

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS  
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

**COORDENADORIA DE ENFERMAGEM**

**GRAU DE CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE OS  
TIPOS DE PARTO**

**Keila Coelho de Souza  
Marcelo Feitoza Ferreira**

**Trabalho de Conclusão de Curso sob  
a orientação do Prof.<sup>ª</sup> Ms Teresa  
Cristina Prochet**

**ASSIS  
2009**

**KEILA COELHO DE SOUZA  
MARCELO FEITOZA FERREIRA**

**GRAU DE CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE OS  
TIPOS DE PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito à obtenção  
do Grau de Bacharel em Enfermagem  
junto ao Instituto Educacional do  
Ensino Superior de Assis – IMESA

Área:

SAÚDE DA MULHER

ORIENTADORA:

Profª Ms Teresa Cristina Prochet

**ASSIS  
2009**

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

SOUZA, Keila Coelho de; FERREIRA, Marcelo Feitoza

Grau de conhecimento das gestantes sobre os tipos de parto / Keila Coelho de Souza; Marcelo Feitoza Ferreira. Fundação Educacional do Município de Assis – Fema : Assis, 2009  
56p.

Trabalho de Conclusão de Curso ( TCC ) – Enfermagem – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

Enfermagem. 2. Gestação. 3. Parto

CDD: 610  
Biblioteca da FEMA

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Keila Coelho de Souza  
Marcelo Feitoza Ferreira

Título: GRAU DE CONHECIMENTO DAS GESTANTES DAS GESTANTES SOBRE OS TIPO DE PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem junto ao Instituto Educacional do Ensino Superior de Assis – IMESA

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **OFEREÇO**

“Aos meus pais, Durval e Marinalva que deixaram seus projetos pessoais para me apoiar ao longo destes anos, permitindo que meus sonhos se tornassem realidade, a vocês minha eterna gratidão”.

## **DEDICATÓRIA**

“A minha amiga de turma de enfermagem, Keila Coelho de Souza, pelo carinho, apoio, incentivo, dedicação e amor elementos essenciais desta longa caminhada e presente em todas as minhas realizações”.

**MARCELO**

## **OFEREÇO**

“Ao meu amigo Marcelo Feitoza, que fez parte desta minha grande conquista, estando presente em todos os momentos que precisei, me aconselhando, apoiando, incentivando. A você minha eterna gratidão”.

## **DEDICATÓRIA**

“Dedico este trabalho aos meus pais Antonio Carlos e Roseli por terem me incentivado e me apoiado a cada momento de minha vida, abrindo mão muitas vezes de seus projetos para me conceder o privilégio de alcançar meu sonho. A vocês meu eterno amor e respeito”.

**KEILA**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos concedeu sabedoria, o dom da vida e discernimento para tomar as decisões corretas ao longo dessa jornada.

A professora Teresa Cristina, orientadora desse trabalho, pelo incentivo, dedicação e disposição para nos orientar sempre que precisamos.

Aos nossos amigos, (Sandra, Natalia Moreli, Cleonice, Neide e Claudete), que nos deram total apoio ao longo desses quatro anos.

A todas gestantes entrevistadas, pela contribuição na construção desse trabalho.

A todos os professores do Curso de Enfermagem pela dedicação, esforço e carinho ao curso e aos alunos.

A todos que, de alguma forma contribuíram para a realização desse grande sonho.

“Eu poderia falar todas as línguas que são faladas na terra e até no céu, mas, se não tivesse amor, as minhas palavras seriam como o som de um gongo ou como um barulho de um sino...poderia ter todo conhecimento, entender todos os segredos e ter tanta fé, que até poderia tirar as montanhas do seu lugar, mas se não tivesse amor, eu não seria nada”.

**I Coríntios 13: 1 e 2**

## RESUMO

A gestação é um período único e especial para a mulher, a sensação de tornar-se mãe pode ser perturbada muitas vezes por incertezas, inseguranças e medos, especialmente no momento do parto. O parto representa um marco na vida da mulher, repercutindo profundamente nos seus planos físico, emocional e social. O presente estudo transversal e de campo investigou o conhecimento das gestantes sobre as vias de parto de 44 mulheres, com idades entre 15 e 40 anos. Entrevistadas individuais independente da idade gestacional. Análise de conteúdo quantitativa indicou que as gestantes relataram ter conhecimento sobre os tipos de parto, conhecem as vantagens e desvantagens. A grande maioria se sente a vontade de tirar suas dúvidas com o médico. Apoiando a expectativa inicial do estudo, os relatos mostram que mesmo não tendo uma participação efetiva dos profissionais de saúde e algumas gestantes não conhecendo as vantagens e desvantagens dos partos, elas conseguem fazer suas escolhas baseada na intuição e suas experiências.

---

**Palavras - Chave:** ENFERMAGEM; GESTAÇÃO; PARTO

## **ABSTRACT**

The gestation period is a unique and special for the woman, the sense of becoming mother can often be troubled by uncertainties, insecurities and fears, especially at delivery. Labor represents a milestone in women's lives, reflecting the impact on the physical, emotional and social's this cross-sectional study investigated the field and knowledge of pregnant women about the route of delivery of 44 chicks, aged 15 and 40 anos. Interviewed individual regardless of age gestacional. Analysis quantitative content indicated that the women reported being knowledgeable about the types of delivery, know the advantages and disadvantages. A vast majority feel the desire to take your questions doctor. Supporting the initial expectation of the study, the reports show that same doesn't tend an effective participation of the professionals of health and some pregnant women not knowing the advantages and disadvantages of the childbirths, they manage to do their choices based in the intuition and their experiences.

---

**Key word:** NURSING; GESTATION; CHILDBIRTH

## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1-** Mecanismo da dequitação, segundo Baudelocque - Schultze 29

**Figura 2 -** Mecanismo da dequitação, segundo Baudelocque - Schultze 29

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	– Idade das Gestantes Estudadas	35
<b>Gráfico 2</b>	– Estado Civil das Gestantes	36
<b>Gráfico 3</b>	– Escolaridade	37
<b>Gráfico 4</b>	– Número de Gestações	37
<b>Gráfico 5</b>	– Tipos de Parto Anterior	38
<b>Gráfico 6</b>	– Número de Consultas Realizadas no Pré-natal	39
<b>Gráfico 7</b>	– Tipo de Parto Desejado	40
<b>Gráfico 8</b>	– Você Possui Dúvidas Sobre os Tipos de Parto	44
<b>Gráfico 9</b>	– Você se Sente a Vontade de Fazer Perguntas Durante as Consultas de Pré-natal	45

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACOG** Comitê de Ética do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras

**IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**PHPN** Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

**SINASC** Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

**UBS** Unidades de Saúde Básica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 A Problemática.....	13
1.2 A Justificativa.....	16
1.3 As Hipóteses.....	16
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivo Específicos.....	17
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
3.1 Gestação.....	18
3.2 Parto: conceitos, mecanismos e fases.....	22
3.3 Mitos e tabus da gestação.....	31
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	33
4.2 Local de Estudo.....	33
4.3 Sujeito do Estudo.....	33
4.4 Tamanho da Amostra.....	34
4.5 Coleta de Dados.....	34
4.6 Tratamento dos Dados.....	34
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>47</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>8 APÊNDICES.....</b>	<b>51</b>
Apêndice A.....	52
Apêndice B.....	54
Apêndice C.....	55

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 A problemática

A gestação é um período único e especial para a mulher, a sensação de tornar-se mãe pode ser perturbada muitas vezes por incertezas, inseguranças e medos, especialmente no momento do parto. (TEDESCO; FILHO; MATHIAS, 2004).

O parto representa um marco na vida da mulher, repercutindo profundamente nos seus planos físico, emocional e social. (LOPES; DONELLI; LIMA, 2005).

A experiência do parto pela mulher é influenciada por diversos fatores, afinal, o parto movimenta grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa. Dentre os fatores que influenciam o momento do parto, encontram-se a própria gestação, as expectativas em relação ao parto e ao bebê, a dinâmica e o conteúdo dos cursos de preparação pré-natal, os procedimentos obstétricos, bem como a história obstétrica anterior. Esses fatores aliados com os outros interferem na forma como o parto será experienciado pela mulher, podendo causar reações benéficas ou não. (LOPES; DONELLI; LIMA, 2005).

O Ministério da Saúde atua em duas frentes para reduzir o número de cesáreas desnecessárias. A primeira consiste na qualificação de profissionais em relação à necessidade de mudar práticas e humanizar partos, e a outra frente é o incentivo à redução das cesarianas. Então foi instituído em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), para certificar-se do direito de livre acesso e qualidade no acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, do pós-parto e do neonatal. (BRASIL, 2006).

Esse programa também tem como objetivo difundir o conhecimento sobre o parto e suas repercussões. (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2006) o número de cesáreas no Brasil está acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde mostram, que as cesáreas em 2004 representaram mais de 41% dos partos efetuados no país. É importante destacar que a OMS julga aceitável a incidência de cesárea de 15%.

Na tentativa de encontrar um equilíbrio o Ministério da Saúde (2006) lançou em 25 de junho de 2006, a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal de Cesárea Desnecessária.

Entende-se que alguns casos a cesariana é necessária, pois, ela trará benefício à mãe e ao recém-nascido exemplo disso são os casos de descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, parto com desproporção céfalo-pélvica e da eclampsia. Num estudo realizado em Campinas SP, mostraram que o índice de cesarianas era mais elevado em mulher com melhor nível socioeconômico, com pré-natal adequado, primíparas, múltíparas e gestação gemelar. (CAMPANA; PELLOSO, 2007). Em relação às expectativas em relação ao tipo de parto, pesquisa realizada em São Paulo com 1748 mulheres revelou que as formas pelas quais elas são informadas sobre os partos interferem diretamente na escolha do mesmo, tendo como resultado 56,5% de cesáreas e 43,5% de parto normal. Sendo a taxa de cesárea ainda maior quando em mulheres acima de 35 anos, alcançando 62,9%. (CAMPANA; PELLOSO, 2007).

Sobre a intenção, desejo e o comportamento das gestantes, foi também realizado um estudo numa cidade do Nordeste do Brasil durante os anos de 1998 a 2000, os pesquisadores concluíram que há um distanciamento expressivo entre o parto que é desejado pela gestante e o parto que é escolhido e realizado pelo médico; esse estudo demonstra a necessidade de que gestantes sejam melhores trabalhadas quanto à autonomia na escolha do tipo de parto, pois só assim poderá ocorrer mudança na prática obstétrica brasileira. (CAMPANA apud COSTA, 2007).

Sabe-se que constitui como papel da enfermagem incentivar as gestantes na escolha pelo melhor parto, levá-las a ter autonomia, saber decidir por si própria e não deixar ser influenciada por médicos, familiares ou outros. Atitudes assim consolidam uma prática de assistência humanizada e esperada no momento que se reflete e seleciona o tipo de parto que será submetida. (CAMPANA; PELLOSO, 2007).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Serruya (2004) apresenta dois aspectos importantes na humanização do pré-natal, o primeiro defende a convicção de que são dever das Unidades de Saúde receber a

mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade, o que requer não só atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde como também a organização da instituição para criar um ambiente acolhedor. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando a aplicação desnecessária de práticas intervencionistas, que não beneficiam nem a mulher nem seu recém-nascido, inclusive favorecendo riscos na saúde de ambos.

Tedesco (2004), em um de seus trabalhos relata que em geral a gestante não tem oportunidade de opinar sobre as vias parto, sua opinião não é levada em consideração. Ela está submetida à decisão médica e não são explicados, os motivos de tal escolha. Segundo Mello apud Tedesco (2004) a aparente liberdade de escolha assegurada à mulher é, na prática, frequentemente ceifada pela manipulação das informações prestadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos do parto.

Isso vai ao encontro de outro estudo realizado por Oliveira (2002) que constatou que apesar da quase a totalidade das mulheres estudadas terem realizado o pré-natal, apenas 13,7% referiram ter recebido informações sobre os tipos de parto.

Outra vertente que também precisa ser citada é a dor, sintoma considerado como uma vivência desagradável de cunho sensorial e emocional que está associada às lesões teciduais reais ou potenciais. Isso porque, a dor e o parto normal têm sido diretamente associados e faz com que as mulheres e mesmo profissionais e sociedade se comportem com certo preconceito. (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2008).

Esses autores ressaltam que historicamente, o parto está relacionado ao mito de algo intolerável e muito doloroso fisicamente. Suportá-lo é quase que o sinônimo de dar à luz. Isso já é ensinado para as jovens, elas crescem com a idéia fixa de que o parto será permeado pela dor e o alívio dela está condicionado à vinda do filho, esse prazer é o remédio da dor.

Dentro dessa perspectiva surgiu a inquietação dos pesquisadores, se realmente as gestantes estão sendo informadas no pré-natal sobre as vias de parto. Até que ponto o médico e a equipe multiprofissional (onde a enfermeira se inclui) têm desenvolvido suas funções nesse aspecto? De que consistem as consultas pré-natais? Como, na prática, elas ocorrem num determinado serviço de saúde? Se elas ocorrem, como as gestantes fazem

essa compreensão? Como as gestantes identificam as vantagens e desvantagens de cada um dos tipos de parto? Quais os medos e mitos que envolvem o momento do parto na sua perspectiva?

## **1.2 A justificativa**

Pelo fato do interesse na área de obstetrícia e isso ter sido ratificado durante o período de estágio, os pesquisadores sentem-se motivados a desenvolver um trabalho para descobrir o grau de conhecimento das gestantes frente às vantagens e desvantagens dos tipos de parto. Assim conhecer a realidade e poder intervir de maneira favorável no direito da mulher exercer a liberdade na escolha consciente do tipo de parto.

## **1.3 A hipótese**

- (H1) Apesar de algumas gestantes não conhecerem as vantagens nem as desvantagens de cada tipo de parto, elas conseguem fazer sua escolha baseada na intuição, experiência e nas construções de saberes que tiveram no decorrer de suas vidas.
- (H2) Muitas gestantes tomam suas decisões baseadas nas histórias de outras gestantes, às vezes acabam sendo influenciadas por sua mãe ou pelo medo e fantasias criadas em sua mente.
- (H3) Há também as gestantes que são influenciadas pelos mitos da sociedade que parto normal são para os pobres e cesárea são para os ricos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Descrever o grau de conhecimento das gestantes sobre os tipos de parto.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar o tipo de parto desejado pelas mulheres e os motivos desse desejo;
- Relacionar as vantagens e as desvantagens apontadas pelas gestantes conforme o tipo de parto;
- Reconhecer os mitos e as verdades embutidos no discurso das gestantes quando indagadas sobre o parto;
- Verificar quem as gestantes citam como responsáveis pela construção das informações que possuem sobre o parto;
- Apresentar o perfil socioeconômico das mulheres estudadas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Com a finalidade de facilitar a compreensão de como o estudo foi alicerçado na literatura, está será apresentada em quatro tópicos, a saber: gestação, parto, mitos-tabus relacionados à gestação e incidência de partos.

#### 3.1 Gestação

De acordo com o Dicionário Aurélio (2000), gestação é o tempo decorrido da concepção até o nascimento.

Esse período é de extrema importância para mulher, é um momento único em sua vida. Onde ocorrem muitas transformações desde o emocional até o fisiológico e para algumas esse acontecimento é encarado naturalmente, e para outras é uma das fases mais complexas de sua vida.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a gravidez é um processo individual, vivido por cada gestante de forma peculiar, provocando nelas transformações físicas e emocionais, podendo deparar-se com sentimentos de medo, angústia, insegurança, dúvidas e curiosidades sobre a gestação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE apud MOURA, 2003, p.165)

A gravidez é uma fase da vida da mulher, na qual acontecem profundas transformações físicas, psicológicas e sociais, que exigem adaptações e readaptações, na sua dinâmica psíquica e nas relações com o mundo externo. (CARVALHO, 2007, p. 47). Mediante o exposto, é fundamental que os profissionais de saúde garantam às mulheres um pré-natal não só eficaz e eficiente, mas que inclua as peculiaridades individuais, as suas necessidades e que principalmente valorize as experiências e vivências da gestante de forma que sua potencialidade seja utilizada.

Em relação à gestação humana, em média tem uma duração de 266 dias iniciando a partir da fertilização ou 280 dias desde a última menstruação. Esse tempo transcorrido envolve todo o desenvolvimento da gravidez, com suas mudanças fisiomorfológicas no corpo materno e no desenvolvimento pré-natal do concepto. (NEME, 2005, p. 63).

De acordo com Neme (2005, p.63) a gravidez humana pode estender-se fisiologicamente para além de 42 semanas; mas o risco inerente a essa condição seria talvez demasiado e o preço a ser pago muito dispendioso.

Segundo Barros (2006, p.19) a gravidez induz o organismo materno a uma série de adaptações fisiológicas, atribuídas aos hormônios da gravidez e à pressão mecânica decorrente do aumento do útero e outros tecidos.

De acordo com Neme (2005, p.3), a instalação da gravidez é seguida por mudanças complexas, biofísico-químicas, que se manifesta concomitantemente à: espermatogênese; ovogênese; ciclo menstrual-endometrial; inseminação; capacitação; migração e reação acrossômica do espermatozóide; ovulação; captação ovular e fecundação; migração e nidação ovular.

A cada ciclo menstrual o organismo prepara-se para a gestação, após a instalação da prenhez o organismo passa por algumas adaptações. (NEME, 2006).

Segundo Neme (2005, p.36), em relação às mudanças:

São profundas adaptações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas que acontecem na mulher no curto espaço de tempo da gravidez. Elas começam logo após a fertilização e continuam durante toda a gravidez, desaparecendo rápida e quase por completo após o parto e término da lactação.

Após o início da fecundação, tanto o desenvolvimento da gravidez como do feto estão subordinados à interação materno-fetal.

A fase secretora do ciclo menstrual é prolongada, com o aumento da produção de progesterona, essencial para a quiescência uterina; inicia-se o processo de decidualização do endométrio, necessário para a nidação ovular e ocorre o reconhecimento da gravidez pelo organismo materno, pela presença de células do trofoblasto na arteríola espiralada (NEME, 2005, p36).

Dessa forma o conjunto feto-placentária é formado pelo feto e placenta, que é representado no início da gravidez pelas células do trofoblasto. O que representa a comunicação materno-fetal feita pelo sangue materno no espaço intervilosos, pelas vilosidades terciárias, pelo capilar fetal nas vilosidades e chega ao feto pelo cordão umbilical. (NEME, 2005, p.36).

Sobre as repercussões da gravidez sobre o organismo da mulher, Rezende diz: é a gravidez, na mulher, fenômeno que influencia, virtualmente, todos os sistemas maternos, que se têm de alterar, dramaticamente, para permitir a retenção e o desenvolvimento intrauterino do concepto. (BARCLAY and REZENDE, 2005, p.143).

A mulher passa por duas modificações específicas na gestação: circulatórias e metabólico-nutricionais. Essas alterações recebem o nome de modificação gravídica, podendo ser locais e gerais.

As modificações locais ocorrem no aparelho genital, à primeira alteração é no útero logo no início da gravidez, isso se dá por conta de já nos primeiros meses de gestação ele é incitado por altos níveis de estrógeno e progesterona, sofrendo modificações na consistência, volume, peso, espessura, forma, posição e coloração. (BARROS, 2006, p. 20; REZENDE, 2005, p.163).

As mamas aumentam de tamanho, têm alterações em sua consistência e sofrem aumento na vascularização que pode vir acompanhada de sensibilidade aumentada, incluindo na maioria das vezes, a sensação dolorosa. (BARROS, 2006, p. 24).

A vagina e vulva passam também por modificações na sua cor, alcançando uma cor arroxeadada até o períneo, isso pode ser percebido a partir da 6ª semana. Há ainda um aumento da produção de secreção cervical e vaginal. (BARROS, 2006, p. 23).

A vulva pigmenta-se e o sítio lindeiro à extremidade inferior da vagina perde o róseo característica, tomando a cor vermelho-vinhosa, entreabertos ninfas e grande lábios. (REZENDE, 2005, p.161).

As modificações gerais vão ocorrer nos demais sistemas corporais:

- sistema cardiovascular → Decorrente da mudança no débito e na distribuição do fluxo sanguíneo, as alterações nesse sistema mais freqüentes são: aumento do pulso e da sobrecarga cardíaca, diminuição da pressão arterial e resistência periférica. (GOUVEIA, 2009, p.71; REZENDE, 2005, p.143). O coração é deslocado para cima devido ao aumento do volume do útero. Isto resulta em alterações da frequência cardíaca em determinados decúbitos. O coração também aumenta ligeiramente de volume. Destas alterações surge um sopro sistólico na base, alterações no ECG e uma hipercinesia cardíaca (é comum a mulher referir batimentos mais fortes). (BARROS, 2006, p. 25)

- sistema respiratório → devido à necessidade do feto receber O<sub>2</sub> e eliminar gás carbônico através da mãe, há um aumento do oxigênio materno em resposta a hipertrofia dos tecidos mamários e uterinos, bem como pela aceleração do metabolismo. Conforme a gestação vai evoluindo o diafragma não desce mais como antes na inspiração, e a mulher passa a utilizar-se da musculatura acessória, tendo então uma respiração abdominal. (BARROS, 2006, p.28). Há uma elevação do diafragma pelo útero aumentado, tornando a respiração mais difícil. Esta elevação do diafragma não causa diminuição da capacidade dos pulmões, pois há uma ampliação da caixa torácica no sentido antero-posterior. Há um aumento da frequência respiratória e da quantidade de ar movimentado em cada ciclo, resultando numa ligeira baixa de CO<sub>2</sub> no sangue. O centro respiratório no cérebro também se torna mais sensível aos estímulos específicos.
- sistema digestório → Para o conceito receber nutrientes de forma adequada, o sistema aumenta a sua absorção de nutrientes. (BARROS, 2006, p. 31). Ocorre uma alteração em todo o sistema, a diminuição do peristaltismo, devido principalmente ao efeito da progesterona sobre a musculatura lisa. Com o peristaltismo diminuído, há um retardo no esvaziamento gástrico e no trânsito intestinal, que pode provocar náuseas e constipação. A pirose é provocada pelo refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, devido também à diminuição do peristaltismo.
- sistema hematológico → As necessidades de ferro estão agravadas nesse período, e por isso há vários episódios de anemia. Outra evidência nesse sistema é que os leucócitos elevam-se, variando entre 6000 a 12000/mm<sup>3</sup>, chegando a 25000 durante o trabalho de parto. O nível de fibrinogênio aumenta em 50% por influência do estrôgeno e progesterona. (REZENDE, 2005, p.143).
- sistema musculoesquelético e locomotor → A mobilidade cada vez maior das articulações sacroilíaca, sacrococcígea e pélvica durante a gravidez, como também o aumento de peso favorecem para as mudanças de postura, forma de deambular e a presença de lombalgias. (BARROS, 2006, p.30).
- sistema urinário → Há um aumento de 50% na taxa de filtração glomerular e no fluxo plasmático renal, devido ao aumento da volemia materna e da redução da resistência vascular. Há um grande aumento do fluxo sanguíneo aos rins(30 a 50%), obrigando os rins a filtrar maior quantidade de sangue. A musculatura lisa dos ureteres

sofrem ação da progesterona, diminuindo o peristaltismo e dilatando-se. Esta dilatação dos ureteres, particularmente a do direito, em parte também é devida à pressão do útero aumentando de volume. A glicosúria é evidente devido ao aumento da filtração glomerular sem aumento da capacidade de reabsorção tubular da glicose filtrada. (Piolto Morejon apud Barros, 2006, p.27).

- sistema cutâneo → Devido à maior atividade glandular, e de forma particular pela maior produção dos hormônios esteróides (progesterona e estrogênio). O pico desses hormônios varia de acordo com o período gestacional, refletindo-se nas manifestações cutâneas. Essas mudanças podem ser: alteração na pigmentação, alterações nos cabelo e nas unhas e na própria atividade glandular. (CARNEIRO, 2005, P.146; BARROS, 2006).

### 3.2 Parto: conceito, mecanismos e fases

Aurélio (2000) conceitua parto como o ato ou efeito de parir. Esse momento também possui características próprias, sendo peculiar para casa mulher. A maioria delas vive um momento complexo e até sofrido, devido à falta de conhecimento, informação e orientação.

Ruano (2007, p.384), descreve e caracteriza a dor do parto que é vivenciada pelas mulheres, da seguinte forma:

Ela é vista pelas mulheres como o marco inicial da maternidade e como o "preço a ser pago" por esta, que poderia ficar "quase esquecido" após receber o prêmio: ter o filho nos braços. No imaginário de algumas mulheres, a boa mãe é aquela que sofreu ao dar à luz a seus filhos, a fim de cumprir seu papel. Sendo assim, poderíamos ter a hipótese de que este seria um fator motivador, ao ponto que a dor não fosse causa impeditiva à procriação, o que permitiu a postergação da espécie.

Em algumas mulheres, a dor do parto é bastante intensa, sofrida, desgastante e aterrorizante, o que as faz tentar driblar esta dor optando pela analgesia e cesárea, que poderiam aliviar o sofrimento. (RUANO, 2007, p. 384).

Existem várias terminologias que classificam os parto por tipo, são elas:

- Parto normal: é aquele que acontece naturalmente, por via vaginal. (NEME,2005).
- Parto espontâneo: quando se desencadeia, evolve e termina sem qualquer interferência. (REZENDE, 2005).

- Parto operatório: é aquele que necessita de algum tipo de intervenção, seja ele abdominal ou vaginal. (NEME, 2005).
- Parto eutócico: é aquele que transcorre dentro das normalidades, de maneira fisiológica. (NEME, 2005; REZENDE, 2005).
- Parto distócico: é aquele perturbado por condições anômalas, sendo patológico. (REZENDE, 2005).
- Parto induzido: aquele parto induzido fora da época. (NEME, 2005).
- Parto dirigido: é o parto que utiliza medidas terapêuticas, cuja participação do obstetra é ativa. (NEME, 2005; REZENDE, 2005).

Cruz (2009) numa recente publicação faz ainda uma diferenciação entre parto normal e natural, sendo o normal aquele realizado pela via vaginal, assistido por um profissional qualificado e que, usualmente, é realizado no próprio hospital, dentro de um centro obstétrico ou centro cirúrgico, em alguns locais.

Devido aos aspectos culturais, sociais, geográficos, técnicos, científicos e familiares e ainda o grau de conhecimento sobre a fisiologia do parto trouxe tanto aos profissionais de saúde como as mulheres novas perspectivas e novas visões sobre o parto em si. Algumas dessas mudanças foram positivas, destaca-se aqui a segurança que pode ser fornecida à mulher, visto que antes era um episódio solitário, realizado no ambiente domiciliar, podendo agora nos casos de necessidade sofrer intervenções médicas, inclusive, levando-a ao ato cirúrgico, o que pode ser crucial não só como acalanto como resolutivo para muitas situações. (MIRANDA, 2008).

Em relação ao trabalho de parto, Barros (2006, p. 213), considera de grande importância o equilíbrio entre o estado emocional da mulher e os diversos fatores fisiológicos do trabalho de parto, compreendendo um processo complexo de expectativas e perspectivas diante do parto.

O fato é que no período gestacional a mulher passar por várias transformações em sua vida, essas modificações podem ser favoráveis ou não no momento do parto. (MIRANDA, 2008).

Todos sabem algo sobre o parto e é comum esse conhecimento ser compartilhado entre as consultas de pré-natal, numa mesa de refeição, numa fila de banco ou em outras situações. O importante a ressaltar é que dependendo do conteúdo e de

como essas orientações são fornecidas por amigos, familiares, leigos ou profissionais elas podem contribuir diretamente na maneira pela qual o parto é encarado e conseqüentemente, contribuir positivamente à gestante e sua família. (MIRANDA, 2008).

Sabe-se que o parto tem por finalidade expelir o feto e a placenta pelas vias genitais. Para isso o organismo materno passa pelo que se chama de mecanismo de parto, que é composto por três partes que somente didaticamente se dividem, que são segundo Neme (2005): o trajeto (composto pelo canal de parto/caminho a ser percorrido pelo feto até sua saída do organismo materno, é representado pela bacia mole e dura), a força (composta pela força motora representada pelas contrações que movimenta o feto e a dilatação em si o que permite sua expulsão para o exterior) e o móvel (composto pelo próprio feto, com seu tamanho e postura que irá tomar para sair do organismo materno).

Sobre o trajeto de parto é interessante explicar que ele é composto por duas partes, o trajeto duro (bacia) e o trajeto mole (diafragma pélvico).

O trajeto duro (bacia) é formado por: íliaco, sacro, coccige e articulações. A bacia está dividida em duas: grande bacia e pequena bacia.

Rezende (2005, p. 102), caracteriza a grande bacia da seguinte forma:

É limitada, lateralmente, pelas fossas ilíacas internas, e posteriormente, pela coluna vertebral, os lindes anteriores são representados pelo espaço que os poderosos músculos abdominais demarcam.

A pequena bacia, escavação pélvica ou simplesmente escavação, acha-se limitada, acima, pelo estreito superior, abaixo pelo inferior. (REZENDE, 2005, p. 102).

Durante o período gestacional as articulações: sínfese púbica, a sacroilíaca, a sacrococcígea sofre relaxamento levando há um aumento dos diâmetros da pelve materna. (BARROS, 2006, p.147).

O trajeto mole é constituído por: Segmento inferior (istmo) do útero; cérvix; vagina e região vulvoperineal.

O segmento inferior é a parte do corpo uterino, limitada, abaixo, pelo orifício interno e superiormente pela linha de união do peritônio à face anterior do útero, pelo seio venoso ou artéria coronária, pelo anel de Bandl e pela região onde os ligamentos redondos se refletem dirigindo-se para canais inguiniais. O istmo é uma junção

conjuntiva-muscular que difere e se individualiza pela espessura e pela morfologia, ondulada, pouco lisa e regular.

Em relação à cérvix Rezende (2005, p. 116) diz: canal com dois orifícios, interno e externo, o colo do útero sofre grandes modificações morfológicas, estruturais e de consistência durante a gravidez.

Durante o pré-parto, a cérvix passa por dois momentos: o apagamento e a dilatação. Com a finalidade de estabelecer a continuidade do canal mole do parto que vai ser percorrido pelo concepto, impulsionado pelas contrações. (REZENDE, 2005, p. 116; NEME, 2005).

A vagina é o conduto cilíndrico, achatado, musculomembranoso, mediano e ímpar, se estende do útero à vulva. As paredes vaginais gozam, no ciclo gestatório, de grande elasticidade; à conta, sobretudo, da embebição gravídica, a expulsão do feto faz-se, assim, possível sem importantes dilacerações. (NEME, 2005; REZENDE, 2005, p. 116).

A região vulvoperineal é formada pela vulva: órgãos genitais externos (monte de Vênus, grandes e pequenos lábios, clitóris, vestíbulo, as glândulas vulvovaginais e o hímen). (NEME, 2005).

Já em relação à força do parto pode-se citar que tem seu início duas semanas antes do final da gestação e é conhecida como contrações de Braxton-Hicks. (NEME, 2005, 157).

O parto ocorre através das contrações uterinas, em seguida pelo esforço muscular da parede abdominal, dessa forma acontece à expulsão do feto pelas vias genitais. (REZENDE, 2005, p.327).

O apagamento do colo uterino, se dá pela frequência e intensidade das contrações uterinas. (TIBA apud BARROS, 2002, p.213).

Por último, o objeto do parto também chamado de móvel é o feto. O objeto-feto é que oferece maior resistência na passagem pelo trajeto (duro e mole). (BARROS, 2006, p.148).

Para a saída do concepto do organismo materno, ele irá assumir algumas posturas e esse momento é conhecido como, mecanismo de parto.

O mecanismo de parto é o movimento de adaptação do feto aos vários trajetos, esse se divide em 3 fases: insinuação, descida, rotação interna da cabeça, desprendimento cefálico, rotação externa da cabeça, desprendimento dos ombros e tronco. (BARROS, 2006, p.156). Segundo Rezende (2005, p.327), o mecanismo do parto tem características gerais constantes, porém, varia e o tipo de apresentação.

Em relação à insinuação, Rezende (2005, p.326) diz:

É a passagem da maior circunferência da apresentação através do anel do estreito superior, tem como tempo preliminar a redução dos diâmetros, o que nas apresentações cefálicas é conseguido pela flexão, ou deflexão.

Quando a apresentação é córmica, mesmo o feto sendo de tamanho normal, é impossível a insinuação devido às grandes dimensões dos diâmetros; então o parto por via vaginal não é possível. (REZENDE, 2005, p. 327).

A flexão por aconchego, segundo Rezende (2005, p.330) é:

No segmento inferior e descida, conjuntamente com o útero, por tração dos ligamentos sustentadores do órgão e pressão da parede abdominal. Esse estágio acontece durante a gravidez e se verifica em ligeiramente mais de 50% das primíparas.

A flexão por contacto com o estreito da bacia, a descida à custa das contrações expulsivas é o mecanismo que surge no fim da dilatação do colo e típico das múltiparas. (REZENDE, 2005, p.330).

A descida é representada pela migração do pólo apresentado através do canal e tem como tempo complementar a rotação interna, adaptando-se os diâmetros maiores aos grandes diâmetros de saída do canal. (REZENDE, 2005, p.327).

O desprendimento nas apresentações cefálicas acontece por movimento inverso ao do encaixamento, por deflexão nas apresentações de vértice e por flexão nas de face. (REZENDE, 2005, p.327).

Confirmando o exposto até o momento, Neme (2005) diz que o parto poderá acontecer de duas formas, a primeira sendo normal, quando ela resulta do equilíbrio adequado e adaptativo dos fatores de parto entre si (canal de parto, móvel (feto) e força (contrações uterinas, da prensa abdominal e do diafragma) e a segunda considerada distócica quando um desses fatores não seguem o fluxo de normalidade impedindo que o parto se resolva de maneira espontânea.

Outra vertente necessária a ser tratada no parto é o como ele pode se dividir em relação aos estágios de sua resolução. Sendo assim, o parto se divide em 3 períodos: dilatação, expulsão e secundamento.

O período da dilatação começa no início das primeiras contrações uterinas, e finaliza a dilatação do colo do útero está completa. (REZENDE, 2005, p.337).

Em relação à fase de dilatação cervical, Neme diz (2005, p.158)

Instalado o trabalho de parto, todas as contrações uterinas apresentarão tríplice gradiente descendente (TGD). O gradiente contratural do corpo uterino acompanha-se sempre de alguma sensação de cólica ou dor, uma vez que a força e intensifica a distensão do segmento inferior e a abertura e a dilatação do orifício interno do colo uterino.

Segundo Barros o período de dilatação começa após a instalação das contrações regulares, caracterizando o primeiro estágio. (BARROS, 2002, p.219).

Durante a fase da dilatação cervical ocorrem dois acontecimentos sucessivamente: o esvaecimento e a dilatação propriamente dita. (NEME, 2005, p.155).

A alteração na cérvix está dividida em duas etapas: apagamento completo do canal cervical e dilatação total da cérvix. (BARROS, 2002, p.220).

Neme (2005) caracteriza esses acontecimentos da seguinte forma: o esvaecimento caracteriza-se pela incorporação do canal cervical do corpo uterino e a dilatação, pelo afastamento progressivo dos lábios cervicais ao nível do orifício externo.

Logo, pode-se constatar que o colo uterino é o local que está em constante modificação para preparação do parto em si. (NEME, 2005, p.158).

O colo uterino é uma estrutura cilíndrica, formada essencialmente por tecido conjuntivo, possuindo dois orifícios e um canal central, ligando esses dois orifícios. (NEME,2005).

Esse colo uterino possui a cérvix íntegra, fazendo com que a gestação chegue ao tempo certo e não ocorra a perda gestacional prematura. (NEME, 2005, p.158).

A fase da dilatação cervical se divide em duas: fase de latência e fase ativa.

A fase de latência é compreendida como trabalho de parto já instalado, incluindo-a no período de dilatação. (NEME, 2005, p.162).

Nessa fase a contrabilidade uterina torna-se mais eficaz, sem provocar modificações significativas na dilatação cervical e queixa dolorosa. (NEME, 2005, p.162).

Em relação ao período de dilatação, Barros diz (2006, p.163): inicia-se no franco trabalho de parto e termina com a dilatação total. É acompanhado por esvaecimento, amolecimento e anteriorização do colo.

A fase ativa é formada por três estágios:1. estágio de aceleração, inicia a dilatação cervical, essa fase está junto com a fase de latência.2. é o período em que há maior dilatação.3. período que a dilatação diminui, chegando ao final.

A total dilatação da cérvix caracteriza o início do segundo período do parto e termina com o nascimento da criança; sua duração é menor em relação ao primeiro período. (BARROS, 2002, p.224).

O segundo estágio, chamado de período expulsivo inicia-se quando a dilatação cervical está completa (apagamento da cérvix) e é finalizado quando há a expulsão fetal. (NEME, 2005, p.163).

Um ponto marcante da segunda fase é a sucessão das contrações uterinas, que vão se intensificando e ficando mais frequentes, chegando a 5 contrações em cada 10 minutos. (REZENDE, 2005, p.340).

Por causa das metrossístoles, é que o feto é conduzido através do canal do parto. (REZENDE, 2005,p.340).

Após o início das contrações voluntárias, a mulher passa a ter a vontade de espremer, conhecido como puxos. Rezende (2005) descreve os puxos como sendo:

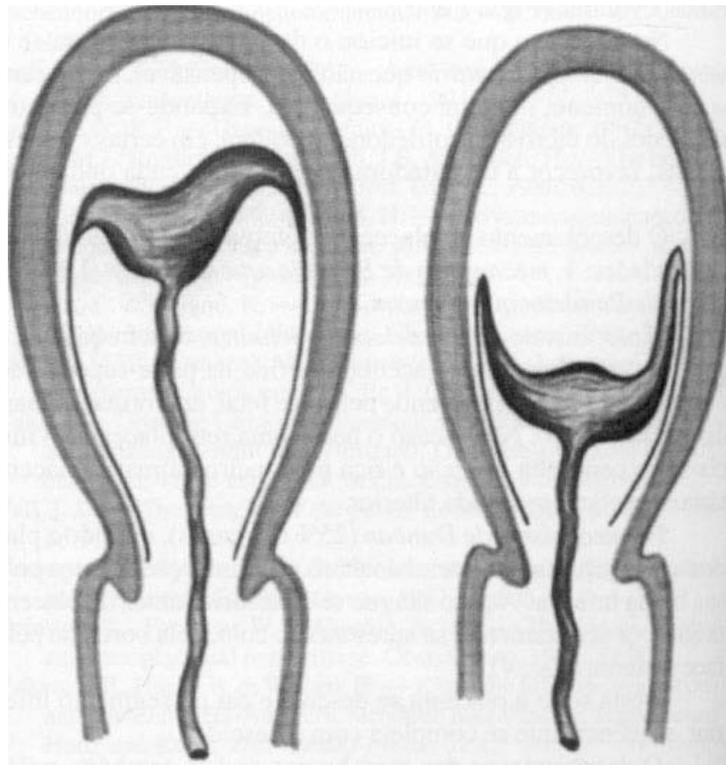
São movimentos de reptação, de vaivém, que a apresentação descreve ao impulso assim das metrossístoles como da musculatura do abdome. Ao comprimir as paredes vaginais, o reto e a bexiga, o pólo inferior do feto provoca, por via reflexo, o aparecimento das contrações voluntárias da prensa abdominal.

E finalmente, o último estágio, que é chamado de secundamento é iniciado após a expulsão do feto e finaliza-se com a saída da placenta. (BARROS, 2006, p.171).

O período de dequitação é a fase que a placenta se desloca do leito uterino atingindo o canal de parto e sendo expulsa pela fenda vulvar. (NEME, 2005,p.164).

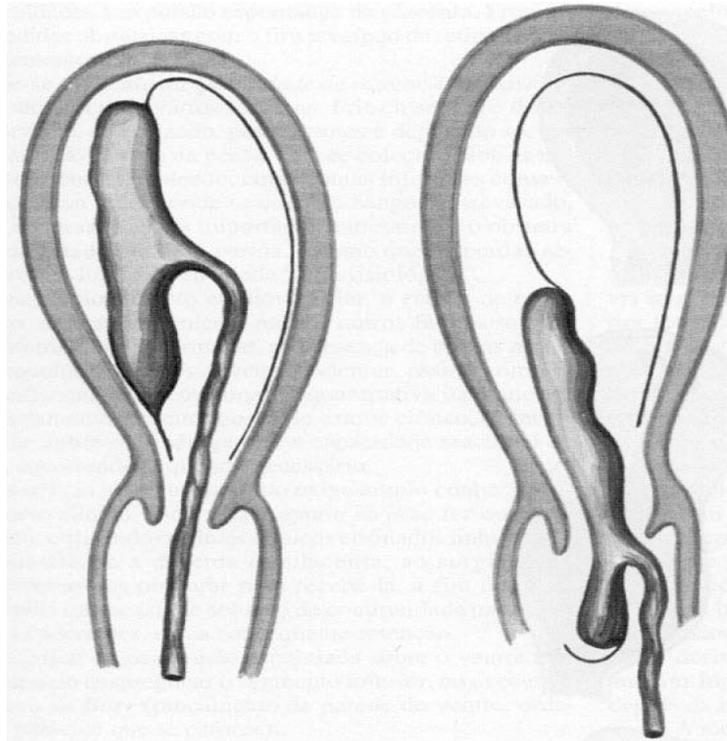
Em relação ao terceiro período do parto, o secundamento, Rezende (2005, p.355) confirma que é o estágio da parturição que se processa após o desprendimento do feto, e que se caracteriza pelo descolamento, dequitação ou dequitadura, pela descida e pela expulsão ou desprendimento da placenta e de suas páreas para fora das vias genitais.

O descolamento transcorre necessário, da retração do músculo uterino após o parto e contrações. O útero reduz sua forma interna, pregueando-se a zona de inserção da placenta, levando ao descolamento. (REZENDE, 2005, p.355). O descolamento da placenta pode ocorrer por meio de dois mecanismos distintos; o primeiro chamado de mecanismo de Baudelocque – Schultze, que acontece em 75% dos casos. Quando a placenta, inserida na parte superior do útero, inverte-se e se desprende pela face fetal, em forma de guarda-chuva (REZENDE, 2005, p.355) e o segundo conhecido como mecanismo Baudelocque – Duncan acontece em 25% dos casos, a placenta está localizada na parede lateral do útero, a borda inferior é que começa a se deslocar. O sangue nesse período vai se exteriorizar antes da placenta. (REZENDE, 2005, p.355).



**Fonte:** REZENDE, Jorge de. Obstetrícia / Rezende Jorge. 10ª ed. – Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN S.A., 2005

**Fig. 1** Mecanismo da dequitação, segundo Baudelocque – Schultze



**Fonte:** REZENDE, Jorge de. Obstetrícia / Rezende Jorge. 10ª ed. – Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN S.A., 2005

**Fig. 2** Mecanismo da dequitação, segundo Baudelocque – Duncan

Vale ressaltar que em ambos os mecanismos as contrações uterinas permanecem e como a placenta encontra-se inserida no corpo uterino e a ação da gravidade em si, ela passa para o segmento inferior, percorrendo a cérvix até atingir a vagina. (REZENDE, 2005, p.355).

Quando a placenta chega na vagina, a mulher apresenta a mesma sensação do 2º período do parto, surge novamente os puxos, despertando os esforços abdominais. (REZENDE, 2005, p.355).

Depois da saída da placenta e até sua primeira hora tem início o chamado período de Greenberg, momento onde as chances de ocorrência de hemorragias podem acontecer, daí importantíssimo ser feito o controle a cada 15 minutos não só do quantitativo sanguíneo expulso como da qualidade da retração uterina. (BARROS, 2002, p.229).

Após o desprendimento da placenta no útero, tem-se início quatro fases subdivididas teoricamente que merecem destaque. A primeira chamada de

miotamponagem, inicia-se imediatamente após a expulsão da placenta, onde útero se contrai e é palpável num ponto intermediário entre a pube e o umbigo. Depois a trombotamponagem que ocorre nos grandes vasos uteroplacentários formando o que é conhecido como hematoma intra-uterino, recobrando de modo contínuo ou descontínuo, a ferida aberta no sítio placentário, constituindo assim uma linha de defesa para a não ocorrência da hemorragia. Na terceira fase ocorre a indiferença mio-uterino, cujo útero se torna “apático” e apresenta fases de contração e de relaxamento, nessa ocasião há chances dele se encher progressivamente de sangue. E por última, a contração uterina fixa, que geralmente acontece após uma hora da expulsão da placenta, onde o útero adquire maior tono e assim se mantém. (REZENDE, 2005, p.355-57).

### 3.3 Mitos e tabus da gestação

Tabu, termo derivado da palavra polinésica que significa proibir, conceito existente de várias formas em todas as culturas, e negligenciar um tabu gera punição automática por parte das forças espirituais ou dos deuses. (Buxó MJR apud LUZ, 2007).

Em relação a tabu, (Buxó MJR apud LUZ, 2007) diz:

O conceito de tabu, na literatura antropológica, refere-se a indivíduos, coisas ou palavras cuja qualidade são objeto de temor ou suscetíveis à proibição e, em qualquer circunstância, os tabus são mais restritivos a respeito do comportamento interativo da mulher.

Os mitos são as interpretações que cada sociedade tem sobre sua realidade. (LUZ, 2007).

Segundo (ROCHA apud LUZ, 2007), os mitos:

Nas racionalizações míticas da sociedade, a mulher e sua natureza costumam ser símbolos negativos, menores em relação ao homem. Esses mitos, com simbologia negativa existem desde o início da era cristã, ligados à imagem bíblica da criação, na qual a mulher desafia a ordem universal existente e, em consequência, merece o castigo de "parir sob efeito da dor". Porém, na modernidade, a Eva pecadora cede lugar à Maria santificada: não mais identificada com a serpente, sábia, astuta e diabólica, transforma-se em um ser doce e sensato, de quem se espera modéstia e ponderação.

No mundo científico, a ciência é o valor fundamental e a prática popular uma experiência primitiva, sem embasamento, ancorada na magia e em crenças supersticiosas. (LUZ, 2007).

A gravidez é vista com um misto do sagrado e do profano e, ao constatá-la, a mulher é envolvida por uma aura de mistério que, de certa maneira, revela o esforço para recriar o mundo, remodelá-lo. (LEAL apud LUZ, 2007).

Para a mulher estar grávida é um sinônimo de impossibilidade, de algumas proibições porque acha que a gestação é uma coisa sagrada e deve ficar longe da profanação. Ela própria lhe impõe limites, regras que devem ser seguidas para preservar a saúde do feto. (LUZ, 2007).

Em relação a certos mitos da gestação Luz (2007) relata que:

Os cuidados com o corpo incluem a proteção do abdome contra traumatismos, alterando até o relacionamento sexual em função dos riscos a que a atividade sexual pode expor o feto e pelos desconfortos físicos decorrentes do estado gravídico. As relações sexuais, durante a gravidez, são proibidas entendidas como respeito do homem pela mulher-, ou podem ser mantidas, mas com moderação.

Outras mulheres já encaram a gestação como um período normal de sua vida, e continua vivendo normalmente. (LUZ, 2007).

CODATO (2008) diz que a gravidez é um período de muitas mudanças para a mulher, e as crenças a respeito dessas mudanças são muitas dentre elas é a respeito da atenção odontológica tida como prejudicial e contra-indicada. O autor acrescenta que essas crenças criam uma espécie de folclore popular, altamente rico em atributos que trazem negatividade em relação à gestação, um deles é a associação feita entre a perda dentária e o nascimento de um filho, as pessoas costumam dizer no senso comum que a cada gravidez, perde-se um dente ou ainda, gravidez enfraquece os dentes da mãe, porque o feto retira o cálcio deles e por último, o uso de anestésico odontológico traz má formação fetal ou provoca aborto.

## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Tratou-se de um estudo do tipo transversal e de campo.

### **4.2 Local de Estudo**

O referido estudo foi desenvolvido em duas das Unidades de Saúde Básica (UBS), ambas ligadas diretamente à Secretaria Municipal de Saúde pertencente à Prefeitura Municipal de Assis – SP.

A escolha pelas referidas UBS se deu pela facilidade de acesso dos pesquisadores e por ter tido informação que são duas unidades de grande fluxo de gestantes. A primeira foi no Jardim Paraná (possuem dois obstetras) e a segunda Vila Ribeiro (possuem três obstetras). Segundo informação da Secretaria Municipal passavam por consulta 220 gestantes/mês, respectivamente 100 e 120.

### **4.3 Sujeito do Estudo**

Foram estudados gestantes que freqüentavam as unidades selecionadas onde eram acompanhadas durante o pré-natal. Desde que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão:

- Gestantes que realizavam o pré-natal na unidade, independentemente: da idade; estado civil, religião, raça, do tempo de início/adesão ao pré-natal, nº de consultas de pré-natal realizadas e idade gestacional;
- Gestantes que após, informação da metodologia e dos objetivos, aceitaram participar espontaneamente da pesquisa firmando a autorização por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A seleção das gestantes se baseou na disponibilidade das mesmas nos dias em que a pesquisadora estivesse no campo, sem nenhum outro critério.

#### **4.4 Tamanho da amostra**

Considerando que nas unidades onde foi desenvolvida a pesquisa possuíam 220 gestantes inscritas em projeto de pré-natal, a determinação da amostra foi de 20% do total existente, o que representou 44.

#### **4.5 Coleta de dados**

Somente foi iniciada após recebimento do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Regional de Assis sob nº 225 /2009. (Anexo A)

Este estudo foi realizado mediante a aplicação dos seguintes instrumentos de coleta de dados:

- Questionário para caracterização sócio-demográfica das gestantes que constou 20 perguntas: idade, estado civil, anos de estudo, religião, raça, nº de filhos vivos e mortos; moradia, ocupação, emprego atual, renda, idade gestacional, nº de consultas pré-natal, início do pré-natal, gravidez planejada (Apêndice B)
- Questionário aplicado nas gestantes para descobrir o grau de conhecimento sobre os tipos de parto, bem como suas vantagens e desvantagens. (Apêndice C)

Ambos os questionários foram aplicados numa sala onde a privacidade da gestante foi respeitada. O tempo previsto para a aplicação dos referidos instrumentos foi de 15 minutos.

#### **4.6 Tratamento dos Dados**

Os dados do questionário sócio-demográfico (Apêndice B) foram codificados e digitados numa planilha criada pelos autores (coluna com cada variável estudada e linha para cada gestante) no programa Excel versão 2003, e estão sendo tabulados de modo a permitir a caracterização das gestantes estudadas; o questionário de perguntas abertas foi digitalizado, de modo a permitir a caracterização das gestantes.

Pretende-se com as variáveis quantitativas tratá-las com análise descritiva, onde serão calculados média, mediana e desvios. Já as variáveis nominal ou ordinais serão tratadas utilizando a distribuição de frequência e de percentual.

Quanto ao conteúdo das respostas do segundo questionários, o tratamento dos dados será realizado por meio da interpretação dos depoimentos, com base no método de análise de conteúdo. Para isso será preciso fazer a ordenação das falas nessa ocasião os pesquisadores usarão de caneta colorida para destacar a essência do discurso. Se procederá a uma análise qualitativa dos resultados identificando respostas comuns e categorizando em variáveis.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

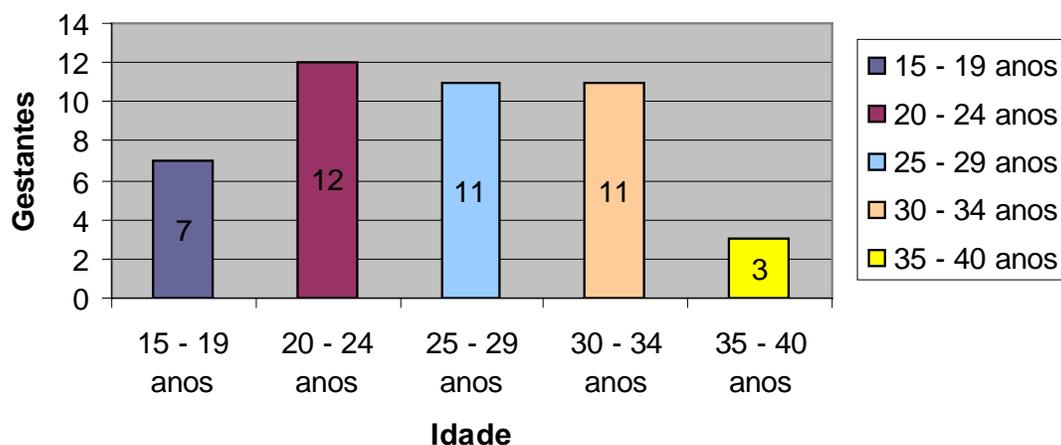
Os dados a seguir referem-se aos resultados da pesquisa sobre o grau de conhecimento das gestantes sobre os tipos de parto no município de Assis.

A idade das gestantes entrevistadas variou conforme o gráfico 1, predominando 12 gestantes na faixa etária de 22 a 24 anos de idade, correspondendo a 27,27% da amostra, sendo que o número total de gestantes entrevistadas foi de 44. Sendo 84% brancas e 16% negras.

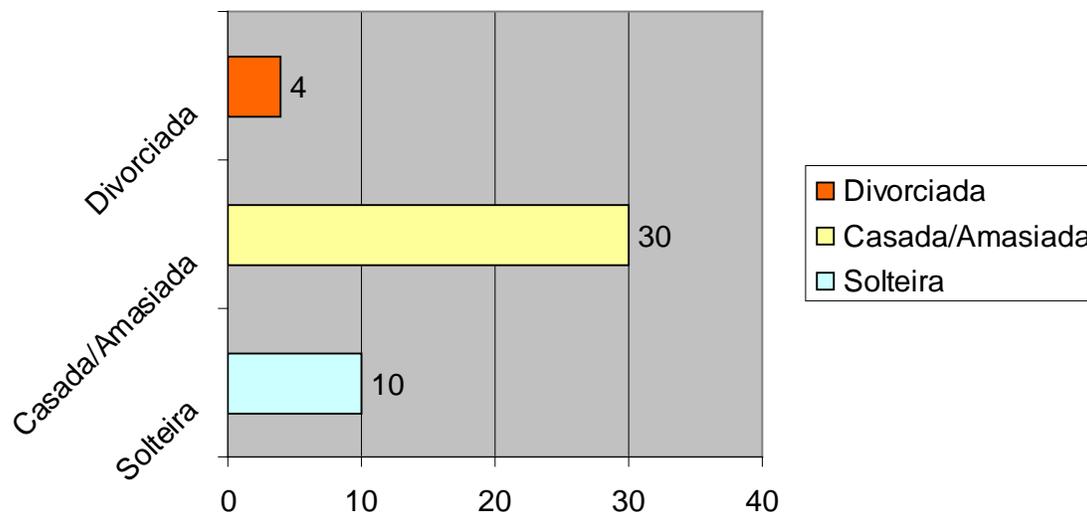
Dessa forma, a maioria está na faixa de idade que vários autores destacam como ideal para o primeiro parto, isto é dos 18 aos 24 anos, faixa prorrogável até os 28 anos. (NEME, 2000; ARAUJO, 1998).

Em relação ao estado civil dessas gestantes, 22,72% gestantes eram solteiras, 68,18% gestantes eram casadas/amasiada e 9,09% gestantes divorciadas, podendo ser melhor visualizado no **gráfico 2**.

**Distribuição do número relativo das gestantes entrevistadas quanto à idade**



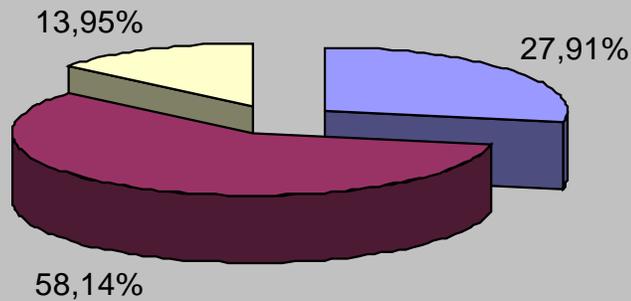
### Distribuição do número relativo das gestantes entrevistadas quanto ao estado civil



Como relação ao grau de escolaridade 27,91% das gestantes entrevistadas estudaram de 1 a 8 anos, 13,95% das gestantes estudaram de 13 a 15 anos e 58,14% das gestantes estudaram de 9 a 12 anos, mostrando uma predominância no grau de escolaridade de 9 a 12 anos de estudos, podendo ser melhor visualizado no gráfico 3.

De acordo com dados no IBGE, em um estudo realizado pelo PNAD foi possível constatar que a escolarização dos jovens de 15 – 19 anos aumentou; em 1992 era um percentual de 59,7% em 2001 esse número passou para 81,1%. Quanto às pessoas de 18 anos ou mais de idade, a taxa de escolarização é maior para os jovens de 18 e 19 anos (51,4%) do que para as pessoas de 20 a 24 anos de idade (26,2%) e 25 anos ou mais (5,2%). (IBGE, 2000).

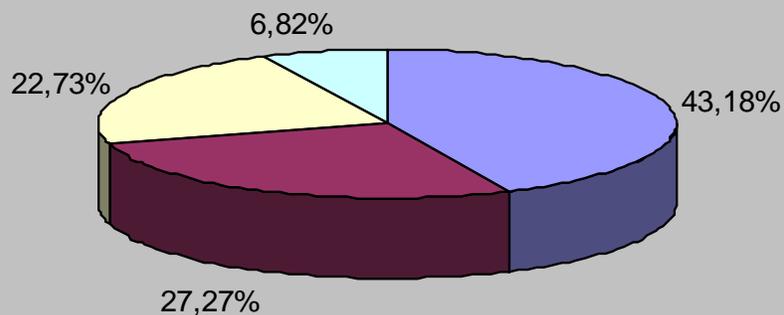
### Distribuição do percentual das gestantes entrevistadas quanto à escolaridade



■ 1 a 8 anos ■ 9 a 12 anos ■ 13 a 15 anos

Em relação ao número de gestações 43,18% eram nuligestas, 27,27% primigestas, 22,73% multigestas e 6,82% tiveram 3 ou mais gestações, como mostra o gráfico abaixo.

### Distribuição do percentual das gestantes entrevistadas quanto ao número de gestações



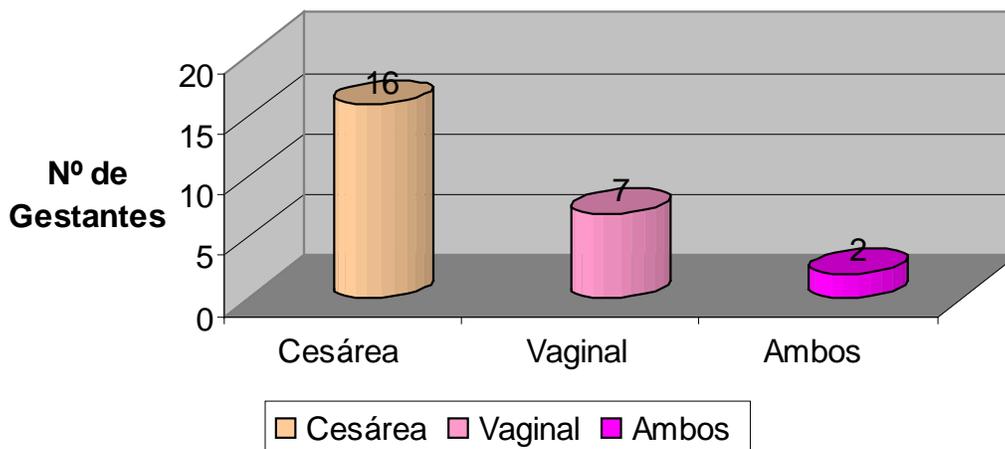
■ 0 não tiveram gestação ■ 1ª gestação ■ 2ª gestação ■ 3 ou mais gestações

Diante dessa realidade podemos observar que quase a metade das mulheres não possui a experiência de ser mãe, gerando uma vivência nova relatos de dúvidas, incertezas, desinformação, podendo refletir em uma escolha inadequada em relação ao tipo de parto.

Dentre essas mulheres que já tiveram uma gestação anteriormente, 64% das mulheres já tiveram parto cesárea, 28% tiveram o parto vaginal e 8% tiveram ambos os partos.

No Brasil, a partir de 1960, começou um processo de declínio da fecundidade para todas as regiões brasileiras, esse período permaneceu até o ano de 1970 e 1980, reduzindo a taxa de fecundidade total de 6,3 filhos por mulher, em 2000 essa taxa foi para 2,1 filhos por mulher na região Sudeste (IBGE, 2005). Essa mudança se deu devido a fatores de natureza econômica, social, político-institucional. (SIMÕES apud IBGE, 2005).

### Distribuição do número relativo das gestantes entrevistadas quanto ao tipo de parto anterior



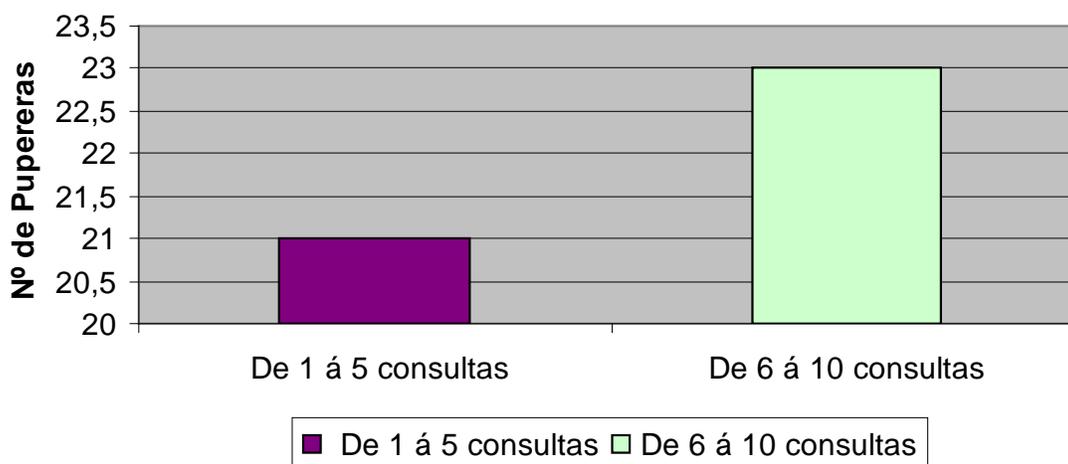
Esse dado da pesquisa confirma estudos realizados nessa área, que o número de cesárea no Brasil está acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é uma taxa de 10% a 15% mas o que se observa nesse dado é que está muito acima do preconizado.

A **Tabela 1** nos mostra que mais da metade das gestações, não foi planejada. O número de consultas no Pré-Natal oscilou no limite inferior de um e no superior de 10, ficando distribuída da seguinte forma, 21 mulheres realizaram de 1 à 5 consultas e 23 mulheres realizaram de 6 à 10 consultas; estes dados podem ser melhor visualizados no gráfico 6.

**Tabela 1** Distribuição do número relativo e percentual das gestantes entrevistadas quanto ao planejamento da gestação, 2009

Planejamento da gestação	Fi	F%
Sim	14	31,8
Não	30	68,2
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

### Distribuição do número relativo das gestantes entrevistadas quanto ao número de consultas de Pré-Natal



Estes resultados são bastante satisfatórios, pois praticamente 100% da amostra realizaram de seis ou mais consultas de acompanhamento pré-natal, visto que segundo Portella (2000) toda gestante tem o direito de realizar pelo menos esse número de consultas de pré-nata durante toda a gestação.

Além do direito de acesso as consultas de pré-natal esse é o momento onde os profissionais de saúde tem a possibilidade de difundir conceitos em saúde de informar, de assegurar uma gestação saudável e um parto seguro.

A respeito desse assunto, Reichert e Pacifico, 2003 relatam que:

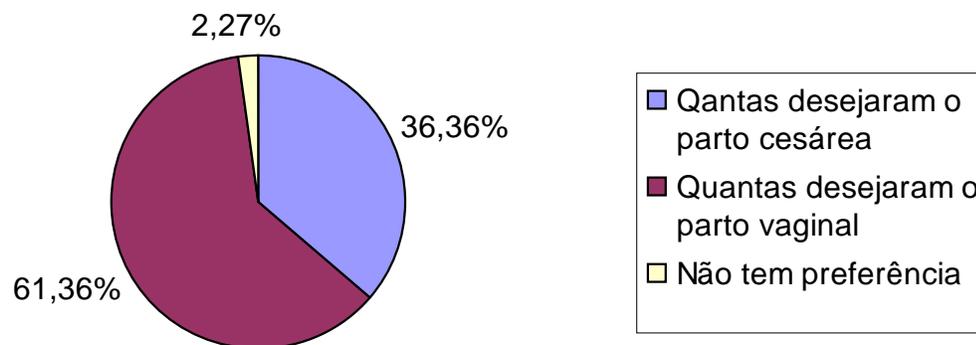
O pré-natal é fundamental para uma gestação saudável e um parto seguro, pelo fato de que nas consultas pré-natais a gestante recebe informações e cuidados indispensáveis, não só para sua saúde como também para o bebê que irá nascer.

De acordo com informação do IBGE, no estado de São Paulo 50% das mulheres tiveram um acompanhamento de pré-natal e passaram por seis ou mais consultas médicas ou de enfermagem.

Em relação ao parto desejado pelas gestantes, quando indagadas a esse respeito podemos constatar que a via mais citada foi o parto vaginal com 61,36%, parto cesárea 36,36% e apenas 2,27% disseram não ter preferência.

Segundo o Comitê de Ética do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG), deve-se respeitar o direito da mulher a decidir a via de parto, em pré-natal de baixo risco, estando à gravidez entre 39 e 40 semanas, desde que seja informada e devidamente esclarecida sobre os riscos e benefícios do procedimento cirúrgico. (MANDARINO, 2009).

### Distribuição do percentual das gestantes entrevistadas quanto ao tipo de parto



Com base na análise das respostas formuladas frente o que as gestantes conheciam a respeito do parto normal, três agrupamentos de respostas por similaridades foram construídos: o primeiro denominado de conhecimento das gestantes sobre o parto normal, sendo que 38 - 86% sabiam algo sobre o parto normal e 6 (14%) não tinham nenhum tipo de informação sobre essa via; o segundo, vantagens que essa via de parto traz, 42 (95%) mulheres informaram saber algum tipo de vantagem e 2 (5%) não sabiam citar nenhum tipo de vantagem e o terceiro chamado de desvantagens dessa via; onde 12 (27%) mulheres disseram não ter nenhuma desvantagem essa via, 31 (69%) já emitiram opinião da existência de algum tipo de desvantagem e 2 (4%) não sabiam relatar nenhuma vantagem ou desvantagem. Vale ressaltar que do total de gestantes entrevistadas, 84% conseguiram de alguma forma expressar seus conhecimentos sobre o parto normal.

Algumas respostas foram selecionadas para ilustrar o primeiro grupo:

“...é mais saudável para a mãe e o bebê...”

“...dói na hora,mais a recuperação é mais rápida...”

Eis algumas falas que exemplificam o segundo agrupamento:

“...sua recuperação é mais rápida...”.

“...é mais seguro para a mulher e para o bebê...”.

“...que traz mais benefício a mãe e ao bebê...”.

“...é um parto mais rápido...”

“...é livre de infecção...”.

“...pode se levantar mais rapidamente...”.

“...a dor é somente na hora...”.

“...é menos ariscado que a cesariana...”.

“...porque o normal você pode vir embora no outro dia e a cesárea

“...pode cuidar do bebê e trabalhar...”.

A dor foi destaque na citação como desvantagem do parto normal, os relatos consideraram que seria quase insuportável, ainda, que o trabalho de parto é muito demorado, “...fica exposto e agride seu útero...”. Outras, contudo, disseram não existir desvantagem.

Apenas 16% do total das entrevistas disseram não saber nada sobre o parto normal.

Já em relação ao conhecimento sobre parto cesárea, 84% sabiam expressar seus conhecimentos e citaram como desvantagens os seguintes fatores, conforme retratam as falas a seguir:

- “...cesárea depois do parto não fica bem...”
- “...toma anestesia, recuperação mais demorado...”.
- “...corre mais risco de infecção...”.
- “...porque não tem escolha...”.
- “...é muito ruim...”.
- “...é dolorido...”.
- “...dói depois e recuperação é lenta e fica com marca de corte...”
- “...uso de medicamento...”.
- “...não é saudável para o bebê...”
- “...pós-operatório...”.
- “...é uma cirurgia que tem mais riscos, recuperação demorada...”.
- “...mais rápido, planejado...”.
- “...que não sente dor é mais rápido...”.
- “...sei que é mais demorada na recuperação mais para mim é melhor”.
- “...só quando a pessoa tem 3 filhos e quer fazer a laqueadura...”.

Os dados confirmam os estudos dizem que as cesáreas acarretam um maior risco de infecção puerperal, um retardo na recuperação puerperal, maior tempo na internação, maior uso de medicamento. (MANDARINO, 2009).

Pode-se observar que quanto maior a idade, maior a preferência pelo parto vaginal normal, revelando maior ponderação e reflexão sobre as conseqüências de uma ou outra via de parto, com o amadurecimento da mulher. (TEDESCO, 2004).

Em relação ao estado civil, encontramos maior número de mulheres casadas no grupo das que deram preferência ao parto vaginal. Segundo Tedesco, 2004 o apoio emocional do parceiro durante o parto e o puerpério é fundamental para a mulher, inclusive como suporte emocional durante as dores do parto.

De acordo com Faúndes; Cecatti (1991) as mulheres preferem parto cesárea ao parto normal por acreditarem que é menos doloroso, pois com um parto cesárea eletivo, marcado com antecedência, a mulher receberia analgesia e não sofreria a dor e a angústia

do trabalho de parto e/ou do próprio parto. Esta visão é reforçada pelos resultados da pesquisa realizada por Serruya (1996), onde as mulheres do serviço público preferem ser operadas porque aí, serão melhor assistidas. É neste sentido que a cesárea também ganha status e torna-se objeto de desejo das mulheres, diferenciando-as, mostrando que algumas, a pedido ou por decisão médica, conseguiram anestesiadas, parir sem dor, o que é também um privilégio.

Diniz (1996) define as dores do parto vaginal como processo de naturalização do sofrimento. Para (LEBOVICI apud LOPES, 2005) a dor durante o trabalho de parto acentua a ansiedade, e a ansiedade incrementa a dor.

Porém, em um estudo realizado por Faúndes et al (2004) com mulheres que já haviam tido tanto a experiência de parto vaginal como de cesárea, as mulheres manifestaram que o principal motivo para preferirem o parto vaginal, é a dor após a cesariana.

O trabalho de parto exerce papel fundamental para o desenvolvimento respiratório do recém-nascido. As contrações ocorridas durante o parto normal liberam substâncias que ajudam no desenvolvimento do pulmão e estimulam os movimentos de sucção do bebê (PORTAL DA SAÚDE, 2006).

Observa-se que a maioria das mulheres que desejava ter um parto normal, estava bem informada e tem o conceito de que o parto normal é fisiológico e apresenta-se sem risco para mãe e o bebê, também é livre de muita infecção e que ela consegue se restabelecer mais rapidamente, estas mulheres reconhecem que a cesárea apresenta mais riscos para a mãe e o bebê.

O resultado desse estudo está em conformidade com esses autores, uma vez que, de quarenta e quatro gestantes ouvidas, vinte e sete escolheriam o parto vaginal (62%), dezesseis (36%) a cesárea e somente uma (2,27%) não demonstrou preferência na escolha.

**Tabela 2** - Distribuição do número relativo e percentual das gestantes entrevistadas quanto às fontes de informação sobre os tipos de parto, 2009

<b>Fontes de Informação Sobre os Tipos de Parto</b>	<b>Fi</b>	<b>F%</b>
Suas experiências	17	12
Informações da família	29	20
Outras gestantes	21	15
Médico atual	16	11
Enfermeira	3	2
Auxiliar de enfermagem	1	1
Agente de saúde	0	0
Leitura de revistas	14	10
Programa de televisão	16	11
Outros	3	2
Informações dos amigos	23	16
<b>Total</b>	<b>*143</b>	<b>100,0</b>

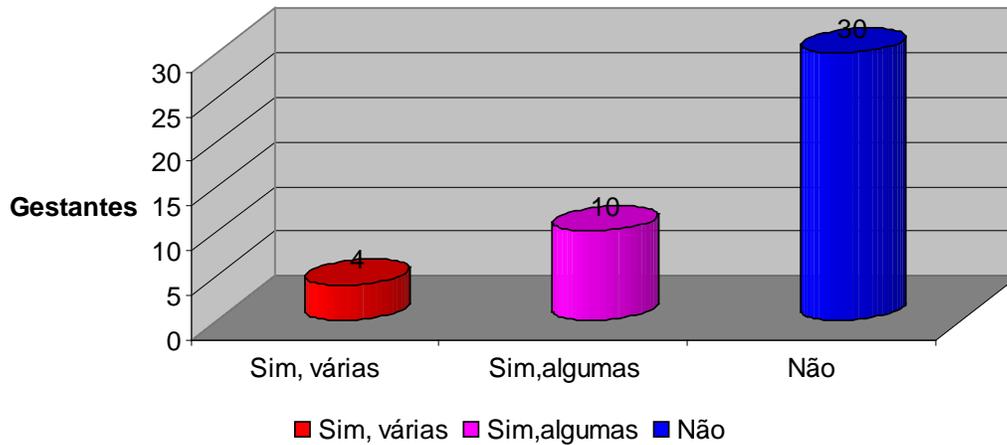
\*As gestantes assinalaram mais de uma resposta

Na **Tabela 2** observamos as fontes de informações das gestantes sobre os tipos de parto, onde as informações da família (20%) e as informações dos amigos (16%) apresentaram-se como as principais fontes de informações. Em seguida surgiram outras gestantes (15%) e suas próprias experiências (12%).

Podemos observar que a participação dos profissionais de saúde, tanto do médico como do enfermeiro para a construção do conhecimento das gestantes sobre os tipos de parto é praticamente zero. De acordo com o estudo realizado por Tedesco, 2004, afirma que são necessárias ações especiais, desempenhadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde durante o pré-natal, como o fornecimento de orientações e informações, para que haja a diminuição do grau de ansiedade e da insegurança.

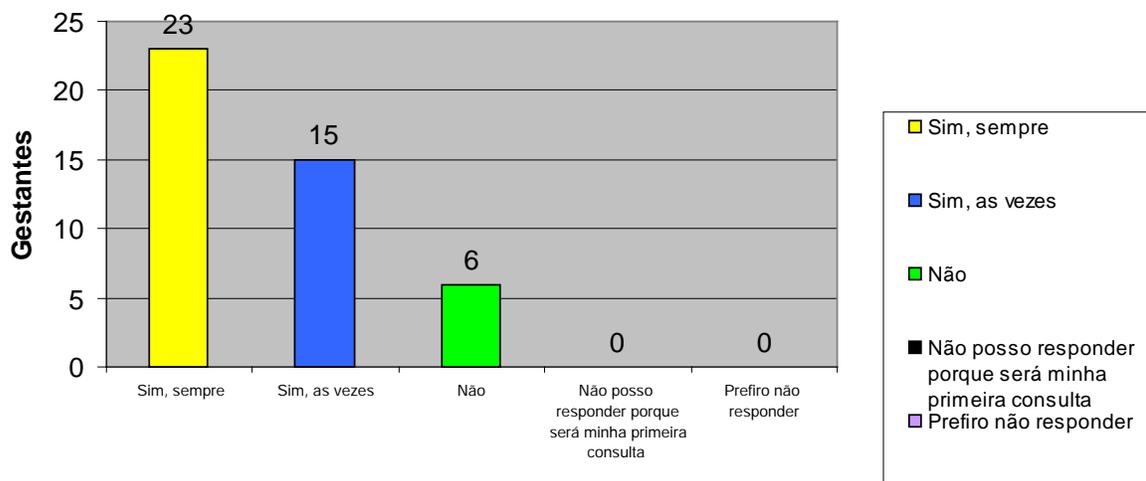
Quando questionadas se elas possuíam algum tipo de dúvidas sobre as vias de parto, 68,18% disseram não ter nenhum tipo de dúvida. O **gráfico 8** expõe esse resultado.

**Distribuição do número relativo das gestantes entrevistadas quanto às dúvidas sobre os tipos de parto**



O **gráfico 9**, expõe se as gestantes se sentem ou não a vontade de perguntar ao médico sobre suas dúvidas durante o pré-natal. Podemos perceber que metade das gestantes, 52,27%, disseram que se sentem a vontade, em fazer perguntas durante as consultas de pré-natal.

**Distribuição do número relativo das gestantes entrevistadas quanto a liberdade de fazer perguntas durante o pré-natal**



## 6 CONCLUSÃO

Partindo dos dados levantados, podemos perceber que há ainda muito que se fazer no que se refere à divulgação sobre os tipos de parto, entre a população em geral, bem como entre os profissionais da equipe de saúde.

Conseguimos chegar aos objetivos propostos e os resultados desse estudo nos mostraram que as gestantes que desejavam o parto vaginal (62%) apresentaram ter algum tipo de conhecimento sobre essa via de parto e conseguiram definir as vantagens e desvantagens. Em relação ao parto cesárea, 36% escolheram essa via e souberam relatar alguma vantagem.

Em nossa pesquisa não foi confirmada a hipótese, que parto normal é para os pobres e parto cesárea são para os ricos, em nenhum momento as gestantes citaram isso quando indagadas a respeito das vias de parto.

Infelizmente, podem-se descobrir falhas no acompanhamento pré-natal, pois praticamente 100% citaram como responsáveis pela construção do seu saber sobre as vias de parto sua família e amigos, fontes essas informais que muitas vezes não passam a informação correta, portanto percebe-se a necessidade de trabalhar este tema não só com as gestantes, mas também com os profissionais, pois os mesmos têm responsabilidade de esclarecer as dúvidas dessas gestantes.

Na enfermagem verificamos que não há participação efetiva, em relação a esse assunto, observou nessa pesquisa que as gestantes quando indagadas a respeito de onde conseguiram essas informações apenas 2% citaram a enfermagem.

Concluimos que são necessárias ações especiais desempenhadas por profissionais da saúde durante o pré-natal, por meio de orientações e informações, visando diminuir a ansiedade e a insegurança, proporcionando maior relação interpessoal entre o profissional e a mulher.

## REFERÊNCIAS

1. ARAUJO, J. O.; MARETTI, M. **Propedêutica da gravidez – anamnese e exames físicos**. In: REZENDE, J. Obstetrícia. 8ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. Cap.9, p.174
2. BARROS, S. O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: ROCA, 2002
3. BRASIL, P.S. **Ministério da Saúde adota ações de incentivo ao parto natural**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso: 20/02/2009
4. CAMPANA, H.C.R.; PELLOSO S.M. **Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário**, Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 01, p. 51 - 63, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm>. Acesso: 14/03/2009
5. CARNEIRO, S.C.S.; AZULAY-ABULAFIA L. **A pele na gestação**, Revista Eletrônica de Reumatologia, v. 45, n. 3, p. 146-152, 2005. Disponível em: [http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042005000300010&lang=pt](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042005000300010&lang=pt) Acesso: 18/06/2009
6. CARVALHO, G.M. **Enfermagem em Obstetrícia**. 3 ed. São Paulo: E.P.U., 2007
7. CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. **Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez**. Ciência saúde coletiva, v.13, n. 3, p. 1075-1080, 2008. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000300030&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000300030&script=sci_arttext). Acesso: 25/06/2009
8. COSTA, N.D.L.; PAES, N.A.; RAMOS, P.C.F.; FORMIDA, M.C.C. **Intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática de cesariana em uma cidade do nordeste do Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2006
9. CRUZ, A.P.D. **Parto natural e parto normal: qual o diferencial?** Revista de Enfermagem. Publicação Oficial do Conselho de Enfermagem de São Paulo, v. 10, n. 81, jul, 2009
10. DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; DANTAS, J.C.; **Representação de parturientes acerca da dor de parto**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008. Disponível em: Acesso: 14/03/2009
11. FAUNDES, A. et al. **Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela vida de parto**. Revista Saúde Pública, v. 38, n. 4, p. 488-494, 2004.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid-S0034-89102004000400002&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid-S0034-89102004000400002&lang=pt) Acesso: 20/06/2009

12. GOUVEIA, E.B.; CONCEIÇÃO, P.S.P.; MORALES, M.S.A. **Mudanças oculares durante a gestação.** Arq. Bras. Oftalmol. 2009, v. 72, n. 2, p. 268-274. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492009000200029&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492009000200029&lang=pt) Acesso: 18/06/2009
13. GEOGRAFIA, I.B. 2005. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2005/comentarios.pdf>
14. LOPES, R.C.S.; DONELLI, T.S.; LIMA, C.M. **O antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. Psicologia: Reflexão e Crítica,** Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf> Acesso: 20/02/2009
15. LUZ, A.M.H.; BERNI, N.I.O.; SELLI, L. **Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença.** Rev. Bras. Enferm. [online]. 2007, v. 60, n. 1, p. 42-48. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000100008&lang=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100008&lang=pt&nrm=iso). Acesso: 20/06/2009
16. Miniaurélio Século XXI Escolar: **O minidicionário da língua portuguesa/ Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação de edição, Margarida dos Anjos, Marina Baird Ferreira; lexicografia, Margarida dos Anjos... [et al]. 4. Ed. ver. Ampliada. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000**
17. MANDARINO, N.R. et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública [online]. 2009, v. 25, n. 7, p. 1587- 1596. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-7203200400100000&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-7203200400100000&lang=pt)
18. MIRANDA, D.B.; BORTOLON, F.C.S; MATÃO, M.; CAMPOS, P.HF. **Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências.** Ver. Eletr. Enf. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a05.htm>. Acesso: 23/06/2009
19. MOURA, C.F.S.; LOPES, G.T. **Acompanhamento pré-natal realizados por enfermeiras obstetras: Representação das gestantes.**2003, p. 165-170. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a07.pdf>. Acesso: 22/06/2009
20. NEME, Bussâmara, 1915 - **Obstetrícia Básica/ Bussâmara Neme. 3 ed. – São Paulo: SARVIER, 2005**
21. OLIVEIRA, S.M.J.V; RIESCO, M.L.G.; MIYA, C.F.R.; VIDOTTO, P. **Tipo de parto: expectativas das mulheres.** Ver. Latino-Am. Enfermagem, v. 10, n. 5. Ribeirão

Preto. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692002000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es). Acesso: 14/03/2009

22. POTELLA, A.P. **Gravidez saudável e parto seguro**. São Paulo. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos da Mulher. 2000. 11p.
23. QUEIROZ, M.V.O.; SILVA, N.S.J.; NARA, S.J.; JORGE, M.S.B.; MOREIRA, T.M.M. **Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará**. Ver. Bras. Enferm. 2005, v.58, n 6, p. 687-691. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000600011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600011&lang=pt). Acesso: 09/08/2009
24. REICHERT, A.P.S.; PACÍFICO, V.C. Conhecimento das mães quanto à importância do teste do pezinho. Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 56, nº3, p. 226-229, Maio/Jun. 2003
25. REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10ª ed. – Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN S.A., 2005
26. RUANO, R.; PROHASKA, C.; TAVARES, A.L.; ZUGAIB, M. **Dor do parto-sofrimento ou necessidade?** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 53, n.5. São Paulo Sept./Oct. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010442302007000500009&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302007000500009&lang=pt). Acesso: 20/09/2009
27. SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>. Acesso: 18/02/2009
28. TEDESCO, R.P.; FILHO, N.L.M.; MATHIAS, L.; BENEZ, A.L.B.; CASTRO, V.C.L.; BOURROUL, G.M.; REIS, F.I. **Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 791-798, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032004001000006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006). Acesso: 01/03/2009
29. YAZLLE, M.E.H.D. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. Rev. Saúde Pública [online], 2001, v. 35, n. 2, p. 202-206. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000200015&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200015&lang=pt). Acesso: 20/06/2009
30. ZAMBRANO, E.; BARIZON, J.B.; LUCHESI, L.B.; SANTOS, C.B.; GOMES, F.A. **Cesárea: percepções da puérpera frente à escolha do tipo de parto**. Ver. Enf.

UERJ [online]. 2003, p. 177-181. Disponível em:  
<http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a09.pdf>. Acesso: 22/06/2009

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gestante**

Esta pesquisa faz parte de um Trabalho de Conclusão de Curso direcionado à Enfermagem e tem como título: Grau de conhecimento das gestantes sobre os tipos de parto. Nós, Keila Coelho de Souza e Marcelo Feitoza Ferreira, alunos do Curso de Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, sob a orientação da Docente Teresa Cristina Prochet, necessitamos da sua colaboração para a realização da nossa pesquisa.

O objetivo desta pesquisa é analisar o grau de conhecimento que as gestantes têm sobre o parto. Para isso será preciso preencher dois questionários, o primeiro contém informações básicas sobre você como (idade, estado civil, estudo, religião, trabalho, filhos, pré-natal, tempo de gravidez, nº de consultas, planejamento da gravidez) e o segundo, é para você escrever ou permitir que eu mesma escreva o que sabe sobre os partos (cesárea e vaginal), as vantagens e desvantagens de cada um, e também saber quem te deu essas informações. O tempo previsto para isso é de 15 minutos.

A referida pesquisa não oferece riscos a sua integridade física ou emocional. Caso desista de participar e não queira continuar a dar as respostas, você tem o direito de interromper a qualquer momento, sem que haja prejuízo, constrangimento ou dano referente à interrupção. Esclarecemos ainda que sua participação é voluntária e não está condicionada a receber qualquer benefício financeiro ou de outra espécie.

Esclarecemos que sua identidade será mantida em sigilo bem como tudo que você contar, isto é, ninguém saberá do que disse, portanto, seu anonimato estará preservado.

Caso você aceite a participar da pesquisa, favor assinar abaixo demonstrando sua anuência de que te foi fornecido todas as explicações necessárias inclusive, que você teve a oportunidade de tirar suas dúvidas e de que recebeu uma cópia desse termo.

Assis: ...../...../ 2009.

Nome da gestante:.....

Assinatura da Gestante:.....

Assinatura dos Pesquisadores:.....

<p>Keila Coelho de Souza Endereço: João Batista Ribeiro Neto, 354 Assis - SP Tel: 18 33227511</p> <p>Marcelo Feitoza Ferreira Endereço: Euclides da Cunha 2063 Assis – SP Tel: 18 97664598</p>	<p>Teresa Cristina Prochet (Orientadora) Endereço: Rua Sebastião da Silva leite 243 Assis – SP Tel: 18 33226721</p>
--	---

## APÊNDICE B

### Questionário Sócio-demográfica das gestantes

1. Idade: .....anos
2. Estado civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) divorciada/separada ( )viúva ( ) amasiada
3. Anos de Estudo: .....anos.
4. Caso tenha ensino superior em qual área?.....
5. Religião: ( ) católica ( ) evangélica ( ) espírita ( ) não possui ( ) outra.....
5. Cor da pele: ( ) branca ( ) negra ( ) mestiça ( ) mulata
6. Possui filhos? ( ) não ( ) sim
7. Se sim, quantos filhos vivos? .....Quantos mortos?.....
8. Se sim, que tipo de parto teve: ( ) normal ( ) cesárea ( ) ambos
9. Motivo da escolha do parto anterior(normal):
10. Motivo da escolha do parto anterior (cesárea):.
- 12.Ocupação: .....
13. Possui emprego atual? ( ) não ( ) sim.
14. Se sim, em que? .....
15. Valor da renda familiar: ..... reais.
16. Com quem mora?  
( ) marido/companheiro ( ) amigo/amiga ( ) sozinha ( ) pai ( ) mãe ( ) irmão/irmã ( ) avós ( ) outro ( ).....
17. Idade Gestacional atual: .....semanas.
- 18.Quando iniciou o pré-natal?.....semanas
19. Nº de consultas pré-natal já realizada: .....
20. Gravidez atual foi planejada: ( ) não ( ) sim

**APÊNCIDE C****Questionário**

1. Qual tipo de parto você deseja: ( ) Cesárea ( ) Vaginal (normal). Por que?

.....  
.....  
.....

2. O que você sabe sobre o parto normal?

.....  
.....

3. O que você sabe sobre o parto cesárea?

.....  
.....

4. Quais as vantagens que você conhece do parto normal?

.....  
.....  
.....

5. Quais as desvantagens que você conhece do parto normal?

.....  
.....  
.....

6. Quais as vantagens que você conhece do parto cesárea?

.....  
.....  
.....

7. Quais as desvantagens que você conhece do parto cesárea?

.....  
.....  
.....

8. Como você conseguiu essas informações?

- suas experiências
- informações da família
- informações dos amigos
- outras gestantes
- médico atual
- outro médico
- enfermeira
- auxiliar de enfermagem
- agente de saúde
- leitura de revistas
- programa de televisão
- outro .....

9. Você possui dúvidas sobre o tipo de parto?

- sim, várias
- sim, algumas
- não

10. Você se sente a vontade de fazer perguntas durante as consultas de pré-natal?

- sim, sempre
- sim, as vezes
- não
- não posso responder porque essa será minha primeira consulta
- prefiro não responder