

Rev. Latino-Am. Enfermagem
2017;25:e2840
DOI: 10.1590/1518-8345.1658.2840
www.eerp.usp.br/rlae



Artigo Original

Lacunas de percepção entre as mulheres, maridos e membros da família sobre intenções para local de parto: um estudo transversal¹

Yoko Shimpuku²

Frida Elikana Madeni³

Shigeko Horiuchi⁴

Sebalda Charles Leshabari⁵

Objetivo: as mulheres são mais propensas a dar à luz em um centro de saúde quando suas famílias estão de acordo com o local de nascimento. No entanto, nas áreas rurais da Tanzânia, as mulheres são muitas vezes marginalizadas do processo de decisão. Este estudo fez previsões de intenção para o local do parto e fatores para reduzir as lacunas de percepção entre as mulheres grávidas, seus maridos e familiares identificados. **Método:** estudo transversal explicativo realizado em três aldeias no nordeste da Tanzânia. Os participantes foram 138 mulheres grávidas e suas famílias que responderam ao Questionário de Intenção sobre Parto (BIQ), medindo o conhecimento, atitude, percepção de controle comportamental, normas subjetivas e intenção para lugar de parto. Análise descritivas, ANOVA, Qui-quadrado e regressão linear múltipla foram utilizados para analisar os dados. **Resultados:** o modelo de regressão mostrou que o conhecimento, percepção de controle comportamental e normas subjetivas previram intenção de lugar de parto ($R^2 = 0,28$). Enquanto 81% das mulheres grávidas pensavam que seus maridos eram os decisores para seu parto, apenas 38% dos maridos e 37% dos membros da família concordaram. As mulheres grávidas tiveram escores significativamente mais baixos sobre o item "Vou me preparar para o parto com a minha família", em comparação com os maridos ($p < 0,01$) e outros membros da família ($p < 0,001$). **Conclusão:** Proporcionar preparação para o parto baseada em evidências e a redução das lacunas de percepção identificadas podem melhorar a intenção das mulheres para dar à luz em unidades de saúde.

Descritores: Instituições de Cuidados Especializados de Enfermagem; Parto Obstétrico; Tocologia.

¹ Apoio financeiro da Japan Society for the Promotion of Science, Grants-in-Aid for Scientific Research: Research Activity Start-up, Processo Nº 248902460001.

² PhD, Professor Assistente, St. Luke's International University, College of Nursing, Tokyo, Japão.

³ MSc, Enfermeira, Magunga District Hospital, Korogwe, Tanga, Tanzania.

⁴ PhD, Professor, St. Luke's International University, College of Nursing, Tokyo, Japão.

⁵ PhD, Professor, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, School of Nursing, Dar es Salaam, Tanzania.

Como citar este artigo

Shimpuku Y, Madeni FE, Horiuchi S, Leshabari SC. Perceptual gaps among women, husbands and family members about intentions for birthplace: a cross-sectional study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2840. [Access _____]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1658.2840>.

mês dia ano

URL

Introdução

O cuidado centrado nas pessoas é uma das principais políticas de saúde da Organização Mundial de Saúde para atingir a cobertura de saúde universal⁽¹⁾. Portanto, mais pesquisas sobre as vozes das mulheres precisam ser conduzidas de modo que o serviço de saúde atenda a suas necessidades⁽²⁾. Um caso em questão é que na Tanzânia rural, parteiras qualificadas (SBA em inglês) realizam apenas 42,3% de todos os partos⁽³⁾, embora o acesso a SBAs em instalações de cuidados de saúde seja altamente recomendável⁽⁴⁾. Como resultado, a taxa de mortalidade materna (TMM) por 100.000 nascidos vivos da Tanzânia foi de 410 em 2013⁽⁵⁾. Isso impediu o progresso do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio 5. Muito esforço será necessário para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: redução da TMM a 70.

Em 2002, o Ministério da Saúde e Bem-Estar Social da Tanzânia introduziu o "pacote de cuidados específicos do pré-natal", que promove o parto com a SBA, a preparação do parto e prontidão para complicações que podem ocorrer durante a gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto⁽⁶⁾. A política estava de acordo com a publicação da OMS de "Nascimento e Preparação para Emergências no Pré-Natal"⁽⁷⁾ que definiu os nove elementos de preparação dos nascimentos da seguinte forma: 1. o local desejado de nascimento; 2. parteira preferida; 3. a localização do serviço de saúde adequado mais próximo; 4. os fundos para despesas relacionadas com o parto e de emergência; 5. um companheiro de parto; 6. suporte para cuidar da casa e dos filhos enquanto a mulher está longe; 7. o transporte para uma unidade de saúde para o nascimento; 8. o transporte no caso de uma emergência obstétrica e 9. a identificação de doadores de sangue compatíveis em caso de emergência. Investigações sobre esses elementos indicaram que a preparação para o parto poderia ser o fator chave que influencia o desfecho do parto⁽⁸⁻⁹⁾.

Os pesquisadores perceberam que a preparação para o parto deve ser discutida dentro do contexto do processo de tomada de decisão das famílias. Um estudo realizado em Uganda descobriu que quando as mulheres se preparam para o parto em consulta com os membros da família, elas são mais propensas a dar à luz com SBAs, em comparação com mulheres que fizeram planos de parto por si mesmas⁽¹⁰⁾. Outro estudo realizado na Tanzânia também investigou a influência dos parceiros no parto das mulheres, e descobriram que o acordo dos parceiros sobre a importância de ter o parto em uma unidade de saúde foi positivamente associado com o parto em um estabelecimento de saúde⁽¹¹⁾. No entanto, vários estudos mostraram falta de poder das mulheres

de tomada de decisões entre os seus familiares no que diz respeito ao encaminhamento e local de nascimento^(4,12-13). Também foi relatado que os maridos normalmente servem como tomadores de decisão sobre onde suas esposas têm o parto^(11,14). Portanto, mesmo quando as mulheres grávidas estavam cientes da preparação para o parto, o tomador de decisão da família deve ter a intenção de que sua esposa vai dar à luz em um centro de saúde.

Os outros fatores importantes identificados nos estudos anteriores foram os níveis de educação e conhecimento sobre os potenciais perigos durante o parto. Usando o conceito de preparação para o parto, foi realizada uma pesquisa no distrito de Mpwawa, Região de Dodoma, Tanzânia⁽¹⁵⁾. Em sua análise, as mulheres com ensino primário e mais, e aquelas que sabiam mais de três sinais de perigo estavam mais preparados para o nascimento e complicações.

Embora os estudos anteriores^(4,11-13) identificaram que a preparação para o parto e a concordância da família foi importante para o parto seguro, os resultados não explicaram como elas tinham ou não tinham a intenção de dar à luz em uma instalação, uma vez que não incluíram os fatores motivacionais em seus estudos. Embora seja importante para avaliar as intenções das pessoas e fatores relacionados ao lugar do parto, muitos estudos simplesmente analisaram as relações entre os fatores não-motivacionais e os seus comportamentos.

A teoria do comportamento planejado de Ajzen explica que as intenções são assumidas para capturar os fatores de motivação incluindo quão fortemente a pessoa está disposta e quanto esforço se faz para executar o comportamento⁽¹⁶⁾. A teoria também inclui fatores não-motivacionais, como a disponibilidade de oportunidades e recursos (por exemplo, tempo, dinheiro, habilidades ou cooperação de outros), porque esses fatores representam a percepção de controle comportamental das pessoas (PCC). Com estudos empíricos, a teoria também explica dois outros determinantes conceitualmente independentes de intenção: atitudes em relação ao comportamento e normas subjetivas (NS), que são as atitudes e julgamentos percebidos dos parceiros.

Portanto, esse estudo examinou a intenção de lugar de parto e fatores afins, tais como o conhecimento, atitude, NS, e PCC entre as mulheres grávidas, maridos e outros membros da família na Tanzânia rural. Nossas perguntas de pesquisa incluíram: 1. se o conhecimento, PCC, Atitude, e / ou NS foi preditor de Intenção, 2. se algum dos itens demográficos foi preditor de Intenção, e 3. houve diferenças entre as mulheres grávidas, maridos e familiares no que diz respeito ao Conhecimento, PCC, Atitude, NS, e intenção. As proporções de respostas

foram investigadas para comparar as respostas dos membros da família.

Métodos

Esse estudo transversal ocorreu no Distrito Korogwe, localizado no centro da região de Tanga no nordeste da Tanzânia. A população rural é de 175.339 e a urbana de 43.510. O distrito Korogwe tem um hospital público e um privado, 42 ambulatórios e cinco centros de saúde⁽¹⁷⁾. O serviço médico foi considerado acessível se localizado dentro de 30 minutos⁽¹⁸⁾. Para investigar famílias sem acesso regular a serviço médico, foram selecionadas aldeias montanhosas, onde o centro de saúde mais próximo estava a pelo menos 5 km de distância, sendo mais de 30 minutos a pé. Faltando transporte, as mulheres andavam em ruas não pavimentadas e não iluminadas, até as estradas da montanha para chegar ao centro de saúde mais próximo. Portanto, a preparação de transporte e apoio financeiro foram necessários para acessar cuidados especializados.

Os participantes desse estudo foram as mulheres grávidas e seus familiares. Os critérios de inclusão para mulheres grávidas foram: 16 anos de idade ou mais velhas, atualmente grávida sem nenhuma doença física e psicológica grave. Os critérios para os membros da família foram: 16 anos de idade ou mais, viver com ou próximo à mulher grávida, e definido como "família" pela mulher grávida, independentemente do seu parentesco ou afinidade. As mulheres da aldeia não freqüentavam a clínica com regularidade; portanto, usamos amostragem não-probabilística e líderes da aldeia para identificar mulheres que estavam grávidas. Um investigador tanzaniano do sexo feminino (as iniciais do segundo autor) entrou em contato com o líder da aldeia com antecedência, para explicar o estudo e para chamar potenciais participantes. Depois que a equipe de investigação chegou às aldeias, o líder da aldeia solicitou aos potenciais participantes para se reunir em uma escola ou uma igreja. Explicamos o estudo e a proteção dos direitos às mulheres recrutadas e suas famílias. Se eles concordavam, um questionário era distribuído e auto-administrado. Uma amostra de pelo menos 100 era necessária e, portanto, recrutados para atender a hipótese de uma distribuição normal⁽¹⁹⁾. Os dados foram coletados em agosto de 2013.

Para medir a intenção e preparação para o parto, o primeiro e segundo autores desenvolveram o Questionário de Intenção de parto, de 38 itens (BIQ) para as mulheres grávidas e seus familiares usando a teoria do comportamento planejado⁽¹⁶⁾ de Ajzen. Duas versões equivalentes dos questionários foram desenvolvidas usando "eu" ou "ela", conforme apropriado

para o participante. O questionário foi desenvolvido pela primeira vez em Inglês e traduzido em Kiswahili pelo pesquisador mestre obstetrício da Tanzânia (as iniciais do segundo autor) para acomodar a população-alvo. Para estabelecer a validade e a qualidade da tradução do questionário, foi pré-testado com 10 mulheres grávidas em uma população da aldeia similar. Assim, várias questões foram revistas e o questionário foi finalizado para o estudo.

Havia 10 itens de conhecimento que eram perguntas verdadeiro / falso sobre gravidez segura e sinais de perigo que foram derivados da *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth*⁽²⁰⁾. Quanto maior a pontuação, mais preciso o conhecimento que tinham. Desenvolvemos nove itens para explorar o conceito de percepção de controle comportamental (PCC), que se refere à facilidade ou dificuldade percebida de realizar o comportamento e presume-se que o mesmo reflete a experiência passada, bem como impedimentos e obstáculos previstos⁽¹⁵⁾. Perguntamos se eles sentiram facilidade ou dificuldade para: poupar dinheiro para o nascimento, receber o apoio da família, identificar prestador de cuidados de saúde, encontrar uma unidade de saúde, chegar à unidade de saúde, encontrar transporte, e obter o acordo familiar para os cuidados de saúde. Esses sete itens foram pontuados em uma escala de Likert de três pontos; Concordo (3 pontos), não concordo nem discordo (2 pontos), ou discordo (1 ponto). O alfa de Cronbach foi de 0,662.

A atitude em relação ao comportamento refere-se ao grau em que uma pessoa tem uma avaliação favorável ou desfavorável ou análise do comportamento em questão⁽¹⁶⁾. Os quatro itens perguntavam se elas preferiram: parto em casa ou o parto em outras instalações, parto com parteiras tradicionais, parto com parteiras qualificadas, e se preferiam evitar o centro de saúde devido à cesariana ou episiotomia. O alfa de Cronbach foi de 0,657.

As normas subjetivas (NS) são seis itens sobre pressão social percebida de realizar ou não realizar o comportamento: pressão social sobre trabalhar durante a gravidez, a obediência a intenção do marido, cuidar das crianças ao nascer, e submissão aos desejos da família. O alfa de Cronbach foi de 0,652.

A intenção de parto inclui sete itens sobre motivação para realizar seu plano sobre a gravidez e o parto: ter dieta saudável para a gravidez, ir para a unidade de saúde em caso de sinais de perigo, se preparar para o nascimento com a família, dar à luz em instalações de saúde, e ir para o centro de saúde para problemas pós-parto. O alfa de Cronbach foi de 0,553.

Os itens sociodemográficos incluíram: idade, escolaridade, ocupação, capacidade financeira, bens

domésticos, grupo étnico, e a experiência de perda durante a gravidez ou o parto. Além disso, as duas últimas perguntas: quem decide onde dar à luz, e com quem elas querem estar quando dão à luz.

A versão 22.0 do SPSS, foi utilizada para análise de dados. A análise descritiva foi usada para ilustrar as proporções de respostas; ANOVA, Qui-quadrado ou teste exato de Fisher foram utilizados para investigar diferenças estatísticas entre os grupos. A análise de regressão múltipla foi realizada para identificar quais as variáveis que previam a intenção para o parto. Correlações também foram analisadas para identificar relações entre variáveis. Para perguntas com escores variáveis, os dados em falta foram preenchidos usando a pontuação média.

Obtivemos o consentimento oral, devido a que a informação recolhida foi não identificável e o risco desse estudo foi mínimo. A depuração ética e autorização foram obtidos a partir de 1. Comissão de Ética em Pesquisa da

Universidade Internacional de São Lucas, 2. Diretor do Conselho Distrital de Korogwe, 3. do Instituto Nacional de Pesquisa Médica (NIMR) e 4. a Comissão da Tanzânia para a Ciência e Tecnologia (COSTECH).

Resultados

A respostas das três aldeias teve um total de 139 participantes. Todos escolheram participar da pesquisa; no entanto, por razões desconhecidas, foi excluído um dos participantes que não completou o questionário. Assim, 138 participantes, 42 mulheres grávidas, 35 maridos e 44 membros da família (sete eram mães dos maridos e três eram mães das mulheres) foram incluídos na análise. A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas. Apesar de haver diferença estatística significativa em idade e bens domésticos, eles não afetaram outras diferenças estatísticas como co-variáveis.

Tabela 1 - Comparação das características sócio-demográficas de mulheres grávidas, maridos e membros da família. Tanzânia de 2013

Características	Mulheres grávidas	Maridos	Membros Da família	Valor-p
Total (n)	42	35	44	
Idade (média)	27,67	33,21	36,41	0,008*
Nível Educacional				0,089
Secundário e acima (%)	17	11,8	38,5	
Primário ou menos (%)	82,9	88,2	61,5	
Ocupação				0,157
Fazendeiro (%)	80,5	88,2	60,0	
Dona de casa/estudante (%)	17	0	25,0	
Outros (%)	2,4	11,8	15,0	
Gasto diário				0,346
<1000 TSH (%)†	42,9	54,9	41,5	
1000-5000 TSH (%)	50	35,5	39	
≥5000 TSH (%)	7,1	9,7	19,5	
Propriedade dos ativos domésticos				0,028‡
Baixo (0-1) (%)	90,5	74,3	75,0	
Alto (2+) (%)	9,5	25,7	25,0	

*p < 0.05; † TSH: Xelins da Tanzânia; ‡ p < 0.01

Para a pergunta da pesquisa 1., se o conhecimento, PCC, Atitude, e / ou NS prevêm intenção, o modelo de regressão (Figura 1) mostrou que o conhecimento, o PCC, e NS prevêm intenção ($R^2 = 0,28$). NS teve uma influência negativa na intenção. A Atitude foi retirada do modelo de regressão; no entanto, a atitude foi correlacionada com Conhecimento e NS ($r = 0,56, 0,58$, respectivamente, $p < 0,001$). Na pergunta da pesquisa 2., perguntou se algum dos itens demográficos prevêm intenção; todos os itens demográficos caíram como resultado da regressão linear múltipla.

Para a questão de pesquisa 3., não houve diferenças significativas entre as mulheres grávidas, maridos e familiares no que diz respeito ao conhecimento, PCC, atitude, NS, e intenção. Apesar da não significância estatística, houve vários resultados úteis no nível de item da seguinte forma:

Uma maioria significativa de mulheres grávidas (81,1%) ($p < 0,001$), respondeu que o marido decide onde dar à luz, em quanto que cerca de 37% dos maridos e membros da família responderam que o marido era o responsável pelas decisões. Por outro lado, 27,6% dos

maridos e 34,3% dos membros da família pensavam que as mulheres grávidas decidiam onde dar à luz; mas

apenas 8,1% das mulheres grávidas responderam que decidem o seu local de parto (Figura 2).

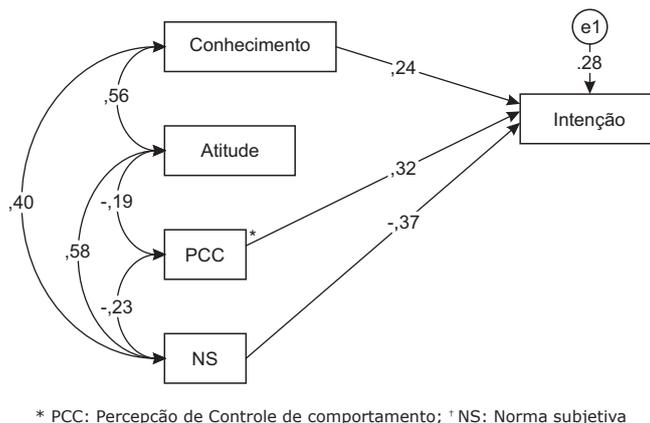


Figura 1 - Conceitualização do Questionário de intenção de parto

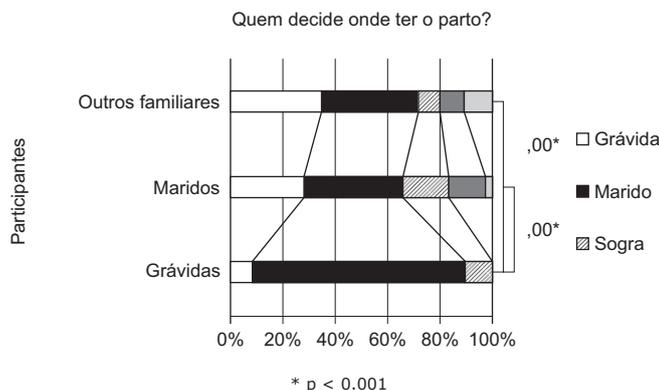


Figura 2 - Tomadores de decisão para o local de parto

A maioria (65,9%) das mulheres grávidas responderam que querem estar com um médico ou enfermeiro durante o parto, enquanto que 46,7% dos maridos e 55,9% dos membros da família escolheu um médico ou enfermeira.

As mulheres grávidas tiveram significativamente ($p < 0,05$) maior pontuação em comparação com os maridos e membros da família sobre o uso da medicina tradicional. Elas tiveram escores significativamente menores do que marido e família sobre o uso de suplementos de ferro ($p < 0,05$).

No que se refere a percepção de controle para poupar dinheiro para o parto, 76,7% dos membros da família concordaram, mas somente 62,9% dos maridos, e apenas 50% das mulheres grávidas. Em contraste, as mulheres tendem a mostrar uma percepção de mais facilidade de preparação para o parto em meio hospitalar. A maioria dos participantes concordou que

deveria ter um membro da família para acompanhar a mulher à unidade de saúde para o nascimento.

Para Atitude acerca de metade dos participantes tinha uma certa relutância em usar cuidados realizados em instalações devido a uma percepção negativa em relação à intervenção médica, embora mais mulheres preferiam partos realizados em centros, em comparação com os maridos e membros da família. Uma minoria dos entrevistados achava que as parteiras tradicionais foram mais amáveis do que as enfermeiras do hospital.

Para Intenção a maior discrepância foi: "Vou me preparar para o parto com a minha família (ou com ela [grávidas])." Enquanto apenas 32,5% das mulheres grávidas concordou, 61,8% dos maridos e 81,4% dos membros da família concordaram resultando em significativa diferença entre as mulheres grávidas e maridos ($p < 0,001$), bem como entre as mulheres grávidas e os membros da família ($p < 0,01$).

Discussão

Nesse levantamento das mulheres grávidas, maridos e membros da família que ocorreu nas aldeias montanhosas rurais em Korogwe District, o modelo de regressão identificou que Conhecimento e PCC prevêm intenção. Em contraste com a teoria, as NS previam negativamente a intenção. Como os itens de NS perguntavam se elas escolheram seu próprio parto seguro com base no que é recomendado no mundo ocidental, em vez de lealdade à família, a teoria pode não ter totalmente captado as normas subjetivas da Tanzânia. As estratégias de negociação comunicativa bem sucedida pode ser diferente do mundo ocidental⁽¹¹⁾.

O processo de tomada de decisão da família na Tanzânia rural pode explicar a seguinte discrepância; a grande maioria das mulheres pensava que os maridos decidiam o local de nascimento, enquanto que apenas uma minoria dos maridos se consideravam decisores. Um estudo qualitativo na região costeira de Rufiji descreve que, quando os trabalhadores de saúde recomendavam o encaminhamento, o conselho foi transmitido pela mulher ao marido e a mulher ou o marido consultou a sogra, os pais da mulher, e vários membros da família⁽¹²⁾. Normalmente, o marido era o último decisor e responsável por financiar o transporte; no entanto, sua decisão foi muitas vezes influenciada por outros membros da família.

Outro dado importante é que as mulheres evitavam mostrar a sua intenção para o seu próprio parto ou fazer parte da tomada de decisão e preparação. A maioria das mulheres não concordava com "Vou me preparar [*Tutaandaa*] para o parto com minha família." A expressão Kiswahili de *Tutaandaa* pode ser traduzida como "Vamos preparar" e indica que as mulheres são parte do processo de tomada de decisão e preparação. Com a consideração de escores de conhecimento relativamente elevados das mulheres e preferência dos SBAs nesse estudo, é provável que as mulheres compreendam o possível perigo do parto e preferam cuidados especializados; no entanto, a lealdade à família pode impedi-la de mostrar sua intenção e aceitar que ela faz parte dos decisores.

A questão da relutância em declarar a sua intenção pode estar relacionada com a sua capacidade financeira diminuída. Os bens familiares de propriedade das mulheres eram significativamente menores do que os maridos e outros familiares. Apenas metade das mulheres grávidas nesse estudo concordaram ter guardado dinheiro para um parto em instalações médicas. Isso é mais baixo do que os resultados do estudo na Tanzânia central⁽¹⁵⁾, em que 89% das mulheres relataram poupar

dinheiro em caso de emergência. Isso pode refletir a capacidade econômica marginal das mulheres rurais nessa população. É plausível que a facilidade ou dificuldade percebida de mulheres que executam o comportamento foi aumentada pela quantidade de dinheiro que poderiam usar, ou se sentiam autorizadas a utilizar⁽¹²⁾. Outro estudo na Etiópia mostrou uma relação estreita entre a autonomia das mulheres (ou posição no conjunto da família) e a utilização de cuidados de saúde materna⁽²¹⁾. Os autores indicaram a importância da promoção de atividades geradoras de renda e de educação entre as mulheres para que a posição da mulher no lar seja reforçada.

No entanto, é importante notar que os maridos e familiares nesse estudo pensavam que as mulheres eram os decisores mais do que pensavam as próprias mulheres, embora a literatura de gênero indique que as mulheres muitas vezes encorajam as mulheres mais jovens a serem submissas aos seus maridos⁽²²⁾. Um estudo realizado no sul da Tanzânia informou que o padrão de poder de decisão dentro do agregado familiar foi o fator determinante do parto, e que as mulheres que viviam em domicílios chefiados por homens eram menos propensas a ter o parto em uma unidade de saúde do que as mulheres em famílias chefiadas por mulheres⁽⁴⁾.

Devido a que muitos da família concordaram que as mulheres decidem seu próprio parto, uma melhor comunicação pode aumentar a vontade das mulheres de falar dentro da família sobre sua intenção. Nesse estudo, no entanto, maridos e familiares tendem a ter menor pontuação quando relacionados com as necessidades de apoio ao ir para um centro de saúde para o parto; a permissão do marido é necessária para ir ao centro de saúde; e as mulheres ficam em casa para cuidar dos filhos. Um pesquisador descobriu que, se as mulheres em núcleos familiares tiverem poucas dificuldades com seus maridos, eles são mais propensas a dar à luz em um centro de saúde; se as mulheres em uma família conjunto tiver muito poucas dificuldades com sogros, elas são mais propensas a participar de cuidados pré-natais⁽²³⁾. Quando as relações de apoio com maridos e outros familiares melhoram, as mulheres poderiam facilmente discutir ou mostrar a sua intenção, o que eventualmente, beneficiaria a sua saúde. A discussão entre os membros da família deve ser promovida para dissolver as lacunas de percepção identificadas no presente estudo.

Limitações

Algumas diferenças podem não ter sido detectadas devido ao pequeno tamanho da amostra.

No entanto, com esse tamanho relativamente pequeno da amostra, encontramos várias relações estatisticamente significativas entre as variáveis. Além disso, os participantes foram recrutados através de amostragem não probabilística e, portanto, eles podem não representar a população da comunidade. Um estudo mais aprofundado é necessário, com amostra maior e aleatória para detectar mais variação. As propriedades psicométricas da BIQ exigem um maior desenvolvimento. A BIQ utilizada tinha uma escala de Likert de três pontos diminuindo a capacidade de detectar a diferença estatística. Apesar dessas advertências, os resultados forneceram orientação útil para explorar e melhorar a comunicação entre as famílias para a escolha de local de nascimento.

Conclusão

As discrepâncias entre as mulheres grávidas e suas famílias sobre a intenção para o parto sugerem que relacionamentos com mais apoio são necessários para as mulheres expressarem sua intenção. Discussões entre os membros da família devem ser encorajadas para preencher as lacunas de percepção e atingir cobertura universal de assistentes qualificados para o parto.

Agradecimentos

A todos os participantes que compartilharam seu valioso tempo para este estudo. Ao Dr. Maimbo Mndolwa, Bispo de Korogwe, pelo apoio na organização da coleta de dados nas aldeias. A Sr^a Yuki Yoshida, UNICEF Tanzânia, pela contribuição para a obtenção de autorização e implementação deste estudo. A Sr^a Mari Shimizu pela ajuda na construção de tabelas e textos principais. A Dr^a Sarah E. Porter pela edição em nome da St. Luke's International University.

Referências

- World Health Organization [Internet]. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. 2015 [Access Jan 20, 2016]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1
- Jolivet R. Keynote speech, Proceedings from Maternal & Neonatal Health Beyond 2015: *The 57th IMT Colloquium*. Rabat, Morocco: ITM/ENSP; 2015.
- National Bureau of Statistics (NBS) [Tanzania] and ICF Macro. Tanzania Demographic and Health Survey 2010. Dar es Salaam, Tanzania: NBS and ICF Macro; 2010.
- Mrisho M, Schellenberg JA, Mushi AK, Obrist B, Mshinda H, Tanner M, et al. Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Trop Med and Int Health*. 2007; 12: 862-72. doi: 10.1111/j.1365-3156.2007.01855.x
- World Health Organization [Internet]. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. 2014 [Access Feb 11, 2016]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf
- The United Republic of Tanzania. Ministry of Health and Social Welfare. Focused Antenatal Care Malaria and Syphilis in Pregnancy; 2009.
- World Health Organization [Internet]. Birth and emergency preparedness in antenatal care. 2006 [Access March 12, 2016]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/emergency_preparedness_antenatal_care.pdf
- Hailu M, Gebremariam A, Alemseged F, Deribe K. Birth preparedness and complication readiness among pregnant women in Southern Ethiopia. *PLoS One*. 2011; 6:e21432. doi: 10.1371/journal.pone.0021432.
- Moran AC, Sangli G, Dineen R, Rawlins B, Yameogo M, Baya B. Birth-preparedness for maternal health: Findings from Koupela district, Burkina Faso. *J Health Popul Nutr*. 2009; 24:489-97.
- Kabakyenga JK, Ostergren PO, Turyakira E, Pettersson KO. Influence of birth preparedness, decision-making on location of birth and assistance by skilled birth attendants among women in South-Western Uganda. *PLoS One*. 2012;7: e35747. doi: 10.1371/journal.pone.0035747.
- Danforth EJ, Kruk ME, Rockers PC, Mbaruku G, Galea S. Household decision-making about delivery in health facilities: evidence from Tanzania. *J Health Popul Nutr*. 2009;27: 696-703.
- Pembe AB, Urassa DP, Darj E, Carlstedt A, Olsson P. Qualitative study on maternal referrals in rural Tanzania: decision making and acceptance of referral advice. *Afr J Reprod Health*. 2008;12:120-31.
- Pembe AB, Carlstedt A, Urassa DP, Lindmark G, Nyström L, Darj E. Effectiveness of maternal referral system in a rural setting: a case study from Rufiji district, Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2010;10: 326. doi: 10.1186/1472-6963-10-326.
- Magoma M, Requejo J, Campbell OM, Cousens S, Filippi V. High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: a case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:13. doi: 10.1186/1471-2393-10-13
- Urassa PD, Pembe BA, Mganga F. Birth preparedness and complication readiness among women in Mpwapwa district, Tanzania. *Tanzan J Health Res*. 2012;14:42-7. doi: 10.1186/s12978-015-0041-8.

16. Ajzen I. Theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50: 179-211.
17. National Health Insurance Fund [Internet]. Updated List of Accredited Health Facilities in Tanga Region by February 2009 [Access May 4, 2015] Available from: <http://www.nhif.or.tz/>
18. Economic Development Initiatives [Internet]. KOROGWE DC CWIQ Survey on Poverty, Welfare and Services in Korogwe DC. Bukoba (Tanzania): EDI (Economic Development Initiatives; 2007.
19. Ueda T. *Statistics: approval and estimation*. Tokyo Japan: Ohmsha; 2009.
20. World Health Organization. *Pregnancy, childbirth, postpartum, and newborn care: a guide for essential practice*. Geneva: WHO; 2006.
21. Woldemicael G, Tenkorang EY. Women's autonomy and maternal health-seeking behavior in Ethiopia. *Matern Child Health J*. 2010;14:988-98. doi: 10.1007/s10995-009-0535-5.
22. Berger I, White EF. *Women in Sub-Saharan Africa*. Bloomington, IN: Indiana University Press; 1991.
23. Allendorf K. The quality of family relationships and use of maternal health-care services in India. *Studies Fam Plann*. 2010;41:263-76. doi: 10.1111/j.1728-4465.2010.00252.x

Recebido: 14.5.2016

Aceito: 15.9.2016

Correspondência:

Yoko Shimpuku
St. Luke's International University, College of Nursing
10-1 Akashicho
Bairro: Chuoku
CEP: 104-0044, Tokyo, Japão
E-mail: yoko-shimpuku@slcn.ac.jp

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença 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 a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.