

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E EDUCAÇÃO**

MONYQUE MUNHOZ DANTAS

**A COMPREENSÃO DA MULHER UNIVERSITÁRIA SOBRE O PARTO
NATURAL: UM ESTUDO EM NANUQUE- MG**

**SÃO MATEUS-ES
2019**

MONYQUE MUNHOZ DANTAS

A COMPREENSÃO DA MULHER UNIVERSITÁRIA SOBRE O PARTO
NATURAL: UM ESTUDO EM NANUQUE- MG

Dissertação apresentada à apresentada a
Faculdade Vale do Cricaré de São Mateus,
para obtenção do título de Mestre em Ciência
Tecnologia e Educação.

Orientador: Profº Drº. Daniel Rodrigues Silva.

Co- orientadora Profª. BMD. Jéssica Viégas
Néves

SÃO MATEUS-ES
2019

Autorizada a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação

Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES

D192c

Dantas, Monyque Munhoz.

A compreensão da mulher universitária sobre o parto natural: um estudo em Nanuque - MG / Monyque Munhoz Dantas – São Mateus - ES, 2019.

63 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2019.

Orientação: prof. Dr. Daniel Rodrigues Silva.

Coorientação: Prof^a. BMD. Jéssica Viégas Neves.

1. Parto natural. 2. Parto cesáreo. 3. Mulher universitária. 4. Recém-nascido. 5. Nanuque - MG. I. Silva, Daniel Rodrigues. II. Neves, Jéssica Viégas. III. Título.

CDD: 618.4

Sidnei Fabio da Glória Lopes, bibliotecário ES-000641/O, CRB 6ª Região – MG e ES

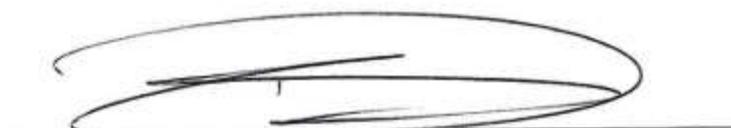
MONYQUE MUNHOZ DANTAS

**A COMPREENSÃO DA MULHER UNIVERSITÁRIA SOBRE O
PARTO NATURAL: UM ESTUDO EM NANUQUE - MG**

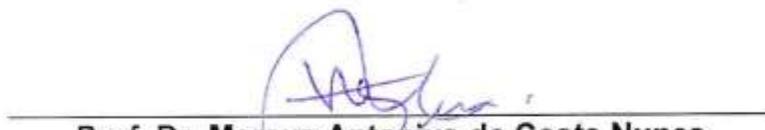
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciência, Tecnologia e Educação, na área de concentração Ciência, Tecnologia e Educação.

Aprovada em 23 de agosto de 2019.

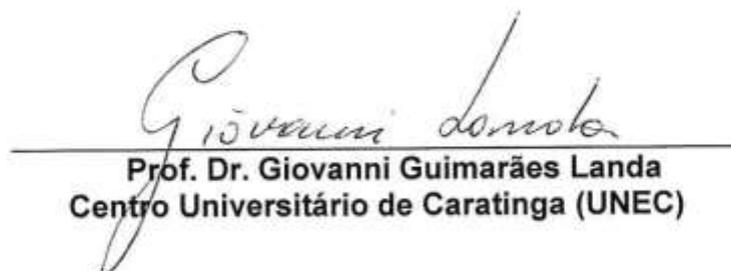
COMISSÃO EXAMINADORA



**Prof. Dr. Daniel Rodrigues Silva
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientador**



**Prof. Dr. Marcus Antonius da Costa Nunes
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)**



**Prof. Dr. Giovanni Guimarães Landa
Centro Universitário de Caratinga (UNEC)**

RESUMO

DANTAS, M.M. **A compreensão da mulher universitária sobre o parto natural: Um estudo em Nanuque.** 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2019.

A origem de uma nova vida através da parturição faz da mulher a principal protagonista desse momento marcante. As mudanças e avanços da medicina com a prática do parto cesariana provocaram intervenções que tinham como objetivo inicial auxiliar melhores condições para o binômio, mãe e bebê. O aumento de conhecimento leva a melhores tomadas de decisão, fazendo da mulher idealizadora de melhores escolhas junto com os profissionais de saúde, a fim de que sua saúde e a de seu bebê sejam preservadas. Com o objetivo de avaliar a compreensão das mulheres universitárias, que estudam em um polo universitário na cidade de Nanuque, tem em relação aos tipos de partos existentes, buscando verificar quais as maiores necessidades apresentadas e trabalhar a orientação sobre os tipos de parto e suas respectivas dúvidas em relação ao que cada um pode acarretar para o binômio mãe-bebê. Tendo como metodologia realizar uma pesquisa de caráter qualitativo e quantitativo, com busca em referências bibliográficas e a aplicação de questionário, com perguntas fechadas específica sobre o tema a fim de conhecer o nível de esclarecimento apresentado por cada mulher e através disso levantar medidas de intervenções adequadas a realidade apresentada. Os resultados deste estudo indicam que as gestantes apesar de terem tido filhos por parto cesáreo, possuem preferência pelo parto normal, que é o mais incentivado e seguro, quando realizado no hospital. As influências na decisão do tipo de parto são mínimas e que não existe orientação sexual e ainda timidez em relação ao parto normal por se sentirem expostas, preferindo médicas. Esses resultados confirmam o conhecimento contido na literatura de enfermagem, que os profissionais são bem quistos pelos pacientes, por se sentirem seguros nesse intenso período gestacional, no vínculo realizado nas consultas pré-natais, incluindo orientações e atendimentos, para que a gestação seja na vida das mulheres e de suas famílias um momento impar.

Palavras-chave: Parto natural; Parto cesáreo; Mulher universitária; Recém-nascido

ABSTRACT

DANTAS, M.M. **A compreensão da mulher universitária sobre o parto natural: Um estudo em Nanuque.** 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus, 2019.

The source of new life through the parturition makes the woman the main protagonist of this watershed. The changes and advancements of medicine with the practice of caesarean birth led to interventions that aimed to assist better initial conditions for both mother and baby. The increase of knowledge leads to better decision-making, making the woman founder of best choices along with health professionals, so that your health and that of your baby are preserved. In order to evaluate the understanding of University women, who study in a University in the city of polo Nanuque, has in relation to the types of existing deliveries, seeking to verify what the greatest needs and work orientation about types of calving and their doubts about what each can bring to the binomial mother-baby. With the methodology search qualitative and quantitative character, with search on bibliographical references and application of questionnaire, with close-ended questions specifies on the subject with a view to ascertaining the level of information presented by each woman and thereby raise appropriate intervention measures reality presented. The results of this study indicate that pregnant women despite having had children by caesarean, have preference for natural childbirth, which is the more encouraged and secure, when performed in the hospital. The influences on decision of the type of delivery are minimal and that there is no sexual orientation and even shyness in relation to natural childbirth because they feel exposed, preferring doctors. These results confirm the knowledge contained in the nursing literature, that the professionals are well cysts by patients, because they feel safe in that intense period dates, in the bond held in the prenatal consultations, including guidance and care, so that the pregnancy is in the lives of women and their families a unique moment.

Keywords: Natural childbirth; Cesarean delivery; University woman; Newborn

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO EM
RELAÇÃO À PERCEPÇÃO DE QUESTÕES RELACIONADAS AO PARTO
(N=50).....46

FIGURA 2: RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO EM
RELAÇÃO À PERCEPÇÃO DE QUESTÕES RELACIONADAS AO PARTO
(N=50).....47

LISTA DE SIGLAS

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem)
COREN (Conselho Regional de Enfermagem)
DATASUS (Departamento de Informática do SUS)
ES (Espírito Santo)
FVC (Faculdade Vale do Cricaré)
GH (Hormônio do Crescimento)
HCG (Hormônio Gonadotrófico Coriônico)
IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)
IC (Índices de Cesariana)
IDH (Índice de Desenvolvimento Humano)
IES (Instituição de Ensino Superior)
IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança)
PHN (Política Nacional de Humanização)
PHNP (Programa de Humanização Parto e Nascimento)
PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento)
PIB (Produto Interno Bruto)
PSMI (Programa de Saúde Materno-Infantil)
RN (Recém-Nascido)
SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos)
TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)
UM (Unidade Montevideú)
UNEC (Faculdade de Nanuque)
UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMAS DA PESQUISA	15
1.2 JUSTIFICATIVA	15
1.3 OBJETIVO GERAL	16
1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4 METODOLOGIA	17
1.4.1 TIPO DE ESTUDO	17
1.4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	17
1.4.3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	17
1.4.4 TÉCNICAS DE COLETA	18
1.4.5 ANÁLISE DE DADOS	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 A FISIOLOGIA DO NASCIMENTO: DO PARTO AO NASCIMENTO	20
2.2 O PARTO CESARIANO E SEU SURGIMENTO	21
2.3 A FORMAÇÃO SUPERIOR DA MULHER NO BRASIL	23
2.4 FATORES QUE INFLUENCIAM NA ESCOLHA DO PARTO.....	25
2.5 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO	26
2.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO DURANTE O PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO	27
2.7 ALEITAMENTO MATERNO X TIPOS DE PARTO.....	30
2.8 CONTRATILIDADE UTERINA	32
2.9 INDICAÇÕES PARA O PARTO CESÁRIA	33
2.10 PARTO HUMANIZADO.....	35
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	37
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	53
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
APÊNDICE C – DADOS BRUTOS	57
APÊNDICE D- PRODUTO	59

1 INTRODUÇÃO

A parturição de um novo ser humano representa a essência da transmissão e da continuidade da vida entre as gerações. Dado o período adequado esse ato pode ocorrer de maneira fisiológica e, no entanto, natural, bem como de maneira complexa necessitando de intervenções que auxiliem essa transição. É necessário em ambos os processos, fornece tudo que for necessário para que a mãe e o recém-nascido recebam os cuidados apropriados, de maneira mais segura e humana possível (MARTINS - COSTA, et al. 2017).

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam em domicílio as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas variados, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. Na sua maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares (BRENES, 1991).

Com o passar dos anos e com o avanço da medicina esse processo conhecido fisiologicamente e que ocorria de maneira natural, começa a sofrer interferências culturais, inicialmente com o propósito de salvar a vida de bebês, aonde suas mães já haviam sido desenganadas ou até mesmo que já estivessem mortas. O primeiro relato de parto cesariano que ocorreu com mulheres em vida aconteceu em 1500, na cidade de Sigershaufen, na Suíça, executada por um homem que não era sequer médico ou barbeiro e sim um castrador de porcas. Ele tinha apenas o intuito de salvar a vida de sua esposa, que se encontrava em um trabalho de parto complicado, impossibilitada de dá a luz de forma natural e correndo risco de vida, o forçando a apelar por medidas extremas que salvassem sua mulher e seu filho (REZENDE, 2009).

Os fatores como aperfeiçoamento de técnicas anestésicas, a redução dos riscos e complicações no pós-operatório, fatores demográficos e nutricionais, percepção da segurança do procedimento por parte das pacientes e dos profissionais de saúde, praticas obstétricas defensivas, mudanças no sistema de saúde e demandas dos pacientes são fatores que tem contribuído para o aumento dos índices de cesariana (IC) em todo o mundo (MARTINS- COSTA, et al. 2017).

Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e em longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados. (OMS, 2015). Sendo o parto um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher, essa experiência pode deixar marcas que poderão impactá-las pelo resto da vida. Muitas mulheres não possuem conhecimento sobre seu próprio corpo e não conseguem compreender de forma clara qual sua real capacidade diante do enfrentamento ao parto ideal para ela.

Os médicos consideram que a decisão sobre o parto ideal deve partir deles, e a incompreensão da mulher sobre si diante desse momento ainda é um forte indicador de que sua própria vontade não seja considerada importante na escolha do parto. O parto vaginal é considerado imprevisível; ao contrário, a cesariana é apresentada pelos obstetras como uma técnica cirúrgica segura, que resolve todos os partos. O parto é visto como prerrogativa de quem sabe fazê-lo em “todas as circunstâncias” - isto é, sabe “operar” - e, portanto, especificidade e exclusividade do trabalho médico. Nesse sentido, os obstetras devem fazer aquilo que sabem e lhe é exclusivo não apenas em caráter excepcional. As inovações na técnica e a simplificação do procedimento tornaram a cesárea mais do que uma possibilidade, uma alternativa para todas as mulheres (NAKANO, et al. 2017)

Acredita-se que a gestante necessita de conhecimentos prévios sobre a gravidez, a nutrição adequada, as contrações, o parto, o crescimento e o desenvolvimento do bebê, e a amamentação, a imunização, como também precisa receber informações sobre preparação física adequada, no que diz respeito aos efeitos de variar as posições, para que possa participar ativamente do seu parto, percebendo o bem-estar que essas variações proporcionam (BEZERRA, et al. 2006).

Quanto menos essas informações são repassadas, maiores serão as dúvidas dessas mulheres diante do enfrentamento das novas experiências a serem vivenciadas, deixando clara a importância dos profissionais de saúde que tenham comprometimento com aquilo que é melhor no que se diz respeito ao binômio mãe-bebê.

Segundo a UNICEF o Brasil é o segundo país do mundo que mais realiza partos cesarianos e o Espírito Santo (ES) é o segundo estado com o maior percentual desse tipo de parto. A cesárea vem sendo realizada de forma eletiva, sem que a mulher entre em trabalho de parto e sem nenhum tipo de justificativa de que o bebê e a mãe estejam expostos a algum tipo de risco. Por sua incidência e pelas controvérsias em torno de seus sentidos e consequências, a cesariana é considerada um problema de saúde pública, e desse modo, tem sido também objeto de interesse de estudos acadêmicos. Na busca de compreender o fenômeno, estudos recentes têm se debruçado sobre os fatores associados à cesárea, tais como o tipo de instituição (pública ou privada), região geográfica, nível socioeconômico das mulheres ou características dos profissionais e da assistência médica (UNICEF, 2017).

O SINASC (Sistema de informação de nascidos vivos) expõe que no ano de 2016 foram realizados cerca de 1.582.953 (Um milhão, quinhentos e oitenta e dois mil, novecentos e cinquenta e três) partos cesarianos em todo o Brasil, cerca de 1.272.411 (Um milhão, duzentos e setenta e dois mil, quatrocentos e onze) partos normais, também a nível nacional. Dos partos realizados é possível perceber qual parto ainda ocorre em subida ao pódio de forma predominante no Brasil. Também em consulta de informações disponíveis do ano de 2016 aponta que cerca de 1.344.154 (Um milhão, trezentos e quarenta e quatro mil, cento e cinquenta e quatro) dos nascimentos do parto cesarianas realizados foram a termo, ou seja, no tempo adequado de nascimento. Enquanto cerca de 1.063.237 (Um milhão sessenta e três mil, duzentos e trinta e sete) dos partos naturais, ocorreram dentro do tempo correto de nascimento. Devendo levar em consideração que o número de partos cesarianos é em maior quantidade que o parto normal no Brasil (SINASC, 2016).

Vale ressaltar que não apenas a saúde da mulher está em pauta, mas também todo o processo do desenvolvimento infantil juntamente a ele. O desenvolvimento infantil tem início ainda na concepção e acontece de forma intensa até os 3 anos de vida. Trata-se de uma janela de oportunidade única para investir no desenvolvimento integral e integrado da criança, que inclui: saúde, nutrição, afeto, ambiente seguro, proteção e oportunidades de aprendizagem (UNICEF, 2017).

Estudos apontam que independente da escolaridade e idade materna, do nascimento em hospital de referência para gestação e parto de alto risco e do número de consultas de pré-natal, a cesárea aumentou significativamente o risco de

nascimento pré-termo, foi o fator de risco identificado mais frequente e que apresentou tendência de aumento do começo para o final da década (BALBI, et al. 2015).

A maneira mais precisa de saber se uma criança está pronta para nascer é esperar que ela mesma dê o alerta. Quando o bebê está pronto, o trabalho de parto se inicia espontaneamente e pode resultar em um parto normal, quando tudo corre bem, ou em uma cesariana, caso seja necessária uma intervenção cirúrgica (UNICEF, 2017).

Esperar o trabalho de parto espontâneo é um dos aspectos fundamentais para garantir um parto e um nascimento humanizados – que envolvem desde o pré-natal, passando pelo parto, até o pós-parto. Seja normal ou cirúrgico, o parto deve respeitar as expectativas da mulher e levar em conta as condições de saúde dela e do bebê. O conhecimento dos seus direitos e a realização de um pré-natal de qualidade é fundamental para favorecer a humanização da atenção ao parto e do nascimento (UNICEF, 2017).

Esse trabalho tem como objetivo abordar qual a visão que as mulheres universitárias têm a respeito do parto natural, buscando compreender através de questionários específicos quais suas influências e compreensões sobre o assunto, levando em consideração que estamos falando de uma parcela da população brasileira que tem um maior acesso a informação, orientação e educação, em vista de muitas que não foram oportunizadas a essa mesma realidade e em como esse acesso influência ou não nessa tomada de decisão.

Buscando deixar um legado acadêmico e possibilitando de maneira relevante a busca por conhecimento para a melhor tomada de decisão em relação ao parto. Na busca da conscientização de profissionais humanos para os seres humanos, aonde a decisão adequada seja tomada em conjunto, possibilitando a parturiente, que é a protagonista desse momento, vivenciar e participar de forma ativa o espetáculo natural que dissemina a raça humana, ao qual fez com que cada um de nós estivesse aqui.

A tríplice Fronteira

A tríplice fronteira é composta por municípios que fazem divisa entre si nos estados da Bahia, Espírito Santo e Minas Gerais. Os municípios da Bahia que fazem parte da tríplice fronteira são: Lajedão, Ibirapuã, Nova Viçosa e Mucuri. Os municípios do Espírito Santo que fazem parte da tríplice fronteira são: Pedro Canário, Pinheiros, Montanha, Mucurici, Ponto Belo e Ecoporanga. E os municípios de Minas Gerais que

fazem parte da tríplice fronteira são: Nanuque, Carlos Chagas, Ataléia e Serra dos Aimorés.

O estado de Minas Gerais

Minas Gerais é um estado da região sudeste, que faz divisa com os estados de São Paulo, Goiás, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Bahia e Espírito Santo. Possui uma extensão territorial de 586.520,732 km² de área. Tem uma população estimada, até o ano de 2018, de 21.040.662 (vinte e um milhões, quarenta mil, seiscentos e sessenta e duas) pessoas, porém o número de habitantes registrado pelo último censo em 2010 foi de 19.597.330 (dezenove milhões, quinhentos e noventa e sete mil, trezentos e trinta) pessoas. O IDH (índice de desenvolvimento humano) foi avaliado em 0,731, ocupando o 9º lugar no país. No final do 3º trimestre de 2018 o PIB (produto interno bruto) totalizou um valor de R\$ 155,1 bilhões. (IBGE, 2017).

O município de Nanuque tinha sua extensão habitada pelos índios Nacknenuck, conhecidos por serem ferozes e violentos, desde a época do descobrimento do Brasil era uma área que atraía os olhares portugueses, tendo como principal impedimento os índios que habitavam o local. Os primeiros relatos de habitação dos homens brancos naquela região se deu em 1911, quando herdeiros do engenheiro alemão Jorge David Schieber passaram habitar a fazenda denominada “11 de setembro”, o ano do povoamento que se tem registro foi em 1912, quando um armador chamado João Américo Machado adquiriu daqueles moradores terras para a instalação de uma grande serraria. Com a ocupação do homem branco e a estrada de ferro já existente naquela época, houve um aumento da exploração de madeira. (IBGE, 2017)

Sua formação administrativa se deu pela lei provincial 2829, de 24 de outubro de 1881 e a lei estadual nº 2 de 14 de setembro de 189, denominado como distrito de Santa Clara de Mucuri e subordinado ao município de Teófilo Otoni. No ano de 1902 seu nome passou a ser Aimorés, pela lei municipal nº 228 de 18 de dezembro de 1902 e após isso pela lei estadual o distrito de Aimorés passou a ser denominado como Indiana pela lei estadual nº 843 de 7 de setembro de 1923. Posterior e com respaldo na lei estadual nº 148 e 17 de dezembro de 1938 o distrito de Indiana foi transferido do município de Teófilo Otoni para o município de Carlos Chagas. Pelo decreto-lei estadual de nº 1058 de 31 de dezembro de 1943 o distrito de Indiana passa agora a ser denominado como Nanuque que significa Bugres dos cabelos negros. Foi elevado

a município pela lei nº 336 de 27 de dezembro de 1948 sendo então desmembrado do município de Carlos Chagas. (Garcia. M.P, 2018)

O último levantamento do censo era de que a população de Nanuque possuía 40.834 (Quarenta mil, oitocentos e trinta e quatro) habitantes e sua estimativa populacional para o ano de 2018 seria de 40.839 (Quarenta mil oitocentos e trinta e nove) habitantes. Nanuque conta com uma extensão territorial de 1.517,941 km². Seu PIB (produto interno bruto) é de um valor estimado em R\$ 15.446, 42 (Quinze mil, quatrocentos e quarenta e seis e quarenta e dois centavos) segundo dados do IBGE (2016).

1.1 PROBLEMAS DA PESQUISA

O parto sempre foi cercado de mitos e crenças, tendo sua suposta primeira menção no livro de Gênesis, aonde como castigo pelo pecado cometido a mulher teria acentuada dores de parto. O parto seria, então, a grande provação pela qual devem passar as jovens para comprovar sua condição de mulher. Com isso, o trabalho árduo, os riscos e as dores do processo parturitivo são acentuados (Bezerra, et al. 2006). Sendo assim como a visão da mulher sobre o parto natural influencia a disseminação de cesarianas eletivas, mesmo mediante a muitos mitos e culturas disseminadas ao longo dos anos, o parto natural é comprovadamente mais saudável para o binômio mãe e bebe então o que leva as mulheres a realizarem partos cesarianos quando a prática pelo parto normal traz benefícios muito maiores para as mães e os bebês? Qual tem sido o papel do profissional de saúde em orientar as mulheres sobre as vias de parto existentes a fim de ajuda-las a fazer melhores escolhas?

1.2 JUSTIFICATIVA

O parto é um processo natural para o nascimento e disseminação da humanidade. Ele está relacionado à vida, a família, ao vínculo afetivo e a determinação da existência das próximas gerações. É redundante afirmar que o empoderamento feminino sobre como conduzir sua própria vida, influenciou de uma maneira geral em muitos aspectos da vida como sua formação, vida profissional e independência financeira.

No que tange ao seu estado de saúde, as mulheres em estado gravídico, depositam sua confiança e desejos nas mãos dos profissionais, que em tese possuem o conhecimento técnico científico adequado para conduzi-las ao que seria o melhor para o binômio mãe-bebê em aspectos relacionados ao parto e nascimento. Esse caminho deve ser encontrado com base em uma série de fatores, aos quais, a qualidade de vida da mãe e de seus bebês estejam em primeiro lugar, devendo ser levado em consideração os desejos dessa mãe para o momento em que seu filho virá ao mundo e oferecendo a ela as informações e ferramentas necessárias para essa tomada de decisão.

Com o objetivo de aumentar a gama de esclarecimento sobre o tema proposto, esse trabalho levantará questões que tenham por base a tomada de decisão de cada mulher em relação a via que elas julguem ser a mais adequada para o seu parto, bem como, os fatores que a influenciam para essa escolha. É necessário que o conhecimento adequado esteja dentro da linha de alcance de cada uma, de maneira igualitária. Por maiores que sejam as influências familiares, culturais e sociais, a opinião médica sobre essa escolha ainda pode ser considerada como um fator crucial.

1.3 OBJETIVO GERAL

Avaliação do conhecimento e da preferência das universitárias residentes na tríplice fronteira em relação à escolha e tipo de parto.

1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar através de questionário específico, qual o conhecimento que as mulheres universitárias têm em relação ao parto natural.
- Realizar a distribuição de cartilhas, folders e Banners nas instituições de ensino superior, com orientações sobre o tema.
- Promover conhecimento técnico científico sobre o tema proposto a fim de que as mulheres recebam orientação que as auxilie na tomada de decisão consciente sobre o que desejam para o momento do parto.

1.4 METODOLOGIA

1.4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo de caráter exploratório e descritivo com abordagem quali-quantitativa. Exploratória pela busca do conhecimento de cada mulher entrevistada sobre o assunto e descritiva pela possibilidade de descrever as características e correlacionar as variáveis de dados advindos do conhecimento das mulheres que estudem nas universidades de Vale do Cricaré/ São Mateus- ES e Nanuque/MG de maneira respectivas por comportar estudantes que residem na tríplice fronteira dos estados escolhidos para a abordagem (GIL, 2017). Para a composição desta pesquisa, observou-se Artigos, livros, sites, revistas e dissertações que abordassem temas pertinentes ao que ao assunto abordado

1.4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O estudo será realizado com mulheres que estejam cursando o ensino superior que residam no nordeste de Minas Gérias, Extremo Sul da Bahia, Norte do ES e que estudem na IES (Instituição de ensino superior) FVC (Faculdade Vale do Cricaré) e UNEC (Faculdade de Nanuque), sediadas na cidade de São Mateus- Es e Nanuque-MG.

A pesquisadora escolheu de forma intencional estas IES por serem receptoras de mulheres que residem nos municípios que compõe a tríplice fronteira e por atuar como docente na IES Faculdade Vale do Cricaré (FVC) como docente nas disciplinas que abordam e levantam questões pertinentes ao binômio mãe- bebê, bem como na vivência através das práticas clinicas e estágios supervisionados.

1.4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Serão incluídos na amostra 300 mulheres, divididas em 100 mulheres para cada estado, que estejam cursando o ensino superior nas IES citadas. As entrevistadas devem ser mulheres que residam nos municípios de: Nanuque, Carlos Chagas, Ataléia e Serra dos Aimorés/ MG; Lajedão, Ibirapuã, Nova Viçosa e Mucuri/ BA; Pedro Canário, Ponto Belo, Pinheiros, Mucurici, Montanha, Ecoporanga/ES.

Poderão participar da pesquisa aquelas que possuam interesse assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E serão excluídos da amostra estudantes que não estejam frequentando a IES por qualquer motivo que a impossibilite de responder ao questionário e as que se recusarem a participar do estudo.

1.4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Será utilizado um instrumento com questões objetivas com perguntas diversas referentes ao tema proposto. A participação será voluntária, não envolvendo riscos, uma vez que nenhum procedimento invasivo ou potencialmente lesivo lhe será aplicado. As mulheres poderão se recusar a qualquer momento de participar ou deixar de responder as perguntas que por qualquer motivo não lhe seja conveniente, não acarretando nenhum prejuízo pessoal, tal liberdade será garantida com base na Resolução CNS nº 196/96-IV.3.b.

Quanto ao instrumento metodológico, será utilizado um questionário com perguntas semiestruturadas (APÊNDICE A) para as mulheres, em datas e horários pré-estabelecidos pela direção das IES em questão.

O instrumento será baseado nos assuntos específicos sobre saúde reprodutora da mulher e seus conhecimentos sobre o mesmo, tendo o total de 30 (trinta) perguntas objetivas.

Previamente a coleta de dados, será enviado as direções das IES, uma solicitação para acesso as matriculas das alunas obtendo base do seu local de residência e autorizando a realizar a entrevista dentro da IES em questão dentro de um período de 10 (dez) minutos. Nesse período será realizada a explicação sobre os objetivos da pesquisa, informar os aspectos éticos do estudo e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B), e para orientar o preenchimento correto do instrumento.

Vale ressaltar que os passos desta pesquisa irão obedecer a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1.4.5 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva simples, transferidos para planilhas eletrônicas e tabulados com auxílio do Programa Microsoft Excel 2016. A análise será exibida em frequência absoluta e porcentagens, organizadas em forma de tabela e gráficos, e discutidas de acordo com o tema em questão.

O projeto de pesquisa será encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Vale do Cricaré (FVC).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A FISILOGIA DO NASCIMENTO: DO PARTO AO NASCIMENTO

A concepção de uma vida se dá através da junção do ovulo com o espermatozoide e a continuidade dessa concepção ocorre quando existem condições propícias no ambiente intrauterino que sejam adequadas para a continuidade da vida. A parturição de um novo ser humano representa a essência da transmissão e da continuidade da vida entre as gerações. Pode ser tanto um processo naturalmente fisiológico como profundamente complexo e disfuncional. Por isso é essencial fornecer tudo que é necessário para assegurar que a mãe e o recém-nascido (RN) recebam os cuidados mais seguros e humanizados possíveis. (Martins, et al. 2017).

O trabalho de parto pode ser caracterizado desde o início das contrações até a expulsão do concepto e da placenta, podendo então ser subdividida em fases clínicas do parto que irão do primeiro ao quarto período. No primeiro período ou na fase da dilatação, teremos a abertura gradativa do colo uterino que pode ser caracterizado pela descida do feto pelo canal vaginal, essa descida. Em seu trabalho Martins, junto com seus colaboradores afirmam que os períodos de dilatação e contração são caracterizados como a fase ativa e latente do trabalho de parto, que pode apresentar uma duração variável; o segundo período também conhecido como fase da expulsão é caracterizada pela dilatação total do colo ou seu apagamento, compreendida pela descida da apresentação fetal e sua expulsão, também afirma que esse período pode ser dividido em duas fases que seria a fase inicial ou passiva, aonde possui a dilatação total do colo uterino, mas sem a sensação de puxos e polo cefálico alto na pelve e a fase ativa, com total dilatação do colo, cabeça fetal visível, presença de puxos ou esforços maternos ativos. O terceiro período também chamado de dequitação ou secundamento é o momento em que ocorre a expulsão do concepto e a saída da placenta e de membranas ovulares. O quarto e o último período se dão pela primeira hora após a expulsão da placenta, pode ser considerado um período crítico para a mulher, pois é nesse período que ocorre os maiores riscos de complicações hemorrágicas (Martins, *et al.* 2017).

No Brasil até o ano de 2016, foram registradas 483 mortes maternas que ocorreram no período da gravidez, parto ou puerpério, por questões como essa a

atenção dos profissionais a essas mulheres nesse período deve ser de alerta constante (DATASUS, 2016).

2.2 O PARTO CESARIANO E SEU SURGIMENTO

A cesariana, definida como o nascimento do feto mediante incisão na parede abdominal e uterina (Sérgio, *et al.* 2017). A cesariana era uma prática realizada em parturientes mortas, ocorre desde o ano 700 A.C, a lei romana proibia o funeral de gestantes mortas, sendo por isso necessário realizar a retirada do bebê. Os fetos que então nasciam com vida eram chamados de cessões ou césares (Rezende, 2009). As primeiras referências à retirada do feto pela via abdominal vêm de épocas milenares, cuja história nos chegou pelos relatos da mitologia greco-romana em inscrições nos manuscritos persas e assírios, e nos papiros egípcios. “*Ibiq-iltum*, filho de *Sin-magir*, nascido por cesariana e filho da mulher morta *Atkasim*”. A expressão original em acadiano (língua dos mesopotâmios da época), *silip remin*, pode significar tanto cesariana quanto o uso de um fórcepe. Como o uso do fórcepe só é relatado na Idade Média, presume-se que essa referência seja à cesariana. Esse texto, datado do ano 23 de Hamurabi da Babilônia (1795-1750 a.C), é provavelmente o primeiro relato de uma cesariana feita em mulher morta (Guillemeau, 2010).

A primeira Cesária realizada em uma mulher viva de que se tem conhecimento, aconteceu em 1500 na cidade de Sigershaufen na Suíça, por um homem chamado Jacob Nufer, em sua própria esposa. Ela primípara em um trabalho de parto complicado, aonde foi necessário a atenção de 13 parteiras e nenhuma delas conseguiu realizar o parto de maneira eficiente, Jacob ao perceber que as forças de sua esposa se esvaíam, por consequência do longo trabalho de parto, foi em busca de cirurgiões- barbeiros, que se negaram a realizar o parto da sua esposa, o fazendo assim a apelar para as autoridades para que ele mesmo pudesse fazer algo para que sua esposa e filho fossem salvos, e foi assim que ele colocou sua esposa em uma mesa e com o auxílio de uma navalha fez um corte preciso em seu ventre e retirou a criança de uma só vez, sem causar nenhum tipo de dano a sua esposa, a mesma se recuperou com sucesso e posteriormente teve mais cinco gestações de partos naturais, incluindo uma em que tivera gêmeos (Rezende, 2009).

O primeiro a propor a cesariana com o objetivo de salvar a vida da mãe e do feto foi Francis Rousset. Em 1581, ele estabeleceu as indicações e riscos associados

ao procedimento. Entretanto, as autoridades da época, como François Mauriceau, opunham-se à utilização da cesárea em mulheres vivas, impedindo o crescimento das indicações até o século XVIII (Low, 2009).

Apesar dos relatos de sucesso em alguns casos, somente em 1581, o parto cesariano foi considerado viável através da publicação do livro de Rousset intitulado *Traité nouveau de histerotomia ou enfantement césarien*. Nesse tratado, o autor relata 15 casos operados por diferentes cirurgiões nos 80 anos precedentes. Na maioria dos casos, entretanto, a paciente morria ou de hemorragia ou de sépsis (Rezende, 2006). Em 1610, Trautmann de Wittemburg fez a primeira cesariana tida como verdadeira por alguns historiadores devido à confiabilidade das fontes. Em uma revisão do século XVII, Churchill listou um total de 19 casos, dos quais dois tiveram êxito (Guimaraes, 2008).

De 1700 a 1849 dois eventos influenciaram o manejo do nascimento nesse período: o surgimento dos hospitais e o estudo do mecanismo do parto por médicos que atuavam nesses locais. Um estudo detalhado da pelve de uma paciente com raquitismo foi publicado na Inglaterra por Francis Glisson, sendo seguido pelo estudo de van Deventer (1651-1724) do parto nessas pacientes. Importante também foi a publicação de William Smellie, que descreveu o mecanismo do trabalho de parto em 1752 (Guimaraes, 2008).

Como a taxa de urbanização aumentou rapidamente na Grã-Bretanha, na Europa e nos Estados Unidos, na virada do século XIX para o XX, houve um aumento na necessidade de cesarianas. Cortes na produção agrícola e pouca exposição à luz solar levaram a uma acentuada elevação na taxa de raquitismo entre as crianças da cidade. Nas mulheres, o crescimento ósseo indevido resultou em malformações pélvicas, que tornavam o parto normal difícil. Como resultado do raquitismo e dos avanços na obstetrícia, a taxa de cesariana aumentou acentuadamente (Temkin, 1956).

Na década de 1930, quando o leite, alimento rico em cálcio, tornou-se disponível nas escolas, houve queda na incidência de malformações associadas ao raquitismo. Depois da Segunda Guerra Mundial, de fato, a taxa de cesariana nunca retornou aos níveis baixos registrados antes de raquitismo. Essa doença teve grande importância para o estudo do parto devido às deformações que provoca na pelve, evidenciando condições que dificultam ou até impossibilitam o nascimento (Temkin, 1956). No Brasil, a primeira cesariana foi realizada no Hospital Militar do Recife, em

1817, pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço em uma negra escrava, e que teria sobrevivido (Guimaraes, 2008).

2.3 A FORMAÇÃO SUPERIOR DA MULHER NO BRASIL

A trajetória universitária no Brasil teve seu início com a chegada da família real. As primeiras escolas de ensino superior foram fundadas no Brasil em 1808 neste ano, foram criadas as escolas de Cirurgia e Anatomia em Salvador (hoje Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia), a de Anatomia e Cirurgia, no Rio de Janeiro (atual Faculdade de Medicina da UFRJ) e a Academia da Guarda Marinha, também no Rio. Dois anos após, foi fundada a Academia Real Militar (atual Escola Nacional de Engenharia da UFRJ). Seguiram-se o curso de Agricultura em 1814 e a Real Academia de Pintura e Escultura (Martins, 2002). O processo de educação superior construído no Brasil, progrediu de forma lenta e a inserção da mulher nesse contexto, vivenciou um processo muito mais demorado. A primeira mulher brasileira a possuir um diploma de ensino superior foi Maria Augusta Generoso Estrela, que se graduou em Medicina no ano de 1882, nos Estados Unidos, no entanto, somente em 19 de abril de 1889, D. Pedro II aprovou uma lei que permitia que a mulher pudesse exercer a profissão dentro do Brasil.

Em 1887, Rita Lobato Velho Lopes (1867-1954) se torna a primeira mulher a se graduar no País na Faculdade de Medicina da Bahia, embora tenha iniciado seus estudos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e depois, por motivos familiares, se transferido para a faculdade em que se formou (Motta, D. 2014).

Uma das figuras mais significativas do feminismo e da educação no Brasil do século XX, Bertha Maria Julia Lutz (1894-1976) era filha da enfermeira inglesa Amy Fowler e do cientista e pioneiro da medicina tropical Adolfo Lutz. Tornou-se bióloga, formada pela Sorbonne em 1918, com especialização em anfíbios. É considerada a segunda mulher a ingressar no serviço público federal do País, como pesquisadora do Museu Nacional, no Rio. A primeira teria sido a diplomata Maria José Rabelo Castro Mendes, admitida em 1918 no Itamaraty (Motta, D. 2014).

Em 1929, as mulheres da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino fundaram a União Universitária Feminina, que em 1961 passou a se chamar Associação Brasileira de Mulheres Universitárias. Na década de 1930, a União Universitária Feminina, presidida pela engenheira Carmem Velasco Portinho, teve

papel importante para a inserção e permanência das mulheres nas faculdades. Carmen foi fundadora da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, aos 18 anos, um exemplo de coragem e força, mesmo com tão pouca idade. Ela foi uma das “sufragistas”, isto é, mulheres que lutaram pelo direito ao voto feminino (Motta, D. 2014).

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro instituiu, em 1833, o Curso de Partejas. Marie Josephine Mathilde Durocher (Paris, 06/01/1808 – Rio de Janeiro, 25/12/1893), mais conhecida como Madame Durocher, foi a primeira e única matriculada, formando-se em 1834. Madame Durocher, com competência, construiu uma grande reputação na cidade e, em 60 anos de atividade profissional acompanhou cerca de 5.000 parturientes. Foi à parteira que teve maior reconhecimento e prestígio no século XIX. Em 1866 foi nomeada parteira da Casa Imperial e atendeu a Imperatriz Teresa Cristina, quando deu à luz a Princesa Leopoldina. Atendia, indistintamente, famílias ricas e pobres e também as escravas. Ela foi a primeira mulher a ser admitida, em 1871, como membro titular da Academia Imperial de Medicina, onde apresentou diversas observações sobre a sua prática, sugestões sobre políticas públicas de saúde, pareceres sobre a utilização de medicamentos, participou de comissões e publicou vários textos no periódico da instituição. Uma dessas publicações foi o artigo Considerações sobre a clínica obstétrica, considerado o mais importante estudo sobre a prática obstétrica no Brasil no século XIX (Trindade, et al. 2011).

A inegável luta para melhorias e avanços, com toda certeza vão além do âmbito educacional. Ao observar o tamanho dessas conquistas vivido nos dias atuais, ainda parece surreal imaginar que em meados do século XIV, médicos americanos e europeus afirmavam categoricamente que dos 12 aos 20 anos de idade não era prudente estimular o cérebro feminino a fim de não prejudicar o desenvolvimento do órgão genital e reprodutor da mulher. Tais afirmações trouxeram o paralelo e expunha a linha tênue que existe entre ciência e opressão (Blay, et al. 1991).

Uma pesquisa divulgada no site do governo federal, no ano de 2017, apontou que as mulheres são a maioria nas escolas, universidades e cursos de qualificação. Das mulheres ocupadas com 16 anos ou mais de idade, 18,8% possuíam Ensino Superior completo, enquanto para homens, na mesma categoria, esse percentual é de 11%, apontam dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) de 2014, realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A pesquisa indica ainda que as mulheres são maioria para Ensino Médio completo ou

Superior incompleto: 39,1% das mulheres se enquadram nessa categoria, contra 33,5% dos homens (Brasil, 2017).

Com a entrada dos anos 2000 houve uma importante mudança no cenário feminino, até 1956 o a mulher não tinha uma visão favorável no que dizia respeito ao cenário educacional, não podemos desconsiderar que a disseminação de uma cultura arcaica e extremamente machista, aonde o homem era considerado o centro do lar, revelou lados de mulheres promissoras em relação a buscas de suas ideias. O cenário atual contempla então a mulher com uma maioria no quis diz respeito a ensino educacional superior.

Total de matrículas do sexo masculino em cursos de graduação presencial e a distância no Brasil:

- Instituições privadas: 2.580.480
- Instituições públicas (Federal, estadual e municipal): 986.701
- Total geral de concluintes do sexo feminino no Brasil: 732.837

Total de matrículas do sexo feminino em cursos de graduação presencial e a distância no Brasil:

- Instituições privadas: 3.660.827
- Instituições públicas (Federal, Estadual e municipal): 1.058.655
- Total geral de concluintes do sexo masculino no Brasil: 244.105

2.4 FATORES QUE INFLUENCIAM NA ESCOLHA DO PARTO

A escolha da via de parto ainda tem muito mais haver com fatores externos do que com implicações médicas. Quando abordadas em estado não gravídico se torna algo mais esclarecedor e consciente em relação à escolha do parto, pois não envolvem naquele momento fatores hormonais, a pressão da aproximação do parto e até mesmo o medo do parto. As experiências anteriores das próprias mulheres ou das pessoas próximas, exitosas ou não, acabam servindo como espelho e induzindo a mulher a escolher seu tipo de parto, não levando em consideração que cada mulher e cada gestação é diferente, e aquilo que é indicado para uma futura mãe ou gestação, nem sempre é recomendado para outra (P.C.S, et al. 2014).

A preferência pelo parto natural, que ocorre na grande maioria das mulheres, foi justificada pelo fato de que o mesmo possibilita uma cicatrização e recuperação mais rápida, favorecendo retorno célere às atividades diárias, além das

inconveniências causadas pela cesariana, quais sejam as dores e desconfortos que ocorrem geralmente após o nascimento da criança (P.C.S, et al. 2014).

Sobre o parto Cesáreo, muitas mulheres relatam que dão preferência a essa via, por medo da dor provocada pelo trabalho de parto normal. Quando interrogadas sobre os motivos da preferência pelo parto cesáreo, dadas algumas opções como: conforto e o sofrimento reduzido, maior segurança para o RN, razões estéticas, interferência na vida sexual futura e segurança da mulher, a primeira opção foi citada por 100% das mulheres, sendo que a maior, segurança, a questão estética e a preocupação com a vida sexual (Tedesco, *et al.* 2004).

2.5 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO

A institucionalização do parto se deu em meados do século XVII e XVIII, inicialmente na Europa, chegando ao Brasil em 1808, com a criação das escolas de medicina no Rio de Janeiro e Bahia (Brenes, 1991).

A chegada das escolas de medicina no Brasil, vindas juntamente com a corte portuguesa, introduz o processo de experimentação clínica discursada com o que conhecemos como anato- patológico, como também a introdução da figura masculina, que até então eram a homogeneia em práticas médicas, no saber das práticas obstétricas. Tal prática que inicialmente eram restritas aos lares das famílias, acompanhadas exclusivamente por mulheres, em sua maioria, negras e portuguesas, de menor condição aquisitiva, mas ao qual, eram denominadas como de confiança das senhoras (Brenes, 1991).

Eram consultadas, não apenas para o partear, mas também, em assuntos que diziam respeito a cuidados gerais, que hoje denominamos na nossa sociedade como conhecimento empírico. Com o nascimento e introdução da figura médica na constituição do cenário da parturição, paralelo a eles aumenta-se também as intituladas práticas populares. Tais quais, alguns médicos parteiros, utilizavam de suas técnicas para praticas do aborto. O aborto, foi considerado uma prática que poderia ser realizada por médicos parteiros, quando os mesmos, considerassem que o gestar, fosse tido como um risco para a mulher, a fim de preservar a sua vida (Brenes,1991).

Desde o momento da sua constituição, esta arte centra seus estudos no parto (posteriormente sobre a gravidez) dentro do enfoque biológico, por forte influência da

anatomia patológica. O discurso anatomopatológico permitia a interrupção da gravidez, pelo parteiro (ou médico-parteiro) desde que algum sinal anatômico indicasse risco de vida para a mulher. Podemos apreciar este fato nas falas de médicos (parteiros), onde o aborto é indicado diante de vícios de conformação da bacia congênita ou adquiridos (raquitismo, osteomalácia); hidropisias excessivas de âmnios; deslocação irreduzível do útero; ruptura uterina; hemorragias uterinas rebeldes; aneurisma aórtico; lesões orgânicas do pulmão; hydiopericárdio; hydrotórax; alienação mental; vômitos rebeldes; vícios que diminuem o diâmetro da bacia (Brenes,1991).

Diante do cenário explicitado e introduzido na nossa cultura, é notório como o corpo feminino foi utilizado como objeto de estudo, fato que ocorrera antes mesmo da institucionalização. O uso do fórcepe obstétrico influenciou a aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, pois instaurou o conceito de que é possível comandar o nascimento e que o parto era perigoso, sendo imprescindível a presença de um médico (Nagahama, 2005). O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino. O preço da melhoria das condições do parto foi a sua desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento. Desta forma, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento (Nagahama, 2005).

Um dos nomes que difundiram as práticas obstétricas no Brasil foi Jorge de Rezende. Ele se dedicou a difundir a história da obstetrícia no Brasil, sistematizar e propagar conhecimentos sobre as práticas obstétricas, desenvolver, implantar e aprimorar novas técnicas cirúrgicas, além de inovar as práticas daqueles que empreendiam os cuidados à parturiente.

2.6 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO DURANTE O PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Quando correlacionadas a atuação do enfermeiro no momento do parto, o nome mais enfatizado nos nossos dias é a humanização. A resolução nº223/99

respalda a atuação do enfermeiro quanto ao cuidado da mulher no ciclo gravídico puerperal e que no artigo 3 afirma que cabe ao enfermeiro obstetra:

- a) Assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) Identificação de distócias obstétricas e tomadas de todas as providências necessárias até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe- bebê.

O COFEN ainda afirma que o enfermeiro obstetra possui competência devidamente legalizada para atender a trabalhos de partos e partos eutócicos, em um ambiente hospitalar ou domiciliar, desde que a classificação dessa gestante durante o pré-natal seja de risco habitual. Dando a ele então responsabilidade sobre a gestante, parturiente, puérpera e neonato (COREN, 2016).

O ministério da saúde criou o Programa Humanização do parto: Humanização do pré-natal ao nascimento que assegura o binômio mãe-bebê pautados nos princípios:

- toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura

É necessário compreender que a escolha do parto só pode acontecer quando o pré-natal é devidamente realizado. Assegurando a mulher todos os seus direitos e prestando assim uma atenção humanizada e de qualidade. O ministério da Saúde criou o programa de humanização a fim de assegurar esses direitos (MS, 2002).

Em relação ao adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera deverão ser realizadas as seguintes atividades:

1. Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação.
2. Garantir os seguintes procedimentos:
 - 2.1. Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;

2.2. Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.

2.3. Realização dos seguintes exames laboratoriais:

- a) ABO-Rh, na primeira consulta;
- b) VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
- c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
- d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
- e) HB/Ht, na primeira consulta.

2.4. Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.

2.5. Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

2.6. Realização de atividades educativas.

2.7. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.

2.8. Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. (MS, 2002)

O estudo de Oliveira (2016) evidenciou, através de relatos de enfermeiros obstetras, algumas categorias para o atendimento a parturiente em um trabalho de parto natural. Os relatos são de 6 categorias que devem ser seguidas para esse atendimento sendo:

1. Atividades assistenciais;
2. Educação em saúde;
3. Apoio da direção institucional;
4. Trabalho em equipe multiprofissional;
5. Pouco conhecimento das parturientes em relação ao trabalho de parto;
6. Pouco tempo de assistência a parturiente.

Vale ressaltar que durante o processo de entrevista ao que se diz respeito à categoria de nº2, houve relatos, por parte dos enfermeiros obstetras entrevistados, de

que o pouco conhecimento de determinadas parturientes dificultou o trabalho da equipe. Explicitando que por medo, do parto natural, elas pedem por um parto cesariano, bem como a aumento da dificuldade em relação ao trabalho de parto, quando as mesmas, chegam despreparadas desde o pré-natal. (Oliveira, *et al.* 2016). Deixando aqui evidente como o grau de conhecimento ofertado a essa mulher pode contribuir para o processo de parto e nascimento e conseqüentemente sua via.

2.7 ALEITAMENTO MATERNO X TIPOS DE PARTO

O aleitamento materno é um fator de fundamental importância para a nutrição adequada do recém-nascido, ele é considerado um alimento completo, capaz de oferecer nutrientes e também auxiliar no fator de construção do sistema imunológico do bebê, que ainda está em sua fase de formação. Estudos indicam que o aleitamento materno e o aleitamento materno exclusivo no Brasil se encontram em processo ascendente dentro das últimas 3 décadas (Boccolini. S.C; et al. 2017).

O Brasil é uma das referências mundiais no que diz respeito ao aleitamento materno, dentro dos seus 30 anos de implementação de políticas públicas voltadas a essa área, recebeu o reconhecimento internacional da revista *The Lancet* de que é o país com mais doações de leite materno no mundo, os estudos ainda apontaram que as brasileiras amamentam mais do que as britânicas, americanas e chinesas (Brasil, 2017).

Dentro das inúmeras vantagens para o bebê, o aleitamento materno também oferece vantagens para as mães, pois pode ser considerada relativamente efetiva como método anticoncepcional. Mães que amamentam integralmente podem ficar amenorreicas no pós-parto por cerca de 8 a 12 meses, e enquanto amenorreicas não conceberão (podendo ocorrer falhas de 3% a 10%). (Montenegro, Rezende Filho; 2014).

A fisiologia da lactação pode ser dividida em 3 fases: Mamogênese, lactogênese e lactopoesse. A lactação envolve fenômenos endócrinos e neuroendócrinos emaranhando grande parte dos hormônios que são produzidos pelos seres humanos como prolactina, hormônio do crescimento, cortisol, insulina entre outros. (Ruocco, R. M. S, 2005).

Na mamogênese devemos considerar que abrange a formação da mama desde o início da puberdade e terá seu processo completo no decorrer da gestação. Seu fim

será no climatério. Os estrogênios produzidos pelos ovários, em conjunto com o hormônio do crescimento (GH) e os glicocorticoides, estimulam os crescimentos dos ductos, a proliferação das células, o aumento da papila mamaria e a pigmentação da aureola, bem como o desenvolvimento dos tecidos de suporte. Com a ovulação, a secreção de progesterona pelo corpo lúteo, promove o desenvolvimento lóbulo-acinar.

Ao iniciar a gravidez hormônios ovarianos, placentários, hipofisários, tireoidianos, adrenocorticais e pancreáticos, estimulam intensas modificações teciduais nas mamas. A placenta produzindo estrogênio, progesterona, hormônio lactogênio placentário e hormônio gonadotrófico coriônico (HCG), desempenham um papel fundamental no crescimento mamário que pode ser observado ao longo da gravidez. (Ruocco, R.M.S, 2005).

A lactogênese é o início da produção láctea que não ocorre na gravidez por consequência inibitória da progesterona. Após o parto, ocorre o declínio acentuado dos esteroides ovarianos placentários fazendo com esses efeitos inibitórios desapareçam sobre os receptores PRL, que é constituído com o principal hormônio da lactogênese. A produção láctea adequada pressupõe que a glândula mamaria já esteja pronta e desenvolvida, tornando-se relevante nesse momento à contribuição de outros hormônios como a insulina, corticoides e tireoxina. (Montenegro, Rezende Filho; 2014).

A lactopoesse é mantida após o início da lactogênese mais a sucção do bebe na mama, que chamamos de reflexo neuroendócrino da sucção. Esse reflexo age no eixo hipotalâmico-hipofisário e culmina na liberação da PRL e de ocitocina. A PRL mantém a secreção láctea com a presença de proteínas, caseínas, ácidos graxos e lactose, e a ocitocina age nas células mioepiteliais e musculares situadas, respectivamente ao redor dos ácinos e dos canais intralobulares, determinando a contração deles para que ocorra a ejeção láctea. A solicitação repetida do mamilo, com o esvaziamento continuado dos ácinos, resulta na intensificação da produção de leite. (Montenegro, Rezende Filho; 2014).

Existem poucos estudos que comprovem a responsabilidade direta do parto cessaria a uma maior dificuldade no processo de amamentação, no entanto o ministério da saúde preconiza, através da IHAC (Iniciativa hospital amigo da criança) que o aleitamento materno na primeira hora de vida seja preconizado. Foi comprovado que a cesariana foi responsável por uma alta ocorrência do início tardio da

amamentação, se mostrando então um fator de risco à amamentação no nascimento (Pereira, C.R.V.R, et al; 2013).

O aleitamento materno é melhor promovido em mães que tiveram partos naturais e em hospitais que adotam as medidas do IHAC, para a implementação que preconiza o aleitamento materno na primeira hora de vida. Para as puérperas esse ato faz parte de um momento único e marcante esperado durante todo o período gestacional. O aleitamento na sala parte proporciona o reconhecimento por parte da mãe sobre a importância do parto natural, conhecimento de novas técnicas para amamentação, facilitando a continuidade do aleitamento materno, conhecendo o valor afetivo da amamentação e valorizando a experiência de amamentar logo após o parto (Barbosa. Vania, et al, 2010).

2.8 CONTRATILIDADE UTERINA

A contratilidade uterina é o fenômeno que irá proporcionar condições adequadas durante o trabalho de parto, dilatar o colo do útero e auxiliar o processo de expulsão do conceito, a contração inicia ainda durante a gravidez, no período caracterizado como pré-parto, em torno da 28ª e 32ª semana, se torna evidente durante o trabalho de parto e continuará alguns dias após o puerpério. O registro em gráficos que é chamado de tocometria é utilizado para identificar qualquer tipo de desvio na dinâmica na atividade uterina. Os procedimentos mais utilizados para identificar essas atividades medem a pressão intrauterina chamadas de: amniótica, intramiometrial, placentária e puerperal.

A pressão amniótica registra a contratilidade do útero como um todo; o registro da pressão intramiometrial é obtida através do uso de microbalões inseridos na parede uterina em regiões distintas; O registro da pressão placentária é conhecida através da dinâmica do útero no secundamento, ou seja, no período de expulsão da placenta, através da aferição da pressão sanguínea na veia do cordão umbilical; O registro da pressão intrauterina puerperal é utilizada para medir essa atividade no período do pós-parto, para obter essa mensuração é necessário inserir um balão com 100 ml de água conectado a um manômetro registrador.

Uma das grandes evidências da contratilidade uterina é sua mudança de pressão. Podemos dizer que existe um conjunto de ações que fazem com que essa pressão se modifique, a pressão amniótica é a de maior evidencia no trabalho de parto

e será medida pela intensidade da contração, dentro do período de 10 minutos, isso significa que a atividade uterina é o produto da intensidade das contrações pela frequência tendo como resultado em mmHg/10 min ou em Unidade Montevideu (UM).

Durante a gravidez essa contratilidade tem frequências muito baixas, podem acontecer às contrações chamadas de Braxton- Hicks, ocorre uma média de 2 contrações/h e o tônus uterino permanece entre 3 e 8 mmHg; No pré- parto já após a 30ª semana a tendência é de que essa atividade uterina aumente de forma vagarosa, o tônus se aproxima de 8 mmHg; No parto no momento da dilatação as contrações tem intensidades de 30 mmHg e frequência de 2 a 3/10 minutos e até no final desse período, a intensidade será de 40 mmHg e 4/10 minutos. No período expulsivo atingirá 5/10 minutos e a intensidade estará em 50 mmHg; no secundamento as contrações permanecem com uma intensidade menor, porém de forma ritmada e as 2 ou 3 primeiras contrações irão provocar o descolamento da placenta da parede uterina. Durante o puerpério durará ainda dentro das primeiras 12 horas e de forma ainda imperceptível em relação a dor.

2.9 INDICAÇÕES PARA O PARTO CESÁRIA

Segundo o ministério da saúde caso a gestante apresente algum tipo de problema durante a gestação é necessário que o diagnóstico seja feito de forma precoce e sempre que possível o tratamento do distúrbio que foi identificado, a fim de que a gestação seja mantida até o seu término. Quando a gestação apresenta riscos para a saúde materna ou fetal, é necessária uma análise detalhada do caso, para que haja uma tomada de decisão coerente, levando em consideração quais as possíveis comorbidades que podem acometer o neonato, caso seja necessária uma Cesária com o feto ainda pré-termo para nascimento. A via de parto deve ser compartilhada com a gestante e seu acompanhante antes da tomada final de decisão (Brasil, 2012). Na maioria dos casos as técnicas de indução, quando não contra indicadas podem ser a primeira escolha, para assegurar que o trabalho de parto inicie no tempo mais apropriado para o nascimento, ou seja, mais a termo possível, o que garante uma melhor chance sobrevivência do neonato e sua melhor adaptação no ambiente extrauterino. (Brasil, 2012)

O parto Cesária tem indicações que podem ser classificadas como absolutas e relativas. As principais indicações absolutas são: placenta prévia total e parcial,

placenta acreta, más formações genitais, tumorações prévias, desproporção céfalopélvica com feto vivo; em indicações relativas com causas maternas temos: Cardiopatias específicas, Pneumopatias específicas, Dissecção aórtica, condições associadas a elevação de pressão intracraniana, história de fistula retovaginal. Em causas fetais: Sofrimento fetal, prolapso de cordão, apresentação pélvica ou córmica, gemelaridade com primeiro feto não cefálico, gemelaridade monoamniótica, macrossomia, malformação fetal específica, herpes genital ativo e HIV com carga viral maior que 1000 (mil) cópias. E em causas que seja materno-fetais temos: Cesárea prévia, descolamento prematuro de placenta com feto vivo, placenta prévia marginal ou placenta prévia distante menor que 2 cm do orifício interno do colo. (Montenegro, Rezende Filho; 2014).

Nos casos em que a paciente tenha duas cicatrizes de cesáreas anteriores e/ou contra indicação absoluta ao parto por via vaginal, o parto cesariano é o mais indicado. Já nas situações em que há uma cesárea de urgência a presença das contrações é um importante indicador de que é o momento oportuno para o parto. Cesáreas eletivas precisam ser programadas após a gestante ter completado 39 semanas, confirmadas pela DUM (data da última menstruação) ou pela USG (Ultrassonografia). (Brasil, 2012).

Alguns estudos analisam artigos que discorram sobre a escolha da via de parto, e em ambas as situações foram apontadas vantagens e desvantagens para as duas vias. Vale ressaltar que estudos que abordem contra indicações do parto Cesária ainda são inconclusivos e que ainda temos uma gama não explorada sobre esse método. Mas pesquisas apontam que o parto Cesária, ainda é o menos indicado quando se trata de adaptação do neonato no ambiente extrauterino, tendo como principal intercorrência após o nascimento, dificuldades respiratórias, o que pode acontecer quando neonato ainda não possui seu sistema completamente maduro para se adaptar a esse processo de forma natural, e ainda apresentarem mais casos de mulheres que adquiriram infecção pós-parto, necessitaram de transfusão sanguínea e foram submetidas a histerectomia. O pós-parto pode também ser um fator decisivo para escolha da via. Já que no parto Cesária a mulher necessita de um tempo maior para sua recuperação. (Mascarello, K.C, et al; 2017).

2.10 PARTO HUMANIZADO

A humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões (Brasil, 2004).

A humanização da atenção com enfoque na saúde da mulher vem como consequência de uma construção de políticas voltadas a esse público. Tais políticas começaram a ser pensadas ainda no século XX, entre as décadas de 30 a 70, especificamente na década de 60 foi criado o Programa de saúde materno-infantil (PSMI), época na qual o governo ainda estava sobre o poder do até então presidente Getúlio Vargas. O ministério da saúde e da educação eram conjugados, e sua atenção inicial permeava levantar dados que pudessem expressar quais as necessidades esse público poderia apresentar e tinham caráter puramente curativos. (Brasil, 2018).

Segundo o dicionário Aurélio a palavra humanizar significa: Inspirar, adoçar, suavizar, civilizar, tornar-se humano, compadecer-se. A política nacional de humanização (PHN) visa que humanizar o parto é resgatar o protagonismo da mulher no momento de partear. O programa de humanização parto e nascimento (PHNP) compreende que o parto é um evento complexo e que no decorrer dos anos se constituiu um assunto de cunho médico e institucionalizado, completamente separado da vida familiar e comunitária. (Mônica, B.M, 2010).

A atenção especial ao parto e nascimento é marcada pela excessiva medicalização, métodos de intervenção que se mostram e provam desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pelas práticas abusivas da cesariana. Ainda ocorrem questões como o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito a sua anatomia. Situações como essa contribuem para o aumento dos riscos maternos e perinatais (Brasil,2004).

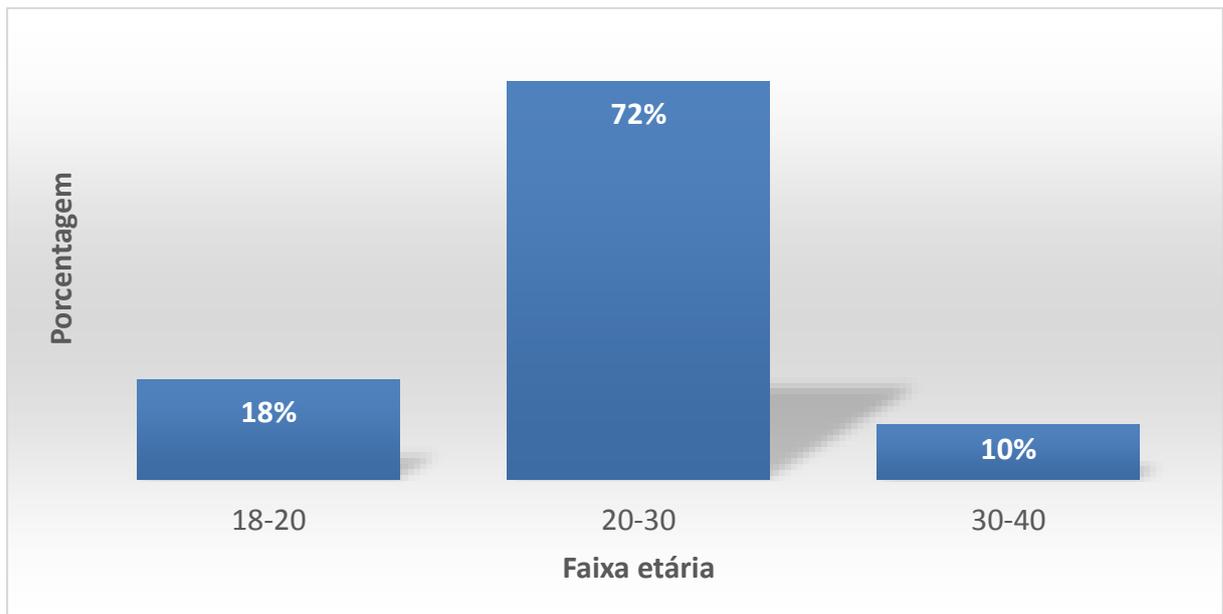
A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal, parto e nascimento (PHPN) são de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério as gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como

condição para adequado acompanhamento do parto e do puerpério. (Mônica, B.M, 2010).

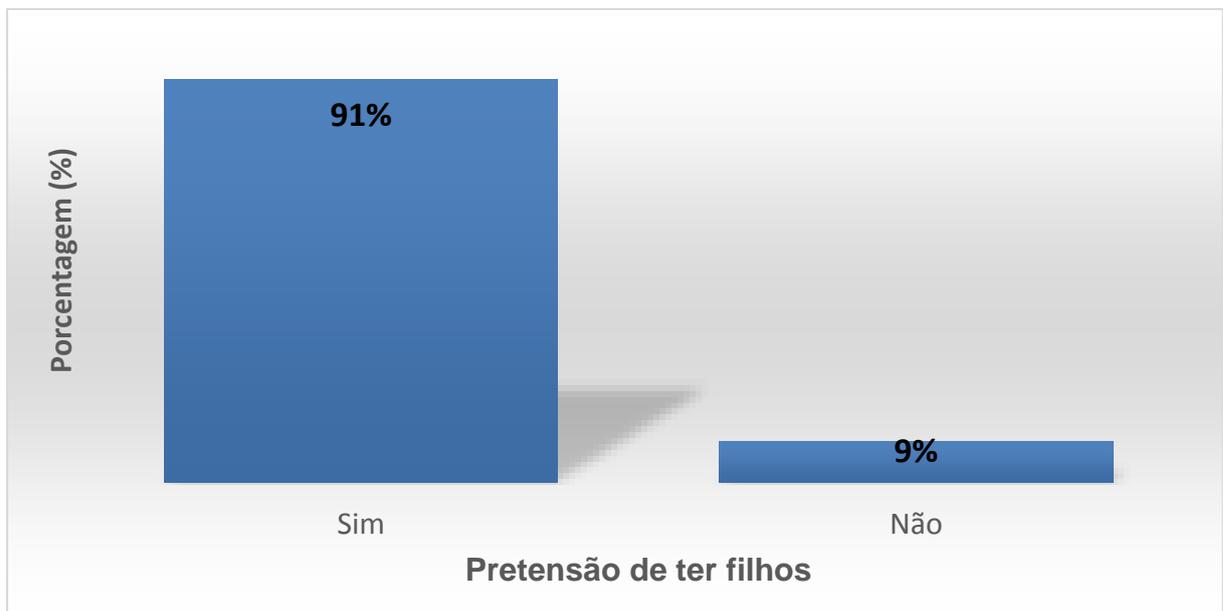
A lei que assegura o PHPN foi instituída pelo ministério da saúde através da portaria/GM nº 569 de 01/06/2000 tendo como bases prioritárias: concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, adotar medidas que assegurem melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção dispensadas a mulher durante o pré- natal, parto e puerpério e ao neonato; Ampliar ações que já foram adotadas pelo ministério da saúde que tenham como foco o cuidado a gestante, investindo nas redes estaduais de assistência a gestação de alto risco incrementando também o custeio em procedimentos específicos e ações como, maternidade segura, projeto de capacitação de parteiras tradicionais e também a capacitação dos profissionais que estejam ligados de forma direta a esta área de atenção, bem como, o investimento em unidades hospitalares que estejam ligadas a essa rede. (Brasil, 2002).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste trabalho apresentaremos o resultado de 34 perguntas contidas em um questionário semiestruturado aplicado para 50 mulheres da cidade de Nanuque-MG. Em relação às mulheres entrevistadas 72% tinha idade entre 20-30 anos (FIGURA 1-A), sendo que 86% não possuíam filhos, entre as mulheres que não possuem filhos 91% (FIGURA 1-B) pretendem ter.



(FIGURA 1 – A)

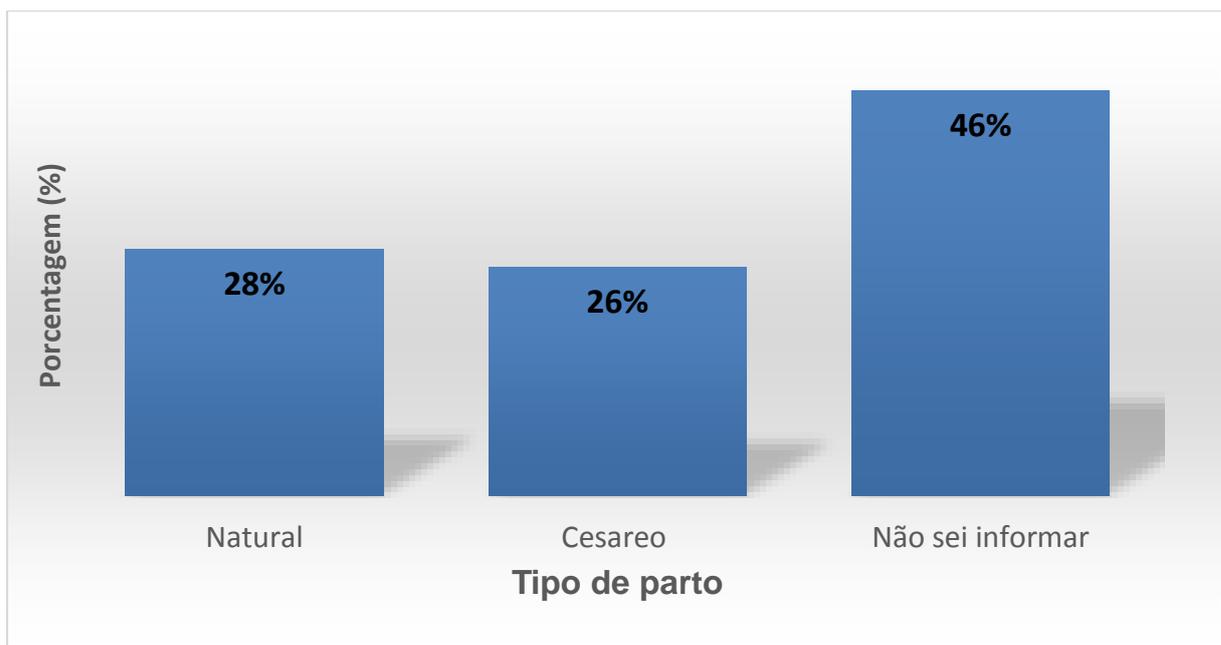


(FIGURA 1 – B)

Entre as mulheres com filhos 10% foram de parto cesáreo e 4% natural. Em relação à instrução quanto ao parto natural durante o pré-natal, 8% das mulheres com filhos disseram ter sido bem instruídas sobre e 6% não.

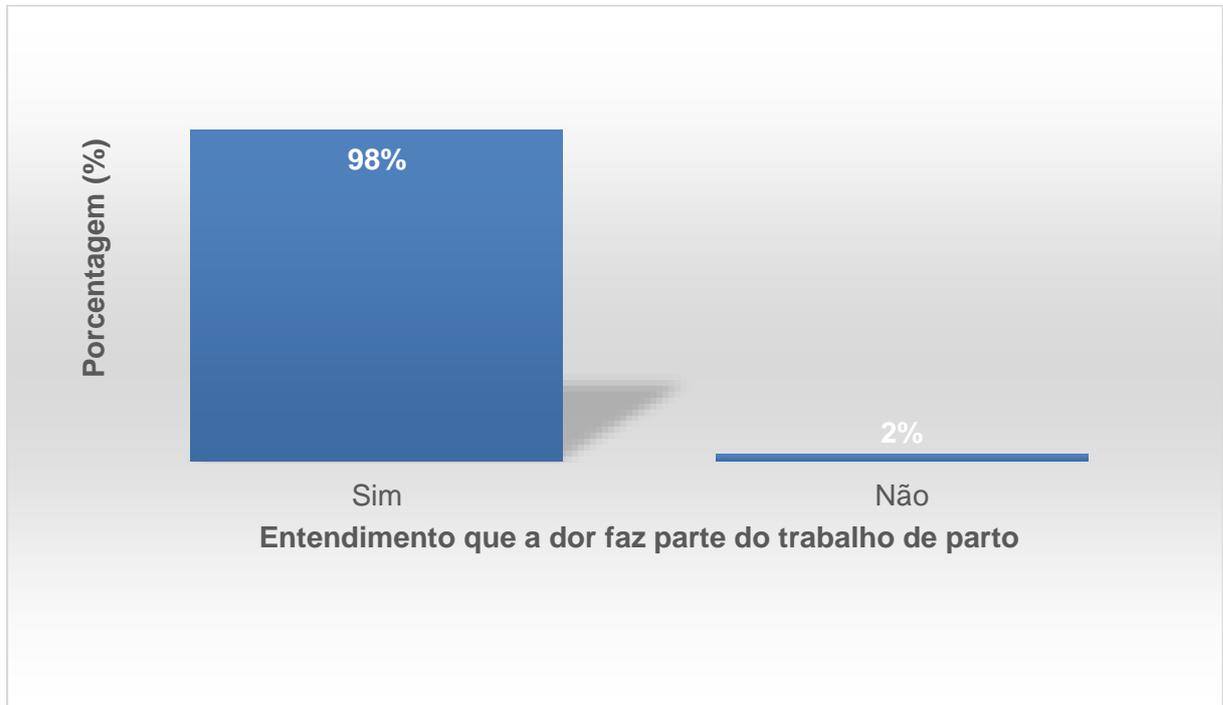
Como nesse e em outros estudos, a maioria das mulheres que tenham vivenciado a cesárea, possuem sua preferência pelo parto normal, juntamente com o desejo, a expectativa de vivenciá-lo e o incentivo dos familiares, ao aconselhar o parto normal como a melhor alternativa, por ter associações sentimentais como momentos lindo, maravilhoso, gratificante, algo mágico, encantado, cheio de prazer e alegria (VELHO, M. B. 2014). Mas é interessante relatar que há alguns anos já tem sido demonstrado alguns níveis de discriminação, educacional e racial, na esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérperas, como no Município do Rio de Janeiro. Porém essa percepção em relação à qualidade da atenção recebida entre as menos instruídas, em maior parte as pardas e pretas, tendo uma percepção de desigualdade do tratamento oferecido pelos serviços de saúde para os grupos populacionais mais desfavorecidos socialmente, acrescidos de uma distinção negativa para as mulheres de pele escura (LEAL, M. C., 2005).

A preferência em relação ao parto, 38% preferem o parto natural e 26% cesáreo, sendo que o maior percentual, 46%, não sabem informar preferência (FIGURA 2.A).

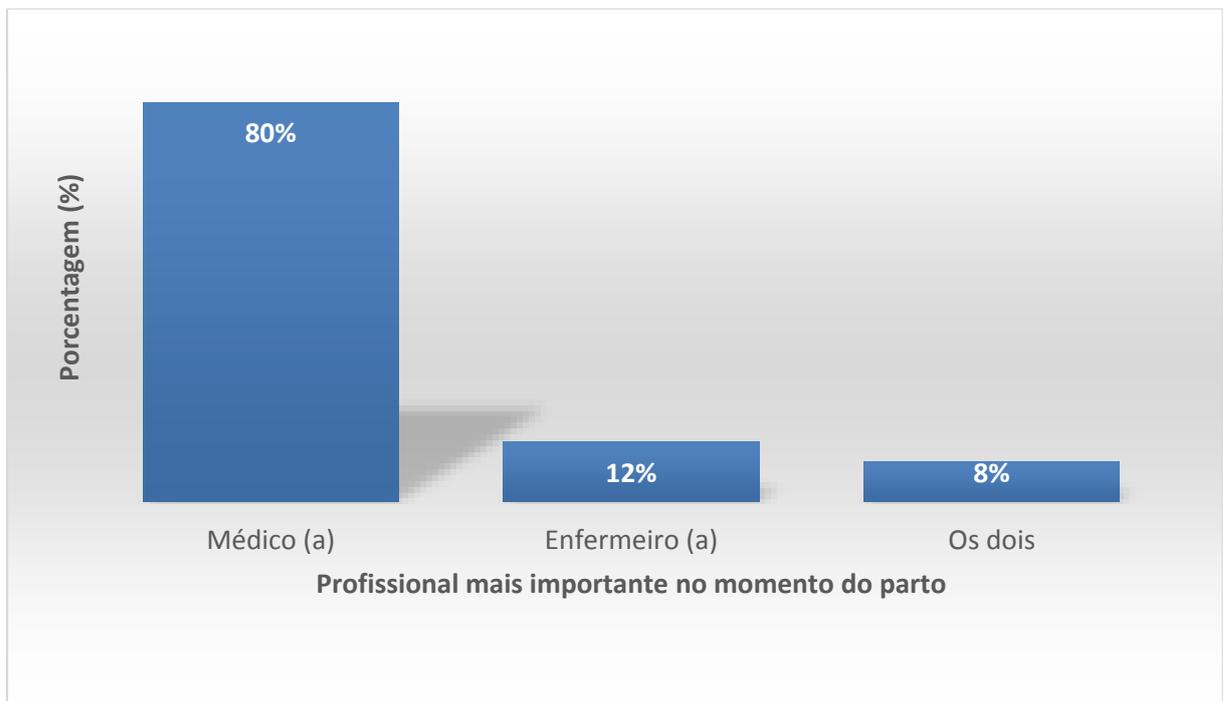


(FIGURA 2 – A)

98% das entrevistadas disseram saber que a dor faz parte do processo de trabalho de parto (FIGURA 1-C) e que o médico (80%) é o profissional mais importante no momento do parto (FIGURA 2-C).

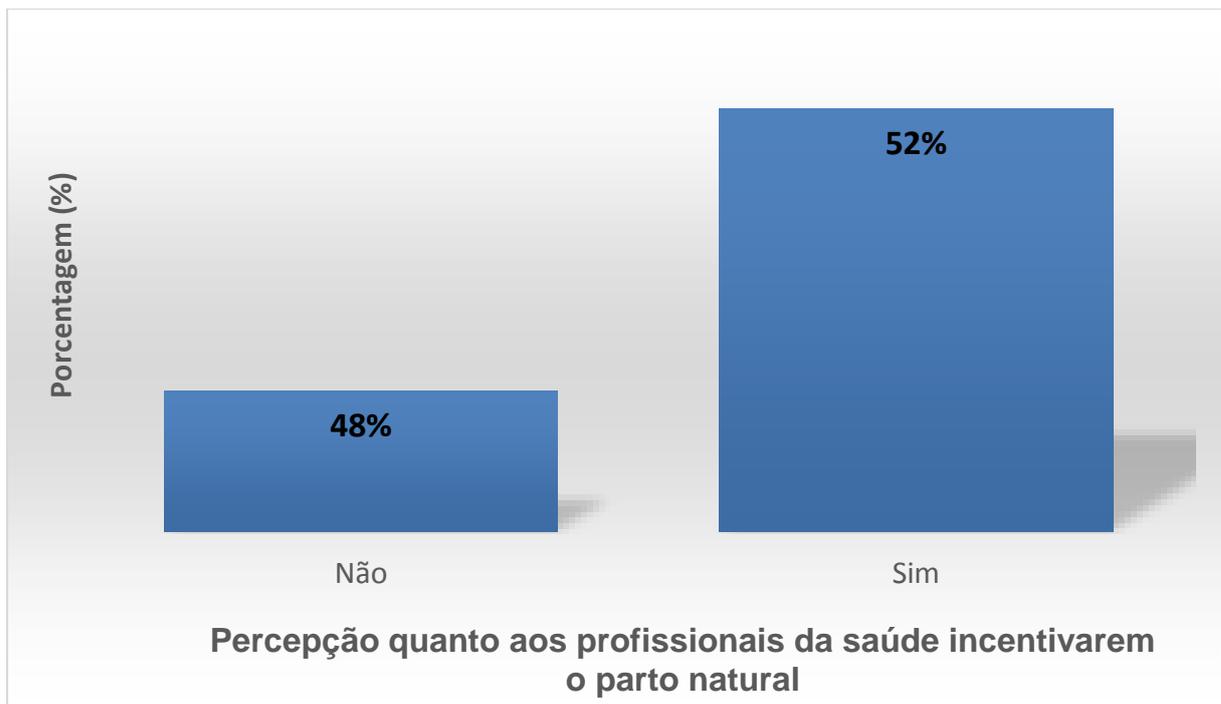


(FIGURA 1 – C)



(FIGURA 2 – C)

O parto natural foi relatado com mais incentivado pelos profissionais de saúde 52% (FIGURA 1-E). Porém existem relatos que as gestantes que as informações perpassadas no pré-natal não eram satisfatórias, o não recebem informação sobre vias de parto durante a consulta, as que receberam disseram que isso se deu de forma imprecisa e insuficiente COSTA, S.P, 2014).

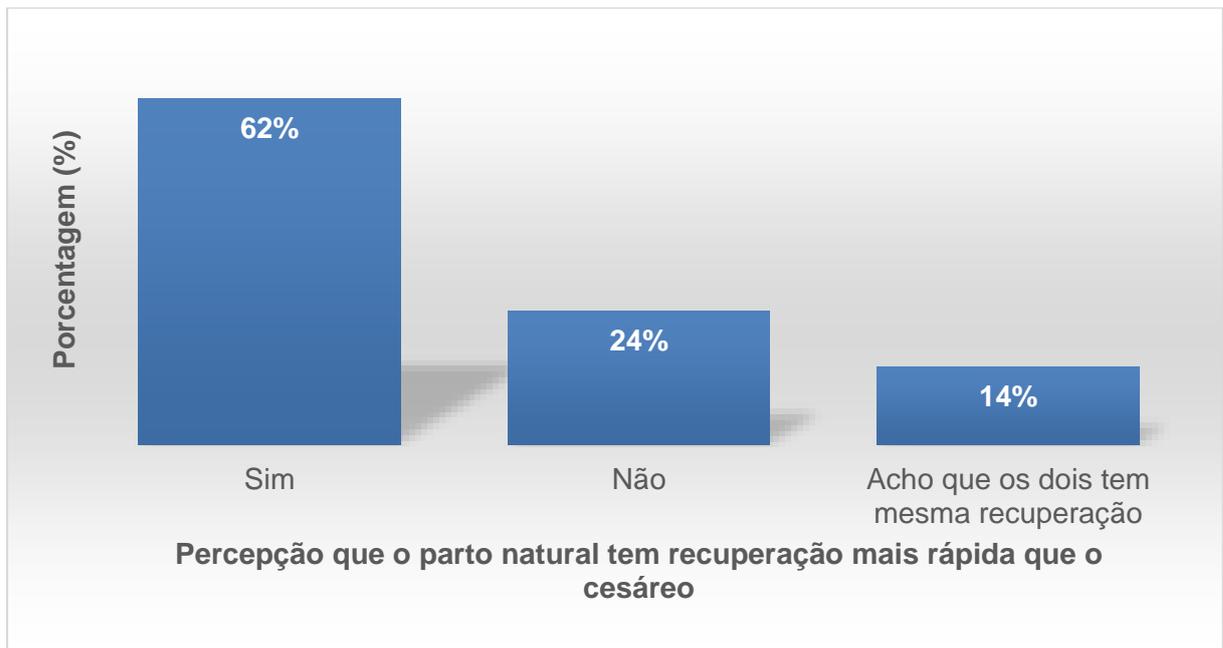


(FIGURA 1 – E)

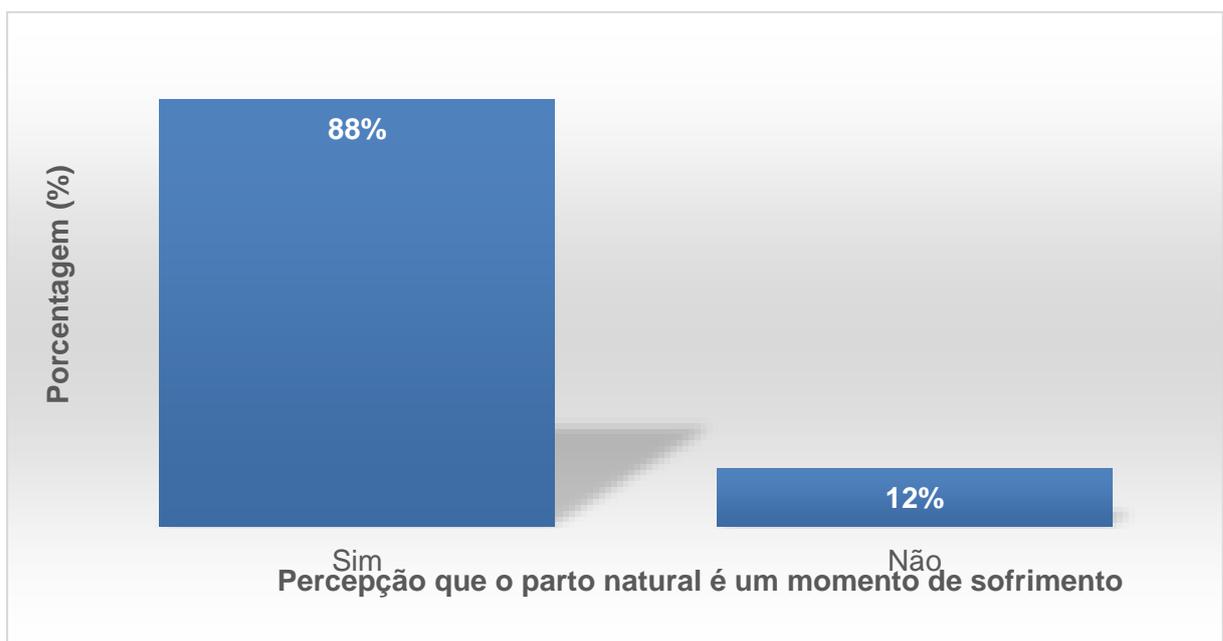
As experiências anteriores das próprias mulheres ou das pessoas próximas naturalmente servem como espelho e induz a mulher a escolher seu tipo de parto, não levando em consideração que cada mulher e cada gestação é diferente, e aquilo que é indicado para uma futura mãe ou gestação, sendo que a participação dos familiares, especialmente da mãe da gestante nesse processo, influenciando a partir de suas vivências e experiências com o parto, adicionalmente há influência das amigas, da mídia e dos profissionais de saúde COSTA, S.P, 2014). As entrevistadas relataram que ficam ansiosas com o tipo de parto (96%) e que não sabiam da possibilidade da realização do parto natural no interior na residência com segurança (58%). 68% das entrevistadas disseram que a mãe teve parto(s) natural e 78% acreditam que o tipo de parto da mãe não influenciará na sua escolha de tipo de parto.

Em relação à recuperação do parto natural 62% acreditam possuir uma recuperação mais rápida (FIGURA 2-C) e 88% acreditam ser um momento de

sofrimento (FIGURA 1-D), mas com menor risco para a mulher (42%). É caracterizado como um momento de mistura de sensações, sendo uma dor leve, são fisgadinhas de dor, uma dor que esquenta e se intensifica somente nos momentos finais, mas que para alguns, são controláveis, e vem acompanhada de um sentimento de paz, de alívio; o corpo relaxa, não restam forças para mais nada, uma dor esquecida, não há mais lembranças da dor (VELHO, M. B. 2014).



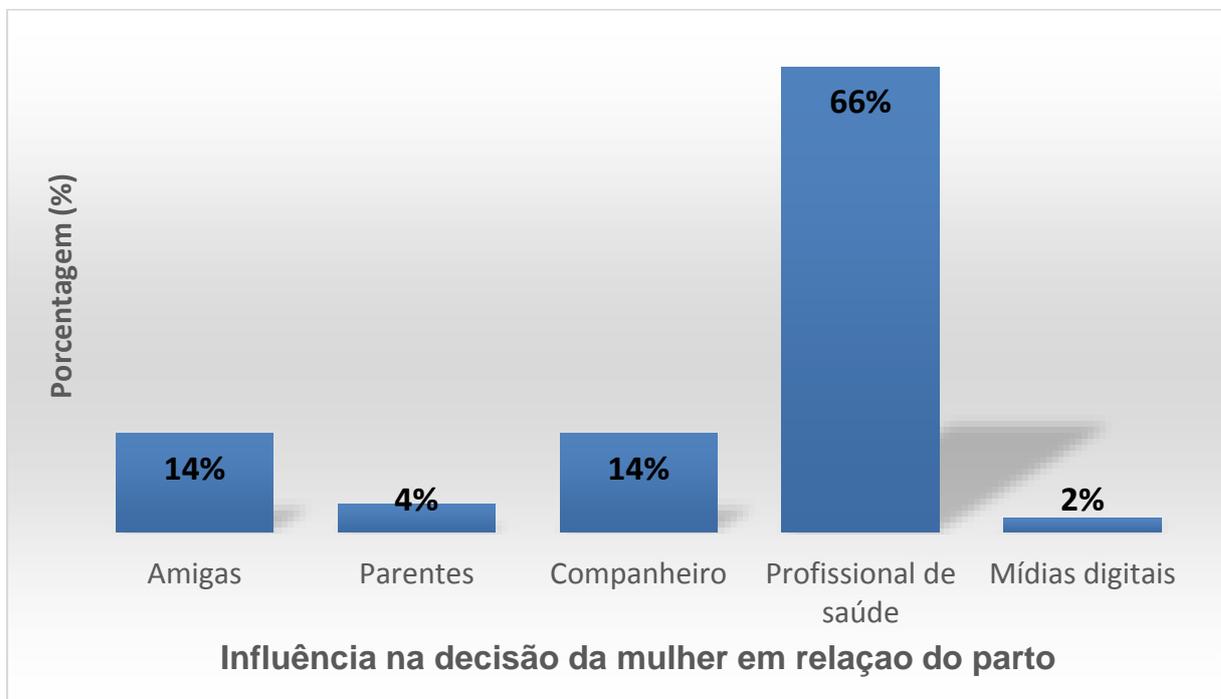
(FIGURA 2 – C)



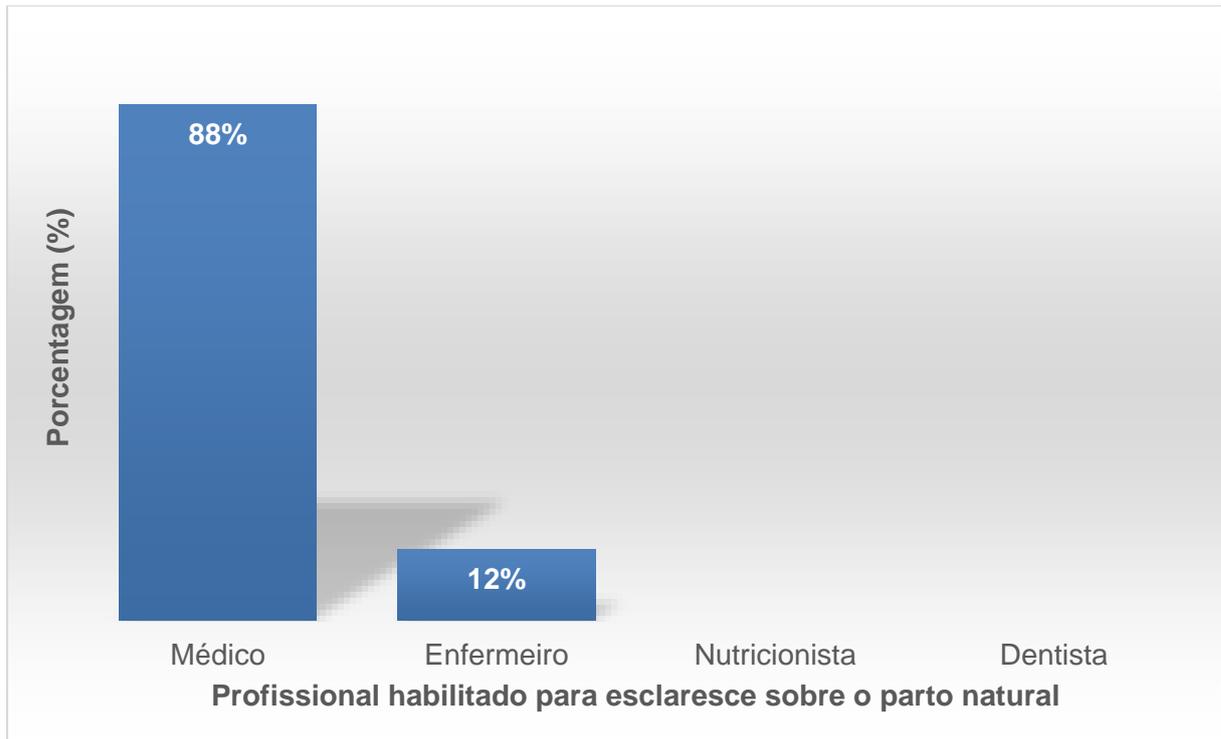
(FIGURA 1 – D)

Em relação ao período de educação sexual nas escolas, 82% relatam ser um assunto pouco, ou não, citado. Adicionalmente as pessoas falam bem do parto normal (76%) e 98% acham que os enfermeiros tratam bem as mulheres no momento do trabalho de parto. Resultados similares ao de JUNIOR, T. L, 2013, que relatou que 54% acreditam que é melhor que o profissional da saúde escolha o tipo de parto e 49,4% relataram que as gestantes obtêm informações por intermédio de profissionais de saúde (27%), por familiares, amigos ou televisão (23,6%), por médicos e 75,3% negaram influência do médico obstetra que as acompanhava.

A decisão acerca da via de parto é influenciada por diversos fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras (COSTA, S.P, 2014). Dentre as entrevistadas que possuem companheiro (24%), 18% relatam que o companheiro não opina sobre o tipo de parto e que quem mais influência na decisão do tipo de parto é o profissional da saúde 66% (FIGURA 2-E), sendo que o médico é considerado o profissional mais habilitado para esclarecer sobre o parto natural 88% (FIGURA 2-D), e o profissional com mais segurança na passagem da informação sobre o tipo de parto (94%).



(FIGURA 2 – E)



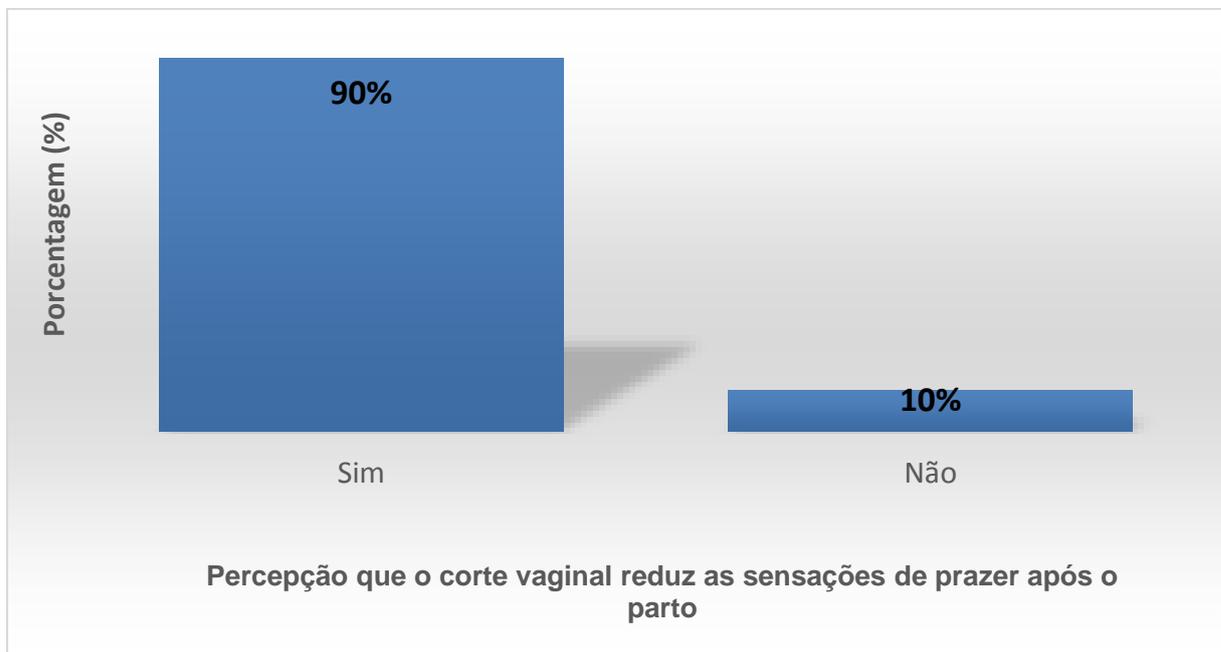
(FIGURA 2 – D)

Fatores esses que influem na expectativa das mulheres a respeito da escolha do tipo de parto tem relação com o conhecimento das mesmas sobre o assunto e as informações que são tratadas pelos profissionais da área de saúde e essa decisão se deve a maior aproximação dela com o profissional, garantindo uma atenção integral e de qualidade à mulher, esclarecendo suas dúvidas e anseios no que se diz respeito aos aspectos da gestação, parto e puerpério (COSTA, S.P, 2014).

O parto natural tem sido considerado o parto que oferece mais risco para o bebê (44%), e 84% acreditam que o parto pode interferir no estado de saúde do bebê, por isso a cesárea tem sido uma alternativa para quando ocorrer complicações durante a gravidez ou parto natural, gerando algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, sem levar em conta a decisão das gestantes (JUNIOR, T. L, 2013). Dentre as mulheres que optaram pelo parto natural 93% preferem realiza-lo no hospital e que não se sentiriam felizes com a presença dos pais e filhos nesse momento (93%). A literatura relata que o vivenciar da parturição sozinha versus auxílio/apoio no momento do nascimento, foi identificado pela ausência de um acompanhante da rede de apoio da mulher, descrito em alguns momentos como uma opção, em outros pela indisponibilidade familiar ou impedimento institucional, mas que a presença de um acompanhante, podendo ser um familiar ou companheiro, para propiciar tranquilidade

e calma, simplesmente estar ao lado, fornece carinho, atenção e controlar a ansiedade (VELHO, M. B. 2014)

A ocorrência de episiotomia foi relatada por BARACHO, S. M. *et al*, 2009 como 11% dos casos, sendo 18% em partos horizontais e 2,5% em partos verticais, com maior frequência na posição de decúbito dorsal (88,2%). Em relação à Episiotomia ou corte vaginal realizado no parto natural, 66% desconhecem o procedimento, em relação a esse procedimento 88% acreditam não interferir nas sensações de prazer do companheiro, porém 90% acredita reduzir às sensações de prazer da mulher após o parto (FIGURA 1 – H)



(FIGURA 1 – H)

O parto natural traz algumas vantagens, tanto para a mãe quanto para o bebê, incluindo recuperação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, menor risco de infecção e de hemorragia (JUNIOR, T. L, 2013). Para 94% das entrevistadas o parto natural é a melhor opção para pessoas de baixa renda, e 98% acreditam ser um tipo de parto que invade muito a privacidade da mulher (FIGURA 2 – F), por isso 98% gostaria que o profissional presente no parto fosse do gênero feminino.



(FIGURA 2 – F)

Figura 1: Respostas do questionário semiestruturado em relação à percepção de questões relacionadas ao parto (N=50).

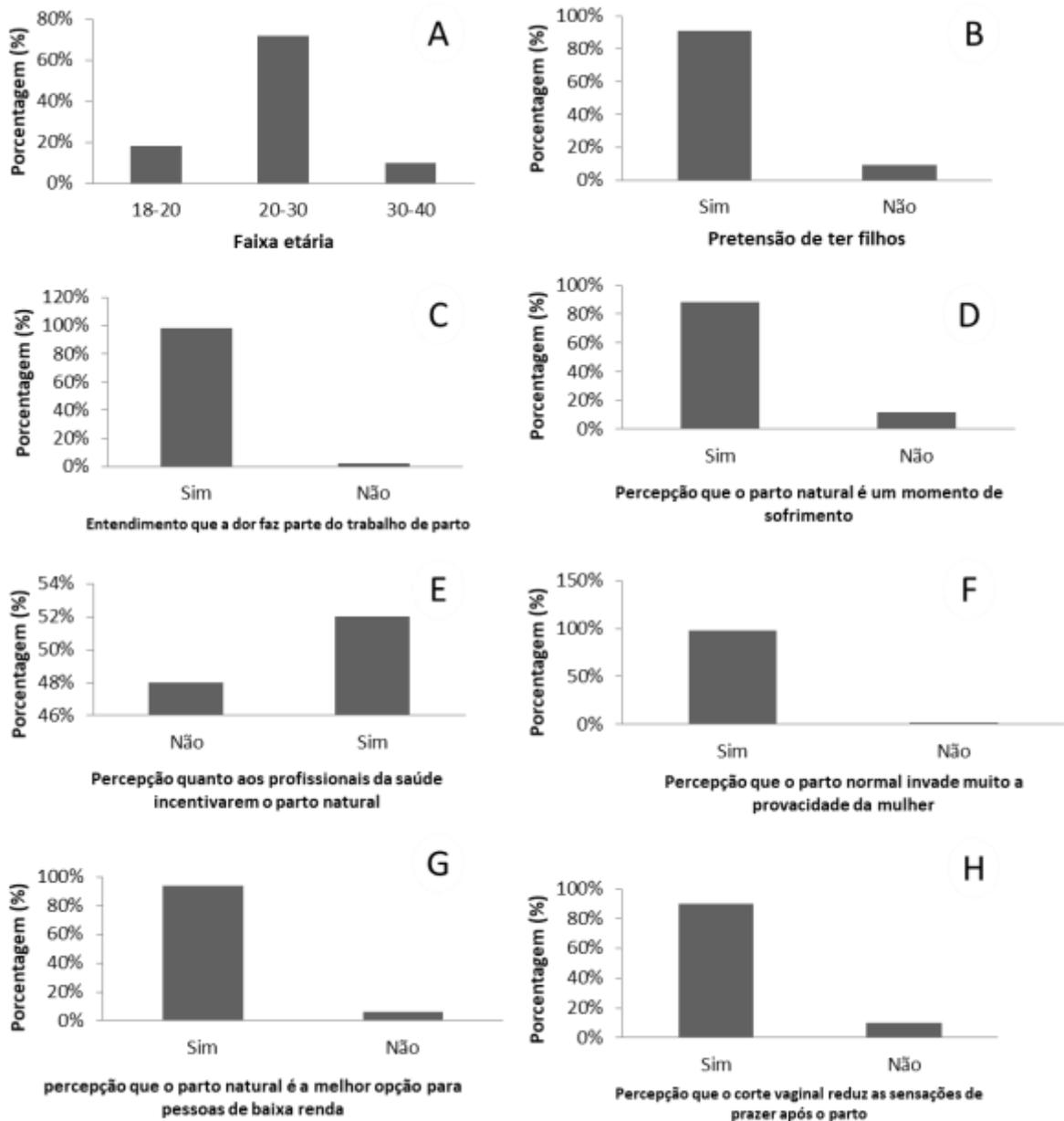
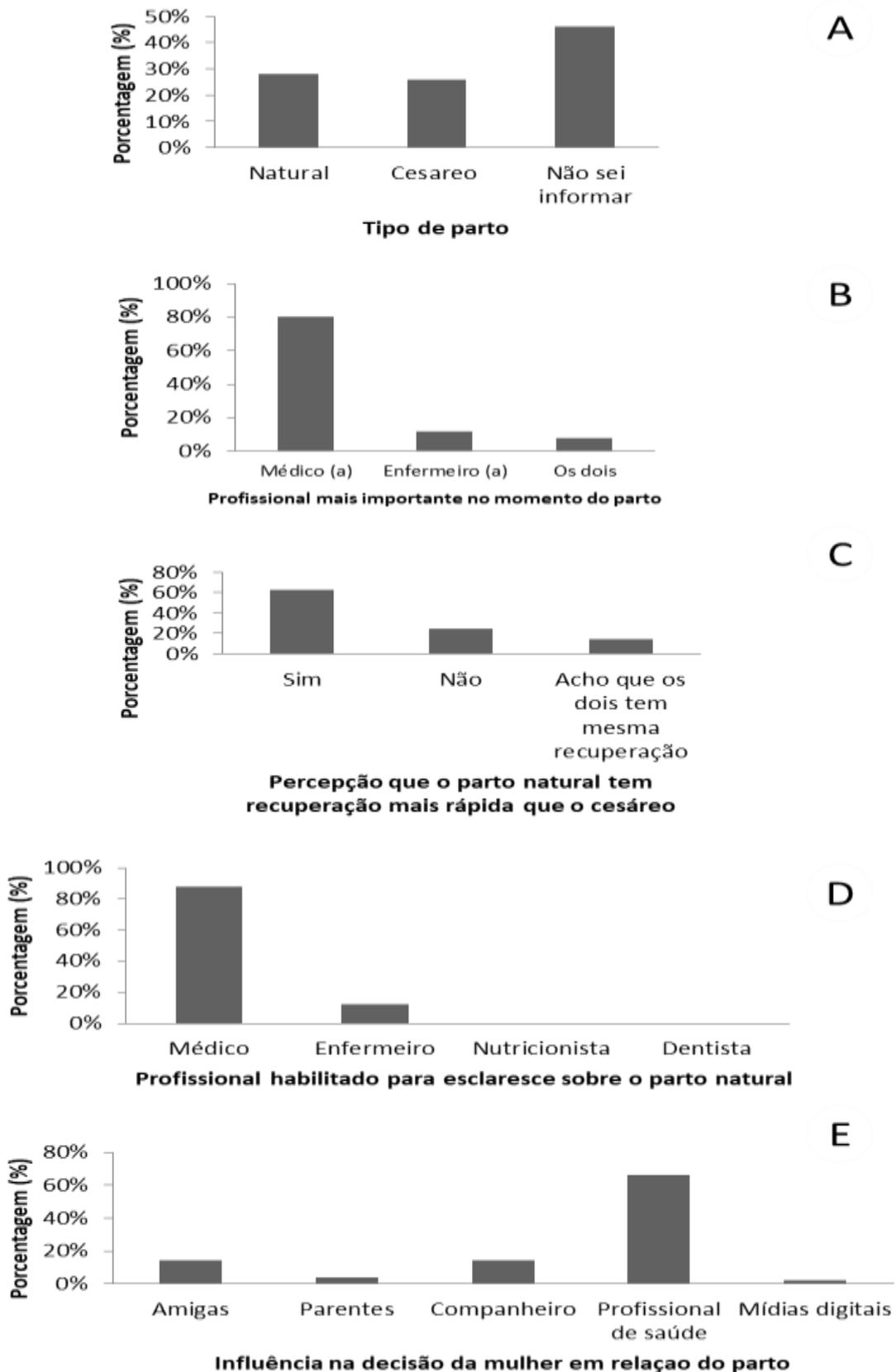


Figura 2: Respostas do questionário semiestruturado em relação à percepção de questões relacionadas ao parto (N=50).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitem concluir que as gestantes apesar de terem tido filhos por parto cesáreo, possuem preferência pelo parto normal, visto que é o mais incentivado, considerado mais fisiológico, fácil recuperação, com menor risco para mãe e bebê, quando realizado no hospital sob supervisão do médico e enfermeiro que as orientaram.

As entrevistadas relataram que a decisão do tipo de parto é pessoal sem interferências, familiares e companheiro, e que existe uma falha em relação as instruções de orientação sexual, ainda muita timidez em relação ao parto normal por se sentirem expostas e sem privacidade nesse momento, preferindo assim médicas, para minimizar esses quesitos.

Esses resultados confirmam o conhecimento contido na literatura de enfermagem, que os profissionais são bem quistos pelos pacientes, por se sentirem seguros nesse intenso período gestacional, no vínculo realizado nas consultas pré-natais, incluindo orientações e atendimentos, para que a gestação seja na vida das mulheres e de suas famílias um momento impar.

Outros estudos serão necessários para elucidar os fatores que influenciam na escolha da via de parto, desde o fortalecimento da autonomia das gestantes, o papel dos médicos obstetras, enfermeiros e a participação das instituições assistenciais.

REFERÊNCIAS

American Heart Association 2015. Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>. Acesso em: 15/10/2018.

ARAÚJO, L.P; SILVA, A.L; MARINELLI, N.P et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o protocolo Ressuscitação cardiopulmonar no setor de emergência de um Hospital público. Revista Univap. ISSN: 2237-1753. São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, p. 66-78, dez, 2012

Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida; Célia Regina Vianna Rossi Pereira, Vânia de Matos Fonseca, Maria Inês Couto de Oliveira, Ivis Emilia de Oliveira Souza Rosane Reis de Mello, 2013, <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200026>

Barbosa, Vania; Orlandi, Fabiana de Souza; Dupas, Giselle; Beretta, Maria Isabel Ruiz; Fabbro, Márcia Regina Cangiani. Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puérpera / Breastfeeding in the delivery room: the puerperal experience / Amamentamiento materno en la sala de parto: la experiencia de la puérpera. Ciênc. cuid. saúde;9(2):366-373, abr.-jun. 2010.

BARACHO, Sabrina Mattos et al . Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. Rev. Bras. Saude Mater.

BLAY, E.A.; CONCEIÇÃO, C.R.R.; A mulher como tema nas disciplinas da USP. Cadernos de Pesquisa, nº 76, fev. Pag 50 : ano 1991 Publicado em: 28/08/2014 Pesquisa analisa a trajetória de inserção das mulheres no ensino superior Débora Motta <http://www.faperj.br/?id=2748.2.6> e pagina 52 Infant., Recife , v. 9, n. 4, p. 409-414, Dec. 2009

BEZERRA, MGA. CARDOSO, M.V.L.M.L; FATORES CULTURAIS QUE INTERFEREM NAS EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO; Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):414-21

BRENES, A.C; Cadernos de Saúde Pública Print version ISSN 0102-311XOnline version ISSN 1678-4464 Cad. Saúde Pública vol.7 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 1991. História da parturição no Brasil, século XIX.

Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise, Keila Cristina Mascarello, Bernardo Lessa Horta, Mariângela Freitas Silveira, Revista de saúde pública, pagina 10, <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>. 2017;51:105

COSTA, Susanne Pinheiro et al. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

GORDON, HL. Sir James Young Simpson and chloroform. New York: Longmans, Green and Co. 1898

GUILLEMEAU, J. Childbirth or the happy delivery of women. London: A Hartfield, 161.

Humanização do parto política pública, comportamento organizacional e ethos profissional Mônica Bara Maia; MAIA, MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. ISBN 978-85-7541-328-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

JUNIOR, Teodoro Leguizamon; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. Revista Bioética, v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013.

Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas; Cristiano Siqueira Boccolinil, Patricia de Moraes Mello Boccolinill, Fernanda Ramos MonteiroIII, Sonia Isoyama VenâncioIV, Elsa Regina Justo GiuglianiIV; revista de saúde pública; 2017, pag 04;

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Revista de saúde pública, v. 39, p. 100-107, 2005.

LOW, J. Caesarean section-past and present. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(12): 1131-6.

MARTINS, A.C.P; Acta Cir. Bras. vol.17 suppl.3 São Paulo 2002 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502002000900001> Ensino superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Ministério da Saúde; PROGRAMA HUMANIZAÇÃO DO PARTO, HUMANIZAÇÃO NO PRÉ NATAL E NASCIMENTO, Brasília DF, 2002, pag 06, 07. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

NAKANO, A.R; BONAN, C.; TEIXEIRA L.A; O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras /The labor of obstetricians: thinking styles and the normalization of “cesarean birth” among obstetricians

OLIVEIRA, J.D.G, CAMPO, T.N.C; SOUZA, F.M.L.C; DALVIM, R.M.B;DANTAS, J.C.; Revista de enfermagem UFPE; PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS OBSTETRAS NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE OBSTETRIC NURSES’ PERCEPTION IN ASSISTANCE TO THE PARTURIENT PERCEPCIÓN DE ENFERMEROS OSTETRAS EN LA ASISTENCIA A LA ASISTENCIA;; ISSN: 1981-8963; Recife, Outubro; 2016.

PARENTE, RCM. FILHO, OBM. FILHO, JR. BOTTINO, NG. PIRAGIBE, P. LIMA, DT. GOMES, DO. A história do nascimento (parte 1): cesariana;

P.C.S et al,Parto Normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante, pag 05, REUFMS, 2014).

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes, Brasil, 2004, pag 29, 60,

Política nacional de atenção integral a saúde da criança, Ministério da Saúde, 2018, página 15.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS Programa de Pós-Graduação em Geografia Tratamento da Informação Espacial; Priscila Garcia Marques; NANUQUE/MG: SEU PAPEL E POSIÇÃO HIERÁRQUICA NA REGIÃO DE TRÍPLICE FRONTEIRA (MG, BA, ES) NOANO DE 2010; Belo Horizonte 2018.

REZENDE, J. Operação Cesariana. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Sewell JE. Cesarean Section: a brief history. The American College of Obstetricians and Gynecologists in cooperation with the National Library of Medicine. 1993.

RISCADO, L.C; JANNOTTI, C; BARBOSA, R.H.S; A DECISÃO PELA VIA DE PARTO NO BRASIL: TEMAS E TENDÊNCIAS NA PRODUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA pág. 2; 2016; <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>.

Sociedade Brasileira da História da Medicina; São Paulo: 1997. Guimarães M, 1808: Um pernambucano na Corte. Atualizado em fevereiro, 2008. Disponível em: <http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=156>

TEDESCO, RP. MAIA FILHO, NL. MATHIAS, L. BENEZ, AL. CASTRO, VCL. BOURROUL, GM. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;26(10):791-8.

TEMKIN, O (trans). Soranus. Gynaecology. Baltimore, MD: The Johns Hopkins Press, 1956.

VELHO, Manuela Beatriz; DOS SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino; COLLAÇO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.

<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2016/03/brasil-e-lider-mundial-em-doacao-de-leite-materno> Maternal and child health in Brazil: progress and challenges; Prof Cesar G Victora, MD ,Estela ML Aquino, MD ;Prof Maria do Carmo Leal, MD , Prof Carlos Augusto Monteiro, Prof Fernando C Barros, Prof Celia L Szwarcwald; Published:May 09, 2011DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4); Series|Health in Brazil| Volume 377, ISSUE 9780, P1863-1876, May 28, 2011

<https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. SINASC.

UNITED NATIONS. World population prospects: the 2004 revision. Department of Economic and Social Affairs. New York, 2005. http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_finalrevised.pdf Acesso em: 10 de julho de 2013.

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>

<http://fjp.mg.gov.br/index.php/docman/direi-2018/889-indicadores-fjp-n-16-pib-trimestral-de-minas-gerais-3o-trimestre-2018site/file>

http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/TratInfEspacial_MarquesPG_1.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Nº entrevista: _____

Data: ____/____/____.

1. Qual a sua idade?

- de 18 a 20
 de 20 a 30
 de 30 a 40

2. Tem filho (s)?

- Sim
 Não

3. Qual foi o seu tipo de parto?

- Natural
 Cesário
 Os dois.
 Não se aplica

4. Qual tipo de parto você tem preferência?

- Natural
 Cesáreo.
 Não sei informar

5. Você foi bem instruída sobre o parto natural no período do pré-natal?

- Sim
 Não.
 Não se aplica

6. Você entende que a dor, faz parte do processo do trabalho de parto?

- Sim
 Não

7. Qual sua escolaridade?

- Fundamental incompleto
 Fundamental
 Médio incompleto
 Médio
 Superior incompleto
 Superior

8. Qual o profissional de saúde você julga ser mais importante no momento do parto?

- Médico (a)
 Enfermeiro (a)

9. Quando você pensa em gravidez fica ansiosa com o tipo de parto?

- Sim
 Não

10. Você sabia que é possível o parto natural ser realizado no interior da sua residência com segurança?

- Sim
 Não

11. Você percebe um incentivo dos profissionais de saúde para que a gestante tenha um parto natural?

- Sim
 Não

12. Sua mãe teve parto (s) natural?

- Sim
 Não

13. Você acredita que o tipo de parto da sua mãe, influenciou ou influenciará no seu momento de ter um filho?

- Sim
 não

14. Na sua opinião o parto natural tem uma recuperação mais rápida que a de um parto cesáreo?

- Sim
 Não
 Acho que os dois tem a mesma recuperação

15. Na sua opinião, qual tipo de parto apresenta maior risco para a mulher?

- Natural
 Cesáreo

16. O parto natural representa para você um momento de sofrimento?

- Sim
 Não

17. Nas aulas de educação sexual nas escolas, é falado sobre quais os tipos de parto existem? Se sim, qual via de parto ficou guardada em sua memória?

- Sim, parto natural
 Sim, Parto cesário
 Não, esse assunto foi pouco ou não falado na escola

18. As pessoas que você conhece falam bem ou mal do parto natural?

- Bem
 Mal

19. Na sua opinião os enfermeiros tratam bem as mulheres no momento do trabalho de parto?

- Sim
 Não

20. Na sua opinião a mulher pode escolher que tipo de parto quer, caso suas condições de saúde permitam, ou é melhor que o profissional de saúde que a está acompanhando diga isso?

- Ela pode escolher que tipo de parto deseja.
 Melhor que o profissional de saúde diga.

21. Qual a percepção do seu companheiro sobre o parto.

- Recomendou fazer parto normal
 Recomendou fazer parto cesariana
 Ele não opina
 Ele não tem conhecimento
 Eu não tem companheiro

22. Quem você acha que influencia mais na decisão da mulher em relação ao parto.

- Amigas
 Parentes
 Companheiro
 Profissional de saúde
 Mídias digitais

23. Você já participou de alguma palestra de esclarecimento em relação aos diversos tipos de partos?

- Sim
 Não

24. Qual profissional você considera mais preparado para esclarecer sobre parto natural?

- Médico
 Enfermeiro
 Nutricionista
 Dentista

25. Em qual lugar você participou da palestra.

- Estratégica Saúde da Família

- Associação diversas
 Na sua empresa
 Outros
 Nunca foi orientada sobre este assunto em palestras
- 26. Qual parto oferece riscos para o Bebê?**
 Natural
 Cesariana
 Desconheço
- 27. Acha que o parto pode interferir no estado de saúde do seu bebê.**
 Sim
 Não
- 28. Qual local você gostaria que seu parto fosse realizado (apenas para mulheres que optaram por parto natural)**
 Hospital
 Dentro da minha residência
- 29. Você sentiria feliz com a presença do seus pais e filhos no momento do parto (apenas para mulheres que optaram por parto natural).**
 Sim
 Não
- 30. Episiotomia é um corte de aproximadamente 2 dedos de profundidade realizado em algumas situações para facilitar a passagem do bebe durante o parto. Você já ouviu falar neste procedimento?**
 Sim
 Não
- 31. Você acha que o corte vaginal poderá interferir nas sensações prazerosas para o companheiro futuramente?**
 Sim
 Não
- 32. Você acha que o corte vaginal poderá reduzir suas sensações prazerosas após o parto.**
 Sim
 Não
- 33. Parto natural é a melhor opção para quem tem baixa renda?**
 Sim
 Não
- 34. Você acha que o parto normal invade muito a intimidade da mulher?**
 Sim
 Não
- 35. Sobre o tipo de parto você sente mais segurança na informação do:**
 Médico (a)
 Enfermeiro (a)
- 36. Qual o gênero do profissional que você gostaria que estivesse presente no momento do parto?**
 Gênero Masculino
 Gênero Feminino
- 37. Se não tem filhos. Pretende ter?**
 Sim Não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa para um trabalho de conclusão do curso de mestrado e para publicação de um artigo científico. O objetivo é elaborar uma pesquisa sobre: **A compreensão da mulher universitária sobre o parto natural: Um estudo realizado em um polo universitário na cidade de Nanuque**. Sua participação é completamente voluntária, não existindo nenhuma forma de remuneração para sua participação. Se você concorda em participar do trabalho, basta apenas responder a um questionário padronizado que se encontra logo abaixo.

Assim, peço sua colaboração de ser o mais fidedigno possível em suas respostas. Os resultados serão utilizados para elaboração do trabalho de conclusão de Curso de Mestrado e para publicação de um artigo científico. Todos os questionários utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador responsável. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, poderá contatar a Estudante **Monyque Munhoz Dantas** (monyquemdantas@gmail.com) ou o Prof. Orientador **Dr. Daniel Rodrigues Silva**, pelo e-mail omfvc@hotmail.com.

() Concordo

() Não concordo

Data: ____/____/2019

Nome da entrevistada:

APÊNDICE C – DADOS BRUTOS

	N	%
1. Idade		
18-20	9	18%
20-30	36	72%
30-40	5	10%
Total	50	100%
2. Tem filhos?		
Sim	7	14%
Não	43	86%
	50	100%
3. Qual foi o seu tipo de parto?		
Natural	2	4%
Cesáreo	5	10%
Os dois	-	-
Não se aplica	43	86%
	50	100%
4. Qual tipo de parto você tem preferência?		
Natural	14	28%
Cesáreo	13	26%
Não sei informar	23	46%
	50	
5. Você foi bem instruída sobre o parto natural no período do pré-natal?		
Sim	4	8%
Não	3	6%
Não se aplica	43	86%
	50	
6. Você entende que a dor faz parte do processo do trabalho de parto?		
Sim	49	98%
Não	1	2%
	50	
7. Qual o profissional de saúde você julga ser mais importante no momento do parto?		
Médico (a)	40	80%
Enfermeiro (a)	6	12%
Os dois	4	8%
	50	
8. Quando você pensa em gravidez fica ansiosa com o tipo de parto?		
Sim	48	96%
Não	2	4%
	50	
9. Você sabia que é possível o parto natural ser realizado no interior de sua residência com segurança?		
Sim	21	42%
Não	29	58%
	50	
10. Você percebe um incentivo dos profissionais de saúde para que a gestante tenha um parto natural?		
Não	24	48%
Sim	26	52%
	50	
11. Sua mãe teve parto (s) natural (s)?		
Sim	34	68%
Não	16	32%
	50	
12. Você acredita que o tipo de parto da sua mãe influenciou ou influenciaram no seu momento de ter um filho?		
Sim	11	22%
Não	39	78%
	50	
13. Na sua opinião, o parto natural tem uma recuperação mais rápida que a de um parto cesáreo?		
Sim	31	62%
Não	12	24%
Acho que os dois tem mesma recuperação	7	14%
	50	
14. Na sua opinião, qual tipo de parto apresenta maior risco para a mulher?		
Natural	21	42%
Cesáreo	29	58%
	50	
15. O parto natural representa para você um momento de sofrimento?		
Sim	44	88%
Não	6	12%
	50	
16. Nas aulas de educação sexual nas escolas é falado sobre quais os tipos de parto existem? Se sim, qual via de parto ficou guardada em sua memória?		
Sim, parto natural	4	8%
Sim, parto cesáreo	5	10%
Não esse assunto foi um pouco ou não dito na escola	41	82%
	50	

17. As pessoas que você conhece falam bem ou mal do parto natural?			
Bem		38	76%
Mal		12	24%
		50	
18. Na sua opinião, os enfermeiros tratam bem as mulheres no momento do trabalho de parto?			
Sim		49	98%
Não		1	2%
		50	
19. Na sua opinião, a mulher pode escolher que tipo de parto quer, caso suas condições de saúde permitam, ou é melhor que o profissional de saúde que a está acompanhando diga isso?			
Eu posso escolher que tipo de parto desejo		23	46%
Melhor que o profissional de saúde diga.		27	54%
		50	
20. Qual a percepção do seu parceiro sobre o parto?			
Recomendou fazer parto normal		2	4%
Recomendou fazer parto cesáreo			
Ele não opina		9	18%
Ele não tem conhecimento		1	2%
Eu não tenho parceiro		38	76%
		50	
21. Quem você acha que influencia mais na decisão da mulher em relação ao parto?			
Amigos		7	14%
Parentes		2	4%
Companheiro		7	14%
Profissional de saúde		33	66%
Médicos digitais		1	2%
		50	
22. Qual profissional você considera mais preparado para esclarecer sobre parto natural?			
Médico		44	88%
Enfermeiro		6	12%
Nutricionista		0	
Dentista		0	
		50	
23. Qual parto oferece riscos para o bebê?			
Natural		22	44%
Cesáreo		20	40%
Desconheço		8	16%
		50	
24. Acha que o parto pode interferir no estado de saúde do seu bebê?			
Sim		42	84%
Não		8	16%
		50	
25. Qual local você gostaria que seu parto fosse realizado (apenas para mulheres que optaram por parto natural)?			
Hospital		13	67%
Dentro da minha residência		1	7%
		14	
26. Você sentiria feliz com a presença do seu pai e filhos no momento do parto (apenas para mulheres que optaram por parto natural)?			
Sim		1	7%
Não		13	93%
		14	
27. A Epitotomia (corte vaginal) é um corte de aproximadamente 2 dedos de profundidade realizado em algumas situações para facilitar a passagem do bebê durante o parto natural. Você já ouviu falar neste procedimento?			
Sim		17	51%
Não		33	66%
		50	
28. Você acha que o corte vaginal poderá interferir nas sensações prazerosas para o parceiro futuramente?			
Sim		6	12%
Não		44	88%
		50	
29. Você acha que o corte vaginal poderá reduzir suas sensações prazerosas após o parto.			
Sim		45	90%
Não		5	10%
		50	
30. Parto natural é a melhor opção para quem tem baixa renda?			
Sim		47	94%
Não		3	6%
		50	
31. Você acha que o parto normal invade muito a intimidade da mulher?			
Sim		49	98%
Não		1	2%
		50	
32. Sobre o tipo de parto você sente mais segurança na informação de:			
Médico (a)		47	94%
Enfermeiro (a)		3	6%
		50	
33. Qual o gênero do profissional que você gostaria que estivesse presente no momento do parto?			
Gênero Feminino		49	98%
Gênero Masculino		1	2%
		50	
34. Se não tem filhos, pretende ter?			
Sim		39	91%
Não		4	9%
		43	

APÊNDICE D - PRODUTO

*E se eu te disser
que o parto
normal pode ser
normal?*



Sinta o poder que seu corpo tem!

Parto é assunto de mãe para filha, daqueles que precisam ser passados de geração em geração

parto é assunto de casa, por que veio de casa.

vivemos dias em que o nascimento é ENRIJECIDO a casas hospitalares e as cesarianas se tornaram o novo "normal". As mulheres não são mais estimuladas a conhecer sua auto capacidade em parir, o parto foi feito para ser normal, toda mulher tem em seu corpo essas condições, mas somos cada vez mais estimuladas a aderir o que pode ser profissionalmente manipulado, em um mundo aonde as mulheres lutam por direitos, muitas vêem seus direitos deixados de lado quando as informações sobre si são ocultadas.

Perceba o que algumas mulheres pensam sobre o parto normal.

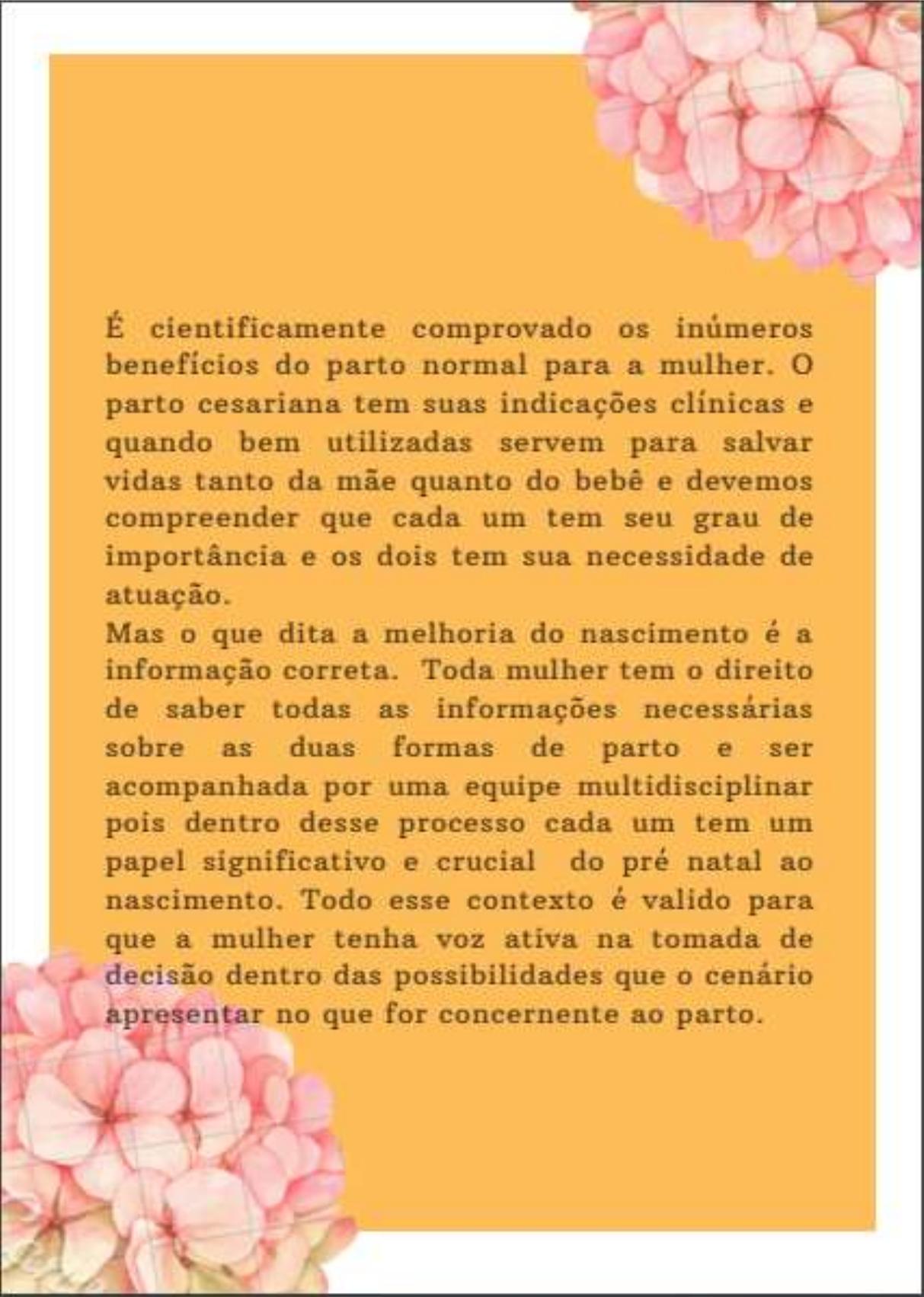
- 53% das mulheres acreditam no incentivo dos profissionais de saúde ao parto normal.
- 66% delas acreditam que os profissionais de saúde tem uma importância crucial na escolha da via de parto.
- 68% das mulheres entrevistadas relataram que suas mães tiveram parto normal.
- 62% das mulheres compreendem que o parto normal proporciona uma recuperação mais rápida para as mulheres.



O que muda o nascimento não é o parto e sim a informação.

É cientificamente comprovado os inúmeros benefícios do parto normal para a mulher. O parto cesariana tem suas indicações clínicas e quando bem utilizadas servem para salvar vidas tanto da mãe quanto do bebê e devemos compreender que cada um tem seu grau de importância e os dois tem sua necessidade de atuação.

Mas o que dita a melhoria do nascimento é a informação correta. Toda mulher tem o direito de saber todas as informações necessárias sobre as duas formas de parto e ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar pois dentro desse processo cada um tem um papel significativo e crucial do pré natal ao nascimento. Todo esse contexto é válido para que a mulher tenha voz ativa na tomada de decisão dentro das possibilidades que o cenário apresentar no que for concernente ao parto.



É cientificamente comprovado os inúmeros benefícios do parto normal para a mulher. O parto cesariana tem suas indicações clínicas e quando bem utilizadas servem para salvar vidas tanto da mãe quanto do bebê e devemos compreender que cada um tem seu grau de importância e os dois tem sua necessidade de atuação.

Mas o que dita a melhoria do nascimento é a informação correta. Toda mulher tem o direito de saber todas as informações necessárias sobre as duas formas de parto e ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar pois dentro desse processo cada um tem um papel significativo e crucial do pré natal ao nascimento. Todo esse contexto é válido para que a mulher tenha voz ativa na tomada de decisão dentro das possibilidades que o cenário apresentar no que for concernente ao parto.