa forma, tem-se mais um fenômeno que pode interferir nas expectativas da mulher acerca do momento do parto.

No escopo da escolha por um determinado tipo de parto, a educação em saúde tem um papel fundamental para promover a autonomia da gestante, sendo importante fornecer orientações acerca do processo fisiológico do parto normal e sobre as indicações do parto cesariano. São as informações passadas durante a gestação que darão respaldo para que a mulher possa decidir questões relacionadas ao processo do parto (Matos & Escobal et al., 2018). Tendo em vista uma assistência que forneça autonomia, liberdade de escolha e boas práticas de atenção ao parto, torna-se imprescindível explorar as crenças, expectativas e conhecimentos que a mulher possui acerca do parto.

A Psicologia da Saúde pode contribuir para uma melhor compreensão dos processos psicossociais que influenciam o momento de parturição, a fim de auxiliar as mulheres no preparo para o parto, bem como no pós-parto. Seu principal objetivo, de uma forma geral, é avaliar de que forma as intervenções psicológicas podem ajudar no desenvolvimento do bem-estar dos indivíduos e da sociedade (Almeida & Malagris, 2011). A Psicologia da Saúde, que tem o objetivo de promover bem-estar aos indivíduos e suas coletividades, articula-se com a Psicologia Social, possibilitando uma abordagem no campo da saúde mais abrangente, considerando os diferentes aspectos psicossociais. Assim, é possível utilizar a Teoria das

Representações Sociais no intuito de desenvolver estratégias para a criação de medidas de promoção em saúde que atendam as demandas da população (Teixeira, 2008).

Haja vista que a vivência da parturição é influenciada por diversos fatores, e considerando a importância de explorar os sistemas de significados das gestantes em torno do parto no intuito de aprimorar práticas que interferem negativamente nesse processo, pretendeu-se, nesta pesquisa, analisar as Representações Sociais do Parto entre gestantes que realizam pré-natal na Atenção Básica de Campina Grande, PB. Espera-se que os resultados dessa pesquisa fomentem reflexões acerca da assistência que tem sido prestada à gestante, com o propósito de transformar o cenário do parto, proporcionando benefícios às mulheres.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Analisar as representações sociais de parto entre gestantes que realizam pré-natal na Atenção Básica de Campina Grande – Paraíba.

Objetivos específicos:

- Identificar os diferentes tipos de parto existentes para as gestantes;
- Apreender as representações sociais sobre os tipos de parto entre as usuárias;
- Investigar como as representações sociais contribuem para elaboração de expectativas e no processo de decisão por um tipo de parto;
- Identificar os conteúdos e fontes que apresentam informações sobre o parto, no intuito de compreender as condições de produção das representações sociais (família, amigos, profissionais de saúde e mídia).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O despertar para o parto

O evento do parto, tradicionalmente, era protagonizado exclusivamente por mulheres, e a assistência era realizada pelas parteiras nos ambientes domiciliares, onde a família da gestante estava presente. À medida que o parto foi deslocado do âmbito familiar às instituições hospitalares, a mulher perde o seu protagonismo e torna-se vulnerável para atender as necessidades dos profissionais de saúde em primeiro lugar, estando suscetível às decisões tomadas pela equipe de saúde e o parto passa a ser ditado por regras (Vendrusculo & Kruehl, 2015). Entretanto, como produto da cultura da medicalização do parto, algumas mulheres sentem-se mais seguras com a hospitalização e se submetem aos variados procedimentos intervencionistas, considerando-os procedimentos de rotina (Palharini & Figuerôa, 2018)

O surgimento de práticas assépticas e da analgesia foi importante para lidar com complicações no parto, e esse advento tornou possível a via de parto cirúrgica, salvando vidas em momentos de risco (Palharini & Figuerôa, 2018). Em contrapartida, quando o processo de parturição passa a ser visto de forma medicalizada, há a exacerbação de procedimentos desnecessários, que podem colocar em risco a saúde da mãe e de seu filho (Gomes et al., 2018).

Apesar da medicalização do parto caminhar em sentido oposto ao que preconiza a assistência humanizada ao parto, para algumas mulheres, a cesariana é uma escolha fundamentada na crença de ser um processo indolor e seguro (Nascimento et al., 2015). O discurso em prol da hospitalização do parto dá-se com o argumento de proporcionar maior segurança à parturiente (Palharini & Figuerôa, 2018), em contrapartida o cenário nacional de

atenção ao parto supervaloriza as técnicas intervencionistas à medida que as práticas baseadas em evidências são desvalorizadas (Pedroso & López, 2017).

A preocupação com a mortalidade materna teve início pouco antes do Sistema Único de Saúde (SUS) fazer parte da vida dos brasileiros por meio de diferentes políticas públicas, em 1974 foi lançado O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, direcionado a prevenção da gestação de alto risco e à suplementação alimentar as gestantes e puérperas de baixa renda (Mamede & Prudêncio, 2015). No ano de 1984 surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), trazendo como base o cuidado integral à saúde das mulheres. Com o passar dos anos, o Ministério da Saúde cria novas estratégias para melhor assistir essas mulheres, como: em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar; em 2002 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; em 2003, a Política Nacional de Humanização; em 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, em 2005 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto Pela Vida em 2006, a o Plano de Qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM) em 2009, a Rede Cegonha em 2011 e a Política Nacional de Atenção Básica revisada em 2017.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Brasil, 2002) pretende, entre suas ações, reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, assegurar um acompanhamento de qualidade para a gestante durante o pré-natal, o parto e o pós-parto, como também, realizar capacitação dos profissionais de saúde objetivando uma atenção integral. Embasada na necessidade de promover um novo modelo de atenção à saúde da mulher, propõe-se a Rede Cegonha em 2011, com fins de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materno e Infantil, no que diz respeito ao parto e nascimento. Essa estratégia visa assegurar práticas baseadas em evidências científicas, a suficiência de leitos hospitalares para

a mãe e para o bebê, a realização de acolhimento com classificação de risco, entre outras providências (Brasil, 2011).

Em Campina Grande, a Rede Cegonha é responsável por avanços significativos no que diz respeito à atenção ao parto. Segundo Gonçalves e Penna (2019) após a implantação da estratégia na cidade, houve melhorias na ambiência das maternidades, foi instituída a avaliação obstétrica com classificação de risco e desenvolvimento do cuidado intensivo aos pacientes críticos por meio do aumento de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, como também, implantação de UTI Materna.

Dessa forma, é importante problematizar os alarmantes números de cesarianas que acontecem no Brasil. Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2016) a taxa de cesariana chegou a 56% dos partos, sendo, desse total, 40% na rede pública de saúde e 85% na rede particular. As causas apontadas para esse excesso estão relacionadas à forma como a assistência ao parto está sendo realizada, a atuação dos profissionais e a assistência pré-natal que tem sido ineficaz ao preparo adequado da gestante para o momento do parto e do nascimento (Brasil, 2016).

Para a Organização Mundial de Saúde, as taxas de cesarianas não devem ir além de 15% (OMS, 1985). Por esse motivo, é tão importante que se compreenda as crenças, expectativas e desejos da gestante. Os efeitos das altas taxas de cesarianas estão relacionados com a morbidade e mortalidade materna e neonatal, além disso, podem ser interferir no estabelecimento do vínculo mãe-bebê, no processo de amamentação, influenciar na vida reprodutiva materna e estar associada a possíveis impactos na saúde da criança a longo prazo (Brasil, 2016).

Tendo em vista os diversos desdobramentos do alto número de partos cesáreas, violência obstétrica e desrespeito à escolha da parturiente, emerge o Movimento de

Humanização do Parto propondo uma assistência menos intervencionista (Pedroso & López, 2017). Observar o parto em uma perspectiva natural e fisiológica, respeitando suas fases e fazendo uso de práticas não farmacológicas e baseadas em evidência científica, para o alívio da dor, é uma maneira de devolver à mulher o protagonismo e a autonomia. Nesse sentido, em consonância com a perspectiva da humanização do parto, o profissional deve atuar utilizando esses recursos para proporcionar conforto e reduzir a dor (Carneiro et al., 2015).

De acordo com Barreto (2021), os índices de óbito materno representam a desigualdade social da população, e costumam ser mais elevados em países com maior vulnerabilidade econômica e social. No Brasil, o perfil das mulheres mais afetadas são principalmente as mulheres negras, com menor nível de escolaridade e que estão sendo acompanhadas na rede pública de saúde, demonstrando as falhas da assistência (Barreto, 2021). Ainda segundo o autor, o óbito materno é considerado evitável em 92% dos casos. Todavia, estima-se que no ano de 2019 ocorreram 1.651 óbitos materno, sendo 66% de mulheres negras (Brasil, 2021).

Uma cesariana não deve ocorrer por motivos como conveniência médica ou mitos relacionados ao processo de parto. É necessário que se esclareça os riscos que a mãe e o seu filho estão correndo, e que se fundamente a escolha da via de parto de acordo com a medicina baseada em evidências, como recomenda a OMS (2018), no sentido de realizar partos e nascimentos seguros. Por esse motivo, é preciso conhecer os fatores que influenciam a escolha da via de parto e quais as concepções que as mulheres têm acerca dos tipos de parto.

Um estudo realizado no estado de Mato Grosso do Sul, por Nascimento et al. (2015), identificou que a escolha do tipo de parto está relacionada à busca de informações em canais midiáticos como em revistas, jornais e internet, além disso, essa decisão também é influenciada por familiares como mães, avós, sogras, irmãs e maridos. Os autores concluíram

também que a escolha pelo parto normal é motivado pela recuperação rápida, por ser um processo natural e oferecer menos riscos, enquanto que, a decisão pela cesariana se baseia no medo da dor, na conveniência e na desinformação (Nascimento et al., 2015).

Melo, Davim e Silva (2015), ao investigarem as percepções das puérperas sobre as vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano, constataram que, para as participantes do estudo, a principal vantagem do parto normal é a recuperação rápida e a desvantagem seria as dores provocadas pelas fortes contrações. Em relação ao parto cesariano, a vantagem estaria atrelada à ausência de dor durante o procedimento e a desvantagem seria a recuperação tardia.

Barros e Neves (2018) buscaram conhecer as histórias familiares que eram frequentemente narradas às parturientes e identificaram que as narrativas retratavam aspectos positivos e negativos em relação aos partos, proporcionando conforto e atenuando os medos ou mesmo deixando essas mães mais fragilizadas. No mesmo estudo, verificou-se também que as entrevistadas relataram preferência pelo parto normal, motivadas pela rápida recuperação e maior grau de independência no pós-parto.

Um dos fatores que pode colaborar para que a mulher tenha receio do parto normal diz respeito às práticas violentas realizadas por profissionais e compartilhadas por amigas e parentes. No intuito de evitar uma experiência negativa, a cesariana representa uma possibilidade de fugir do sofrimento causado pela má assistência do parto normal. As relações de poder também são evidenciadas quando não se discute as opções de nascimento junto à mulher. Nesse sentido, a decisão é imposta pelo profissional em um momento de vulnerabilidade materna, em que a mulher acaba por aceitar passivamente os comandos da equipe médica (Santos, Carneiro e Souza, 2018).

Pode-se afirmar que, ainda que tenham ocorrido muitas mudanças no Brasil, por meio da criação de políticas e programas, ainda prevalece o modelo de saúde biomédico/hospitalocêntrico na assistência ao nascimento, em que enfatiza-se das intervenções médicas de forma invasiva nos processos de trabalho de parto e parto (Mamede & Prudêncio, 2015). Apesar de vigorarem políticas em relação à saúde da mulher, nem sempre suas diretrizes são seguidas pelos profissionais de saúde, configurando um cenário desafiante aos serviços e aos profissionais, pela necessidade de modificarem suas condutas para agir de acordo com os protocolos de atenção, promovendo acesso a condições de saúde favoráveis às gestantes.

Pesquisas indicam que o processo de parturição é marcado pelo traço do medo (Nascimento et al., 2015; Melo et al., 2018). Tendo em vista os diversos desdobramentos do alto número de partos cesáreas, violência obstétrica e desrespeito à escolha da parturiente, emerge o Movimento de Humanização do Parto propondo uma assistência menos intervencionista (Pedroso & López, 2017). Observar o parto em uma perspectiva natural e fisiológica, respeitando suas fases e fazendo uso de práticas não farmacológicas e baseadas em evidência científica, para o alívio da dor, é uma maneira de devolver à mulher o protagonismo e a autonomia. Nesse sentido, em consonância com a perspectiva da humanização do parto, o profissional deve atuar utilizando esses recursos para proporcionar conforto e reduzir a dor (Carneiro et al., 2015).

Faz-se necessário um resgate acerca do que trazem os estudos nacionais sobre parto. Para Silva et al., (2018), as mulheres que relatam satisfação com o parto normal, apresentam em seu discurso a ressignificação da dor, sendo esta considerada como parte do processo que levaria a uma nova descoberta de si, caminho para se tornar mãe. De acordo com os referidos autores, para que o parto normal passe a ser visto como possibilidade para as mulheres, é

fundamental o conhecimento sobre a fisiologia do parto natural e apoio informacional para que as mulheres acreditem que elas conseguem parir (Silva et al., 2018).

Em pesquisa realizada com mulheres que decidiram parir em seus domicílios, por Moraes, Mattos, Matão, Martins e Nascimento (2016) observou-se que as participantes demonstraram uma maneira mais confiante de enfrentar a parturição. Acredita-se que a decisão pelo parto domiciliar e a vivência dessa parturição estão associados ao apoio fornecido pela equipe, pelas informações adquiridas por meio de grupos de gestantes e da internet. A dor do parto, nesse cenário, adquire um novo sentido, e passa a estar relacionada a uma conquista alcançada pela mãe, que pôde vivenciar o parto de forma segura, sentindo-se mais confiante e forte após esta experiência (Moraes et al., 2016).

Em estudo sobre humanização do parto, Versiani, Barbieri, Gabrielloni e Fustinoni (2015), apreenderam dois elementos primordiais: o vínculo entre a equipe e a mulher, que permite que ela expresse seus sentimentos e angústias, e a competência técnica para atuar sem intervenções desnecessárias, fornecendo orientações que possibilita a autonomia da gestante e facilita sua participação no nascimento.

Para além do que foi exposto, cabe ressaltar o contexto pandêmico em que a pesquisa foi realizada, que modificou o cenário da atenção em saúde e da assistência ao parto. Com a disseminação do vírus SARS-CoV-2, que deu origem a doença de alta transmissibilidade denominada COVID-19, houve uma enorme preocupação com as gestantes, que foram classificadas como grupo de risco pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O estudo produzido por Souza e Amorim (2021), alerta quanto ao aumento de casos de óbitos maternos relacionados à COVID-19. O Brasil é o país com maior número de casos de mortes de gestantes e puérperas devido à COVID-19, o Boletim do Observatório COVID-19 Fiocruz

(2021), aponta que no ano de 2020 foram registradas 560 mortes pela COVID-19, e em 2021 – até o fechamento da análise – haviam sido registradas 1.156 mortes maternas.

Diante desse cenário, as mulheres ficaram ainda mais fragilizadas, expostas às incertezas de uma nova doença e de modificações acerca de suas expectativas de vivência em relação à gestação e ao parto. Acrescendo a isso o medo de complicações da doença, dos riscos de infecção, de não ter escolha entre a via de parto normal e cesárea e a possibilidade de não ter o direito ao acompanhante assegurado (Estrela, Silva, Cruz & Gomes, 2020). Dessa forma, os autores reforçam a necessidade de uma assistência que amenize os impactos da pandemia e a criação de novas estratégias para promover bem-estar às mães e aos bebês.

Nesse contexto, os profissionais de saúde são colocados frente a um novo desafio, e voltar o olhar para o que as gestantes têm a dizer acerca do parto torna-se primordial para oferecer um cuidado integral e humanizado.

3.2 A Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi escolhida para embasar esse estudo, tendo em vista que as representações sociais do parto de mulheres grávidas podem influenciar a vivência da gestação, no que tange às expectativas e sentimentos em relação ao parto. Nesse sentido, parte-se do pressuposto que as representações orientam a postura assumida pela mulher frente ao parto, bem como seus sentimentos e interpretações sobre o que foi experienciado. Contudo, também reconhece-se que as vivências cotidianas na gestação podem contribuir para a emergência de novos elementos representacionais.

Proposta por Serge Moscovici, a TRS surge em 1961, a partir da publicação do livro *La psychanalyse, son image et son public*, obra em que o autor versa sobre as representações sociais de franceses leigos sobre a psicanálise (Santos, 2005). As representações sociais dizem

respeito a um conhecimento construído, sobre um determinado objeto social, a partir das comunicações cotidianas. Esse conhecimento do senso comum é utilizado como premissa norteadora para a realidade de um determinado grupo social.

Entre os teóricos que se debruçam ao estudo das RS, destacam-se: Jean-Claude Abric, Willem Doise e Denise Jodelet. Jean-Claude Abric propôs a Teoria do Núcleo Central, segundo a qual toda representação social se dá em torno de um núcleo central e um sistema periférico. De acordo com o autor, o núcleo central é responsável por dar significado, organizar e dar estabilidade à representação, enquanto cabe ao sistema periférico concretizar a representação, proteger o núcleo central, guiar comportamentos, permitir a adaptação das representações de acordo com o contexto, permitir que as representações tenham mudanças pessoais de acordo com a vivência do sujeito (Abric, 1998). Essa teoria mostra que a mutabilidade de uma representação depende da modificação em seu núcleo central (Almeida, 2005). A abordagem proposta por Willem Doise propõe um diálogo entre os processos individuais do sujeito e a dinâmica social em que o indivíduo está inserido, considerando as representações sociais como “princípios geradores de tomadas de posição, ligados às inserções sociais específicas, organizando os processos simbólicos que interferem nas relações sociais” (Almeida, 2005). Esse estudo baseia-se no que é proposto por Denise Jodelet.

A representação social implica três elementos fundamentais: a comunicação; a reconstrução da realidade e o domínio do mundo (Almeida, 2005). A comunicação é responsável por manter a partilha de informações e experiências entre os grupos, favorecendo o processo de nomeação e classificação de algo; a realidade social transforma-se cotidianamente, a partir da dinâmica entre a representação e a comunicação temos a reorganização de conceitos que modificam a realidade social; e o domínio de mundo refere-se a possibilidade que a representação oferece ao homem de situar-se no mundo e modificá-lo

(Almeida, 2005). Dessa forma, as representações sociais são conhecimentos práticos que viabilizam a comunicação e a compreensão dos contextos sociais (Spink, 1993).

A TRS fornece aparato para analisar os fenômenos sociais e também para reorganizar diversos campos de estudo da psicologia social, viabilizando o diálogo da psicologia social com outras ciências como a antropologia, história e a sociologia (Almeida, 2005), além de ampliar as possibilidades de estudo acerca da dinâmica social, das relações de grupo e dos comportamentos. Para Jovchelovitch (2011), a representação se manifesta como um processo psicossocial complexo e rico, em que os indivíduos envolvidos possuem identidades e emoções, relacionam-se com outras pessoas e exercem ações e comportamentos de acordo com seus propósitos, dessa forma, a representação é uma prática que depende das relações e comunicações de um grupo de pessoas.

Para Jodelet (2001), o processo de representar é caracterizado por quatro premissas essenciais: 1) a representação social é sempre representação de alguma coisa e de alguém; 2) a representação social pode se relacionar com o seu objeto através da simbolização (ocupando seu lugar), ou da interpretação (fornecendo significações); 3) a representação é uma forma de conhecimento; 4) a representação é um saber prático, devido às experiências, contextos e condições em que é produzida.

As representações sociais exercem quatro funções, que se apresentam da seguinte forma: *função do saber*, uma vez que permite explicar e compreender a realidade a partir das representações sociais; *função de orientação*, uma vez que a representação orienta as práticas sociais e condutas dos indivíduos; *função identitária*, haja vista que promove a identificação dos grupos e fornece o sentimento de pertença dos indivíduos nos grupos em que se inserem; e por fim, a *função justificadora*, tendo em vista que as representações servem como justificativa para os comportamentos dos atores sociais (Santos, 2005).

No que diz respeito ao processo de formação das RS destacam-se dois fenômenos: a objetivação e a ancoragem (Jodelet, 2005). A objetivação tem como finalidade tornar o abstrato em algo concreto (Moscovici, 2003). A partir da objetivação é possível selecionar, esquematizar e naturalizar as informações e vinculá-las a uma realidade objetiva (Jodelet, 2005). A objetivação contribui transformando o que é desconhecido em algo materializado, permitindo que o objeto abstrato possa ser visualizado e acessado através do senso comum. Na objetivação ocorrem os seguintes processos simultaneamente: seleção, formação de núcleo figurativo e naturalização. A seleção especifica as informações sobre o objeto da representação; a formação do núcleo figurativo compreende a criação de imagens capazes de representar a ideia, tornando-a concreta e visível; e a naturalização é o momento em que a representação se insere na realidade do sujeito e passa a fazer parte do senso comum (Barra Nova & Machado, 2014).

É através do processo de ancoragem que o indivíduo consegue incorporar o que está distante de sua realidade em categorias que já são familiares, incluindo o que é estranho aos saberes que são conhecidos (Barra Nova & Machado, 2014). A ancoragem é responsável por fixar, enraizar, atribuir significados e explicar como as ideias se transformam em um conhecimento do senso comum, capaz de interpretar a realidade e modular os comportamentos (Jodelet, 2005). Ancorar é nomear e classificar, é tornar possível imaginar e representar algo que há pouco estava distante do sujeito (Moscovici, 2003).

Denise Jodelet, por sua vez, utiliza as representações sociais para compreender como a articulação entre as questões sociais, históricas e culturais dialogam nas construções dos sujeitos. Esta teórica se debruça ao estudo dos discursos dos grupos e sujeitos que representam um objeto, a identificação das práticas sociais e comportamentos em que as representações se manifestam, aos registros e documentos em que esse conhecimento se institucionaliza e aos meios de comunicação que mantêm as representações e contribuem para

sua transformação, buscando enfatizar os contextos histórico e cultural para compreender o simbólico (Almeida, 2005).

Jodelet (2005) discute também o papel das representações sociais na experiência do indivíduo. Para a autora, a experiência possui duas dimensões: a experiência vivida, que se estabelece no plano individual do sujeito e relaciona-se a seu estado emocional; e a dimensão cognitiva que permite uma experimentação do mundo e sobre o mundo, contribuindo para a construção da realidade através de categorias socialmente dadas. Utilizar esse conceito para apreender as concepções das gestantes acerca do parto é de extrema importância para o nosso estudo, pois a experiência é influenciada pelos conhecimentos compartilhados entre os indivíduos.

No que diz respeito aos estudos sobre representações sociais e parto, é possível encontrar estudos nacionais que abordem a temática nos últimos anos. De acordo com o estudo de Velho et al. (2014), as representações sociais apresentadas por mulheres em relação ao parto normal e a cesariana são caracterizadas por sentimentos ambivalentes. O parto normal manifesta-se como a forma natural de nascer, oferecendo recuperação rápida e menores chances de complicações, à medida que traz consigo a dor causada pelas fortes contrações do trabalho de parto. A cesariana emerge como um processo cirúrgico tranquilo, que inicialmente não apresenta dor, contudo o pós-parto é marcado por uma recuperação lenta e dolorosa.

No estudo de Carderelli, Tanizaka, Benincasa e Frugoli (2018), o medo e a dor do parto normal estão culturalmente enraizados nas representações sociais do parto, funcionando como modulador de conduta relacionado às preferências maternas, uma vez que esses sentimentos vão além do processo fisiológico do parto, indo ao encontro de questões sociais e culturais experienciadas pela gestante durante sua vida.

Ao discutir sobre as representações sociais do parto entre mulheres que pariram no domicílio, Sanfelice e Shimo (2015) chegaram a conclusão de que a tomada de decisão pelo parto em casa é fruto de uma necessidade das gestantes de experienciar esse evento assumindo o protagonismo de seu corpo, participando ativamente do parto e fazendo suas próprias escolhas sem que isso esteja atrelado a algum conflito. As gestantes sentiam-se mais confiantes para protagonizar o parto fora do ambiente hospitalar, assistidas por equipes com que já possuíam vínculo e sentiam-se confortáveis para dialogar com os profissionais.

Tendo em vista a importância dos significados socialmente construídos sobre o parto na vivência da gestação e escolha do parto, torna-se necessário conhecer as representações sociais que as usuárias do SUS têm acerca desse objeto social, a fim de que esse conhecimento do senso comum possa ser utilizado nas ações de promoção de uma assistência integral e humanizada, incentivando diálogo entre as mulheres e os profissionais de saúde. Compreender os saberes das gestantes sobre o parto é um importante passo para garantir direitos e assegurar uma vivência respeitosa e positiva às mães.

A partir da perspectiva de Jodelet, esta pesquisa busca apreender as representações sociais do parto. O presente estudo almeja colaborar no fomento de uma experiência ao parto positiva no âmbito do SUS, contribuindo para o desenvolvimento de novas ações e fortalecimento de políticas públicas, como o programa Rede Cegonha. Dessa forma, se faz essencial a compreensão do processo de construção do conhecimento sobre o parto, bem como seus contextos, condições de produção e processos psicossociais gerados por este saber do senso comum.

Esta pesquisa visa contribuir para o fortalecimento do movimento de humanização do parto, sendo um subsídio para reflexões, debates e práticas acerca da temática abordada, envolvendo os diversos atores sociais que fazem parte do processo de parturição.

Promover uma vivência de parto positiva perpassa pela desconstrução cultural do parto normal como um evento desnaturalizado, insuportável e diretamente ligado ao sofrimento. Acredita-se que também é necessário estimular os profissionais de saúde a aprimorarem a sua assistência de acordo com as boas práticas de atenção ao parto, promovendo uma assistência humanizada, transformando o contexto medicalizado e intervencionista no qual o parto está inserido.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de cunho qualitativo. A abordagem qualitativa possibilita uma melhor compreensão acerca da vivência humana, levando em consideração as particularidades do indivíduo, tendo em vista que a vivência de cada um é singular (Minayo, 2012). Além disso, a escolha pela abordagem qualitativa se dá pelo seu comprometimento em responder a questões não quantificáveis que fazem parte da realidade social (Minayo, 2015).

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com mulheres gestantes usuárias do SUS em uma Unidade Básica de Saúde da Família e um Centro de Saúde do município de Campina Grande - PB. A coleta de dados aconteceu entre os dias 10 e 30 de junho de 2021.

4.3 Participantes

As participantes foram 12 gestantes adultas de baixo-risco, 6 primíparas e 6 múltiparas, que realizavam pré-natal na Atenção Básica de Campina Grande - PB.. As participantes foram escolhidas de forma aleatória e aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária, à convite da pesquisadora.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade a partir de 18 anos, caracterizadas pela equipe de saúde como gestantes de baixo risco e que aceitaram participar da pesquisa, tendo em vista suas condições clínicas e psicológicas. Como critérios de exclusão definiu-se:

grávidas que apresentassem algum diagnóstico de transtorno mental, gestação atípica ou gestação de alto-risco.

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados; um questionário sociodemográfico e clínico, no intuito de traçar o perfil das participantes, e a entrevista semiestruturada, com o objetivo de apreender as representações sociais das gestantes sobre os tipos de parto, as expectativas e planejamentos para o momento do parto, assim como os contextos de produção dessas representações sociais.

4.6 Procedimentos de Coleta de Dados

O projeto foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde para a obtenção da autorização institucional. Posteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba. Após o parecer de aprovação do comitê de ética, foi realizado novo contato com a Secretaria Municipal de Saúde a fim de receber autorização para realizar a coleta de dados de forma presencial.

A partir da comunicação com a Secretaria de Saúde de Campina Grande, a coleta de dados foi realizada de forma presencial, após autorização das enfermeiras responsáveis pela Unidade Básica de Saúde e pelo Centro de Saúde. Dessa forma, foi realizado contato com as Enfermeiras responsáveis pela Unidade Básica de Saúde da Família e do Centro de Saúde, as mesmas autorizaram a coleta de dados nas instituições. Estava disposto no ambiente álcool em gel, máscaras descartáveis para uso das gestantes e foi respeitado o distanciamento de um metro e meio. As entrevistas foram realizadas nos dias de pré-natal, a pesquisadora se aproximava e convidava as gestantes a participarem da pesquisa.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Autorização para Gravação de Voz (TAGV) esteve disponibilizado em duas vias, os documentos foram lidos e explicados pela pesquisadora às gestantes e após isso assinado pelas participantes e pela pesquisadora, cada uma das partes tomou posse de uma das cópias.

4.7 Procedimento de Análise dos Dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise dos dados. Os dados foram analisados de acordo com a proposta de Bardin (2016) de análise de conteúdo temática, passando pelas seguintes fases: 1) leitura flutuante; 2) recorte do texto de acordo com os temas; 3) codificação das unidades de registro; e 4) referência dos índices e elaboração dos indicadores. A análise de conteúdo propõe a categorização e codificação do material coletado de acordo com a frequência que os significados emergem nos discursos dos sujeitos, ponderando dessa forma o seu grau de relevância para a pesquisa.

4.8 Aspectos Éticos

Quanto aos preceitos éticos, as gestantes foram esclarecidas acerca do estudo e concordaram em participar da pesquisa mediante conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização de Gravação de Voz (TAGV). O estudo foi realizado mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, respeitando todas as etapas relativas aos procedimentos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). A coleta de dados foi iniciada apenas após a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade estadual da Paraíba, sob número CAAE: 46605221.7.0000.5187.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da pesquisa estão descritos em duas seções: “dados sociodemográficos”, contemplando o perfil sócio-demográfico das gestantes e dados qualitativos, derivados da análise de conteúdo temática.

5.1 Dados sócio demográficos

A faixa etária das participantes variou entre 21 e 36 anos, como demonstra a tabela 1. Em relação à cor, a maioria se autodeclarou parda (N=5) ou branca (N=5). No que se refere ao estado civil, metade das participantes se declarou solteira (N=6). Dentre essas, duas mantinham relacionamento amoroso com o pai da criança da atual gestação. Cinco gestantes tinham relacionamento conjugal e apenas uma era divorciada. No que tange à escolaridade, grande parte do grupo pesquisado possuía o Ensino Médio Completo (N=8). A atividade remunerada era realizada por dez gestantes (N=10) e a renda familiar predominante era de um a dois salários mínimos (N=6).

Tabela 1. Características sócio demográficas das participantes

Variável	Categorias	Frequência
Idade	De 18 a 25	04
	De 25 a 35	06
	Mais de 35	02

Etnia	Branca	05
	Parda	05
	Amarela	02
<hr/>		
Estado Civil	Solteira	06
	Casada	04
	União Estável	01
	Divorciada	01
<hr/>		
Escolaridade	Fundamental Completo	01
	Ensino Médio Incompleto	01
	Ensino Médio Completo	08
	Ensino Superior Completo	02
<hr/>		
Renda	Menor que um salário mínimo	01
		03
	Um salário mínimo	06
	Entre um e dois salários mínimos	02
	Mais de dois salários mínimos	
<hr/>		
Trabalho	Sim	10
	Não	02
<hr/>		

5.2 Dados qualitativos

Os dados qualitativos foram organizados em sete categorias temáticas, a saber: 1. Pandemia da COVID-19; 2. História da gestação; 3. Expectativas em relação ao parto; 4. Influência familiar; 5. Informações sobre o parto; 6. Parto normal; e 7. Parto cesáreo.

No intuito de salvaguardar o anonimato das mulheres, as gestantes primíparas foram identificadas pelo código GP e as multíparas, o código GM. Todas as entrevistadas foram enumeradas de 1 a 6, em ambos os grupos.

5.2.1 Pandemia de COVID-19

Ao buscarmos compreender como as mulheres estavam vivenciando a gestação no contexto da pandemia de COVID19, as primíparas ressaltaram o medo (4) em relação ao contágio, a necessidade de manter os cuidados para evitar a contaminação (4), a preocupação com a dificuldade financeira (1). Ao serem questionadas sobre como se sentiam em relação à pandemia, emergiram os seguintes discursos:

Senti um pouco de medo até porque eu tive COVID no início da gestação, mas isso não acarretou nenhum problema para o bebê e para mim. Depois, foi tranquilo. E, como eu falei, o receio maior é mais na época que está previsto para nascer. Em setembro, daqui há três meses. Então, assim... até lá tenho essas preocupações por conta da pandemia. Então, isso aqui me traz um pouquinho de medo e espero até lá estar vacinada e as coisas melhorarem, pelo menos um pouco. (GP2, 22 anos).

Mas, assim, estou confiante, tomando os devidos cuidados. Mas a gente fica com um pouco de receio da situação... Bem, eu tento me manter tranquila, mas a todo momento eu fico pensando na melhor forma de me preparar para ter um ambiente seguro porque hoje em dia o ambiente hospitalar deixar a gente um pouco com medo, pela questão de transitar muita gente, mas eu tenho confiança que vai ser bem cuidado o parto, nessa questão de pandemia. (GP5, 32 anos).

É importante ressaltar que no momento da coleta de dados, a campanha de vacinação no Brasil estava caminhando a passos lentos. Apenas com a promulgação da Lei 14.190 de 29

de julho de 2021, é que as gestantes, puérperas e lactantes foram incluídas como grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19.

Em relação às multíparas, cinco gestantes relatam a importância de sair de casa tomando todos os cuidados. As mulheres relatam medo (4) em relação ao contágio, e nervosismo (3) em relação à doença, enquanto duas afirmam não estar com medo.

Eu evito pensar muito nisso, até porque eu não saio de casa, eu estou tomando cuidado. O único lugar que eu saio e estou vindo é aqui, mas eu estou tomando cuidado. De poder adquirir lá o medo é óbvio né? Tá tendo muito caso de morte. Então, eu não penso muito. Minha primeira opção não é pra lá, só se tiver que ser mesmo... A gente fica um pouco mais apreensiva principalmente depois dos casos de grávidas aumentando, que o risco é maior. A gente tem que tomar um cuidado maior, não sair, só se for algo muito extremo. Então, a minha parte eu tento fazer. (GM1, 28 anos).

A pandemia foi uma das principais causas que me deixou mais nervosa e com a gravidez, aí é que eu fico mesmo, porque eu fico com muito medo. De casa mesmo, eu só saio pra isso, evito o máximo. Eu faço feira e peço para o menino deixar na porta. Só saio no necessário mesmo, para exame e consulta. (GM4, 36 anos).

As falas das gestantes, de ambos os grupos, expressam medo em relação ao contágio da COVID-19, bem como a necessidade de manter os cuidados de prevenção à doença. As entrevistadas mostram-se favoráveis às medidas de segurança mas têm consciência de que podem contrair a doença no ambiente hospitalar quando forem dar à luz, emergindo mais um fator de insegurança em relação ao momento do parto. Percebe-se, pelos relatos das participantes, que diante do contexto pandêmico o ambiente hospitalar torna-se ameaçador. Uma das multíparas reforça o medo de ter que parir em uma das instituições hospitalares da cidade, uma vez que escutou histórias relacionadas à má-assistência dessa instituição. O hospital, portanto, pode ser caracterizado como um ambiente ameaçador, seja pela possibilidade de contágio e/ou pelas narrativas relacionadas à violência obstétrica.

Constata-se também a sensação de vivenciar a gestação de forma totalmente atípica e inesperada. O distanciamento social diminuiu a interação social, evitando uma maior

exposição ao vírus. Entretanto, o distanciamento ou isolamento social diminuíram também trocas afetivas e de apoio emocional de forma presencial, em um momento que suscitava vários sentimentos e emoções relacionados à gestação em um cenário pandêmico.

Cabe ressaltar que a assistência à saúde da mulher foi afetada pela pandemia e entre os fatores esteve a suspensão, alguns lugares do país, da assistência pré-natal presencial; o receio das mulheres em procurar os serviços de saúde e ao fato de que alguns municípios concentraram seus esforços ao tratamento da COVID-19 (Souza & Amorim, 2021).

A pandemia da COVID-19 ocasionou grande impacto mundial, de diferentes formas. As gestantes, que são consideradas grupo de risco para a doença, ficaram ainda mais vulneráveis diante desse cenário. Estar gestante durante a pandemia implica sentimentos de medo e insegurança às mulheres. Dessa forma, os profissionais de saúde devem atuar para reduzir os impactos causados pela nova doença ao binômio mãe-bebê, criando novas estratégias de promoção do cuidado que proporcione acolhimento e bem-estar durante o ciclo gravídico-puerperal (Estrela, et al. 2020).

5.2.2 História da gestação

A categoria “história da gestação” buscou apreender aspectos como desejo, planejamento e reações relacionadas à gravidez. Dentre as primíparas, não houve planejamento da gravidez e apenas duas desejavam a gestação, a princípio. Duas gestantes relataram a felicidade em estarem grávidas. As demais primíparas, relataram reações como nervosismo (2), medo (1) e choque (1):

A gente queria o filho, mas não pensou que fosse esse ano que eu fosse engravidar. Mas aí aconteceu né? Mas queria o filho sim, tanto que com 36 anos, acabou tendo o filho... Foi bom saber que eu tava grávida, gostei, fiquei muito feliz por isso. E o pai também, né? Um filho sempre é bom, né? A gente se sente muito feliz. Eu me senti e me sinto muito feliz por estar grávida. (GP6, 36 anos).

Não, foi descuido mesmo. Acabou acontecendo, né? Na saúde psicológica eu me sinto abalada, porque eu não tenho apoio da família, do pai da criança e da família dele também. Não me sinto bem por causa disso. Ele não demonstra que quer cuidar, que quer criar, e aí estou mal, não me sinto bem. Porque vai ser só eu para tudo. Então... Aí eu não tenho garra suficiente ainda. (GP3, 21 anos).

Percebemos nos discursos das primíparas que nenhuma delas planejou a gestação, contudo, o desejo de ter um filho emergiu ao longo da gestação, para duas participantes, além das duas que sempre quiseram ser mães. Por outro lado, pode haver sofrimento e até mesmo dificuldade de aceitação da gravidez quando o contexto não é suportivo e é ameaçador. Os contextos em que estão inseridas, relatos de falta de apoio familiar e do companheiro, podem acarretar sentimentos de desamparo.

Entre as gestantes múltíparas, apenas uma planejou e desejou a gravidez desde o princípio. As demais participantes informaram que a gestação não foi planejada. A dificuldade em aceitar a gestação foi citada quatro vezes (4) entre os motivos estão as dificuldades financeiras e falta de recursos materiais para conduzir a chegada do novo membro da família, falta de apoio familiar e a pandemia.

Mulher, é estranho. É totalmente mudar a sua vida tudo de novo, tudo de novo, você começar do zero, tudo de novo. Eu tô ainda caindo minha ficha, caindo a ficha porque assim, comecei a lavar as roupinhas, essas coisas. Aí você já vê ali as coisas diferente, aí você vai caindo na real, mas até agora, enquanto eu não tiver com ele nos meus braços eu... tem hora que eu esqueço até que eu tô grávida, faço tanta loucura, esqueço totalmente. Mas a minha vida normal, tá normal, assim, grávida normal, levo normal, assim, nada de frescura, de tá com manha, não pode, como de tudo, é isso. Essa agora não, eu não tava esperando. (GM2, 35 anos).

Mulher, essa última aqui foi a mais difícil, não sei assim, se foi porque eu não queria. Mas assim, foi um baque pra mim. De vez em quando eu choro, tenho muita dificuldade, assim, tentando aceitar. Eu tenho essas crises de estar chorando. Com os outros dois eu nunca tive, mas com esse eu tenho... No começo foi difícil, mas agora eu aceito mais, só as dificuldades das coisas, que eu ainda não tenho nada para o bebe, para ela. Mas eu acredito que vou conseguir, daqui pra lá, quando nascer eu vou conseguir tudo. (GM4, 36 anos).

A gestação não planejada foi um traço marcante na história das gestantes de ambos os grupos que participaram do presente estudo. De acordo com a OMS (2019), as principais

causas da gravidez indesejada estão relacionadas à carência de informações sobre a possibilidade de engravidar e a falta de estratégias de planejamento familiar. Segundo os autores Costa, Oliveira e Alves (2021), a gravidez não planejada é considerada como um importante indicador de saúde pública utilizado para mensurar a efetividade das ações de planejamento familiar e esse indicador pode acarretar em problemas de ordem física, social, econômica e psicoemocional. Os autores ainda apontam os fatores que foram relacionados às maiores chances de ocorrer uma gravidez não desejada, sendo estes: mulheres jovens e adolescentes, com maior número de filhos, solteiras, mulheres negras, que não residiam com companheiro, de menor posição socioeconômica, com maior número de pessoas residindo no domicílio e baixa escolaridade do companheiro (Costa, et al. 2021).

Além disso, durante a pandemia da COVID-19, o acesso a serviços de contracepção foi prejudicado, as ações de promoção à saúde sexual e reprodutiva foram escassos, e o âmbito federal não lançou nenhuma medida que pudesse conter os efeitos da concepção, o que pode ter colaborado com o aumento de casos de gestações indesejadas (Coutinho et al., 2020).

O sofrimento e a dificuldade de aceitar a gravidez relacionam-se às grandes mudanças inerentes advindas com a gestação e que, portanto, acarreta apreensão em relação aos novos desafios que estão por vir, principalmente na ausência de uma rede social que ofereça diferentes tipos de apoio, como cuidar da criança ou mesmo apoio financeiro. Os relatos das gestantes primíparas demonstram a ambiguidade de sentimentos reforçada pela falta de apoio do companheiro e pelo momento pandêmico, que causava insegurança. Assim, a felicidade da gestante que pode contar com essa rede se destaca em relação ao choque da que encontra-se sozinha. Uma vez que o apoio familiar representa um fator de proteção no processo de transição à parentalidade (Barros & Neves, 2018) a carência dessa proteção fragiliza as gestantes

Entre as múltiparas, a dificuldade em aceitar a gravidez relaciona-se também às dificuldades financeiras e na falta de recursos materiais para conduzir a chegada do novo membro da família. As gestantes participantes deste estudo, em sua maioria, vivem com renda entre um e dois salários mínimos. Costa et al. (2021) aponta o perfil de mulheres que vivenciam o processo de gestação indesejada, entre as características estão o maior número de filhos anteriores e viver em condições de baixa renda. A partir disso, ressalta-se a necessidade de melhorar as ações relacionadas ao planejamento familiar para garantir às mulheres que seu processo de gestação seja saudável em vários aspectos, inclusive no que tange a saúde psicológica.

5.2.3 Expectativas e sentimentos em relação ao parto

Esta categoria investigou os sentimentos e expectativas que acompanham as gestantes em relação ao seu parto. No que diz respeito às primíparas, existe a expectativa de que tenham parto tranquilo (3) e sem intercorrências/complicações (4). Quanto aos sentimentos, foram relatados: medo e insegurança (3) relacionados à incerteza acerca da via de parto que serão submetidas e ao contágio, receio de sofrer violência obstétrica (1) e confiança (1):

Que não tenha complicações, espero que não tenha complicações nem para mim, nem para a criança. E que eu não seja mal atendida e mal assistida no parto. Como a gente às vezes escuta muitos relatos que as mães se traumatizaram eu tenho esse medo, de pegar um profissional que me deixe com algum medo. (GP5, 32 anos).

É um misto de ansiedade e otimismo para que tudo ocorra bem, até por conta da questão da pandemia que é uma coisa que assusta um pouco, até porque não é sobre mim, é sobre uma criança agora. Mas, é... quanto ao apoio que tenho aqui no postinho, está sendo primordial. A médica é super atenciosa, me deixa tranquila e buscar informações me deixa mais tranquila, saber como funciona mais ou menos a rede pública, que pretendo ter, e acho que estudar me dá também essa tranquilidade em relação a isso, e só. (GP2, 22 anos).

A forma como a equipe de saúde conduz a assistência durante o período gravídico-puerperal é fundamental para fornecer sentimentos de segurança às gestantes, promovendo um ambiente acolhedor, escuta qualificada e informações sobre a gestação e o parto.

Carderelli et al. (2018, p.130) também reforçam a necessidade de uma assistência pré-natal que forneça à gestante: “segurança e participação ativa na escolha do tipo de parto, onde ela possa se aproximar de sua história, da sua cultura familiar a respeito do lugar da mulher na sociedade ou seja de suas representações sociais”.

Entre as multíparas, as expectativas em relação ao parto concentraram-se na ausência de intercorrências (6). Além disso, algumas gestantes esperam que o parto seja tranquilo (3), rápido (2) e sem dor (1). No que diz respeito aos sentimentos, o medo e insegurança (4) se destacou nos relatos das participantes, relacionando-se à dor, à pandemia e a intercorrências. Nesse sentido, a ansiedade (2) também surgiu nos discursos. A falta de apoio familiar e a preocupação com a dificuldade financeira foi citada uma vez. Apenas a gestante que alegou ter planejado a gravidez mencionou a sensação de alegria que surge após o parto.

“ Ah eu espero que dê tudo certo, que chegue até o final, que dê tudo certo. Assim, né? Em relação aos 9 meses, a chegada dos 9 meses. Tudo bem assim, sem nenhuma complicação.” (GM6, 29 anos).

Medo, não deixa de ser medo. Apesar das outras três terem sido tranquilas, a gente se acostuma, mas a gente sempre fica com receio, insegurança, que a gente nunca sabe como vai ser... Acho que a dor. A dor, a situação que a gente está vivendo, essa questão de pandemia, algo que não foi programado. Por exemplo, eu tenho plano de saúde na minha empresa, mas optei por não ter porque não sou de ficar doente, de ficar indo em médico. E era algo que eu poderia se eu estivesse feito tudo planejado, fazer no particular, laqueadura tudo de uma vez só. Essa questão da maternidade, também tá tendo muitos casos lá, estou com receio se tiver que ir pra lá, é mais ou menos isso. (GM1, 28 anos).

Para as entrevistadas, a expectativa de um parto tranquilo e sem intercorrências se sobressai em ambos os grupos. Isso retrata a compreensão do parto como um fenômeno imprevisível por diferentes questões, seja de ordem biológica (intercorrências e contágio) ou mesmo por aspectos relacionados à assistência, como o medo da violência obstétrica. Nesse contexto, ressalta-se a importância de uma assistência que identifique e acolha os receios

relacionados ao parto. Também torna-se importante fornecer informações sobre o processo de parturição, como as etapas do trabalho de parto e sinais de alerta, bem como sobre os diferentes tipos de parto possíveis.

Estudo produzido por Velho et al. (2014) revela que profissionais que agem de forma rude e agressiva são avaliados negativamente pelas mulheres, independente do tipo de parto, enquanto àqueles que praticam uma assistência de forma calma e atenciosa, promovendo cuidado e orientações, são responsáveis por criar uma atmosfera de segurança e confiança, tanto no parto normal quanto no cesáreo.

A ansiedade e o medo também se destacaram entre as primíparas que fizeram parte da pesquisa de Nunes et al. (2018), neste estudo a ansiedade relaciona-se às modificações advindas da gestação, por ser uma experiência nova, e o medo está ligado ao pouco conhecimento das participantes acerca das modificações fisiológicas e dúvidas acerca do período gravídico. Observa-se que apesar dos sentimentos apontados pelas gestantes serem semelhantes ao desta pesquisa, seus significados trazem um olhar diferente sobretudo pela relação com as possíveis intercorrências relacionadas a pandemia.

No estudo de Tostes e Seidl (2016), o medo e a ansiedade das gestantes relacionavam-se à dor do parto normal, ao risco de complicações e à intercorrência à mãe e ao bebê, corroborando os achados dessa pesquisa.

O medo do parto relaciona-se à possibilidade de passar pelo sofrimento evitável da violência obstétrica, da dor, como também da insegurança no que tange à via de parto a qual a gestante será submetida, o que nos leva a discussão de até que ponto a mulher exerce de fato uma escolha sobre o seu tipo de parto (Diniz, 2005).

As expectativas e sentimentos em relação ao parto estão longe de ser uma produção individual, na medida que derivam de representações sociais do parto, produzidas pelas histórias contadas nas famílias, por pessoas que passaram por experiências em determinadas instituições, por informações nas redes sociais e por experiências anteriores. O parto, portanto, não se caracteriza como um evento apenas biológico. A assistência pré-natal, portanto, deve abarcar as diferentes dimensões desse fenômeno junto às gestantes e seus familiares, o que implica o abandono do modelo biomédico, que negligencia os diferentes aspectos envolvidos na gestação de um filho.

5.2.4 Influência familiar

Esta categoria buscou compreender o papel da família na construção de significados e sentimentos relacionados ao parto, por meio do compartilhamento de histórias familiares. As entrevistas das primíparas permitiram identificar que as irmãs (4) destacam-se, no que diz respeito ao compartilhamento de histórias sobre partos. Além delas, mãe (1), amigas (1) e outros parentes (1) também foram citadas como agentes sociais desse processo.

Dentre as primíparas, uma gestante relatou que apesar do incentivo de suas irmãs em relação ao parto normal, ela deseja o parto cesáreo, pois teme a dor do parto normal. Para outra entrevistada, sua mãe e irmãs atuam motivado-a a realizar o parto normal. Revela-se, no discurso de outra entrevistada, a defesa de irmãs de ambos os tipos de parto, o que traz dúvidas à gestante. Ressalta-se que duas das gestantes primíparas ainda não tiveram conversas com seus familiares sobre o parto, pois no momento da entrevista, haviam descoberto a gravidez há pouco tempo.

São as próprias irmãs que falam né? E ficam falando sobre um e o outro. Uma teve cesáreo e a outra teve normal. A que teve normal opta por ter normal, a recuperação é melhor e tal, e a que teve cesáreo opta por ter cesáreo. E aí tem a dúvida, né? Ela defende esse lado aí da recuperação. Parto é relativo né? Depende de

cada gestante. Ela disse que não sentiu dor nenhuma não, que foi tranquilo. É isso aí. (GP6, 36 anos).

Elas (*irmãs*) falam que é necessário se programar, elas dizem: “Programe seu parto se puder, veja um médico e se for possível agendar, faça”. Que tem que ter muita calma, que dói mesmo, que é um momento que não tem comparação de dor. Elas tentam me acalmar e me deixam cientes, porque é momento de muita dor também, de um certo sofrimento, mas que é suportável. (GP5, 32 anos).

Em relação às histórias familiares e suas repercussões entre as gestantes múltiparas, apenas uma informou que sua mãe passa tranquilidade, falando sobre o apoio familiar e o respeito a sua autonomia. As duas gestantes múltiparas que desejam realizar o parto cesárea informam que essa decisão está ancorada em relatos de experiências negativas de familiares no parto normal. Uma das gestantes, apesar de ouvir relatos sobre a dor do parto normal, mantém-se decidida a enfrentá-lo. Outra gestante informa casos de prematuridade na família, inclusive na experiência de sua primeira gestação em que teve complicações e passou por uma cesariana de emergência, por esse motivo, prefere o parto normal.

Mulher, eu escolhi o cesáreo, acho que foi um certo medo do normal devido muitas dores. Dizem que é umas dores, né? E acho que porque minha irmã sofreu muito, minha irmã sofreu muito no normal aí eu fiquei com trauma, entendeu? Mulher, elas falam o mesmo. As dores, é muita coisa, muito sofrimento, entendeu? Muitas vezes chega e não tem muita enfermeira boa, tá lá no momento e tem que se apegar com quem vai né? Com algum familiar. Tem umas parteira que não ajuda e deixa você sofrer mesmo. Eu acho que tinha que ter toda uma série quando é normal, tipo assim uma pessoa, um profissional ali do lado dando força, entendeu? Porque tem muita gente que é o primeiro filho, muita gente que também vive de traumas, porque fulano sofreu, cicrano sofreu, aí fica assim. Que acha que vai sofrer também, acha que a dor é imensa né? Como dizem, que eu não sei, mas eu acho que tinha que ter um profissional do lado, né? (GM2, 35 anos).

Constata-se que, para as múltiparas, as experiências familiares também influenciam a escolha pelo parto cesáreo, uma vez que o parto dessas mulheres foram considerados como um “sofrimento”, ressaltando-se a dor do parto. Não foi possível identificar a existência de outros fatores que possam ter contribuído ao sofrimento nos relatos das histórias familiares, como a assistência prestada pela equipe e a presença de apoio familiar durante o parto, por exemplo.

Sabe-se que, nem sempre, a opção do tipo de parto será dada a mulher, contudo, é possível observar que no tocante ao que é passível de sua decisão, as histórias familiares exercem forte influência. Visto que as representações emergem nas conversações (Moscovici, 2003), o âmbito familiar configura-se como campo de construção e reconstrução desses conhecimentos. A família, portanto, exerce papel importante na construção de representações sociais, por ser meio de partilha de vivências, tornando-se responsável por participar da formulação de discursos e crenças (Barros & Neves, 2018). Nesse sentido, a cultura familiar pode exercer influência na decisão da via de parto. As experiências passadas pelos familiares são importantes fontes de conhecimento que podem nortear as ações e escolhas das gestantes.

Um outro aspecto que vale a pena destacar, diz respeito ao desejo pelo parto normal, apesar dos comentários dos familiares. As gestantes que mantêm a decisão pelo parto normal, caracterizam a dor como algo suportável, tornando-se uma questão secundária à via de escolha do parto. A escolha pelo parto normal e minimização da dor pode indicar ausência de uma rede de apoio e necessidade de retorno imediato das mulheres às suas atividades e cuidados com o bebê, contudo, também pode estar revelando uma apropriação do discurso da humanização entre as gestantes.

5.2.5 Informações sobre o parto

Esta categoria buscou identificar os meios utilizados pelas gestantes para obter informações sobre o parto, no intuito de compreender seus contextos de produção. As primíparas relataram, com maior frequência, buscar informações através das Tecnologias de Informação (TICs), como aplicativos de celular voltados para a gestação (5), internet de forma geral (4), redes sociais (2) e sites (2), familiares (2), artigos (1), curso de gestante (1) e profissionais de saúde (1):

Sim, eu tenho um aplicativo que é o Gravidez+, ele tem algumas informações. Eu olho, leio, e tenho minhas informações. Sim, eu uso a internet, eu leio, eu pesquiso as coisas, às vezes. Às vezes, o que eu posso comer e não posso, as vezes que sinto cólicas eu procuro ler e pesquisar. (GP3, 21 anos).

Internet e conversando com minha mãe, irmãs e amigas também. Agora, com o acompanhamento do pré-natal vou tirar dúvidas com a médica e com a enfermeira que também que fica me acompanhando. Eu baixei um aplicativo que acompanha gestação também, mas geralmente são pesquisas em grupos com outras mães, tanto no facebook e instagram de relatos de experiência e às vezes sites voltados para gestantes também. (GP5, 32 anos).

No tocante às múltíparas, também foram citadas as TICs como aplicativos voltados para a gestação (4); redes sociais (4); internet (3), além de familiares (3) e amigas (3); profissionais de saúde (2) e outras mulheres que conversavam no dia-a-dia, mesmo sem vínculo próximo (2):

Amigas, minha avó, minhas tias, minha sogra. Internet, pessoas mais próximas que tiveram experiência com os dois tipos de parto também. Gravidez+. Aplicativo, instagram, whatsapp (*grupo de gestantes*). Eu criei o grupo. Algumas eram amigas, as outras pertenciam a grupos do Facebook e foram entrando. Que interação são mais ou menos dez. (GM5, 21 anos).

Eu pesquiso em redes sociais e minhas dúvidas eu tiro com a minha enfermeira aqui no posto. Sempre é com ela, ela é uma pessoa maravilhosa, sempre me apoia em tudo. É quase uma mãe para mim. Porque assim, às vezes eu chego com outros problemas que não tem nada a ver com a gravidez e ela me acolhe. (GM4, 36 anos).

As tecnologias da informação e comunicação (TICS) mostram-se como ferramentas frequentes na divulgação de informações, estando ao alcance das entrevistadas, seja utilizando-as por meio de redes sociais, sites ou aplicativos voltados para a gestação. Nesse sentido, elas funcionam como fontes de informação e meio para elucidar questões importantes para as gestantes, além de servirem como apoio social, tendo em vista o período de pandemia de COVID-19.

No estudo realizado por Vieira et al. (2020) as entrevistadas relatam que além das informações obtidas no pré-natal, buscam também outras fontes de informação como a internet, corroborando os achados deste estudo. Os autores destacam também o importante

papel das informações sobre o parto, independente da fonte, no processo de propiciar às gestantes autonomia e participação em relação às escolhas acerca da via de parto.

As novas formas de se obter conhecimento acerca de um fenômeno, como as TICs, culminam no processo de reconstrução da realidade. Importante ressaltar que os indivíduos são pensadores ativos com potencial de adequarem-se e produzirem suas próprias representações e soluções acerca das questões que permeiam o seu cotidiano (Sá, 1995).

O estudo realizado por Silva et al. (2019) avalia a experiência de gestantes utilizando um determinado aplicativo voltado para a gestação, e ressalta a capacidade de aplicativos voltados para à saúde em atuar no processo de promoção à saúde, sendo responsável por modular comportamentos saudáveis. Sendo assim, observa-se que as TICs favorecem as boas práticas em saúde através de uma linguagem fácil e acessível. A partir do nosso estudo podemos observar que as TICs estão fortalecendo informações voltadas para a humanização do parto.

As diversas fontes de informação, caracterizam o primeiro elemento para o surgimento de novas representações, “a dispersão de informação”, que consiste na disseminação de um conhecimento sobre o objeto, porém não é o suficiente para que o discurso atinja a compreensão coletiva. O segundo elemento é a “focalização” que configura a posição do grupo social em relação ao objeto. E por fim, o terceiro elemento a “pressão de inferência” que corresponde a necessidade em se posicionar sobre os objetos. Em síntese, tais condições se referem, respectivamente, às informações sobre o objeto, à apropriação das informações e ao posicionamento dos indivíduos em relação ao objeto (Chamon, Lacerda & Marcondes, 2017).

5.2.6 O parto normal

Ao discorrerem sobre o parto normal, as participantes recorrem às justificativas para argumentar a preferência, ou não, por esse tipo de parto. Nesse sentido, entre as cinco primíparas que alegaram preferir o parto normal, destacam-se os seguintes elementos representacionais: rápida recuperação (5), dor (3), parto natural (2) e parto mais seguro (1). Cabe ressaltar que embora a dor tenha sido citada três vezes, apenas uma gestante não desejava o parto normal devido à dor e ao tempo de trabalho de parto:

Acho que a recuperação é mais rápida. É mais fácil pra mim. Como eu cuido de uma casa sozinha, acho que não vou ter repouso assim diariamente. Não vou ter. O que me preocupa é isso. Mas o parto normal pra mim vai ser sempre melhor. (GP3, 21 anos)

Porque é o mais natural possível. Eu acho que é mais seguro para mim e até mesmo para a criança não ter uma intervenção com uma cesárea se não fosse realmente necessário, por alguma questão de saúde, enfim. Então normal, é o que pretendo fazer. (GP2, 22 anos).

Por mais que o pessoal fala muito que o parto normal é doloroso, o tempo de recuperação dele é bem melhor que o cesariano. Apesar de que hoje em dia a maioria das pessoas correm para a cesariana por medo da dor ou algo assim. (GP4, 22 anos).

Quanto às gestantes multíparas, foram destacados os elementos: recuperação rápida (3); dor (2); parto natural (1). Dentre as seis, quatro preferiam o parto normal pela recuperação (3), desejo de ter a experiência (1). As demais temiam a dor e optaram pelo parto cesárea:

É assim, o normal, que a recuperação é rápida, no mesmo dia você já pode estar andando e o cesáreo você depende de outras pessoas para ajudar, e como minha família não é daqui, é de Esperança, no sítio, não pode estar vindo. Então eu preferia que fosse normal, que eu fazia minhas coisas só. (GM4, 36 anos).

Eu acho que no normal a recuperação é melhor. A questão da adaptação do bebê também é melhor. E assim, isso vem me tranquilizando. A dor, eu sei que vai ser doloroso, mas o pós-parto é bem melhor também pra mãe do que o cesariano, né. (GM5, 21 anos)

Percebe-se que um elemento representacional destaca-se ao falarem sobre o parto normal: a rápida recuperação (8). No geral, o parto normal caracteriza-se como a melhor via de parto para a maioria das gestantes que participaram da pesquisa (9). A rápida recuperação associa-se à falta de apoio nos cuidados com o bebê e nas tarefas domésticas, que são fatores que fazem parte do cotidiano das gestantes, como identificado no estudo de Barros e Neves (2018).

A rápida recuperação também foi um fator relacionado à preferência da mulher ao parto normal relatado em outros estudos (Nascimento et al., 2015; Velho et al. 2014). Um estudo realizado com multíparas que vivenciaram os dois tipos de parto, aponta que as preferências das gestantes em relação ao parto normal estão atreladas às seguintes questões: recuperação mais rápida, menor sofrimento, sentir menos dor no pós parto, alta hospitalar em menor tempo, como também a satisfação materna em ter menores chances de complicações após o parto (Carneiro et al., 2015).

Percebe-se também elementos importantes relacionados ao parto normal, como: parto natural e seguro. A segurança fornecida ao binômio mãe-bebê e o caráter natural do fenômeno, no sentido de menor número de intervenções por parte da equipe médica, também são apontadas no estudo de Velho et al. (2014) como características motivadoras à escolha pelo parto normal.

Entre as mulheres que não têm essa via de parto como escolha, sobressai o discurso, ainda arraigado socialmente, acerca da dor do parto, corroborando com os resultados trazidos por Cavaler et al. (2018), em que aponta-se que a apesar do parto normal ser a melhor opção para o bebê, que nascerá no momento certo, a dor do parto emerge como fator decisivo para que a cesariana torne-se opção. A dor é significada não como um aspecto natural do processo, demonstrando o processo de ancoragem das representações sociais sobre o parto normal.

A dor do parto como algo “anormal” tem raízes na medicalização do parto que construiu um discurso de que o parto natural deveria ser remediado através das tecnologias criadas pela obstetrícia médica cirúrgica masculina, que se sobrepõe ao processo feminino de partear (Diniz, 2005). Nesse sentido, o parto é relatado historicamente como um evento de sofrimento, sendo a dor enraizada no imaginário feminino há gerações (Carderelli, 2018). A má qualidade da assistência prestada pelos profissionais aliada ao excesso de métodos intervencionistas (Vieira, et al. 2020), contribui para o fortalecimento da ideia da dor como algo insuportável.

Entretanto, revelando o caráter dinâmico das representações sociais, a dor tem sido ressignificada como algo natural do processo de parturição e que pode ser enfrentada, como pôde-se constatar nos dados dessa pesquisa.

5.2.7 O parto cesárea

O parto cesárea foi retratado pelas primíparas como um parto com recuperação lenta (3), complicado (3) e sem dor na hora do parto (2). Apenas uma gestante relatou preferir o parto cesárea justificando sua escolha no medo da dor e o tempo de duração do parto normal.

A cesárea, assim, eu sei que é um pouco mais complicado, a recuperação é mais lenta. Mas assim, você sabendo que não vai, assim, sentir dor no momento. Mas vai sentir assim, lógico, depois, por conta dos pontos, a recuperação é mais lenta. Mas seria melhor o normal, pra quem tem coragem né? Na verdade... Por isso mesmo, por esse motivo, não sentir dor. Se a gente soubesse que seria rápido, enfrentaria o normal. Se fosse rápido né? Mas como a gente não sabe eu prefiro a cesárea, no momento. (GP1, 31 anos).

“A cesárea tem aquela cirurgia que é cortada as sete peles da barriga, essa me preocupa. Porque a recuperação vai ser meio difícil.” (GP3, 21 anos).

“Eu acho que eu escolheria o normal pela recuperação e pelo que eu sei pela não complicação. Eu ouço falar em menos complicações de parto normal do que os cesáreos.” (GP5, 32 anos).

Entre as multíparas, o parto cesáreo foi retratado como um tipo de parto com recuperação lenta (2), doloroso (3), que causa dependência (1). Duas gestantes multíparas afirmaram preferir o parto cesáreo pois temem a dor do parto normal. Uma gestante afirma, de forma crítica, que o parto cesáreo é utilizado na rede particular como uma opção, enquanto que no SUS só acontece em casos de complicação. É importante ressaltar que dentre quatro gestantes que alegaram preferir o parto normal, também relataram o desejo pelo parto cesáreo para que pudessem realizar a laqueadura. Contudo, diante da impossibilidade de realizarem a cirurgia na rede particular, relatam, no momento da entrevista, que o parto normal seria a melhor opção:

“Antes é bem tranquilo, mas depois, fica bem mais doloroso. No meu ver, assim, no pós-parto, a recuperação é mais dolorosa.” (GM5, 21 anos).

A diferença acho que é só método. O parto normal é natural e cesariana é para alguma complicação, mas no SUS né? Se for parto particular, é uma opção. A questão da cesárea é só a recuperação, que é um pouco mais lenta, mais cuidadosa, mas como eu te falei, se eu tivesse com tudo em dia, tudo certinho, eu ia fazer a cesariana por causa da laqueadura, que faria um procedimento só. Mas a questão da cesárea pra mim, o pior é a questão da recuperação, porque o parto você não sente dor na hora pra ter. Mas a recuperação é mais lenta, precisa de um cuidado maior, mas no normal a recuperação é bem mais tranquila. (GM1, 28 anos).

As gestantes que declaram o parto cesáreo como preferência, justificam sua escolha no medo da dor do parto normal. A escolha pela cesárea também é determinada, por uma das primíparas pelo medo de enfrentar um trabalho de parto longo. No estudo realizado por Velho et al. (2014), as mulheres entrevistadas relatam que escolher a cesárea para “fugir da dor” é uma ilusão, uma vez que a dor estará presente durante o pós-operatório.

Os relatos das gestantes expressam a consciência de que a cesariana possui uma recuperação mais lenta por se tratar de uma cirurgia, que pode, inclusive, gerar complicações. A recuperação lenta e dolorosa também é apontada por outros autores como desvantagens do parto cesáreo (Velho et al. 2014; Melo, et al. 2015). Constata-se, nesse estudo, que enquanto as primíparas ressaltam a ausência de dor na hora do parto cesárea, as multíparas destacam o parto cesárea como doloroso.

Com a possibilidade de os nascimentos acontecerem através da via cirúrgica, houve uma maior segurança ao binômio mãe-bebê, contudo, essa técnica passou a ser utilizada sem que houvesse uma indicação obstétrica adequada, gerando a medicalização excessiva e o uso de intervenções desnecessárias ao processo fisiológico e natural do parto (Cavaler et al., 2018). Sendo assim, é importante ressaltar que o parto cesáreo pode transmutar-se de fator de proteção a fator de risco.

As Representações Sociais do parto das participantes desse estudo apontam características positivas e negativas acerca das duas vias de parto. O parto normal está ligado à dor, a rápida recuperação e a forma natural de nascer, enquanto ao cesáreo cabe a caracterização de um processo complicado, de dor após o parto e que conta com a recuperação lenta. Tais elementos configuram um esquema figurativo das representações sociais, demonstrando o processo de objetivação, que também emergiu em outros estudos as narrativas acerca do parto normal ser natural e do cesáreo ser complicado (Velho et al., 2014; Santos, et al. 2018).

Cabe ressaltar que, para as gestantes, o parto normal é preferível diante da promoção de um cenário considerado o mais natural possível, enquanto que o cesáreo relaciona-se à complicações, tanto no que consiste a sua indicação, como no aumento das chances de uma

complicação pós-parto. O tempo de recuperação é um fator primordial na vida das mulheres que não têm a possibilidade de contar com ajuda nos cuidados de si, de sua casa e do bebê.

Contudo, algumas mulheres ainda preferem o parto cesárea, seja pelo medo da dor ou pelo desejo de fazerem laqueadura. Vale questionar que apesar dessa prática ser proibida pela Lei do Planejamento Familiar, desde 1996, parece que ela continua acontecendo, ainda diante das proibições, como constatado por Santos et al. (2018), em estudo com puérperas sobre a experiência do parto normal e da cesariana.

O desejo de um parto tranquilo e sem intercorrências é uma constante entre as entrevistadas. As falas vêm à tona durante um período marcado pelo medo de um inimigo até então desconhecido: o novo Coronavírus. A este período atípico, soma-se o obscurantismo em relação à doença, suas variantes e complicações. Nesse cenário, em que se sabia pouco sobre a doença, vivenciar a gestação em meio a pandemia e distante de família e amigos, pode refletir o desejo de um parto seguro, sem intercorrências para a mãe e para o bebê.

Chama a atenção, nas representações analisadas, elementos como parto natural e complicações associadas à cesárea, o que pode indicar uma maior apropriação dos discursos de humanização ao parto, provavelmente relacionado ao aumento do escopo de conhecimento das gestantes, mesmo no contexto pandêmico. Constatou-se que as participantes, de forma expressiva, buscam informações nas TICs, e estas, por sua vez, exercem um importante papel de fornecer informações no mundo em que a tecnologia está na palma das mãos ao alcance de muitos. Além disso, suas próprias experiências, as histórias e conselhos de familiares e amigos, são responsáveis por contribuir na formação das representações sociais do parto das gestantes entrevistadas. Conhecer as RS e seus contextos de formação nos permite orientar de forma mais efetiva às ações e políticas de saúde voltadas ao parto e à gestação para fornecer uma assistência humanizada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto envolve questões psicológicas, fisiológicas e sociais. O presente estudo possibilitou a discussão sobre os saberes do senso comum das gestantes acerca do parto. Sabe-se que esses conhecimentos são socialmente construídos e repassados por várias gerações. Contudo, também são passíveis de transformações, a partir das conversações cotidianas. Dessa forma, as premissas acerca desse evento são amplamente divulgadas nos meios de conversação e suas Representações Sociais fazem parte do imaginário feminino, adquirindo um caráter dinâmico que acompanha mulheres de gerações distintas.

As Representações Sociais são formadas pelo conhecimento e experiência que o indivíduo adquire ao longo de sua jornada. Informações disseminadas culturalmente por gerações, experiências relatadas por familiares e amigos, aprendizados fornecidos pelos profissionais de saúde e o acesso facilitado por meio das TICs, são exemplos de fontes e contextos de produção ou fortalecimento das representações. Nesse sentido, como identificado neste estudo, elementos arcaicos coexistem com novos elementos mais atuais e presentes no movimento de humanização do parto.

Tendo em vista que as representações sociais são importantes moduladores de conduta, saber os contextos das representações é essencial para dirigir as ações de saúde em prol de melhorias na assistência. Além disso, concluímos também que o contexto pandêmico da COVID-19 influenciou novos sentimentos e preocupações às realidades das gestantes que participaram da pesquisa. As representações perpassam as transformações do mundo.

Neste estudo foi possível identificar que as participantes reconhecem características positivas e negativas do parto normal e do cesáreo. A dor e a recuperação são evocadas no

parto normal como um trabalho de parto doloroso e rápida recuperação, enquanto que o parto cesáreo seria acompanhado por dor no pós-parto e um processo de recuperação lento.

Dessa forma, o número de mulheres que relatam a preferência ao parto normal é maior, justificando a escolha na maior independência após o parto, além de que gestantes apontam para o parto normal ser um processo natural e o cesáreo estar relacionado à intercorrências. Percebemos assim que há a construção de novos elementos representacionais sobre o parto, demonstrando uma apropriação de conhecimentos acerca da humanização do parto. Nos discursos das entrevistadas percebemos um expressivo domínio das TCIs como ferramenta de conhecimento para construção de saberes acerca dos tipos de parto.

Estudar sobre as Representações Sociais no campo da Psicologia da Saúde é essencial para conduzir novas estratégias de promoção à saúde, que possam responder às necessidades da população. Para a sociedade, este estudo tem fundamental importância ao fornecer aporte teórico para a condução de novas pesquisas, políticas públicas voltadas para a atenção ao parto e fortalecimento das ações realizadas pela Rede Cegonha em Campina Grande. Espera-se que os resultados dessa pesquisa forneçam embasamento teórico para a implantação de medidas que possam favorecer o cenário da parturição, com foco no atendimento humanizado. Nesse sentido, pretende-se também que o presente escrito possa fundamentar novos estudos relacionados à temática, a fim de que a assistência ao parto seja constantemente aprimorada.

REFERÊNCIAS

- Abric, J-C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira e D. C. de Oliveira (orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB Editora.
- Alves, R. F. (2011). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. EDUEPB, 346p.
- Almeida, A. M. O. (2005). A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. In: M. F. S. Santos & L. M. Almeida (orgs.), *Diálogos com a teoria das representações sociais*. Recife: Editora Universitária da UFPE.
- Almeida, R. A. & Malagris, L. E. M. (2011). A Prática da Psicologia da Saúde. *Rev. SBPH*, 14(2), 183-202.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70.
- Barra Nova, T. de B. & Machado, L. B. (2014). O processo de objetivação nas representações sociais de escola para crianças. *Série-Estudos - Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB*, 38, 93-106.
- Barreto, B. L. (2021). Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Rev. Enferm. Contemp.*, 10(1), 127-133.
- Barros, S. M. M. de & Neves, M. B. (2018). O papel da família no processo de nascimento: a abordagem sistêmica na pesquisa. In Macedo, R. M. S. de; Kublikowski, I. & Moré, C. L. O. (orgs.), *Pesquisa qualitativa no contexto da família e comunidade: experiências, desafios e reflexões*. São Paulo: EDUC.
- Brasil. (2016). Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Aprova as diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Recuperado de: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>
- _____. (2002). Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Recuperado de: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
- _____. (2011). Portaria nº 1456, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS- a Rede Cegonha. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- _____. (2021). Mortalidade materna no Brasil, 2009-2019. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Volume 52 , Nº 29. Ago. 2021.
- Carderelli, L.; Tanizaka, H.; Benincasa, M.; Frugoli, R. (2018). Representações sociais de mulheres em relação ao parto normal. *Psicólogo inFormação*, 21(22), 115-131.

- Carneiro, L. M. de A.; Paixão, G. P. do N.; Sena, C. D. de; Souza, A. R. de; Silva, R. S. da & Pereira, A. (2015). Parto normal x parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. *R. Enferm. Cent. O. Min.*, 5(2), 1574-1585.
- Carvalho SS, Cerqueira R. F. N. (2020). Influência do pré natal na escolha do tipo de parto: revisão de literatura. *Rev. Aten. Saúde*. 18(63): 120-128.
- Cavaler, C. M.; Castro, A.; Figueiredo, R. C.; Araújo, T. N. (2018). Representações Sociais do Parto para Mulheres. *Id on Line Rev. Mult. Psic.*, 12(41), 977-990.
- Chamon, E. M. Q. O.; Lacerda, P. G. & Marcondes, N. A. V. (2017). Um Breve Revisar de Literatura sobre a Teoria das Representações Sociais. *Rev. Ens. Educ. Cienc. Human.*, 18(4), 451-457.
- Costa, A. C. M.; Oliveira, B. L. C. A.; Alves, M. T. S. S B. (2021). Prevalência e fatores associados a gravidez não planejada em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, 21 (2), 473-483.
- Cunha, A. B.; Ricken, J. X.; Lima, P.; Gil, S. & Cyrino, L. A. R (2012). A importância do acompanhamento psicológico durante a gestação em relação aos aspectos que podem prevenir a depressão pós-parto. *Revista Saúde e Pesquisa*, 5(3), 579-586.
- Coutinho, R.Z. et al (2020). Considerações sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. *R. bras. Est. Pop.*, 37, e0130, 1-21.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, 10 (3), 627-37.
- Estrela, F. M; Silva, K. K. A.; Cruz, M. A. & Gomes, N. P. (2020). Gestantes na pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Physis: Revista de saúde Coletiva*, 30(2), e300215, 1-5.
- Gomes, S. C.; Teodoro, L. P. P.; Pinto, A. G. A.; Oliveira, D. R. de; Quirino, G. da S. & Pinheiro, A. K. B. (2018). Renascimento do parto: reflexões sobre a medicalização da atenção obstétrica no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2594-2598.
- Gonçalves, R. L.; Penna, C. M. de M. (2019). Cenas cotidianas do cuidado: a Rede Cegonha em construção. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23(e-1237), 01-08.
- Jodelet, D. (2001). Representações Sociais: Um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: UERJ.
- _____. (2005). Experiência e representações sociais. In: Menin, M. S. S.; Shimizu, A. M. (Org.) *Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas* (pp. 23-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jovchelovitch, S. (2011). *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. 2ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lei n. 14.190, de 29 de julho de 2021*. Altera a Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021, para determinar a inclusão como grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização

da Vacinação contra a Covid-19 de gestantes, puérperas e lactantes, bem como de crianças e adolescentes com deficiência permanente, com comorbidade ou privados de liberdade. Recuperado de: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2021/lei-14190-29-julho-2021-791622-norma-pl.html>

Lei n. 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm

Mamede, F. V.; Prudêncio, P. S. (2015). Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. *Rev Gaúcha Enferm.*, 36(esp), 262-266.

Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da Gravidez: Gestando pessoas para uma sociedade melhor*. São Paulo: Ideias & Letras.

Matos, G. C.; Escobal, A. P. L.; Palma, J. S.; Gonçalves, K. D.; Blank, E. B. & Soares, M. C. (2018). Parto normal ou cesárea na adolescência: de quem é a decisão?. *Rev enferm UFPE on line*, 12(6), 1681-1687.

Melo, J. K. F.; Davim, R. M. B. & Silva R. A. R. (2015). Vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano: opinião de puérperas. *J. res.: fundam. care. online*, 7(4), 3197-3205.

Melo, L. P. T. de; Pereira, A. M. M.; Rodrigues, D. P.; Dantas, S. L. da C.; Ferreira, A. L. de A.; Fontenele, F. M. C.; Alexandre, F. T. dos S.; Fialho, A. V. de M. (2018). Representações de puérperas sobre o cuidado recebido no trabalho de parto e parto. *Av Enferm.*, 36(1), 22-30.

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.

Minayo, M. C. S. (2015). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Moraes, P. A.; Mattos, D. V. de; Matão, M. E. L.; Martins, C. A. & Nascimento, J. de P. (2016). A dor do parto: percepção de mulheres que pariram no domicílio. *Rev enferm UFPE on line.*, 10(Supl. 5), 4176-4181.

Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*; traduzido por: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes.

Nascimento, R. R. P. do; Arantes, S. L.; Souza, E. D. C. de; Contrera, L. & Sales, A. P. A. (2015). Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(spe), 119-126.

Nunes et al (2018). Sentimentos vivenciados por primigestas. *Rev enferm UFPE on line*, 12(4), 916-922.

Organização Mundial de Saúde. (2019). OMS: gravidez indesejada resulta de falta de serviços de planejamento familiar. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/10/1692151>. Acesso em: 24 de janeiro de 2022.

- Palharini, L. A. & Figueirôa, S. F. de M. (2018). Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(4), 1039-1061.
- Pedroso, C. N. L. da S. & López L. C. (2017). À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre - RS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1163-1184.
- Sá, C. P. (1995). Representações sociais: O conceito e o estado atual da teoria. In: Mary Jane P. Spink. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. 1 ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, p. 21-45.
- Sanfelice, C. F. de O. & Shimo, A. K. K. (2015). Representações sociais sobre o parto domiciliar. *Escola Anna Nery*, 19(4), 606-613.
- Santos, G. O.; Carneiro, A. J. S. & Souza, Z. C. S. N. (2018). Discurso de mulheres sobre a experiência do parto normal e da cesariana. *Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)*, 10(1), 233-241.
- Santos, M. F. S. (2005). A teoria das representações sociais. In: Maria de Fátima de Souza Santos e Leda Maria de Almeida. (Org.). *Diálogos com a teoria das representações sociais*. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE/Ed. Universitária da UFAL, v. 1, p. 13-38.
- Scarton, J.; Prates, L. A.; Wilhelm, L. A.; Silva, S.C. da; Possati, A. B.; Ilha, C. B.; Ressel, L. B. (2015). “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(esp), 143-51.
- Silva R. M., Brasil C. C. P., Bezerra I. C. & Queiroz F. F. S. N. (2019). Uso de tecnologia móvel para o cuidado gestacional: avaliação do aplicativo GestAção . *Rev Bras Enferm.*;72(Suppl 3), 266-273.
- Silva, R. C. F. da; Souza, B. F. de; Wernet, M.; Fabbro, M. R. C.; Assalin, A. C. B. & Bussadori, J. C. de C. (2018). Satisfação no parto normal: encontro consigo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e20170218, 01-09.
- Spink, M. J. P. (1993). O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. *Cad. Saúde Públ.*, 9 (3): 300-308.
- Souza, A. S. R. & Amorim, M. M. R. (2021). Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 21 (Supl. 1): S257-S261.
- Teixeira, J. A. C. (2008). Psicologia da Saúde Crítica: Breve revisão e perspectiva existencialista. *Análise Psicológica*, 2(16), 335-345.
- Tostes, N. A. & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia*, 24(2), 681-693.
- Velho; M. B.; Santos, E. K. A. dos; Brüggemann, O. M. & Camargo, B. V. (2012). Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(2), 458-466.

- Velho, M. B.; Santos, E. K. A. dos; Collaço, V. S. (2014). Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm.*, 67(2), 282-289.
- Vendrusculo, C. T. & Krueel, C. S. (2015). A História do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas* 16(1), 95-107.
- Versiani, C. de C.; Barbieri, M.; Gabrielloni, M. C. & Fustinoni, S. M. (2015). Significado de parto humanizado para gestantes. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 7(1), 1927-1935.
- Vieira, M.J.O.V., Santos, A.A.P., Sanches, M.E.T.L., Silva, J.M.O. & Oliveira, K.R.V. (2020). Representações sociais de mulheres frente à escolha da via de parto. *Research, Society and Development*, 9(11), e3189119840, 1-16.
- World Health Organization (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*. 2(8452):436-7.
- _____. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO

Questionário Clínico e Sociodemográfico:

Nome: _____ **Idade:** _____

Você está realizando acompanhamento pré-natal no SUS através de alguma Unidade Básica de Saúde? () Sim () Não

Cor/Etnia: (assinale com um x a opção correspondente)

() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Estado Civil: (assinale com um x a opção correspondente)

() Solteira () Casada () Divorciada/Separada () Viúva () Outros _____

Número de Filhos: _____

Tempo da Gestação atual: _____

Escolaridade: (assinale com um x a opção correspondente)

() Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo

() Ensino médio completo () Outros _____

Profissão: _____

Nível socioeconômico: Qual a sua renda familiar mensal? _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Sua gestação foi planejada?
2. O que você espera de seu parto?
3. Você sabe a diferença entre: parto normal e parto cesáreo?
4. Qual tipo de parto você deseja? Por quê?
5. De que forma você busca informações sobre o parto?
6. Você conversa sobre parto com pessoas próximas a você?
7. Você faz parte de algum grupo de gestantes?
8. Como você se sente com as mudanças provocadas pela gestação?
9. Como você se sente em relação a pandemia da COVID-19?
10. Quais os sentimentos evocados quando você fala sobre parto?

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **Representações sociais do parto entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde**, desenvolvido por: **Franciely Albuquerque Silva**, discente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde - PPGPS do Centro De Ciências Biológicas E Da Saúde – CCBS da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, sob a orientação e responsabilidade da docente: **Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros**. O projeto será realizado na modalidade remota pelo Google Meet, com as **gestantes usuárias das Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Campina Grande - PB**

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Campina Grande – PB, fica condicionada a **apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciada junto a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP** ao serviço que receberá a pesquisa antes do início da mesma.

Campina Grande, 29 de Abril de 2021.

Atenciosamente,

Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel B. de F. Melo Lula
Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenação de Educação na Saúde)

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: O trabalho terá como objetivo geral apreender as representações Sociais de parto entre mulheres que realizam pré-natal na Atenção Básica de Campina Grande – Paraíba, e como objetivos específicos: Identificar os diferentes tipos de parto existentes para as gestantes; apreender as representações sociais sobre os tipos de parto entre as usuárias; investigar como as representações sociais contribuem para elaboração de expectativas e no processo de decisão por um tipo de parto; identificar os conteúdos e fontes que apresentam informações sobre o parto, no intuito de compreender as condições de produção das representações sociais (família, amigos, profissionais de saúde e mídia). Esta pesquisa possui relevância social, pois visa contribuir para a construção de um olhar humanizado na atenção ao parto. A fim de que os seus resultados promovam reflexões e debates acerca da temática abordada, envolvendo os diversos atores sociais que fazem parte do processo de parturição. Além de fornecer conhecimento para embasar novas estratégias de cuidado, para prestar uma assistência de qualidade às gestantes. A coleta de dados ocorrerá presencialmente na Atenção Básica do município, serão utilizados como instrumentos um questionário clínico e sociodemográfico e um roteiro de entrevista semi-estruturada, as respostas de ambos instrumentos serão gravadas para minimizar os riscos de contaminação da COVID-19 por meio do manuseio de objetos, será respeitado o distanciamento social, haverá disponível álcool em gel e máscaras descartáveis caso seja necessário. Quanto as medidas de biossegurança, a coleta de dados será realizada em salas a portas abertas, para que possa haver a circulação de ar ambiente, as entrevistas serão realizadas de forma individual, respeitando sempre a distância de um metro e meio, será disponibilizado uma caneta para as participantes assinarem os termos éticos, a caneta será higienizada após a utilização de cada gestante. A gravação das respostas dos dois instrumentos visa reduzir o manuseio de objetos entre as participantes. Em caso de prolongamento das medidas de restritivas a coleta de dados ocorrerá de forma virtual, inicialmente, será feito o contato com a gerência de saúde, para através desta chegar aos

profissionais de enfermagem que realizam o pré-natal com as gestantes. Após a apresentação da pesquisa eles poderão divulgar com as mulheres a pesquisa e encaminhar o link com o formulário sociodemográfico, que será autoexplicativo e deverá ser preenchido através da plataforma *Google Forms*, ao final deste, constará espaço para disponibilização do contato para marcação de entrevista, caso haja interesse. Após o agendamento junto a gestante será realizada a entrevista através da disponibilização de link eletrônico para participação em chamada através da plataforma *Google Meet*. Ao voluntário só caberá a autorização para preenchimento do formulário e entrevista, e não haverá nenhum risco ou desconforto ao mesmo. O anonimato do participante será resguardado. Em relação aos riscos, a pesquisa oferece riscos mínimos, mas em caso de necessidade, será disponibilizado contato pessoal para acolhimento psicológico. No que se refere aos benefícios, pode-se destacar as contribuições para a produção de conhecimento nas áreas de Saúde Coletiva, Psicologia da Saúde, entre outras, além de fomentar aparato científico para discussão acerca da atenção à saúde da gestante.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O TCLE deverá ser elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas pelo participante e pelo pesquisador responsável, devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Ao participante é garantido o acompanhamento psicológico durante toda a pesquisa, e caso necessário, após o encerramento da pesquisa.
- Todos os encargos financeiros da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário. Caso haja qualquer prejuízo financeiro, a pesquisadora garante o ressarcimento ao participante.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica, através do contato com a pesquisadora responsável, no número (083) 99672-9460 com Franciely Albuquerque Silva, ou através do e-mail: francielly.albuquerque-silva@gmail.com. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB e da CONEP (quando pertinente).
- Ao final da pesquisa, se for de interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Franciely Albuquerque Silva

Assinatura do Participante



Assinatura dactiloscópica do participante da pesquisa

APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora **FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA** a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa **FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA**, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão 135 Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, ___/___/_____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PARTO ENTRE GESTANTES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 46605221.7.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.829.555

Apresentação do Projeto:

LÊ-SE:

O parto é um momento singular na vida da gestante que envolve questões psicológicas, fisiológicas e sociais. Os pensamentos e expectativas criadas pela mulher em relação ao parto, são gerados ao longo de sua história de vida, influenciando as decisões tomadas em relação ao momento do parto. Considerando que os significados sobre o parto são socialmente construídos, pretende-se, nesse estudo, apreender as representações sociais do parto entre mulheres que realizam pré-natal na Atenção Básica de Campina Grande, Paraíba. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, a ser realizado como gestantes de baixo risco, primíparas e multíparas, usuárias do Sistema Único de Saúde, a coleta de dados será realizada presencialmente na Atenção Básica do município, serão utilizados como instrumentos um questionário clínico e sociodemográfico e um roteiro de entrevista semi-estruturada, as respostas de ambos instrumentos serão gravadas para minimizar os riscos de contaminação da COVID-19 por meio do manuseio de objetos, será respeitado o distanciamento social, haverá disponível álcool em gel e máscaras descartáveis caso seja necessário. Em caso de prolongamento das medidas restritivas, a coleta de dados ocorrerá de forma virtual, utilizando como instrumentos um questionário clínico e sociodemográfico, e um roteiro de entrevista semi-estruturada. O questionário e a entrevista serão realizados na plataforma Google Meet. Para a análise dos dados

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.829.555

será utilizada a análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Com os resultados, pretende-se identificar quais as representações sociais das gestantes acerca dos tipos de parto, quais os seus pensamentos e expectativas em relação a esse momento e quais os contextos de produção das representações sociais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

LÊ-SE:

Analisar as representações sociais de parto entre gestantes que realizam pré-natal na Atenção Básica de Campina Grande – Paraíba.

Objetivos secundários

LÊ-SE:

Identificar os diferentes tipos de parto existentes para as gestantes;
Apreender as representações sociais sobre os tipos de parto entre as usuárias;
Investigar como as representações sociais contribuem para elaboração de expectativas e no processo de decisão por um tipo de parto;
Identificar os conteúdos e fontes que apresentam informações sobre o parto, no intuito de compreender as condições de produção das representações sociais (família, amigos, profissionais de saúde e mídia).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco:

LÊ-SE:

A pesquisa envolve riscos mínimos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, podendo causar as participantes sentimentos de desconforto por se tratar uma questão pessoal e subjetiva, além da possível produção de algum grau de ansiedade ao se deparar com o tema da pesquisa. Pretende-se minimizar os riscos garantindo as participantes a interrupção da entrevista a qualquer momento e acolhimento à gestante. Diante da pandemia da COVID19, visando minimizar os riscos da coleta de dados de forma presencial, serão adotadas as medidas de distanciamento social, respeitando a distância de um metro e meio, será fornecido álcool em gel para higienização das mãos e máscara descartáveis para as gestantes. Em caso de prolongamento das medidas restritivas a coleta de dados acontecerá de forma virtual. É importante ressaltar os riscos envolvidos com o procedimento de coleta por meio virtual, sendo estes os riscos violação de

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.829.555

dados e confidencialidade, dessa forma a pesquisadora pretende atenuar esses riscos realizando o download, em equipamento próprio, de todo o material coletado, os arquivos de entrevistas não estarão em nenhuma plataforma de compartilhamento virtual.

Benefícios

LÊ-SE

Como benefício, pode-se destacar sensação de bem-estar e acolhimento, promovido em um ambiente livre de julgamentos, preparado para a exposição dos medos, sentimentos e expectativas em relação ao parto. A coleta de dados online acontece de forma rápida e segura, e também fornece espaço para que a gestante possa expressar-se sobre o parto. Para a sociedade, este estudo tem fundamental importância ao fornecer aporte teórico para a condução de novas pesquisas, políticas públicas voltadas para a atenção ao parto e fortalecimento das ações realizadas pela Rede Cegonha em Campina Grande, PB. Os resultados da pesquisa serão capazes de produzir discussões importantes para a modulação da realidade que envolve o processo de parturição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de modificação ao estudo original, na qual o(a) pesquisador(a) esclarece que a Instituição, cenário da pesquisa, permite a realização da pesquisa de forma presencial, respeitando as medidas de biosseguranças e distanciamento social para prevenção da Covid-19. A análise das modificações mostra que o(a) pesquisador(a) propõe o recrutamento dos participantes para realização da coleta de dados mediante entrevista e aplicação de um questionário clínico e sociodemográfico de forma presencial, com adoção de medidas de biosseguranças e distanciamento social durante toda a fase de coleta de dados. Foi observado que o(a) pesquisador (a) atendeu ao previsto na Resolução 466/2012 e complementares para sanar todas as pendências/inadequações éticas identificadas em parecer anteriormente emitido. Sobre os termos de apresentação obrigatória, foi observado que o TCLE foi atualizado e explicita as modificações propostas pela pesquisadora. Por fim, considera-se que o teor das alterações não descaracteriza o projeto original e aprovado pelo CEP/UEPB.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados ao Protocolo de Pesquisa e atendem ao preconizado pela Resolução 466/2012 e complementares.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.829.555

Recomendações:

Recomendamos a elaboração e apresentação do relatório parcial e final da pesquisa (Resolução 466/2012 item XI.2 d).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A Emenda apresentada pelo(a) pesquisador(a) não descaracteriza o estudo originalmente proposto e aprovado pelo Sistema CEP/CONEP, portanto as modificações podem ser acatadas por atender ao preconizado da Resolução 466/2012 e Norma Operacional nº 001/2013. É o nosso Parecer, sendo aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1776443_É1.pdf	30/06/2021 22:03:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_EMENDA_Projeto_Franciely_Albuquerque_Silva.pdf	30/06/2021 22:02:34	FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2_EMENDA_TCLE.pdf	30/06/2021 22:02:07	FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA	Aceito
Cronograma	EMENDA_CRONOGRAMA.pdf	16/06/2021 19:17:13	FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	19/05/2021 21:55:19	FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL_EM_CUMPRIR_OS_TERMOS_DA_RESOLUCAO_466.pdf	07/05/2021 17:27:07	FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA_COM_PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	07/05/2021 17:20:37	FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.pdf	30/04/2021 22:41:15	FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_PARA_G	30/04/2021	FRANCIELY	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 4.829.555

Outros	AVACAO_DE_VOZ.pdf	22:25:04	ALBUQUERQUE SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Franciely_Folha_de_Rosto.pdf	30/04/2021 21:49:56	FRANCIELY ALBUQUERQUE SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 06 de Julho de 2021

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br