

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES
CURSO DE FISIOTERAPIA

ANÁLISE DA ESCOLHA DA VIA DE PARTO DE PRIMIGESTAS E MULTIGESTAS

SABRINA FARIA LEAL HORÁCIO
SORAYA MARIA TRINDADE DE CARVALHO

BRASÍLIA
2010

SABRINA FARIA LEAL HORÁCIO
SORAYA MARIA TRINDADE DE CARVALHO

ANÁLISE DA ESCOLHA DA VIA DE PARTO DE PRIMIGESTAS E MULTIGESTAS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
conclusão do curso de fisioterapia no Centro
Universitário de Brasília - UniCEUB.
Orientadora: Profa. Mara Cláudia Ribeiro.

BRASÍLIA
2010

Resumo

Objetivo: analisar a escolha da via de parto de primigestas e multigestas, bem como conhecer os motivos da escolha do tipo de parto. Materiais e Métodos: estudo descritivo transversal que analisou 24 mulheres de duas instituições de atenção à gestante. As participantes foram submetidas a questionário, a fim de colher dados demográficos, histórico gestacional e motivos da escolha. Critérios de inclusão: idade acima de 18 anos, idade gestacional mínima acima de quatro semanas e sem intercorrências clínicas. Critérios de exclusão: mulheres mentalmente incapacitadas, placenta prévia, gestação de alto risco. Resultados: a amostra teve como perfil média de idade de 29 anos (primigestas) e 34 anos (multigestas), casadas, com terceiro grau. Todas as primigestas tiveram como preferência a via de parto vaginal (100,0%) e multigestas (75,0%). Conclusão: a via de parto de preferência da maioria das mulheres foi a vaginal.

Palavras chave: Via de parto. Parto vaginal. Parto cesáreo.

Abstract**Analysis of the Choice of the Way of Delivery of Primigravid and Multigravid**

Purpose: to find out the choice of the way of delivery of primigravidae and multigravidae, as well as knowing the reasons of the choice of the type of delivery.

Methods: A descriptive cross-sectional study that analyzed 24 women from two institutions of care to pregnant women. The participants were submitted the questionnaire, order to, collect data on demographics, pregnancy history and reasons for choice. Participants were submitted to the questionnaire, in order to, collect data on demographics, pregnancy history and reasons for choice. **Inclusion criteria:** age over 18 years, gestational age at least up to four weeks with an uneventful clinical. **Exclusion criteria:** mental disorders, placenta previa, high-risk pregnancy. **Results:** the sample had a profile average age of 29 years (primigravid) and 34 years (multigravid), married, with college degree. All primigravidae had the preferred way of vaginal delivery (100,0%) and multigravidae (75,0%). **Conclusion:** The delivery way of preference of most women was vaginal.

Keywords: Way of delivery, vaginal delivery, cesarean delivery.

Introdução

Na vida da mulher a gravidez representa período único e especial. É uma época onde a sensação de tornar-se mãe confunde-se frequentemente com incertezas, medos e inseguranças (TEDESCO et al, 2004). A experiência de dar à luz é recordada pela mulher com as minúcias do trabalho de parto e das emoções de quando a criança nasceu. É pouco provável que qualquer experiência da vida seja comparável a esta (KITZINGER, 1984).

Gestação é uma condição materna em que a mulher tem um feto em desenvolvimento no seu corpo. No período entre a fecundação e a 8ª semana de gravidez, o conceito humano é chamado embrião. A partir da 8ª semana até o nascimento chama-se feto. A duração da gestação baseia-se na idade gestacional e esta é expressa em semanas completas (BOVONE e PERNOLL, 2005).

O desfecho da gestação ocorre com o parto, trata-se do mecanismo de expulsão do feto e da placenta, que pode ocorrer por duas vias: vaginal ou cesariana. O parto vaginal obedece a uma sequência de contrações uterinas que tem sido dividida, para efeito de estudo, em três estágios. O primeiro é o intervalo decorrido entre o início do trabalho de parto e a completa dilatação cervical. O segundo é o intervalo entre a completa dilatação cervical e o nascimento do bebê. O terceiro é o período entre o nascimento do lactante e a expulsão da placenta (ARCHIE e BISWAS, 2005).

A expressão *parto cesáreo* refere-se ao nascimento do feto e a remoção da placenta e suas membranas por meio de uma incisão nas paredes abdominais e uterinas. O primeiro parto cesáreo realizado em uma gestante é descrito como cesariana primária; os procedimentos seguintes são conhecidos como cesarianas secundária, terciária e assim por diante, ou simplesmente como cesarianas repetidas. O parto cesáreo eletivo é aquele realizado antes do início do trabalho de parto ou antes da ocorrência de qualquer complicação que poderia constituir uma indicação urgente (AINBINDER, 2005).

Por ser uma cirurgia de grande porte, o parto cesáreo tem os mesmos riscos das cirurgias deste tipo. A hemorragia, a infecção, a extração fetal difícil e as aderências (vesicais, intestinais) são as principais complicações encontradas durante a realização deste procedimento (MONTENEGRO, 2003).

Define-se primigesta como a mulher que engravidou por primeira vez e multigesta a mulher que teve duas ou mais gestações (PDAMED, 2007).

Nas mulheres primigestas o momento do nascimento relaciona-se com a via do parto que será escolhida. Esse assunto gera muita discussão. No entanto, muitas vezes a decisão fica restrita ao corpo clínico e a gestante não tem sua opinião acatada. No entanto, a mulher é a principal envolvida no processo de tornar-se mãe e por esta razão é muito importante respeitar sua opinião acerca da via de parto (TEDESCO, 2004).

De acordo com a Rede Feminista de Saúde (2002) o Brasil possui os maiores índices de cesáreas do mundo, uma em cada três gestantes traz seu filho ao mundo mediante realização de procedimento cirúrgico. A partir desses dados é interessante avaliar por meio de entrevistas às gestantes qual é a perspectiva delas em relação às vias de parto, isto é, investigar quais os aspectos envolvidos com a escolha da via de parto que desejam. Segundo aquela Instituição, a via de parto é um assunto muito atual e de grande relevância na área de saúde materna. A escolha pelo parto cesáreo ou vaginal implica uma série de fatores que não constituem simples questão de preferência, mas envolvem também fatores que relativos a necessidade e indicação, riscos e benefícios, tempo de realização, custos, complicações e repercussões futuras. Declaram ainda, que toda mulher deve saber que o parto normal é o vaginal, mais seguro para a mulher e o bebê, já a cesariana deverá ser uma indicação do obstetra, com a participação da gestante e deve ser limitada aos casos que apresentem complicações.

O objetivo desta pesquisa foi identificar os índices de escolha para o parto vaginal e parto cesáreo, conhecer os fatores que determinaram a escolha da via do parto de primigestas e multigestas, bem como os motivos da preferência da via de parto.

Materiais e métodos

O estudo realizado foi do tipo transversal descritivo com amostra selecionada por conveniência entre as participantes do Programa de Orientação às Gestantes da Federação Espírita Brasileira e com as participantes do Programa de Apoio às Gestantes da Instituição Ventre Livre. As gestantes foram entrevistadas e responderam a um questionário elaborado pelas autoras, com base nos estudos de Tedesco et al. (2004) e de Ceri (2008) no mês de maio de 2010.

Previamente à realização da entrevista, para respostas ao questionário, as autoras o testaram anteriormente em 5 (cinco) mulheres, a fim de avaliar a necessidade de ajuste das questões e evitar a ocorrência de erros na coleta de dados. A entrevista foi realizada após esclarecimentos sobre os objetivos e a finalidade da pesquisa, a descrição detalhada do método e das questões a serem respondidas, e ainda sobre o sigilo das respostas, após a assinatura, pelas participantes, de um termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice).

O questionário foi dividido em três partes: características demográficas das participantes, dados da gestação e os motivos da preferência da escolha da via de parto (Apêndice). Para ser incluída na pesquisa, a gestante teria de ter idade acima de 18 anos, estar com idade gestacional mínima de quatro semanas, ser primigesta ou multigesta, podendo, contudo ter gestação gemelar e não apresentar intercorrências clínicas.

Os critérios de exclusão foram: mulheres mentalmente incapacitadas, com intercorrências clínicas que pudessem interferir na escolha da via de parto, apresentar quadros clínicos de descolamento de placenta, placenta prévia, rotura prematura das membranas, anomalias fetais e gravidez de alto risco.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, sob o protocolo no. CAAE 0061/10.

Para a análise dos dados obtidos nas entrevistas e para a elaboração de gráficos e tabelas utilizaram-se os programas Microsoft Excel 2003, no qual na

estatística descritiva foi calculado: dados de média, mínimo e máximo e percentagens.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 24 gestantes. Dentre estas, 16 eram primigestas. As primigestas tinham idade entre 25 e 33 anos, com média de 29 anos. As multigestas (n= 8) tinham idade variando entre 28 e 39 anos com idade média de 34 anos. Quanto ao estado civil apenas uma das multigestas era solteira e 12 das primigestas eram casadas. A escolaridade das primigestas e multigestas na sua maioria é o 3º grau, respectivamente 93,7% e 50,0%, conforme demonstrado na Tabela I.

Tabela I. Dados Demográficos

Variáveis	Dados Demográficos			
	Primigestas		Multigestas	
	f	%	f	%
Cor				
Branca	8	50,00%	4	50,00%
Parda	5	31,25%	4	50,00%
Preta	2	12,50%	0	0,00%
Amarela	1	6,25%	0	0,00%
Escolaridade				
1º. Grau	0	0,00%	3	37,50%
2º. Grau	1	6,25%	1	12,50%
3º. Grau	15	93,75%	4	50,00%
Estado Civil				
Solteira	3	18,75%	1	12,50%
Casada	12	75,00%	7	87,50%
Outro	1	6,25%	0	0,00%

Na tabela II, evidencia-se que entre as multigestas quatro delas tiveram duas gestações sendo que em uma das gestações destas mulheres ocorreu aborto. A gestante que teve 6 gestações sofreu um aborto e os demais partos foram por via vaginal.

Tabela II. Dados da Gestação das Multigestas

Número de Gestações	Número de Gestantes	Parto Vaginal	Parto Cesáreo	Aborto
1	1	0	1	0
2	4	2	2	4
3	1	3	0	0
5	1	5	0	0
6	1	5	0	1

Quanto à preferência da via de parto todas as primigestas desejam o parto por via vaginal. Entre as multigestas apenas duas desejam o parto cesáreo, sendo que uma delas manifesta interesse em realizar laqueadura tubária durante o procedimento, após seis gestações. A segunda multigesta que tem preferência pelo parto cesáreo sofreu um aborto e foi submetida a um parto por via vaginal (Tabela III).

Solicitadas a identificarem as razões que as levaram a escolher a via de parto, dentro de um rol de argumentos previamente listados, podendo para isto marcar mais de um motivo para a escolha, a distribuição das opções ocorreu como descrito no quadro abaixo (Tabela III).

Tabela III – Razões da Escolha

Variáveis	Razões da Escolha			
	Primigestas		Multigestas	
	f	%	f	%
Motivos da preferência				
Vaginal (n= 22)	16	100,0%	6	75,0%
Por ter melhor recuperação	16	100,0%	6	100,0%
Medo de anestesia	4	25,0%	1	16,6%
Medo de dor	1	6,2%	0	0,0%
Posicionamento do bebê	3	18,7%	0	0,0%
Antecedentes familiares	5	31,2%	2	33,3%
Indicação médica	0	0,0%	1	16,6%
Por ser menor o sofrimento para a mulher	7	43,7%	2	33,3%
Por ser menor o sofrimento para o bebê	8	50,0%	2	33,3%
Por razões estéticas	3	18,7%	0	0,0%
Por não atrapalhar a vida sexual	2	12,5%	0	0,0%
Por ter pós-parto menos doloroso	14	85,5%	5	83,3%
Pelo período de internação	9	56,2%	1	16,6%
Cesáreo (n = 2)	0	0,0%	2	25,0%
Possibilitar fazer laqueadura tubária	0	0,0%	1	50,0%
Antecedentes familiares	0	0,0%	1	50,0%
Por ser menor o sofrimento para a mulher	0	0,0%	1	50,0%

As gestantes que preferiram o parto por via vaginal apresentaram como argumento mais importante o fato de a recuperação pós parto ser melhor do que no cesáreo, para 100,0% delas. A segunda razão mais relevante, apontada em 85,5% dos casos foi “por ter um pós parto menos doloroso” (Tabela III).

Além dos dois motivos acima mencionados, as justificativas “por ser menor sofrimento para o bebê”, “pelo período de internação” e “por ser menor o sofrimento para a mulher” foram as razões mais apontadas, conforme demonstra a tabela III.

Considerando que as gestantes tinham a possibilidade de marcar mais de um motivo para a escolha da via do parto, os itens identificados em conjunto com mais frequência foram “ter melhor recuperação” e “ter pós-parto menos doloroso” em 79,0% das escolhas. As demais combinações mais relevantes foram as descritas a seguir na Tabela IV.

Tabela IV – Combinação de Motivos

Combinação dos Motivos	P*	M**	Total	P %	M %	Total %
Ter melhor recuperação & Ter pós-parto menos doloroso	14	5	19	88,0	63,0	79,0
Ter melhor recuperação & Pelo período de internação	9	1	10	56,0	13,0	42,0
Ter melhor recuperação & Ser menor o sofrimento para o bebê	8	2	10	50,0	25,0	42,0
Ter pós-parto menos doloroso & Pelo período de internação	9	0	9	56,0	0,0	38,0
Ter melhor recuperação & Ser menor o sofrimento para a mulher	7	2	9	44,0	25,0	38,0

* Primigestas ** Multigestas

Como resposta à indagação relativa à realização de pré-natal e se nas consultas receberam orientações quanto aos riscos dos partos vaginal e cesáreo obtiveram-se os seguintes resultados: 100,0% das entrevistadas fizeram pré-natal, das primigestas 56,2% não receberam informações sobre os riscos do parto vaginal e 62,5% não obtiveram orientações sobre os riscos do parto cesáreo. A falta da transmissão desses conhecimentos às multigestas alcançou um índice de 87,5%.

DISCUSSÃO

A via de parto de preferência majoritária das mulheres entrevistadas foi a vaginal. O estudo está em conformidade com a pesquisa de Tedesco et al. (2004) onde das quarenta gestantes ouvidas, trinta e seis (90,0%) tinham preferência pelo parto vaginal e somente quatro (10,0%) escolheram o parto cesáreo.

Na escolha da via de parto as informações provenientes de amigos, familiares e profissionais podem interferir de modo favorável ou não, dependendo da qualidade da orientação ou influência exercida (MIRANDA et al., 2008). Desta forma se faz necessário a prestação de orientações, bem como a formação de opinião entre as mulheres, de forma que elas possam reivindicar aquilo que seja mais benéfico para a sua saúde e a de seus filhos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Ainda atual é a discussão sobre a via de parto, ou mais especificamente, sobre o parto cesáreo tendo em vista o desenvolvimento da tecnologia voltada para o nascimento. As vantagens, desvantagens, indicações, custos e fatores relacionados ao aumento da incidência da cesariana têm gerado inúmeras discussões, tanto no meio científico quanto âmbito popular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Com o avanço tecnológico a medicina tornou-se um modelo tecnicista e intervencionista, deixando de lado a humanização do atendimento e primando pela racionalidade objetiva. A partir da década de 80 vem-se intensificando a humanização da assistência ao parto, em decorrência da atuação de grupos de mulheres que assim o reivindicam. A humanização, desse modo, vem-se estabelecendo como política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento, em prol do parto seguro e pelo direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações. (KNOBEL et al., 2005).

Os resultados da presente pesquisa, quanto aos motivos apontados para a escolha da via de parto, são semelhantes aos resultados do estudo realizado por Hotimsky et al. (2002) em que a maioria das participantes tinha a expectativa pelo parto vaginal, apresentando como justificativa a melhor e mais rápida recuperação, o

pós parto menos doloroso, o menor sofrimento para o bebê e para a mulher, e o menor período de internação.

Oliveira et al. (2002) menciona em sua pesquisa que o desejo pelo parto normal foi motivado pela expectativa de recuperação rápida e pelo receio de sofrer intercorrências na cesariana que poderiam prejudicar a sua saúde e seu cotidiano no pós-parto.

Na pesquisa de Perpétuo et. al. (1998) evidenciou-se que numa amostra de 400 mulheres entrevistadas acerca das razões que as motivaram escolher por uma via ou outra de parto, as autoras verificaram que dentre as razões apontadas pela maioria das mulheres que escolheram a via de parto vaginal como sua preferência, destacaram-se: tempo de recuperação após o parto (este motivo foi o mais citado), melhores resultados para a saúde do bebê, melhores resultados para a saúde da mãe, experiência anterior positiva, o fato de não ser um procedimento cirúrgico e sim um processo natural.

Pesquisa realizada para avaliar a opinião de mulheres e de médicos acerca da via de parto vaginal e cesárea - desenvolvido como parte do “Estudos Latino Americano de Cesáreas” (ELAC), envolvendo 40 hospitais de cinco países latinos entre eles o Brasil - verificou que a maioria das mulheres declarou preferência pela via de parto vaginal. Em contrapartida os médicos apontaram a cesárea como via de parto desejada pelas mulheres, relatando que entre os fatores que as levaram a essa escolha estavam: o medo do parto vaginal, consequências de um parto demorado, possível efeito sobre a vida sexual, dor do parto, possibilidade de realização da laqueadura tubária (FAÚNDES, 2004).

A opção “por possibilitar fazer laqueadura tubária”, mencionada como justificativa por uma só vez, demonstra um resultado em conformidade com o estudo realizado por Miranda et al. (2008) que da mesma forma obteve apenas um caso isolado defendendo a realização de cesariana como conveniência para a laqueadura tubária. Zorzetto (2006) relata que durante a década de 1970 e 1980 tornou-se popular no Brasil a esterilização cirúrgica. Nesta época três de cada quatro mulheres utilizavam a cesariana, muitas vezes induzida pelos médicos, para fazer a

esterilização definitiva por meio da laqueadura tubária. Proibida em 1997 pela Lei do Planejamento Familiar de ser feita no momento da cesárea, a laqueadura tubária ainda é o método anticoncepcional mais comum no país.

Com relação ao motivo “medo da dor” observou-se que esta opção foi mencionada uma única vez por primigesta justificando sua escolha pela via de parto vaginal. Ao contrário da presente pesquisa no estudo de Miranda et al. (2008) a dor foi o item mais relatado. Assinala que a percepção da dor é individual e depende de um conjunto de fatores e que, na cesárea, o aspecto dor aparece como próprio do processo cirúrgico, portando comum ao período após o procedimento (MIRANDA et al., 2008).

Analisando os resultados do presente estudo quanto à idade das participantes, temos que a média de idade das primigestas é de 29 anos e que a grande maioria delas possui curso superior, dados estes que sugerem que na atualidade as mulheres estão optando por ter filhos com idade mais próximo dos trinta anos, época em que provavelmente estão financeiramente mais estáveis, permitindo-lhes cercarem-se de vários recursos no acompanhamento da gestação tais como yoga para gestantes e atendimento especializado de fisioterapeutas. Estudo realizado por Tedesco et al. (2004) observou que, da mesma forma, quanto maior a idade, maior a preferência pelo parto vaginal, demonstrando que o amadurecimento da mulher leva a mais profundas reflexões e questionamentos sobre as possíveis consequências de uma ou outra via de parto.

Andrade et al. (2004) ao observar uma frequência elevada de gestantes tardias justifica este achado pelo fato de se tratar de uma amostra com nível socioeconômico e cultural diferenciado que optam, muitas vezes, por protelar o momento de tornar-se mãe até a obterem certo grau de estabilidade econômica e profissional. Neste sentido Lima et al. (2009) conclui que o perfil social da mulher está mudando, e por diversas razões as mulheres têm optado por ter filhos mais tarde, fora da faixa etária considerada como ideal para a gestação. Da mesma forma Schupp (2006) confirma o adiamento da maternidade para idades mais avançadas e considera que nos últimos 30 anos a média de idade materna vem crescendo progressivamente associando esta prorrogação às mudanças dos padrões familiares

que ocorrem na sociedade, em todos os âmbitos da vida cotidiana, e ao aumento na participação da mulher no mercado de trabalho, ampliação das oportunidades na educação e na carreira da mulher jovem.

A presença de alta percentagem das multigestas e primigestas que não receberam orientações sobre os riscos possíveis em ambos os tipos de parto nas consultas de pré-natal desponta como fator preocupante.

Apesar dos progressos que ocorreram nas técnicas cirúrgicas levando a um relativo aumento da segurança do procedimento da cesárea seus riscos persistem. O tipo de parto apresenta uma série de implicações em termos de necessidade e indicação, riscos e benefícios, dependendo de cada situação, tempo de realização, complicações e repercussões futuras. O risco relativo de morte materna é ainda mais elevado na cesariana que no parto normal. Principalmente a ocorrência de hemorragia, infecção, embolia pulmonar e os acidentes anestésicos no caso específico da cesárea contribuem como causa de óbito materno. Outras complicações também relacionadas ao procedimento incluem o tromboembolismo, a infecção urinária e, especificamente no caso das cesáreas de repetição, o acretismo placentário e suas conseqüências. Nos últimos tempos, a necessidade de transfusões sanguíneas e de hemoderivados associada à realização de cesáreas ampliou mais ainda, os riscos associados ao procedimento, principalmente o da transmissão do vírus da hepatite e da imunodeficiência humana. Também é importante considerar as futuras conseqüências decorrentes da presença de uma cicatriz uterina, o que não têm sido enfatizadas suficientemente quando se indica a primeira cesárea em uma gestante. A cicatriz e a morbidade a ela associadas poderão influenciar o futuro reprodutivo da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A pesquisa realizada por Hotimsky et al. (2002) obteve resultados que evidenciam a insuficiência de informação sobre o trabalho de parto tais como contrações, dilatação, indicações de cesárea e outras. Ainda neste estudo constatou-se uma grande demanda de informação e pela escuta clínica. Os materiais educativos, foi o que se constatou, geralmente não são assimilados, por si sós, sendo insuficientes para esclarecer as dúvidas das gestantes, de modo que não suprem a necessidade de orientação das mães pelos profissionais.

De acordo com Miranda et al. (2008) é muito importante a busca por novas estratégias, a fim de esclarecer melhor as mulheres acerca do processo gestacional, com mais informações sobre a fisiologia do parto, visto que, a atuação na área obstétrica fica marcada pelo desrespeito e pela desatenção às mulheres na condição de parturientes.

Tedesco et al. (2004) conclui em sua pesquisa que são necessárias ações especiais realizadas por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde no acompanhamento do pré-natal, ampliando orientações e informações, com o objetivo de minimizar a insegurança a ansiedade, proporcionando uma maior relação interpessoal entre profissional de saúde e paciente. Esse autor ressalta que é de suma importância a criação de atividades educativas em grupo e participação das mulheres nos programas de preparo ao parto nos serviços de atendimento básico.

O presente estudo apresenta algumas limitações, tais como o tempo curto para o desenvolvimento do estudo, uma amostra pequena e um número reduzido de locais para coleta de dados. Em se ampliando o questionário utilizado para a obtenção de outros dados tais como as razões que levaram as multigestas a realizar cesáreas, se por razões médicas ou por escolha pessoal, bem como se tiveram seus partos em hospitais públicos ou privados, poder-se-ia obter outros dados para análise da escolha da via de parto.

Como uma sugestão para outros estudos seria a entrevista destas mesmas gestantes pesquisadas após o parto para saber realmente qual foi o tipo de parto que foi realizado, bem como um estudo mais aprofundado relacionando-se as questões relativas aos quesitos cor e condição socioeconômica da parturiente com a escolha do tipo de parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se a importância de serem desenvolvidos programas e ações, eficientes e eficazes, voltadas à difusão de informações e orientações às mulheres,

abordando não só os fatores relativos aos riscos envolvidos nos tipos de partos, como também do processo da gestação que é momento único e especial na vida da mulher. De acordo com os estudos consultados a capacitação de profissionais de saúde tem premência para que a escuta clínica seja facilitada, bem como sejam validados os desejos das mulheres.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa verificou-se que a via de parto preferida pelas primigestas e multigestas estudadas foi a via vaginal, sendo os motivos mais apontados para esta escolha a “melhor recuperação pós-parto” e um “pós-parto menos doloroso”.

Referências:

AINBINDER S. W. Parto operatório. In: DeCherney, A. H.; Nathan, L. Obstetrícia e Ginecologia - diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2005. p.432-448.

ANDRADE, P. C. et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v.26, n.9, p. 697-702, 2004.

ARCHIE, C. L.; BISWAS, M. K. Progressão e condução do trabalho de parto e nascimento normais. In: DeCherney, A. H.; Nathan, L. Obstetrícia e Ginecologia - diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2005. p.171-178.

BOVONE S.; PERNOL M. L. I. Gravidez e pré-natal normais. In: DeCherney, A. H.; Nathan, L. Obstetrícia e Ginecologia - diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2005. p.155-170.

CERI, R. V. S. Análise da escolha do tipo de parto a ser realizado em primíparas, 2008. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Fisioterapia/analise_da_escolha_do_tipo_de_parto_a_ser_realizado_em_primiparas.pdf>. Acesso em: 22 março 2010.

FAÚNDES A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 4, p.488-94, 2004.

HOTIMSKY S. N et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n. 5, p. 1301-311, 2002.

KITZINGER, S. A. Experiência do Parto, Editora Instituto Piaget, 1984.

KNOBEL, R. Parto e Maternidade: profissionalização, assistência, políticas públicas. Disponível em: <http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/K/Knobel-Carraro-Frello_26.pdf>. Acesso em: 25 abril 2010.

LIMA, R. A. et al. Vivenciando a maternidade tardia e conhecendo seus aspectos influenciadores. Revista Enfermagem Integrada, Minas Gerais, v. 2, n. 2, 2009.

MANDARINO, N. 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. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n. 7, p.1587-1596, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à Mulher. Brasília, p. 32-37, 2001. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_da_mulher/parto_aborto_puerperio.pdf>. Acesso em: 25 abril 2010.

MIRANDA D. B. et al. Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.10, n. 2, p. 337-346, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a05.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2010.

MONTENEGRO, R. Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 667-674, 2002.

PDAMED. Dicionário digital de termos médicos, 2007. Disponível em: http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_11632.php e http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_13659.php. Acesso em: 02 julho 2010.

PERPÉTUO, I. H. O. et al. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Belo Horizonte, 1998.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Cartilha Saúde materna: Componente essencial dos direitos reprodutivos, 2002. Disponível em: <<http://redesaude.blogspot.com>>. Acesso em: 31 março 2010.

SCHUPP, T. R. Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos fatores prognósticos para resultados maternos e perinatais adversos, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://ultragestante.com/doutorado.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2010

TEDESCO, R. P. et al. 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.

ZORZETTO R. Escolha errada. Cadernos da Cepia, p. 38- 44, 2006. Disponível em: <<http://www.cepia.org.br/doc/mulheres.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2010.

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Projeto: Análise da Escolha da Via de Parto de Primigestas e Multigestas

Pesquisadora Responsável: Mara Cláudia Ribeiro

Pesquisadoras Auxiliares: Sabrina Faria Leal Horácio e Soraya Maria Trindade de Carvalho

Instituição: _____

Nome da voluntária: _____

Idade: _____ anos RG: _____ Programa de Gestante que participa: _____

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidada a participar. Antes de decidir se deseja ou não participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Faça quantas perguntas quiser sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após mesmo o estudo). Ao final, caso decida participar, você será solicitada a assiná-lo e receberá uma cópia do documento.

Qualquer dúvida e/ou maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com Mara Cláudia celular: 9655-5766 , Sabrina celular 9243-5507 e com Soraya Maria no celular: 8436-3637. Poderá, ainda, contactar o conselho de ética do UniCEUB no número: 3966-1511

Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção os seguintes pontos:

- Este projeto tem como objetivo Identificar os fatores que influenciaram a escolha da via de parto (parto cesária ou parto normal) em mulheres que não tem filho e mulheres que possuem mais de um filho;
- Método: deverão responder o questionário que contém 16 questões a respeito dos tipos de parto;
- Este termo será feito em duas vias uma para a gestante participante e outra que ficará com as pesquisadoras;
- A voluntária é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
- A participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos ao participante;
- Sua identidade será mantida em sigilo;
- Avisamos desde já que os resultados obtidos serão informados à todas participantes, bem como, as instituições onde a mesma foi realizada;
- As voluntárias terão privacidade em responderem o questionário e as informações serão confidenciais. Após análise serão descartadas.

Eu _____, RG nº _____

declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito.

Brasília, ____ de _____ 2009.

Apêndice II**QUESTIONÁRIO DE INTENÇÃO DE PARTO**

Nome: _____

Ficha/Registro No: _____

1. CARACTÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1.1. Idade

 18 - 35 anos \geq 35 anos

1.2. Estado Civil

 Solteira Casada Outro

1.3. Escolaridade

 Analfabeta 1º Grau 2º Grau 3º Grau

1.4. Cor

 Amarela Branca Indígena Parda Preta**2. DADOS DA GESTAÇÃO**

2.1. Idade Gestacional que se Encontra

 _____ não sabe

2.2. Primeiro Filho

 Sim Não

2.3. História Obstétrica

Gestações () Partos () Cesáreas () Abortos ()

2.4. Época da Escolha do Tipo de Parto

 Início Meio Final

2.6. Tipo de Parto Que Deseja

 Normal /Vaginal Cesárea

2.7. Assisstência Pré-Natal

 Sim Não

2.8. Tipo de Hospital

 Público Privado

2.9. Qual Parto Você Acha Que é Mais Fácil Para o Médico

 Normal/ Vaginal Cesárea

2.10. Recebeu Informações/Orientações Sobre os Riscos Envolvidos no Parto Normal/ Vaginal em Consultas do Pré-Natal

 Sim Não

2.11. Recebeu Informações/Orientações Sobre os Riscos Envolvidos no Parto Cesárea em Consultas do Pré-Natal

 Sim Não

3. ESCOLHA DA VIA DE PARTO

3.1. Como Escolheu o Tipo de Parto

- () Por medo de anestesia
- () Por medo de dor
- () Por posicionamento do bebê
- () Por antecedentes familiares
- () Por indicação médica
- () Por possibilitar fazer laqueadura tubária
- () Por ser menos o sofrimento para a mulher
- () Por ser menos o sofrimento para o bebê
- () Por ter melhor recuperação
- () Por razões estéticas
- () Por não atrapalhar a vida sexual
- () Por ter pós-parto menos doloroso
- () Pelo período de internação

Apêndice III**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que temos conhecimento, estamos de acordo e autorizamos a execução do projeto de pesquisa que tem como tema a investigação da expectativa da via de parto das gestantes, a ser realizado com as participantes das atividades realizadas no espaço voltado para às Gestantes, nas dependências do Espaço Ventre Livre, localizada na HSHN 704/705 , bloco “E”, entrada 52, sobreloja CEP 70.730-650, Brasília DF.

Brasília, de de 2010.

Anexo I

REVISTA UNIVERSITAS: CIÊNCIAS DA SAÚDE NORMAS EDITORIAS

Univ.Ci.Saúde,Brasília, v.6,n.1,p.85-86,jan/jun. 2008

1. Serão considerados para publicação trabalhos que se enquadrem nas seguintes categorias: artigos, ensaios, entrevistas, relatos de experiências e resenhas.
2. Os artigos deverão ter o mínimo de 8 (oito) e o máximo de 25 (vinte e cinco) páginas, tamanho A-4.
3. Os textos deverão ser digitados em Arial 12, espaço 1,5 e margens de 2,5 cm, numeração arábica das páginas no ângulo superior direito, em programa compatível com o Word para Windows.
4. Na primeira página, logo abaixo do título do trabalho, deverá constar o nome do(s) autor(ES), seguido de asteriscos que serão repetidos no rodapé com informações sucintas sobre o autor: formação e titulação; instituição e curso ao qual se vincula; endereço eletrônico.
5. Os trabalhos deverão ser enviados para o Comitê Editorial da FACE no endereço eletrônico univeristas.face@gmail.com. Devem vir acompanhados dos seguintes dados de identificação: seção para a qual envia o trabalho (artigos, ensaios, entrevistas, resenhas, relatos de experiências, resumos de teses e dissertações), título do texto, nome completo do(s) autor(ES), instituição, titulação, endereço completo, telefone e endereço eletrônico.
6. Os textos deverão ser enviados após rigorosa revisão gramatical e ortográfica.
7. Os artigos, ensaios, relatos de experiências, resumos de teses e dissertações deverão ter um resumo informativo na língua original e em outra língua (preferencialmente inglês, francês ou espanhol) de, no máximo, 100 palavras, acompanhado de três palavras-chaves, também em português e em língua

estrangeira. O resumo deverá explicar os objetivos, as fontes, a metodologia e as principais conclusões do trabalho.

8. As notas devem ficar reservadas para esclarecimentos de questões apresentadas e discutidas nos textos. Elas devem ser notas de rodapé e numeradas sequencialmente.

9. Da remissão deve constar, entre parênteses, o nome do autor, seguido da data de publicação da obra e do número da(s) página(s) citada(s). Os dados devem ser separados por vírgula. Exemplo: (FRANCO, 1983, p.114).

10. As Referências Bibliográficas, destinadas aos autores e obras citados no texto, deverão vir ao final do texto, observando-se as seguintes normas:

- Publicações avulsas (livro, tese, separata e afins): SOBRENOME do autor, prenome. Título. Local: Editora, data.

- Artigo de periódico: SOBRENOME do autor, prenome. Título do artigo. Título do periódico. Local: Editora, data, vol., número, página inicial e final.

- Artigo de coletânea: SOBRENOME do autor, prenome. Título do artigo. Título do livro. Local: Editora, data, vol., número, página inicial e final.

11. Todos os textos serão submetidos a dois pareceristas indicados pelo Comitê Editorial da FACE. Caso os pareceristas considerem necessária alguma alteração, encaminharão o texto ao autor. Se houver um parecer contrário à publicação, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista, cujo parecer será definitivo.

12. O Comitê Editorial não aceitará textos fora das normas estabelecidas acima e reserva-se o direito da decisão final quanto à publicação dos mesmos. Os textos recusados serão devolvidos para os autores acompanhados de justificativa.

Anexo II

APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA