



ARTIGO NOTA PRÉVIA

HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO À GESTANTE DE ALTO RISCO*

HUMANIZATION OF CARE TO HIGH RISK PREGNANT WOMEN

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN A EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO

João Victor Lira Dourado¹, Perpetua Alexandra Araújo², Francisca Alanny Rocha Aguiar³

RESUMO

Objetivo: analisar a humanização do cuidado à gestante de alto risco. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório. Constituir-se-ão, como população, as gestantes de alto risco e os profissionais da saúde da unidade de internação obstétrica. Aplicar-se-ão, para a coleta de informações, entrevistas semiestruturadas e em grupo focal guiadas por instrumentos compostos por questões norteadoras e um questionário autoaplicável de múltipla escolha. Utilizar-se-á, na análise das informações, a técnica de Análise Temática. **Resultados esperados:** espera-se reconhecer a produção do cuidado à gestante durante o processo de hospitalização, estimular a crítica-reflexão entre gestores e profissionais sobre humanização da assistência, direcionar a *práxis* na atenção à saúde das gestantes de alto risco hospitalizadas e oferecer elementos à produção do conhecimento científico sobre a temática em questão.

Descritores: Gravidez de Alto Risco; Maternidades; Humanização da Assistência; Equipe de Assistência ao Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: to analyze the humanization of care for high-risk pregnant women. **Method:** this is a qualitative, descriptive, exploratory study. The population will comprise high-risk pregnant women and health professionals from the obstetric inpatient unit. Semi-structured and focus group interviews will be applied for information collection, guided by instruments composed of guiding questions and a self-administered multiple choice questionnaire. In the analysis of the information, the Thematic Analysis technique will be used. **Expected outcomes:** it is expected to recognize the production of care for pregnant women during the hospitalization process, stimulate critical reflection among managers and professionals about the humanization of care, direct the *praxis* in health care of hospitalized high-risk pregnant women and offer elements to production of scientific knowledge on the subject in question. **Descriptors:** Pregnancy, High-Risk; Hospitals, Maternity; Humanization of Assistance; Patient Care Team; Quality of Health Care; Salud de la Mujer.

RESUMEN

Objetivo: analizar la humanización de la atención a embarazadas de alto riesgo. **Método:** este es un estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio. La población estará compuesta por mujeres embarazadas de alto riesgo y profesionales de la salud de la unidad de hospitalización obstétrica. Se aplicarán entrevistas semiestruturadas y de grupos focales para la recopilación de información, guiadas por instrumentos compuestos de preguntas orientadoras y un cuestionario de opción múltiple autoadministrado. En el análisis de la información, se utilizará la técnica de Análisis Temático. **Resultados esperados:** se espera reconocer la producción de atención para mujeres embarazadas durante el proceso de hospitalización, estimular la reflexión crítica entre los gerentes y profesionales sobre la humanización de la atención, dirigir la *práxis* en la atención de la salud de las mujeres embarazadas de alto riesgo hospitalizadas y ofrecer elementos para producción de conocimiento científico sobre el tema en cuestión. **Descritores:** Embarazo de Alto Riesgo; Maternidades; Humanización de la Atención; Grupo de Atención al Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Women's Health.

^{1,2}Centro Universitário INTA/UNINTA. Sobral (CE), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0002-3269-128> ²<https://orcid.org/0000-0001-8727-2153>

³Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. ³<https://orcid.org/0000-0002-6281-4523>

*Artigo extraído do projeto Trabalho de Conclusão de Curso << Produção do cuidado à gestante de alto risco em maternidade do Ceará >>. Centro Universitário INTA. 2019.

Como citar este artigo

Dourado JVL, Araújo PA, Aguiar FAR. Humanização do cuidado à gestante de alto risco em maternidade. Rev enferm UFPE on line. 2019;13:e242396 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242396>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a humanização do cuidado e da atenção à saúde tem sido escopo de investigações, reflexões, discussões e debates na área da saúde remotamente, não obstante, intensificada nos últimos anos após a elaboração de uma política pública integrante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Caracteriza-se a Política Nacional de Humanização, lançada em 2003, pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia para a qualificação da atenção integral com responsabilização e vínculo, valorização dos usuários e avanço na democratização da gestão e do controle social participativo.¹

Traz-se consigo o conceito de humanização relacionado ao direito à saúde, afastando o conceito da caridade e da filantropia que em muito se atrelava, e ainda se atrela, às práticas de cuidado, mesmo àquelas ocorridas formalmente nos serviços de saúde.²

Destaca-se a valorização da autonomia e do protagonismo de todos os participantes envolvidos no processo de saúde-doença, estabelecendo corresponsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva; viabilizando a compreensão das necessidades coletivas sociais e subjetivas de saúde e promovendo a troca mútua e a construção de saberes entre os atores envolvidos no processo.³

Acrescenta-se que, no tocante à atenção à saúde da mulher, o panorama não é diferente, especialmente, quando se analisa a qualidade da atenção obstétrica com base na humanização do cuidado durante a gravidez, parto e puerpério.⁴

Preconiza-se, quando uma gestação é classificada como de alto risco, que hospitais e maternidades devem ser estruturados adequadamente em face das necessidades do binômio mãe-feto, prevenindo complicações, assistindo as intercorrências e preservando a vida humana. Espera-se, mais do que somente competência tecnocientífica, que, neste espaço de cuidado, a equipe de saúde se movimente em torno do atendimento obstétrico de aspectos não técnicos capazes de produzir significado prático à sua aplicação.

Alerta-se, contudo, que, apesar de a política ter surgido para direcionar uma melhoria na gestão, na assistência e no relacionamento entre profissionais e usuários, a humanização e a qualidade dessa atenção à mulher durante a permanência na unidade obstétrica ainda são um desafio que os serviços de saúde e, principalmente, os profissionais de saúde devem assumir e conquistar.⁴

Verifica-se, no Brasil, que a atenção à saúde da mulher no contexto da maternidade permanece

como problema para a assistência, tanto no que se refere à qualidade quanto aos princípios filosóficos do cuidado, que ainda é centrada em um modelo medicalizante, intervencionista e hospitalocêntrico⁵ e, por vezes, é arbitrária e abusiva. Detalha-se que, nesta acepção, a mulher-gestante é apartada do protagonismo que deveria lhe pertencer por direito constitucional e pelas propostas políticas vigentes.⁶

Identificou-se, em estudo desenvolvido em uma maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal Fluminense, do município de Niterói, Estado do Rio de Janeiro, com dez gestantes hospitalizadas na enfermaria de alto risco, que os profissionais de saúde compreendiam a gestante de risco no seu processo, porém, não privilegiavam sua condição de mulher durante a gestação; não oportunizavam às mulheres tornarem-se sujeitos ativos de seu autocuidado e não promoviam cuidado com foco nos aspectos emocionais/psicológicos da gestante durante o processo de hospitalização.⁷

Pontua-se, todavia, considerando-se a complexidade que envolve a gestação de alto risco, que o cuidado não deve ser direcionado apenas aos aspectos biológicos e ao tratamento das intercorrências, centrando-se apenas aos riscos e à sobrevivência do feto. Deve-se este ser ampliado, reconhecendo-se que, acima de tudo, a própria mulher também está vivenciando o processo da gravidez e as suas crises ligadas juntamente com a família, necessitando de um acompanhamento especializado com foco no autocuidado.⁸

Evidencia-se, ao tratar de estudos sobre esta temática, que a literatura científica tem enfatizado a humanização durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde⁹⁻¹⁵ e no momento do trabalho de parto, parto^{12-3,16-22} e nascimento^{12,22} na maternidade. Salienta-se, entretanto, que a atenção adequada durante o processo de hospitalização, baseada na competência técnica e científica, na valorização da individualidade do ser humano e nas políticas pública vigentes, se configura como importante aspecto para assegurar a qualidade da saúde materno-infantil, os direitos da mulher preconizados pelas diretrizes institucionais e, sobretudo, a minimização de sentimentos ambivalentes, sensações ímpares e experiências negativas que poderão exercer efeito direto sobre a saúde do binômio mãe-feto.

Questiona-se, com base nestas reflexões, por meio deste estudo: “Como a humanização do cuidado à gestante de alto risco vem sendo produzida em maternidade?”.

Justifica-se este estudo pela importância social que essa temática revela, tanto para o Estado quanto para as instituições hospitalares, principalmente, no que diz respeito à equipe de

saúde, que deverá compreender a mulher no período gravídico durante a permanência na unidade obstétrica, modificando paradigmas e atuando sob um modelo de atenção que valorize as necessidades e as particularidades, com ações inovadoras e eficazes que contribuam para a qualidade e a humanização do cuidado.

OBJETIVO

- Analisar a humanização do cuidado à gestante de alto risco.

MÉTODO

Trata-se de uma investigação qualitativa, exploratória e descritiva, que será desenvolvida durante o período de novembro e dezembro de 2019, em maternidade de um hospital filantrópico do Estado do Ceará, Brasil.

Acentua-se que este é referência regional e estadual em atendimento de saúde de alta complexidade e que atende a mais de 60 municípios da região e uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes.²³

Constituir-se-ão, como população da pesquisa, as gestantes de alto risco e os profissionais de saúde da unidade de internação obstétrica.

Adotar-se-ão como critérios de inclusão das gestantes de alto risco: idade igual ou superior a 18 anos e permanência na unidade obstétrica igual ou superior 24 horas, período este considerado essencial para a experiência e a vivência da hospitalização e formulação de opinião sobre a temática proposta. Excluir-se-ão gestantes que não estejam orientadas no tempo e espaço, com deficiência mental e/ou cognitiva e que possuam alguma dificuldade para participar da entrevista.

Dar-se-ão os profissionais de saúde na perspectiva de dois grupos envolvidos direta ou indiretamente na assistência perinatal, sendo eles: profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de Enfermagem) e os gerentes da unidade de saúde (coordenadores da unidade obstétrica e chefias de Enfermagem). Excluir-se-ão profissionais contratados que não pertençam ao quadro efetivo da maternidade ou aqueles que estiverem com atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período da produção de dados.

Frisa-se, em virtude da natureza do estudo, que a quantidade de participantes não é a mais relevante, mas a maneira como se concebem a representatividade dos elementos e a qualidade dos dados que se desvelam.²⁴ Dar-se-á, assim, o fechamento amostral de gestantes quando as informações obtidas passarem a apresentar certa redundância ou repetição, na avaliação do pesquisador. Participar-se-ão, quanto à equipe de saúde, no mínimo, seis e, no máximo, oito

profissionais, para que todos tenham possibilidade de se expressar e defender suas ideias.

Aplicar-se-ão, para a coleta de informações, entrevistas semiestruturadas e em grupo focal guiadas por instrumentos compostos por questões norteadoras e um questionário autoaplicável de múltipla escolha.

Estar-se-á o instrumento direcionado às gestantes de alto risco organizado em duas partes com perguntas fechadas e abertas: a primeira, com questões sobre o perfil sociodemográfico e econômico das participantes, enquanto a segunda, com questões subjetivas relativas ao objetivo do estudo.

Compor-se-ão, no tocante aos profissionais de saúde, o questionário autoaplicável de múltipla escolha por perguntas fechadas sobre o perfil sociodemográfico, econômico e caracterização profissional, e o instrumento com perguntas abertas quanto à humanização do cuidado à gestante de alto risco hospitalizada.

Iniciar-se-á, para tanto, a coleta de informações com o primeiro grupo de sujeitos da investigação, sendo composto pelas gestantes de alto risco. Realizar-se-á, assim, um levantamento de informações por meio de prontuários médicos e de Enfermagem quanto às gestantes de alto risco internadas na unidade obstétrica do cenário do estudo e que se enquadrem aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos nesta investigação.

Apresentar-se-á, posteriormente, a pesquisa no que diz respeito ao objetivo, métodos e procedimentos e aos benefícios e riscos às gestantes selecionadas, convidando-as a participarem voluntariamente do estudo e, após o aceite, apresentar-se-á e solicitar-se-á a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Realizar-se-á, por conseguinte, a entrevista em um espaço reservado do serviço de saúde para a garantia do sigilo e anonimato das gestantes. Registrar-se-á esta em áudio por meio de gravador eletrônico, mediante a autorização das participantes, para maximizar a fidedignidade das informações obtidas e facilitar a transcrição literal dos depoimentos na íntegra.

Coletar-se-ão, ao final deste momento, os dados com o segundo grupo de sujeitos da investigação, sendo composto pela equipe de saúde. Aplicar-se-á, para tanto, a metodologia de grupo focal, caracterizado como técnica de pesquisa para a coleta de informações por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador.

Planejar-se-ão, desse modo, as sessões grupais pelos critérios de Composição, Ferramentas e Operacionalização,²⁵ conforme relatado a seguir.

Compor-se-á o grupo focal pelos profissionais de saúde e coordenador, também chamado moderador, e, ao seu lado, estará o (a) relator (a) (orientadora/pesquisador (es)), que tomará nota de todos os detalhes da reunião, gravará ou filmará, com o consentimento dos participantes.

Realizar-se-ão as sessões grupais mediante a necessidade dos profissionais de saúde, com duração de, no máximo, 50 minutos, sendo datas e horários acordados durante o recrutamento dos potenciais participantes.

Incluir-se-ão nas ferramentas para a implementação das sessões grupais: ambientação nos locais de estudo para o recrutamento dos participantes; guia de temas focado nos objetivos principais, sendo cada um como foco principal de uma sessão e guia de avaliação.

Promover-se-á, na ambientação, visita no cenário da pesquisa para verificar a possibilidade da execução do estudo no referido local e conversar-se-á com a coordenadora da maternidade a respeito da seleção dos participantes e do desenvolvimento da pesquisa, com a identificação do melhor local, o dia e horário para a primeira sessão grupal.

Divulgar-se-á a pesquisa, após esta visita, para os possíveis participantes. Realizar-se-á, pelo pesquisador, visita no campo da pesquisa com o intuito de levar o convite impresso ao serviço e, assim, obter uma estimativa de mais ou menos quantos profissionais se interessam em participar desta pesquisa.

Apresentar-se-á, assim, a pesquisa no que diz respeito ao objetivo, métodos e procedimentos e aos benefícios e riscos aos profissionais de saúde, convidando-os a participarem voluntariamente do estudo e, após o aceite, apresentar-se-á e solicitar-se-á a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Elaborar-se-á, no que diz respeito ao guia de temas, um roteiro para a operacionalização do encontro. Relaciona-se a sua organização intimamente com o objetivo do estudo e com a questão de pesquisa. Constar-se-á, nele, um esquema dos momentos-chave de cada sessão, que norteará a discussão, promovendo uma investigação mais produtiva.²⁶

Desenvolver-se-ão, quanto à operacionalização, os momentos-chaves, a saber: abertura da sessão; apresentação dos participantes entre si; esclarecimentos acerca da dinâmica de discussão participativa; estabelecimento do *setting*; debate; síntese e encerramento da sessão.²⁶

Adotar-se-á, para este momento, a intervenção grupal, operativamente desenvolvida por Enrique Pichon Rivière, médico psiquiatra suíço, que teve como pilares epistemológicos a psicanálise e a psicologia social.²⁷

Constituir-se-á o processo grupal por meio de um movimento intenso de *estruturação, desestruturação e reestruturação*. Expressam-se o que está explícito e implícito no grupo, seus conteúdos manifestos e latentes, sendo que tal movimento acontece em idas e voltas denominado *espiral dialética*.²⁸

Utilizar-se-á, por fim, o guia de avaliação, ao final da última sessão, com o intuito de identificar como foi a condução do grupo focal na visão dos participantes. Compor-se-á esse instrumento de questões relacionadas ao local e horário, operacionalização, papel do moderador e do (a) relator (a).

Empregar-se-á, na análise das informações, a Análise Temática, que tem como objetivo descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, com presença ou frequência de elementos significativos para o objeto analítico, operacionalmente dividida em três etapas: Pré-Análise; Exploração do Material e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.²⁹

Identificar-se-ão, para assegurar o anonimato dos depoentes, as gestantes de alto risco pela letra “G” seguida por um código alfanumérico, conforme a sequência da entrevista (Ex: G01, G02, G03, ...), enquanto a equipe de saúde será identificada pela letra “P” seguida por um código alfanumérico, de forma aleatória (Ex: P01, P02, P03, ...).

Respeitar-se-ão, pela pesquisa, os princípios éticos em suas etapas, conforme a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.³⁰

Integra-se esta investigação a uma pesquisa mais ampla, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa para a apreciação da comissão científica, obtendo parecer favorável nº. 2.674.358 e CAAE 89578718.0.0000.8133.

RESULTADOS ESPERADOS

Conjectura-se que as informações empíricas, extraídas dos depoimentos das gestantes, viabilizarão reconhecer a produção do cuidado durante o processo de hospitalização, estimular a crítica-reflexão entre gestores e profissionais sobre a humanização da assistência e direcionar a práxis na atenção à saúde das gestantes de alto risco hospitalizadas, ampliando-se as possibilidades da produção do cuidado para além da medicamentação, de intervenções desnecessárias e do modelo hospitalocêntrico ainda presentes nos serviços de saúde.

Espera-se, com base nos pressupostos pichonianos de grupo operativo, articular, como tarefa explícita, a discussão com os profissionais de saúde a respeito de como está a atenção à saúde das gestantes de alto risco e, como tarefa

implícita, o manejo de suas opiniões e sentimentos acerca da construção social dessa temática e dos limites e possibilidades de seu cotidiano assistencial. Proporcionar-se-á, pela utilização deste referencial, discussão em profundidade e em uma lógica grupal, além de explicitar aspectos inerentes à realidade, os quais poderão ser úteis na busca pela qualidade da atenção à saúde das gestantes de alto risco.

Acredita-se que a investigação oferecerá elementos relevantes à produção do conhecimento científico sobre a temática em questão, uma vez que, em uma rápida busca pelo tema em algumas bases de dados eletrônicas, se encontraram poucos estudos que abordavam a humanização do cuidado à gestante de alto risco hospitalizada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2019 June 15]. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizausus>
2. Araújo FP, Ferreira MA. Social representations about humanization of care: ethical and moral implications. *Rev Bras Enferm.* 2011 Mar/Apr; 64(2):287-93. DOI: [10.1590/S0034-71672011000200011](https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200011)
3. Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros EO, Batista JBV, Duarte MCS. Public humanization policies: integrative literature review. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015 Oct; 20(10):3231-42. DOI: [10.1590/1413-812320152010.10462014](https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.10462014)
4. Dodou HD, Rodrigues DP, Oria MLO. The care of women in the context of maternity: challenges and ways to humanize. *J res: fundam care.* 2017 Jan/Mar; 9(1):222-30. DOI: [10.9789/2175-5361.2017.v9i1.222-230](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.222-230)
5. Bessa LF, Mamede MV. Educacional attitude: a perspective for delivery humanization? *Rev Baiana Enferm.* 2010 Jan/Dec; 24(1):11-22. DOI: [10.18471/rbe.v24i1.2.3.5699](https://doi.org/10.18471/rbe.v24i1.2.3.5699)
6. Camacho KG, Progianti JM. The transformation of nurses' obstetrical practice in humanized birth care. *Rev eletrônica enferm.* 2013 July/Sept; 15(3):648-55. DOI: [10.5216/ree.v15i3.18588](https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588)
7. Silva MRC, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Marinho TF, Sá AMP. The actions of nurses in the incentive to self-care in perspective of the pregnant of high risk hospitalized. *J Nurs UFPE on line [Internet].* 2013 June [cited 2019 Apr 15];7(6):4488-96. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11691/13885>
8. Rayburn WF. At-risk pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015 June;42(2):8-15. DOI: [10.1016/j.ogc.2015.02.002](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.02.002)
9. Ragagnin MV, Marchiori MRCT, Diaz CMMG, Nicolli T, Pereira SB, Silva LD. The approach of the nursing team about the humanized childbirth during the prenatal: a narrative review. *J res fundam care.* 2017 Oct/Dec;9(4):1177-82. DOI: [10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1177-1182](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1177-1182)
10. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adaptation of the process of prenatal care in accordance with criteria established by the Humanization of Prenatal and Birth Program and the World Health Organization. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014 July;19(7):1999-2010. DOI: [10.1590/1413-81232014197.08622013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013)
11. Corrêa MD, Tsunehiro MA, Lima MOP, Bonadio IC. Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. *Rev Esc Enferm USP.* 2014 Aug;48(Suppl):23-31. DOI: [10.1590/S0080-623420140000600004](https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600004)
12. Pavanatto A, Alvez LMS. Program for humanization in prenatal care and childbirth: indicators and practices of nursing. *Rev enferm UFSM.* 2014 Oct/Dec; 4(4):761-70. DOI: [10.5902/2179769211329](https://doi.org/10.5902/2179769211329)
13. Mattos DV, Martins CA, Santos HFL. Woman's autonomy in the childbirth process. *J Nurs UFPE on line [Internet].* 2016 Dec [cited 2019 Apr 12];10(12):4509-16. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11517>
14. Paiva CCN, Lemos A, Souza MD. Humanization strategies for prenatal care: integrative review. *J Nurs UFPE on line [Internet].* 2017 Jan [cited 2019 June 25];11(1):214-23. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11896>
15. Matos GC, Demori CC, Escobal APL, Soares MC, Meincke SMK, Gonçalves KD. Groups of pregnant women: space for a humanization of labor and birth. *J res: fundam care online* 2017. Apr/June;9(2):393-400. DOI: [10.9789/2175-5361.2017.v9i2.393-400](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.393-400)
16. Carvalho VF, Kerber NPC, Azambuja EP, Bueno FF, Silveira RS, Barros AM. Rights of parturients: adolescents' knowledge and that of their companion. *Saúde Soc.* 2014 Apr/June;23(2):572-81. DOI: [10.1590/S0104-12902014000200017](https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000200017)
17. Versiani CC, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. The meaning of humanized childbirth for pregnant women. *J res fundam care online.* 2015 Jan/Mar;7(1):1927-35. DOI: [10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935)
18. Garrett CA, Oselame GB, Neves EB. Episiotomy in Brazilian health system: pregnant women's perception. *Saúde Pesq.* 2016 Sept/Dec;

9(3):453-59. DOI: [10.17765/2176-9206.2016v9n3p453-459](https://doi.org/10.17765/2176-9206.2016v9n3p453-459)

19. Silva LS, Leão DCMR, Cruz AFN, Alves VH, Rodrigues DP, Pinto CB. Women's knowledge about the different positions for labour: a contribution for caring. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 Sept [cited 2019 Mar 15];10(Suppl):3531-6. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11113/12587>

20. Morell FC, Martin MJR. Childbirth expectations of La Ribera pregnant women: a qualitative approach. Enferm Glob. 2018 Jan; 17(49):324-47. DOI: [10.6018/eglobal.16.4.276061](https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.276061)

21. Escobal APL, Matos GC, Gonçalves KD, Quadro PP, Cecagno S, Soares MC. Participation of women in decision-making in the process of parturition. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 Apr 15];12(2):499-509. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231114>

22. Barros TCX, Castro TM, Rodrigues DP, Moreira PGS, Soares ES, Viana APS. Assistance to women for the humanization of childbirth and birth. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2018 Feb [cited 2019 Mar 21];12(2):554-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25368>

23. Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Apresentações [Internet]. Sobral: SCMS; 2016 [cited 2018 June 28]. Available from: <http://stacasa.com.br/site/apresentacoes/>

24. Aguiar FAR, Dourado JVL, Paula PHA, Menezes RSP, Lima TC. Experience of pregnancy among pregnant teenagers. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2018 July [cited 2019 Mar 12]; 12(7):1986-96. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236243>

25. Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. Rev Bras Enferm. 2017 Mar/Apr; 70(2):424-9. DOI: [10.1590/0034-7167-2016-0091](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091)

26. Dall'Agnol CM, Trench MH. Using focus groups as a methodologic approach in nursing research. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 1999 Jan [cited 2019 Feb 02];20(1):5-25. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4218/2228>

27. Fabris F. Pichon-Rivière, irrupción y génesis de un pensamiento. Intersubjetivo. Rev Psicoanal Salud [Internet]. 2009 Oct [cited 2019 Feb 02];10(1):11-28. Available from: <http://subjetividad.com.ar/?p=244>

28. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 8th ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.

29. Minayo MCS. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

30. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 June 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Correspondência

João Victor Lira Dourado
E-mail: jvdourado1996@gmail.com

Submissão: 22/08/2019

Aceito: 03/09/2019

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.