

PARTO NORMAL NA PERSPECTIVA DA GESTANTE



Irla Isabelly Moura Silva
Arykéssia Francisco de Souza
Wezila Gonçalves do Nascimento



EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

IRLA ISABELLY MOURA SILVA
ARYKÉSSIA FRANCISCO DE SOUZA
WEZILA GONÇALVES DO NASCIMENTO

PARTO NORMAL NA PERSPECTIVA DA GESTANTE

1ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

SILVA, IRLA ISABELLY MOURA
S586P PARTO NORMAL NA PERSPECTIVA DA GESTANTE

/ IRLA ISABELLY MOURA SILVA. ARYKÉSSIA FRANCISCO DE SOUZA. WEZILA
GONÇALVES DO NASCIMENTO. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2022

27 f.: il

DOI: 10.37423/2022.edcl447

ISBN: 978-65-5367-050-1

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. parto-normal 2. gestante 3. -parto-cesário 4. assistência-pré-natal 5. educação-em-saúde I.

SILVA, IRLA ISABELLY MOURA II. SOUZA, ARYKÉSSIA FRANCISCO DE III.

NASCIMENTO, WEZILA GONÇALVES DO IV. Título

CDU: 610

<https://doi.org/10.37423/2022.edcl447>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

Dr. João Luís Ribeiro Ulhôa

Dra. Eyde Cristianne Saraiva-Bonatto

MSc. Frederico Celestino Barbosa

MSc. Carlos Eduardo de Oliveira Gontijo

MSc. Plínio Ferreira Pires

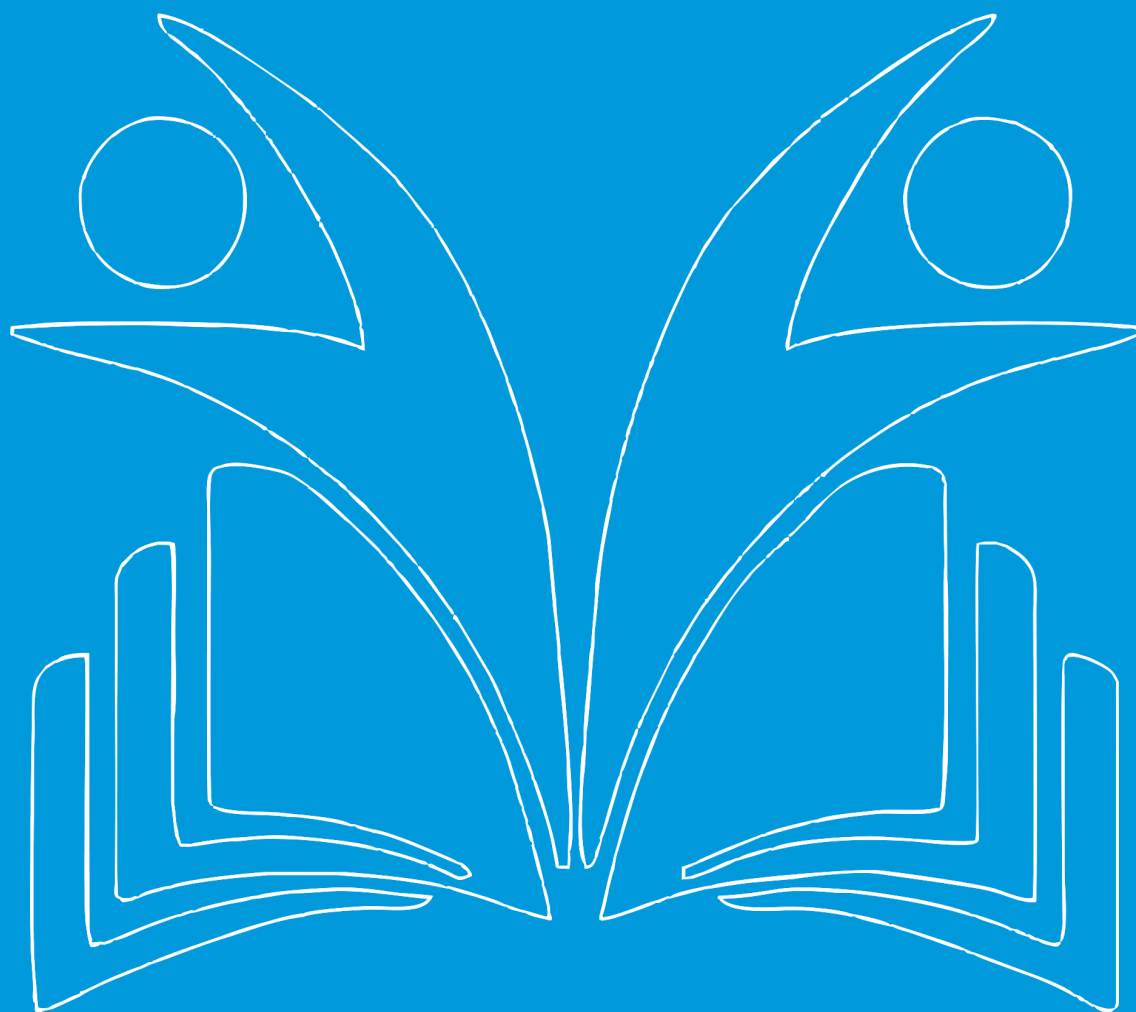
Editora Conhecimento Livre

Piracanjuba-GO

2022



10.37423/2022.edcl447



Resumo: O presente estudo analisa a percepção das gestantes acerca do parto normal, identificando o conhecimento, as influências sofridas na escolha e os aspectos negativos e positivos relacionados aos tipos de partos. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e delineamento descritivo sob a perspectiva de Yin (2001), realizado na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Campina Grande, com 30 gestantes que estão no processo de escolha de seus partos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e o *corpus* da pesquisa foi submetido a análise de conteúdo. A partir, desse processo, emergiram quatro categorias temáticas que delinearam as percepções das gestantes em relação aos tipos de parto: Preferências pela via de parto mencionadas pelas gestantes, Orientações de profissionais de saúde sobre os tipos de parto durante o pré-natal, Participação em grupos de gestantes, Conhecimento sobre os tipos de parto oriundo de experiências familiares e núcleo social. Através da análise da fala das participantes foi possível identificar preferência pelo parto normal, além disso, percebeu-se que as experiências e relatos de familiares ou pessoas íntimas exercem influência sobre a preferência por determinada via de parto.

Palavras-chave: Assistência pré-natal. Estratégia Saúde da Família. Parto normal. Cesária. Educação em saúde.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 1983, o Ministério da Saúde por meio da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança, sendo este o primeiro programa criado oficialmente direcionado as mulheres, contendo muitas ações positivas para ajudar esse público. O PAISM propôs o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar, como vinha acontecendo antes de sua criação. Por isso mesmo, os movimentos de mulheres, de imediato, passaram a lutar por sua implementação (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores que incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas e preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Na Constituição Federal de 1988 após vários anos de lutas pela democratização do país, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que reconheceu em seu artigo 196 à saúde como direito de todos e dever do Estado que deverá ser assegurado mediante as políticas sociais e econômicas, através do acesso universal equânime das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

O conteúdo constitucional desse novo sistema de saúde foi discriminado e detalhado em duas leis orgânicas, a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas aprovadas em 1990. A Lei nº 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, enfatizando o SUS com vista a descentralização (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, a Portaria nº 692/1994 cria o Programa de Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que constitui um marco para a reorganização do sistema de saúde com vistas para Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, caracterizada por um

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção a saúde (BRASIL, 2011).

As ações desse nível de atenção devem se desenvolver com o objetivo de ampliar uma atenção que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas, sob forma de trabalho em equipe, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária à Saúde é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pela organização do trabalho nas ações da saúde a universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da responsabilização, da humanização juntamente assim com os princípios que norteiam a integralidade, a equidade e a participação social (BRASIL, 2006).

Através do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 incluem-se os serviços destinados à referência para Atenção Integral às Mulheres que estiveram em situação de violência sexual e o serviço de referência para interrupção de gravidez (BRASIL, 2011).

O acompanhamento pré-natal é um dos maiores cuidados que a mãe poderá dar ao seu filho e é através desses exames, do pré-natal como: Sorologia para HIV e VDRL, hemograma completo, glicemia, Sistema ABO e fator Rh, Reação para toxoplasmose e para rubéola, entre outros que a mulher pode cuidar de sua saúde e do bem-estar do bebê, evitando diversas doenças e complicações que podem trazer inclusive o parto prematuro e o aborto. O acolhimento para o diagnóstico precoce no primeiro trimestre de gestação é essencial para o início do pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF), e é uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em ações de educação e cuidados em saúde, visando o bem-estar da mulher e do bebê, realizando orientações quanto aos medos, sentimentos, descobertas, desejos e mudanças (BRASIL, 2016).

Considera-se que o pré-natal é o momento propício para conversar com a gestante sobre o parto, visto que é um momento intenso que marca para sempre a vida da mulher e da criança. Através da abordagem nas consultas e em rodas de conversas, deve-se esclarecer as vantagens do parto normal, como a rápida recuperação da mulher preservando sua autonomia, o menor risco de complicações, favorecimento do contato e do vínculo entre a mãe e o recém-nascido, além de facilitar a amamentação na primeira hora de vida (BRASIL, 2016).

Existem muitos tipos de opções de parto, basta que a gestante possa escolher o melhor para o seu corpo e o seu bebê. O parto normal acontece quando o bebê vem ao mundo pela vagina, podendo ocorrer uso de ocitocina (hormônio que estimula o trabalho de parto), anestesia e episiotomia (corte do períneo que facilita a saída do bebê). No parto natural, bastante confundido com o parto normal, não são realizadas intervenções com medicamentos e procedimentos, como o jejum, enema (lavagem intestinal), tricotomia dos pelos pubianos, corte do períneo, anestesia de peridural ou raque, a posição do parto é escolhida pela gestante permitindo a movimentação e deambulação. Nele, as necessidades da mulher são respeitadas e também deve ser acompanhado por um profissional da saúde. O parto humanizado propõe a experiência total sobre o processo de dar à luz para a mãe, seu parceiro e o bebê que está chegando. A ideia é que a obstetrícia auxilie, mas não interfira no parto (BRASIL, 2014).

No parto cirúrgico ou cesáreo, a gestante recebe anestesia raquidiana. Um corte com cerca de 20 centímetros é feito abaixo do umbigo até acima da vagina para retirada do filho. No parto a fórceps ou parto por vácuo extrator são ajustadas duas pás na cabeça do bebê e ele é puxado. No vácuo extrator, uma ventosa de metal ou silicone ligado a uma pequena bomba a vácuo é ajustada na cabeça do bebê. O parto na água também acontece pelo canal vaginal e pode ser realizado no hospital ou em casa dentro de um espaço emergido de água. No parto de cócoras existe uma cadeira especial disponível para o apoio da mamãe e que também auxilia o obstetra durante o processo, a saída do bebê acontece de maneira rápida devido a posição. Assim como no parto normal, a recuperação é rápida (BRASIL, 2012).

O Programa de Humanização do Parto (PHP) (BRASIL, 2000) tem como finalidade assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e qualidade da assistência ao parto, na perspectiva dos direitos de cidadania para a realização de ações que tragam mais conforto para a gestante, garantindo um parto com aspectos humanitários e seguro; reduzindo assim as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal.

Outro programa instituído pelo Ministério da Saúde é a Rede de Cegonha que é uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011). Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação

respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.

Mediante o exposto pretende-se analisar a percepção das gestantes acerca do parto normal, identificando o conhecimento, as influências sofridas na escolha e os aspectos negativos e positivos relacionados aos tipos de partos, além de caracterizar o perfil socioeconômico e demográficas dessa população.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O movimento pela humanização do parto propõe mudanças no atendimento ao parto hospitalar, que incluem:

[...] incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais e, também a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde [...]. Recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de risco, custos adicionais e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), aminiotomia (ruptura provocada da bolsa que contém o líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e, particularmente, parto cirúrgico tipo fórceps ou cesáreas. (PRISZKULNIK; MAIA, 2009, p. 81).

É possível observar que as ações no parto são baseadas com nas condições físicas da parturiente, além de que se faz necessário as modificações extras que vai desde a realização do parto até o pós-operatório, assim é preciso está apto as condições para que tudo aconteça de maneira simples e eficaz. Outro ponto que se pode observar é o do aspecto humanitário e a melhoria da qualidade assistencial ao qual representam uma redução de custos sejam ela na utilização de medicamentos como analgésicos como também na redução de materiais para o seu uso (WOLFF, 2004).

Priszkulnik e Maia (2009) ressaltam que a parte mais problemática do processo do parto normal é o que inclui os processos de modificação na assistência obstetrícia, se faz necessário implementar as novas rotinas, e conseqüentemente também, fazer com que a paciente possa aderir e se adaptar com essa nova ideia de preferir o parto normal ao que se incentiva a adotar uma ação mais simples e rápida de realizar o parto.

Um estudo brasileiro verificou que as mulheres identificaram o médico como o único profissional capacitado para a assistência ao parto normal. Torna-se importante destacar que em dois estudos

internacionais, realizados na Inglaterra e na Jordânia, as mulheres referiram maior satisfação com a assistência recebida, quando assistidas pelas enfermeiras obstétricas e obstetrizes (SANTOS, 2002).

O acompanhamento pré-natal na atenção básica, com a periodicidade das consultas, e das ações a serem realizadas, permite o desenvolvimento do vínculo, e atribui aos serviços de saúde o reconhecimento dos mesmos como locais adequados para o desenvolvimento de um trabalho individual ou coletivo, de orientação e preparo da gestante para o parto normal, na perspectiva da desconstrução de um modelo de medicalização e de práticas intervencionistas ligadas ao parto (WOLFF, 2004).

As enfermeiras, as enfermeiras obstétricas e as obstetrizes possuem um papel relevante na assistência ao parto e precisam desenvolver ações como: fornecer informações sobre a evolução do trabalho de parto e envolvê-las nas decisões sobre a utilização de intervenções; valorizar as experiências positivas e promover o enfrentamento da dor pelas mulheres, orientando-as sobre a dor no trabalho de parto e sua condução, especialmente com métodos não-farmacológicos, como a respiração e exercícios de relaxamento (BRASIL, 2001).

Segundo Barros (2011) algumas estratégias não farmacológicas podem ser empregadas para aliviar a dor e o sofrimento do trabalho de parto. Essas técnicas partem de uma concepção do parto enquanto um evento fisiológico e respeitam sua natureza, preservando a integridade corporal e psíquica das mulheres, ainda pode-se citar outros benefícios tais como o conforto e a autonomia proporcionados às mulheres, o reconhecimento de suas sensações corporais, maior controle e liberdade no uso de seus movimentos, evitando transtornos aos seus corpos e recuperações em longo prazo.

Existe no Brasil a cultura de que as mulheres preferem a cesariana como opção de parto, no entanto, o parto normal ainda é prioridade na escolha da maioria delas, tanto entre as que utilizam o serviço de saúde público, quanto o privado segundo os autores (BARBOSA et al., 2003; CARNIEL et al., 2007).

Muitas mulheres ao fazer referência ao parto normal faz-se a colocação de imediato, relacionando-a com: medo de sentir dor e/ou sofrer com o parto devido aos efeitos da anestesia ou do pós-operatório, medo de morrer por complicações do parto ou receio de o bebê nascer com problemas ou vir a óbito, receio da hospitalização ou do parto, porque nunca viveram essa situação antes, e ou medo da realidade diante de tantas informações desconstruídas, além de muitas outras situações retratadas (SANTOS, 2002).

Estudando o comportamento de algumas mulheres que já haviam experimentado as duas formas de parto ou apenas a cesariana, Faúndes et al (2004) observaram que a maioria delas declarou preferir o parto vaginal à cesariana, especialmente entre aquelas que já haviam experimentado os dois tipos: cesariana e normal, devido a rapidez na recuperação e com relação a ausência de dores após o nascimento do bebê.

O papel do profissional que assiste à esta mulher é, além de fornecer as orientações em gerais tais como: saber lidar com a dor e com o desconforto e fazer adequadamente os exercícios respiratórios; estimulá-la a fazer uso do banho de chuveiro, à deambulação, a praticar exercícios de agachar e levantar e exercícios com a bola, aplicar-lhe massagem, enfim, fazer uso de quaisquer recursos para tornar o processo em si menos doloroso e fazer com que a mulher fique mais relaxada e colaborativa (BARROS, 2011).

Esta pesquisa tem importância para os estudantes e profissionais envolvidos com a saúde, visto que, declara a necessidade de unir o conhecimento científico sobre trabalho de parto a realidade em que as mulheres estão inseridas, inclusive pelas próprias características das políticas de saúde direcionadas a mulher, que, ao incorporar o conceito ampliado de saúde, se colocam como responsáveis em considerar questões que transcendem o biológico a fim de contribuir para o estado de saúde dos diversos grupos populacionais (OMS, 2005).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso sob a perspectiva de Yin (2001). Esse recurso metodológico se aplica aos objetivos propostos, visto que permite investigar um fenômeno contemporâneo inserido no seu contexto social no qual não é necessário manipular comportamentos relevantes.

Além disso, esse método possibilita a descrição holística da realidade estudada podendo incorporar uma ampla variedade de evidências e nortear desde o planejamento até a análise dos dados, por meio da aplicação de diferentes táticas, tais como: fontes múltiplas e encadeamento de evidências; adequação ao padrão; construção da explanação; análise de séries temporais, entre outros (YIN, 2001).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Estratégia de Saúde da Família da cidade de Campina Grande, pioneira na implantação, pelo Ministério da Saúde, do Programa Saúde da Família, em 1994, localizada na mesorregião do agreste paraibano e com população estimada de 407.754 habitantes, distribuídos em aproximadamente 641 km² e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista (IBGE, 2017; CAMPINA GRANDE, 2017).

A seleção das unidades-alvo da pesquisa se deu de forma intencional pelo critério de acessibilidade, uma vez que a pesquisadora trabalha no Distrito sanitário III do município de Campina Grande, na Unidade Básica de Saúde da Família do Araxá, conhece a realidade do mesmo e a programação de atendimento das unidades.

Dessa maneira, foram escolhidas 8 UBSF sendo as seguintes unidades: UBSF Inácio Mayer equipe I e II, UBSF Jeremias II equipe I e II, Monte Santo, Jardim Continental e Bonald Filho equipe I e II.

3.3 AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo constituiu de mulheres gestantes que estão no processo de escolha de seus partos.

Foram estabelecidos os seguintes critérios para seleção amostral: gestantes maiores de 18 anos que estão realizando acompanhamento pré-natal na unidade, sendo excluídas mulheres que não faz parte da população adscrita da ESF.

Considerando que na pesquisa qualitativa a amostra não obedece a critérios numéricos (MINAYO, 2006), optou-se por amostra obedecendo ao critério *ex-post*. Para tanto, foi utilizado o critério de saturação teórica, conceito definido por Glaser e Strauss, que se configura quando não mais se encontra dados que possam ser adicionados às categorias em análise (FONTANELLAS; RICAS; TURATO, 2008). Assim, o fechamento amostral deu-se com 30 participantes.

3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturada, que ocorreram no mês de agosto de 2017. Segundo Minayo (2001) a entrevista possui propósitos bem definidos e possibilita a obtenção de informes contidos na fala dos sujeitos objetos da pesquisa, além disso, Yin (2001) enaltece que essa técnica de coleta de dados é uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso.

A primeira parte do roteiro permitiu caracterizar os participantes através de variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas, tais como: idade, raça declarada, escolaridade, profissão, estado civil, renda, período gestacional.

A segunda parte da entrevista possibilitou investigar as dimensões da análise do objeto, de acordo com a percepção das gestantes sobre os tipos de parto.

As entrevistas foram duplamente gravadas por meio de gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra e adicionados às anotações no diário de campo, constituindo o *corpus* submetido à análise sob o método da análise de conteúdo com base em Bardin (2011).

Essa técnica utiliza procedimentos objetivos de descrição das falas das participantes da pesquisa criando categorias e compreendendo criticamente o sentido das comunicações (GRZYBOVSKI; MOZZATO, 2011). De acordo com BARDIN (2008) a análise de conteúdo pode ser realizada por meio de três fases distintas:

- Pré análise que consiste na organização do material por meio da leitura flutuante, escolhas dos documentos, formulação de hipóteses e dos objetivos, referenciação dos índices e elaboração de indicadores, tornando os dados coletados operacionais.
- Exploração do material que se refere ao delineamento de sistema de codificações e descrição analítica do material textual o que permite a codificação, classificação e categorização dos documentos, possibilitando a melhor interpretação dos dados.
- Tratamento dos resultados em que ocorre a condensação e o destaque das informações que serão analisadas a partir de inferências e interpretações com base no referencial teórico.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento e aprovado sob o Parecer nº 2.177.299 e atendeu aos aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, da Resolução 466/2012, tendo sido garantido o sigilo e confidencialidade durante todas as fases da pesquisa, mantendo o anonimato por meio da codificação numérica dos participantes.

Vale salientar, que as participantes da pesquisa foram esclarecidas sobre a natureza do estudo, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos, sendo solicitada a assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e no Termo de autorização de Gravação de voz que estão guardadas com o pesquisador responsável por cinco ano.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram entrevistadas 30 gestantes situadas na faixa etária entre 18 e 39 anos. No que diz respeito ao estado civil das participantes, 56,7% eram solteiras e 43,3% se encontravam casadas ou em união consensual estável com o companheiro.

Em relação ao nível de escolaridade, identificou-se que 33,3% gestantes tinham o nível fundamental incompleto, 16,7% ensino fundamental completo, 16,7% ensino médio incompleto e 33,3% ensino médio completo.

Quanto à ocupação das entrevistadas foi encontrado o seguinte perfil: 3,3% diarista, 6,7% autônomas, 60% “do lar”, 3,3% costureira, 13,3% estudantes, 3,3% vendedora, 6,7% operadoras de máquinas e 3,3% camareira.

A renda mensal familiar apontada pela maioria delas variou entre nenhuma renda e um salário mínimo, sendo que 66,7% gestantes alegaram receber benefício social.

Das gestantes entrevistadas, 36,7% estavam no primeiro, 30% no segundo e 33,3% no terceiro trimestre de gestação. Quanto à história obstétrica das participantes, 43,3% alegaram não terem tido filhos anteriores à gestação atual e 56,6% disseram ter de 01 a 04 filhos. Das gestantes que declararam já terem realizado partos, levantou-se que 64,7% haviam sido o parto normal e 35,3% cesáreas.

Do processo de análise de conteúdo das falas das gestantes, emergiram quatro categorias temáticas que delinearam as percepções das gestantes em relação aos tipos de parto: Preferências pela via de parto mencionadas pelas gestantes, Orientações de profissionais de saúde sobre os tipos de parto durante o pré-natal, Participação em grupos de gestantes, Conhecimento sobre os tipos de parto oriundo de experiências familiares e núcleo social.

4.2. PREFERÊNCIAS PELA VIA DE PARTO MENCIONADAS PELAS GESTANTES

Essa categoria tratou da escolha das gestantes pelo tipo de parto a partir da sua percepção. Quando as participantes do estudo foram perguntadas sobre o melhor tipo de parto, a maioria referiu-se ao parto normal, indicando como vantagens a ausência de intercorrências, além da preocupação com o bem-estar do bebê e recuperação pós-parto, relatando que a dor estaria presente apenas no momento do nascimento, sendo passageira. Neste ponto houve concordância entre as mulheres entrevistadas, como mostra os relatos abaixo:

Eu prefiro o normal, por causa da recuperação né? mais rápida e o Cesário é mais complicado (GES. 2)

Eu, pretendo fazer o normal, acho que tem mais facilidade e menos risco de qualquer doença, é tipo assim...pra não nascer com dificuldade, entendeu? (GES. 5)

Normal, porque eu acho que é um parto mais... simples assim, você fica boa logo. (GES. 21)

Eu creio que o parto normal é melhor, porque se recupera mais rápido. (GES. 15).

A preferência pelo parto normal demonstrada pelo presente estudo assemelha-se aos dados disponíveis na literatura, como exemplo podemos citar as pesquisas de Tostes e Seid (2016), Melo et. al. (2015) e Figueiredo et. al. (2010) em que essa via de parto foi considerada mais fisiológica e menos susceptível a intercorrências.

Corroborando com as vantagens elencadas pelas gestantes, o estudo de Silva et. al. (2014) afirma que o parto por via vaginal possui inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê, pois a mulher apresenta rápida recuperação e menor risco de infecção hospitalar e o recém-nascido possui menor incidência de desconforto respiratório.

Todavia, algumas participantes do estudo, questionadas sobre a escolha do tipo de parto em gestações anteriores, apontaram que apesar do desejo de terem um parto normal, existia a impossibilidade da realização desse tipo de parto em detrimento de complicações obstétricas. Isso pode ser demonstrado nas falas a seguir:

Não, não escolhi porque foi, é de repente, minha pressão subiu e eu comecei a ter começo de eclampsia ai o médico teve que tirar com oito mês e quinze dias. (GES. 4)

Não escolhi não, não porque na minha gravidez foi de alto risco. Ai optaram por cesariana. (GES. 18)

Quanto à relação entre risco gestacional e tipo de parto, análise retrospectiva de coorte em que foram considerados 1606 partos, mostrou que o alto risco gestacional esteve presente em 50,2% dos partos, representado principalmente pelos distúrbios hipertensivos e as malformações fetais e que a taxa global de cesarianas foi de 38,3%, sendo a ocorrência de cesariana mais frequente em gestantes de alto risco (REIS et. al., 2014).

Também foi constatado pelo estudo de Linhares et. al. (2014) que pacientes com antecedentes de pré-eclâmpsia tiveram mais chance de ter parto cesáreo e as gestantes com pré-eclâmpsia grave tiveram 3,3 vezes mais chance de evoluir para parto cesáreo do que as com pré-eclâmpsia leve.

Desta maneira, as complicações que levaram as gestantes a terem histórico obstétrico de cesariana, são, de acordo com pesquisas bibliográficas, fatores que diminuem a chance do parto normal, pelo alto risco que acarretam a saúde do binômio mãe-feto.

Considerando o parto cesariana uma opção viável quando há impossibilidade da indicação do parto normal. No entanto, destaca-se na fala da gestante a decisão vertical por esse tipo de parto. Ao se referir que “optaram por cesariana” revela a não participação da gestante e seu companheiro na decisão do parto, conseqüentemente na não autonomia sobre seu corpo. Essa situação advém da desigualdade de poder que caracterizam a relação médico paciente de um modo geral (AGUIAR, et AL 2013).

Acerca do parto cesárea, poucas participantes declararam que esta fosse a melhor via de parto. Dentre os motivos relatados para justificar essa preferência, destaca-se à ausência de dor proporcionada durante a parturição e experiências traumáticas vivenciadas no parto normal. Assim, o desejo de evitar o sofrimento foi mencionado de maneira reticente:

Cesariana, porque eu não acho esse parto... Assim o pessoal fala parto normal, eu considero um parto anormal, porque você sofre tanto que eu comecei, eu já tava começando a sentir as contrações... e eu não cheguei nem a sentir todas, foi só o mínimo dos mínimos, quase que eu morro imagina se eu tivesse sentido todas, acho que eu não tinha nem saído viva mais... (GES. 4)

Mulher... eu não conheço, assim eu não tive nenhum parto normal não, por isso que eu não sei, pra mim eu gostei da cesariana, só em você não sentir dor. (GEST. 18)

No tocante a esse tema, pesquisa qualitativa, com 21 puérperas, desenvolvida por Melo et. al. (2015) mostrou que a maioria das mulheres fez referência à recuperação rápida do parto normal e como desvantagem para esse tipo de parto mencionaram as contrações fortes que causam dor intensa, além do medo de complicações e desconforto quando é feito uma episiorrafia, sendo a principal vantagem da cesariana o fato de não sentir dor no momento do parto.

Desfecho semelhante foi identificado em pesquisa com 30 gestantes em que foram expressados medo e ansiedade em relação à dor ocasionada pelo parto normal (CAMPOS, et. al., 2014).

Assim, o “medo da dor” durante ou após o parto relatado pelas mulheres entrevistadas neste estudo, torna-se um fator que determina a preferência da gestante pelo parto vaginal ou pela cesárea.

Outra vantagem do parto cesáreo apontada por uma entrevistada foi a demanda por laqueadura tubária concomitante à cesárea, como visto a seguir:

Escolhi o Cesário para fazer a ligação. (GES. 14)

A vontade de realizar laqueadura intraparto também foi vista na pesquisa de Figueiredo et. al. (2010) em que foi verificada a procura por esse método em mulheres múltiparas buscando-se uma contracepção eficaz e segura, tal qual a participante do estudo em questão.

4.3. ORIENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS TIPOS DE PARTO DURANTE O PRÉ-NATAL

Essa categoria buscou explorar, sob a ótica das próprias usuárias, se o pré-natal está proporcionando informações consistentes sobre os tipos parto, ajudando as gestantes a definirem sua opção pela via de parto.

Ao serem questionadas sobre o recebimento de orientação a respeito das vias de parto durante o pré-natal, percebeu-se uma incipiência no conhecimento das gestantes, pois a maioria referiu não ter recebido nenhuma informação e outras disseram terem sido orientadas em outros momentos de sua vida, mas informaram se o tema foi discutido pelos profissionais de saúde. Vale salientar, que algumas participantes justificaram a falta de conhecimento alegando que ainda estavam no início da gestação ou por fazer anos que receberam as instruções. O exposto corrobora com as falas abaixo:

Até agora não recebi nenhuma orientação. (GES. 2)

Não, hoje é o primeiro dia de pré-natal. (GES. 5)

Não, é que eu comecei agora, fiquei sabendo que tava grávida faz só uma semana. (GES. 30)

Tive, agora eu não lembro que já faz quinze anos... quinze anos atrás mais tive muita palestra, assisti bastante palestras. (GES. 15)

Mas faz tanto tempo, eu não tô lembro mais, eu diria ter recebido na maternidade uma vez, mais não to lembrada, assim o assunto eu não tô lembrada, num lembro mais. Meu filho o mais novo tem oito anos já. (GES. 22)

O relato das gestantes sobre a escassez de informações dos profissionais da saúde no decorrer do pré-natal acerca das vias de parto, se assemelha com o exposto por Santana et. al. (2015) em que as mulheres além de não terem conhecimento adequado sobre o tema, se sentiam insatisfeitas com a falta de oportunidade para expressar suas expectativas e tirar suas dúvidas com relação ao seu parto.

Em contrapartida, algumas gestantes alegaram ter recebido orientações de enfermeiros e/ou médicos através de palestras e durante a consulta individual, no decorrer do pré-natal da gestação atual, conforme citado pelas entrevistadas:

Já, a Enfermeira aqui no PSF, falou sobre o normal e Cesário. (GES. 1)

Sim, as orientações mais básicas assim, [...] o normal você vai, você ficar lá, ele le atende, tiver dilatação, você vai poder ter normal, se você não tiver também não vai poder ter normal, parto Cesário você tem o bebe e é pontuada e tudo bem, Cesário já vai ser mais delicado, vai ter cirurgia, você vai ficar mais debilitada e essas coisas assim, noções bem básicas. (GES. 6)

Já, já... já também. Foi uma... uma palestra que teve aqui, foi com a enfermeira e médica . Aqui também na unidade. (GES. 14)

Já, o médico [...] o médico comentou sobre se assim, qual é o que eu preferia, eu preferia o normal. Justamente a mesma coisa, que a recuperação é mais rápida, tudo natural, tudo mais rápido e Cesário não. (GES. 19)

Percebe-se que dentre as gestantes orientadas por profissionais, existe um relato vago e impreciso no que se refere as instruções passadas, indicando um processo educativo incipiente.

A respeito dessa análise o estudo de Souza et al. (2011) diz que o nível de escolaridade e a renda salarial baixos podem interferir na educação em saúde, colocando como necessidade a adequação da didática do profissional as condições socioeconômicas da população de modo a estabelecer um vínculo com a usuária.

Vale salientar que durante o pré-natal o viés educativo deve ser levado em consideração não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também a fim de fazer a mulher se sentir preparada para viver as mudanças acarretadas por essa fase de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz (SOUZA et al., 2011).

Todavia, por vezes, as ações educativas realizadas pelas equipes de Atenção Básica são centradas na transmissão de informações, dentro de um modelo tradicional, enfatizando o programa da ocasião ou a epidemia em pauta. Isso ocorre devido a vários fatores, como o volume de atividades necessárias para a viabilização de grupos com finalidade educativos, provocando a paralisação dos profissionais que ocupam seu tempo para desenvolver suas outras atribuições, escassez de capacitações em educação em saúde, falta de interesse da população, desestimulando a equipe de saúde, além da limitação de infraestrutura e insumos (GAZZINELLI et al., 2015).

4.4. CONHECIMENTO SOBRE OS TIPOS DE PARTO ORIUNDO DE EXPERIÊNCIAS FAMILIARES E NÚCLEO SOCIAL

Essa categoria refere-se a opiniões e relatos das gestantes sobre parto a partir de experiências adquiridas do meio social que ela vive. A análise das falas mostrou que as mulheres mais próximas, sejam elas familiares ou amigas, são fontes de informações sobre o processo de gestação e parto. Também é notório que a mãe possui maior influência sobre a gestante, por meio do relato de suas vivências com o parto, conforme os seguintes relatos:

A minha mãe, fala, diz... ela diz: olhe se eu fosse você queria o normal a recuperação é tudo bem melhor que o Cesário você vai ter que precisa de ajuda e o normal não, você vai começar a fazer as coisas sozinha, se levantar, tudo. (GES. 9)

Já, minha mãe [...] Ela disse que é muito... muito ruim ter filho... (GES. 16)

Minha mãe, [...] fala pra mim que normal é melhor que cesária (GES. 21)

Já. As amigas, umas diz que normal é melhor outras diz que cesária não é bom, é assim. (GES. 27)

Contudo, a maioria das gestantes entrevistadas não mencionaram ter recebido orientações de familiares ou amigos sobre os tipos de parto.

Em estudo realizado no estado do Paraná, na qual os participantes da pesquisa também foram 30 gestantes, confirmou-se pelos relatos das participantes que as vias de parto, ainda é um tema abordado de forma bastante restrita e superficial e que as mulheres mais próximas, familiares ou amigas, têm o papel fundamental na formação da opinião das gestantes, ratificando que o processo parturitivo envolve aspectos culturais e valores passados de geração em geração (CAMPOS et al., 2014).

4.5. PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE GESTANTES

Essa categoria aborda os grupos de gestantes realizados na Atenção Básica com o objetivo de possibilitar o intercâmbio de experiências e conhecimentos relativo ao processo de gestação.

A imersão nas falas das participantes do presente estudo revelou carência na participação em grupos de gestantes, sendo verificado que apenas uma entrevistada era integrante de grupo, como mostrado abaixo:

Participo, é falado muita coisa no grupo, as vezes é família é sexualidade. Muita coisa, cada semana é um assunto diferente. (GES. 23)

As entrevistadas que não participavam de grupo de gestantes foram questionadas se tinham interesse de envolver-se em iniciativas como essa e quais assuntos gostariam que fossem abordados. Sobre essa indagação a maioria, principalmente as primíparas, referiu possuir interesse, elencando os tipos de parto, cuidados com o bebê recém-nascido e amamentação como possíveis temas a serem trabalhados. Essa afirmativa é confirmada nos relatos abaixo:

Pode ser. Queria que falasse sobre o ensinamento com o bebe, como a pessoa vai aprender a cada dia, como dar, como se dar a ele e depois, quando ele tiver... é grandinho já a pessoa vai vendo é... as doenças que ele vai ter, as dificuldades que é pra ser pra ele. (GES. 5)

Sim, podia falar sobre tipo de parto como cuidar da criança, a importância de dar as vacinas, essas coisas. (GES. 15)

Sim, se tivesse no posto perto pra falar sobre a amamentação, os primeiros meses do bebe, só... (GES. 17)

Ademais algumas gestantes relataram não possuir interesse, elencando como justificativa a falta de tempo, isso pode ser visto a seguir:

Não, eu trabalho não tenho tempo de participar. (GES. 6)

Tem tempo não, mãe de 3 filho tem não. Eu tenho um “mininin” de um ano mulher tem tempo não. (GES. 24)

Mulher no momento não, é porque é correria pra mim a gente tem... já tem um em casa, já tem uma. (GES. 27)

Segundo Frigo et al. (2012) os grupos de gestantes fortalecem a adesão ao pré-natal, além de auxiliar na compreensão do processo gestacional, parto e cuidados com o recém-nascido, atuando em ações de promoção e prevenção da saúde. Destarte, o trabalho grupal possibilita a construção de conhecimento a partir das interações entre as gestantes e os profissionais envolvidos, de forma dinâmica e reflexiva, complementando o atendimento realizado nas consultas.

Os mesmos autores também expõem que existe uma relação entre assistência pré-natal adequada e redução de desfechos como baixo peso ao nascer e prematuridade. Assim, os grupos de gestantes ao se adequarem à realidade local e proporcionar um atendimento integral, se associam ao nascimento de recém-nascido saudável (FRIGO et al., 2012).

Por meio de pesquisa bibliográfica foi constatado a predominância de artigos científicos que relatam a experiência da implantação de grupos de gestantes como estratégia eficiente, na qual se abre espaço para a escuta das necessidades e para a informação (SOUZA et al., 2011). Todavia não foram localizados trabalhos que pesquisassem os motivos da não participação de gestantes a práticas educativas grupais realizadas na Atenção Básica.

Porém, a pesquisa de Teixeira et al. (2017) realizada com 13 profissionais graduados que integram a equipe de duas Unidades Básicas de Saúde, revelou que os profissionais de saúde não tiveram suporte teórico-prático durante a formação acadêmica para o desenvolvimento da prática educativa com grupos de gestantes, mostrando a opção pelo modelo biomédico. Esse fato pode justificar a não participação e incorporação de grupos de gestantes na localidade analisada pelo presente estudo.

5 CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou compreender a percepção das gestantes acerca do parto normal, identificando, ainda, o conhecimento sobre os tipos de parto, oriundo de informações passadas por profissionais de saúde e da convivência social e as vantagens do parto cesárea e normal, além disso, foi abordada a participação em grupos de gestantes.

Por meio da análise da categoria “Preferências pela via de parto mencionadas pelas gestantes” foi possível identificar predileção pelo parto normal, motivadas pelo desejo de uma recuperação pós-parto rápida e sem complicações. Em contrapartida, o medo da dor e sofrimento ocasionado pelo parto vaginal, existente no ideário das mulheres, foi a principal justificativa para a preferência pela cesariana.

Além disso, as categorias “Orientações de profissionais de saúde sobre os tipos de parto durante o pré-natal” e “Conhecimento sobre os tipos de parto oriundo de experiências familiares e núcleo de amizade” mostrou a falta de informações repassadas por profissionais de saúde para as gestantes, apontando a forte influência que as crenças populares exercem sobre a escolha quanto ao tipo de parto.

Esse desfecho indica a necessidade dos profissionais de saúde respeitarem o contexto cultural e socioeconômico do qual a gestante faz parte, procurando esclarecer dúvidas e medos sobre o parto normal e cesário, sem desqualificar suas crenças, proporcionando uma assistência humanizada.

Ademais, a categoria “Participação em grupos de gestantes” confirma a importância de iniciativas que promovam a educação em saúde. Entretanto, identificou-se resistência na implementação desses grupos, pela falta de tempo e interesse relatada pelas mulheres entrevistadas.

Assim, os profissionais que integram a ESF devem conhecer a realidade de sua comunidade e procurar alternativas para promover a instrução das gestantes, como por exemplo, palestras realizadas no momento da espera pelo atendimento e a incorporação desse assunto durante a consulta individual, como foi mencionado por algumas gestantes alvos do presente estudo.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; d'OLIVEIRA, A. F. P. L., SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
- BARROS, M. L. F. Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. Rev. Enferm. UFPE Online, v. 5, n. 2, p. 496-504. 2011.
- BARBOSA, G. P.; et al. Parto Cesário: Quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad. Saúde Pública, v. 19, n. 6, p. 1611-1620. Nov./Dez. 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAM) 1983.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4), 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Humanização do Parto (PHP) 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre procedimentos destinados a assistência a mulheres vítimas de violência e dá outras providências 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: 2016.
- CARNIEL, E. F.; et al. Fatores de risco para a indicação do parto Cesário em Campinas (SP). RevBrasGinecol Obstet., v. 29, n. 1, p. 34-40. 2007.
- CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Localização de Campina Grande. Disponível em: <http://portal.pmcg.pb.gov.br>. Acesso em 08 de outubro de 2017.
- CAMPOS, A. S.; et al. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. RevEnferm UFSM, v. 4, n. 2, p. 332-341. Abr/Mai. 2014.

- FAÚSDES, A., Pádua, K. S., Osis, M. J. D., Cecatti, J. G., & Sousa, M. H. (2004). Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Revista de Saúde Pública*. 38: (4), 488-494.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27. 2008.
- FIGUEIREDO, N. S.; et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010
- FRIGO, L. S.; et al. A importância dos grupos de gestante na atenção primária: um relato de experiência. *RevEpidemiolControllInfect*, v. 2, n. 3, p. 113-114. 2012.
- GAZZINELLI, M. F.; et al. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. *RevEscEnferm USP*, v. 49, n. 2, p. 284-291. 2015.
- GRZYBOVSKI, D.; MOZZATO, A. R., Análise de conteúdo como técnica de análise de Dados Qualitativos no campo da Administração: Potencial e Desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 15, n. 4., P. 731-747. Jul/Ago, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População estimada 2016: Campina Grande - Paraíba. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>. Acesso em: 08 de outubro de 2017.
- LINHARES, J. J.; et al. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. *RevBrasGinecolObstet*, v. 36, n. 6, p. 259-63. 2014.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- MELO, J. K. F; et al. Vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano: opinião de puérperas. *J. res.: fundam. care*. Online, v. 7, n. 4, p. 3197-3205. Out./Dez. 2015. Prizskulnik, G., & Maia, A. C. (2009). Parto humanizado: influências no segmento saúde. *O mundo da saúde*, 33(1), p 81.
- REIS, J. N.; et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *RevBrasGinecol Obstet.*, v. 36, n. 2, p. 65-71. 2014.
- SANTANA, F. A.; et al. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 17, n. 3, p. 123 - 127, 2015.
- SANTOS, M. L. Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
- SILVA, S. P. C.; et al. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *RevEnferm UFSM*, v. 4, n. 1, p. 1-9. Jan./Mar. 2014.
- SOUZA, V. B., et al. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, v. 13, n. 2, p. 199-210. Abr./Jun. 2011.
- TEIXEIRA, J. A.; et al. Percepção dos profissionais de saúde da atenção básica sobre os grupos de gestantes. *Rev. Saúde (Santa Maria)*, Vol. 43, n. 1, p. 94-103, Jan./abr, 2017.

TOSTES, N. A.; SEID, N. F. Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto. Rev. Temas em Psicologia, v. 24, n. 2, p. 681-693. 2016.

WOLFF, L. R. Representações Sociais de Mulheres sobre Assistência no trabalho de parto e parto [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi - 2.ed. - Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE (S)

Primeira parte: condições socioeconômicas e demográficas.

1.1 Idade: _____

1.2. Raça declarada:

- () Branca
- () Negra
- () Amarela
- () Parda
- () Indígena

1.4 ESCOLARIDADE:

- () Analfabeto Funcional
- () Analfabeto
- () Fundamental Incompleto
- () Fundamental Completo
- () Médio Incompleto
- () Médio Completo
- () Superior Incompleto
- () Superior Completo

1.5 PROFISSÃO: _____

1.6 ESTADO CIVIL:

- () Solteira
- () Casada/união estável
- () Separada / divorciada/ desquitada
- () Viúva

1.7 RENDA:

- ☐) Nenhuma
- ☐) 01 Salário mínimo
- ☐) 02 Salários mínimos
- ☐) 03 até 05 salários mínimos
- ☐) 05 até 08 salários mínimos
- ☐) Benefício social governamental, qual? _____ Valor _____

1.8 PERÍODO GESTACIONAL:

- ☐) 1º Trimestre
- ☐) 2º Trimestre
- ☐) 3º Trimestre

Segunda parte: Percepção sobre os tipos de parto

1. Você já teve algum filho? Se sim, qual foi o tipo de parto?
2. Você escolheu seu tipo de parto? Se sim, qual foi a sua escolha? Por que você escolheu esse tipo de parto?
3. Na sua opinião qual é o melhor tipo de parto?
4. Durante as consultas do pré-natal você recebeu alguma orientação sobre os tipos de parto? Quais?
5. Se a resposta for não, mas você já ouviu falar sobre parto? Se a resposta for sim, onde? Quem falou? E falou o que sobre parto?
6. Você participa de grupo de gestantes?
7. Se a resposta for sim, quais os assuntos são abordados neste grupo?